

Vergaderjaar 2005–2006

30 250

Parlementair onderzoek TBS

Nr. 6

BIJLAGEN

Inhoud

blz.

TBS in beeld. Een beschrijving van het Nederlandse tbs-stelsel 3

Ontsnappen aan medialogica 97

Verslagen van de openbare gesprekken 125

TBS in beeld.

Een beschrijving van het Nederlandse tbs-stelsel

drs. M. Brink
 drs. J. J. van der Wel
 drs. S. C. E. M. Hissel
 dr. C. C. Koning

Onderzoek uitgevoerd door Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van de Tijdelijke commissie Onderzoek Tbs van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5	4	Belangrijkste knelpunten bij werking tbs	43
1 Inleiding	6	4.1	Knelpunten bij de instroom	43
1.1 Aanleiding	6	4.2	Knelpunten bij de behandeling	44
1.2 Doel- en vraagstelling	6	4.3	Knelpunten bij het verlofbeleid	45
1.3 Werkwijze	8	4.4	Knelpunten bij de uitstroom	45
1.4 Leeswijzer	9	4.5	Knelpunten rond longstay	46
		4.6	Knelpunten na de kliniek	46
		4.7	Resterende knelpunten	47
2 Werking van het tbs-stelsel: wet- en regelgeving	11	5	Implementatie van de aanbevelingen	48
2.1 Wettelijke modaliteiten: Omgang met delict-gevaarlijke persoonlijkheids- of gedrags-gestoorden	12	5.1	IBO 1 «Doelmatig behandelen»	48
2.2 Wet BOPZ	13	5.2	IBO 2 «Over Stroom: in-, door- en uitstroom bij de TBS»	50
2.3 Doelgroepen van de tbs	15	5.3	Commissie Kosto «Veilig en wel»	52
2.4 Formele beslissingsmomenten bij de instroom, doorstroom en uitstroom van tbs'ers	16	5.4	Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader «Commissie Houtman»	55
2.5 Formele toewijzing van tbs'ers aan de klinieken	18	5.5	Conclusies	56
2.6 Financiering van de tbs	19			
2.7 Verlofbeleid	21	6	Verbeteringen binnen het huidige stelsel	58
2.8 Longstay en longcare	23	6.1	Alternatieve systeemvarianten?	58
		6.2	Verbeteringen binnen het huidige stelsel	60
3 Werking tbs vanuit perspectief van de klinieken	25		Literatuur	63
3.1 Capaciteit klinieken	25			
3.2 Samenstelling van de populatie in de tbs-klinieken (naar leeftijd, geslacht, stoornis en geboorteland)	26		Bijlagen	65
3.3 Instroom in de tbs-kliniek	27		Bijlage 1	Lijst met gebruikte afkortingen
3.4 Behandeling	29		Bijlage 2	Verantwoording gevolgde werkwijze en overzicht van de respondenten
3.5 Verslavingsbeleid	31		Bijlage 3	Relevante wetteksten in het wetboek van strafrecht
3.6 Etniciteit en behandeling	32		Bijlage 4	Patiënten zonder verblijfsstatus in de tbs
3.7 Verlofbeleid	32		Bijlage 5	Overzicht beslismomenten
3.8 Behandelduur	35		Bijlage 6	Kostprijs tbs per plaats per dag
3.9 Uitstroom	35		Bijlage 7	Verklaring begrippen tabel 3.6
3.10 Contraire beëindigingen	37		Bijlage 8	Tabellen populatie longstay
3.11 Longstay	39		Bijlage 9	Aanbevelingen en kabinetsstandpunten
3.12 Na de kliniek	40			
3.13 Aanbod van personeel	41			

VOORWOORD

Op 16 juni 2005 is de motie van de leden Wolfsen en Weekers aangenomen (29 452, nr. 25), waarin wordt vastgesteld 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. Dit heeft geresulteerd in het instellen van een tijdelijke commissie bestaande uit leden van de Tweede Kamer met de opdracht onderzoek te verrichten naar het tbs-stelsel. Het onderzoek moet uitmonden in voorstellen die leiden tot een verbeterd tbs-stelsel en adequate regelgeving en beleid op dat terrein. Een deel van dit onderzoek is extern uitbesteed. De Tweede Kamer heeft Regioplan Beleidsonderzoek de opdracht verleend om de stand van zaken in het tbs-stelsel in beeld te brengen. Voor u ligt het verslag van deze studie.

Een woord van dank gaat uit naar de tbs-klinieken en alle deskundigen die aan het onderzoek deelnamen. Beide groepen hebben kans gezien om op zeer korte termijn tijd vrij te maken om ons in het kader van het onderzoek te woord te staan en uitgebreid met ons van gedachten te wisselen. Bij de klinieken heeft ons niet alleen de flexibiliteit en bereidwilligheid getroffen, maar ook hun gastvrije ontvangst.

De Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS heeft het onderzoek op een prettige wijze begeleid. Wij danken daarvoor:

- de heer A. Visser, VVD (voorzitter);
- mevrouw N. Albayrak, PvdA;
- mevrouw C. Joldersma, CDA;
- mevrouw K. van Velzen, SP
- mevrouw M. Vos, Groen Links
- mevrouw N. Coenen, (griffier)
- mevrouw E. Naborn, (onderzoekscoördinator onderzoeks- en verificatiebureau Tweede Kamer)

We danken met name mevrouw Naborn voor de constructieve manier waarop zij de begeleiding ter hand heeft genomen.

Het onderzoek is binnen Regioplan uitgevoerd door Marjolein Brink, Marlies Diepeveen, Jacob van der Wel, Sanne Hissel en ondergetekende.

Amsterdam, 7 februari 2006,

Carolien Koning
Projectleider

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Naar aanleiding van een motie van de leden Wolfsen en Weekers (16 juni 2005)¹ heeft de Tweede Kamer besloten een tijdelijke onderzoekscommissie tbs² in te stellen. Deze commissie brengt de huidige stand van de forensische zorg in kaart voor de formulering van beleidsopties aan en de beoordeling van keuzes van het kabinet. Het onderzoek moet resulteren in voorstellen die leiden tot een verbeterd tbs-stelsel en adequate regelgeving en beleid op dat terrein.

1.2 Doel- en vraagstelling

Doel van het parlementaire onderzoek

Het doel van het parlementaire onderzoek is inzicht te verschaffen in de oorzaken van tekortkomingen in het huidige tbs-stelsel, die ertoe leiden dat de maatschappij onvoldoende wordt beschermd tegen mensen die na behandeling opnieuw misdrijven plegen. De recente incidenten met onttrekkingen van tbs'ers (op verlof) geven de noodzaak aan van het beter zicht willen krijgen op wat er verkeerd gaat in de tbs, in plaats van telkens achter de feiten aan lopen. Het doel van het onderzoek is, meer gespecificeerd, de huidige stand van de forensische zorg (delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden) verhelderd te krijgen, zodat de politiek op dit punt de juiste keuzes kan maken. Het gaat hierbij vooral om de terreinen van de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de GGZ en justitie (daarmee ook de in-, door- en uitstroom van de tbs, de «verkeerde beddenproblematiek» en capaciteitsproblemen), het huidige verlofbeleid en de verlengings- en beëindigingmethodiek, de forensisch psychiatrische opleidingen, (vermeende) «onbehandelbaarheid» van tbs'ers, tbs-passanten en vermindering van zware recidive. Ten slotte dienen ook alternatieve systeemvarianten onderzocht te worden.

Het onderzoek van de tijdelijke commissie moet resulteren in voorstellen die leiden tot een verbeterd tbs-stelsel en adequate regelgeving en beleid op dat terrein. Om dit doel te bereiken, moeten zes hoofdvragen worden beantwoord. Twee daarvan zijn overwegend feitelijk van aard. Deze vragen moesten worden beantwoord door het extern onderzoek dat aan Regioplan Beleidsonderzoek is uitbesteed.

Vraagstelling

De twee hoofdvragen van het onderzoek luiden als volgt:

- I. Wat is de werking van het huidige tbs-stelsel?
- II. In hoeverre zijn de aanbevelingen uit eerdere onderzoeken in de praktijk geïmplementeerd?

Het onderzoek kan gekarakteriseerd worden als een beschrijvend en inventariserend onderzoek, als het maken van een foto van de sector door het in beeld brengen van de diverse kanten en onderdelen van het tbs-stelsel op hoofdlijnen.

De twee hoofdvragen voor het onderzoek zijn elk onderverdeeld in een groot aantal subvragen. Voor de overzichtelijkheid groeperen we ze onder vijf thema's en geven daarbij na de vragen steeds een korte toelichting op onze interpretatie van de vragen.

¹ MOTIE VAN DE LEDEN WOLFSEN EN WEEKERS, Voorgesteld 16 juni 2005.

De Kamer, gehoord de beraadslaging, constaterende, 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; van mening, dat het gewenst is te onderzoeken welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen; van oordeel, dat een dergelijk onderzoek de fundamentele kan leggen voor een verbeterd tbs-stelsel, regelgeving, inclusief beleid; de Kamer verzoekt het Presidium zo spoedig mogelijk voorstellen te doen over de opzet en de vorm van het onderzoek waarbij dat onderzoek voor het einde van het jaar wordt afgerond, en gaat over tot de orde van de dag.

² Een lijst met gebruikte afkortingen is opgenomen als bijlage 1.

A. De inrichting van het huidige stelsel

1. Welke wettelijke modaliteiten, zowel strafrechtelijk, bestuursrechtelijk als civielrechtelijk, zijn er voor omgang met delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden en hoe sluiten zij op elkaar aan?
2. Voor wie is de tbs bedoeld? Zijn er in deze doelgroep doublures, raakvlakken en overlappingen met gestoorde delinquenten in de (justitiële) reguliere penitentiaire inrichtingen en/of de (niet-justitiële) GGZ-instellingen? Aan welke factoren zijn deze te wijten?
3. Wat zijn de zwakke schakels in de aansluiting van het strafrecht en de Wet BOPZ en aanverwante wetten?
4. Wat zijn de belangrijkste formele beslismomenten bij de instroom, doorstroom en uitstroom van tbs'ers? Wie neemt de beslissingen, wie is ervoor verantwoordelijk, wie is belast met de regie als meer personen of instellingen betrokken zijn?
5. Hoe verloopt de financieringssystematiek van de tbs?

De eerste categorie vragen gaat over formele aspecten van de inrichting van het tbs-stelsel, zowel over de positie van de tbs in het bredere veld van detentie en (niet-justitiële) geestelijke gezondheidszorg als rond de financiering en de formele besluitvorming over stromen. Deze vragen zijn in de afgelopen jaren in diverse onderzoeks- en wetgevingsprojecten aan de orde gesteld en beantwoord. Het voorliggende onderzoek houdt een actualisering van de bevindingen van eerdere projecten in. Dit heeft op basis van documentstudie en een beperkt aantal interviews met deskundigen plaatsgevonden.

B. De klinieken

6. Hoe vindt de toewijzing van tbs'ers aan inrichtingen plaats? Speelt het financieringssysteem een rol bij de toewijzing van tbs'ers aan een bepaalde kliniek en/of bij de behandelingskeuze? Zo ja, hoe?
7. Zijn er verschillen tussen tbs-klinieken in de behandeling van patiënten?
8. Hoe verloopt de financiering van de klinieken in het geheel van het nieuwe bekostigingsstelsel?

De tweede categorie onderzoeksvragen is vooral gericht op de rol en positie van inrichtingen. In het verleden waren er aanzienlijke verschillen tussen de inrichtingen in het samenhangende complex van populatie, behandelwijze en doorwerking van de financieringssystematiek. Door deze verschillen werd de vergelijkbaarheid van prestaties sterk bemoeilijkt. Het IBO 2 pleitte daarom voor een meer *random* toewijzing van tbs'ers aan klinieken, die een betere vergelijking (*benchmark*) mogelijk zou maken. De toewijzing is inmiddels veranderd. In het onderzoek is onderzocht of dit gevolgen heeft gehad voor de opzet van de behandeling. Ook is gekeken in hoeverre er meer eenheid in behandeling is gekomen, al dan niet in de vorm van een sterkere nadruk op een protocollaire aanpak. De onderzoeksvragen zijn beantwoord door onderzoek onder instellingen.

C. De instroom, doorstroom en uitstroom

9. Welke mechanismen zijn in de praktijk werkzaam bij de instroom, doorstroom en uitstroom van tbs'ers?
10. Wat is de oorzaak van de stagnatie in de doorstroom en uitstroom?
11. Waar komen de ex tbs'ers terecht na uitstroom uit de tbs?
12. Hoe wordt invulling gegeven aan het fenomeen «longstay»?

13. Hoe wordt de effectiviteit van de behandeling beoordeeld en/of gemeten?
14. Hoe wordt «onbehandelbaarheid» opgevat door tbs-klinieken?

Deze categorie onderzoeksvragen is deels kwalitatief, deels kwantitatief van karakter. Het gaat om de praktische invulling van structuren en processen in de inrichtingen, zoals de instroom en intake, beslissingen over doorstroom en de manier waarop deze tot stand komen en, cruciaal, beslissingen over de uitstroom, inclusief de verschillende vormen van verlot met het oog op reïntegratie. De commissie heeft op een aantal punten (uitstroombestemming, longstay, onbehandelbaarheid) om zowel een kwalitatief als kwantitatief overzicht gevraagd. Hiervoor zijn gegevens uit inrichtingen en uit centrale registraties betrokken.

D. De implementatie van aanbevelingen

15. Wat waren de aanbevelingen in de eerdere onderzoeken van het IBO 1 («Doelmatig behandelen»), het IBO 2 («Over stromen»), de Commissie Kosto («Veilig en Wel») en de Commissie Houtman, naar het tbs-stelsel en aan wie waren de aanbevelingen geadresseerd?
16. Welke aanbevelingen zijn overgenomen en hoe staat het met de uitvoering daarvan?
17. Welke aanbevelingen zijn niet geïmplementeerd en waarom niet?
18. Wat is er al bekend, voorgenomen en uitgevoerd ten aanzien van het tbs-stelsel en de behandeling van delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden?

Deze categorie vragen gaat over de manier waarop en de mate waarin het tbs-stelsel zich heeft ontwikkeld na de verschillende rapporten van commissies en departementen. We hebben vastgesteld in hoeverre de betrokkenen aanbevelingen onderkennen, onderschrijven en implementeren, en wat de achtergronden daarvan zijn. Voor de beantwoording van de implementatievraag is informatie verzameld bij de instellingen en hebben er interviews met deskundigen plaatsgevonden.

E. Alternatieven voor het huidige stelsel

19. Zijn er momenteel alternatieve systeemvarianten in ontwikkeling? Zo ja, welke? Wat ontwikkelen de bewindslieden van Justitie en VWS momenteel?

De laatste categorie vragen heeft betrekking op (voorgenomen of voorbereide) veranderingen in het tbs-stelsel en stelselvarianten, zoals die op departementaal niveau aan de orde zijn. Voor de beantwoording van deze vragen heeft er een aantal interviews met deskundigen plaatsgevonden en is er in de interviews met de directeurs van de klinieken hierover informatie verzameld.

1.3 Werkwijze

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, hebben we een aanpak gehanteerd die kort samengevat bestaat uit de volgende onderdelen³:

- Documentstudie, gericht op stelselkenmerken, plannen en aanbevelingen voor verbetering. Hiertoe zijn documenten en verslagen bestudeerd. De nadruk lag op beleidsnota's van de meest betrokken departementen Justitie en VWS en de rapporten van de adviescommissies (IBO 1 en 2, Commissie Kosto en Commissie Houtman). Een

³ In bijlage 2 wordt de verantwoording van de gevolgde werkwijze beschreven.

lijst met geraadpleegde literatuur is opgenomen na het laatste hoofdstuk.

- Interviews met veertien deskundigen over hoofdlijnen van en veranderingen in het tbs-stelsel. Hierbij hebben verdiepende interviews plaatsgevonden met deskundigen die de onderzoekscommissie zelf reeds gehoord had en persoonlijke interviews met een aantal andere deskundigen. Als deskundigen beschouwden we vertegenwoordigers van de beleidsdirecties op departementen (met name over de huidige inrichting van het stelsel en mogelijke innovaties), de commissievoorzitters (met name over de reikwijdte en interpretatie van de aanbevelingen), vertegenwoordigers van sleutelorganisaties (zoals GGZ Nederland, het Pieter Baan Centrum, de rechtspraak) en enkele universitaire deskundigen (met name over recente ontwikkelingen en knelpunten in de aansluiting tussen modaliteiten). Zie voor een overzicht van de geïnterviewde personen en organisaties bijlage 2.
- Interviews in de twaalf door de minister van Justitie aangewezen klinieken voor de verpleging van ter beschikking gestelden (de acht justitiële tbs-klinieken, de door VWS gefinancierde kliniek Hoeve Boschoord en de drie niet justitiële FPK's).⁴ De interviews waren gericht op het inventariseren van de werkwijze en de doorwerking van aanbevelingen. Er hebben interviews plaatsgevonden met professionals op vier niveaus in de organisatie: directie, afdelingsmanagement, behandeling en begeleiding. Voor een overzicht van de klinieken en geïnterviewde functionarissen zie bijlage 2.
- Analyse van de (centrale) registratie van gegevens over tbs'ers. Er is in het kader van onderhavig onderzoek geen nieuwe informatie verzameld. Er is gebruikgemaakt van bestaande cijfermateriaal uit het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS) dat wordt gevuld met data vanuit de instellingen (de behandelaar) en het bureau ITZ (Individuele tbs-zaken). Er is informatie uit het MITS opgevraagd bij DJI Concernstaf Uitvoeringsbeleid voor de periode 2001–2005 over de aspecten waarop de commissie kwantitatieve onderbouwing wilde hebben (uitstroombestemming, longstay en onbehandelbaarheid). Daarnaast zijn uit het MITS gegevens opgevraagd die betrekking hebben op cruciale momenten in het tbs-systeem, zoals bijvoorbeeld instroom en beëindiging alsook informatie die de foto van de sector kon completeren. Dit zijn gegevens over de capaciteit, opleggingen en over trends in de tbs-populatie.
- Terugkoppeling van bevindingen en conclusies naar inrichtingen. Er is op basis van het onderzoek een notitie geschreven met een selectie van bevindingen die ter toetsing en aanvulling is voorgelegd aan (directie-)vertegenwoordigers van tbs-klinieken. Hiermee creëerden we een soort Delphi-ronde. We beoogden hiermee de robuustheid van de conclusies te bevorderen en de positieve en negatieve opvattingen over de bevindingen in kaart te brengen. De resultaten van deze terugkoppelingen zijn verwerkt in dit rapport (met name in de hoofdstukken 2 en 3).

1.4 Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft de werking van het huidige tbs-stelsel vanuit het perspectief van het overkoepelende stelsel als geheel. Hoofdstuk 3 beschrijft het tbs-stelsel vanuit het perspectief van de individuele klinieken. De gesignaleerde knelpunten van het tbs-stelsel worden gepresenteerd in hoofdstuk 4. De mate waarin en de wijze waarop de aanbevelingen zijn geïmplementeerd in de praktijk, komt aan de orde in hoofdstuk 5. De rapportage sluit af met

⁴ Voor de leesbaarheid spreken wij verder over tbs-klinieken.

hoofdstuk 6 waarin de alternatieven en varianten voor een tbs-stelsel zijn beschreven zoals die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. De bijlagen zijn opgenomen na het laatste hoofdstuk.

2 WERKING VAN HET TBS-STELSEL: WET- EN REGELGEVING

In deze paragraaf geven we de eerste antwoorden in hoofdlijnen ten aanzien van de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke wettelijke modaliteiten, zowel strafrechtelijk, bestuursrechtelijk als civielrechtelijk, zijn er voor omgang met delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden en hoe sluiten zij op elkaar aan?
2. Voor wie is de tbs bedoeld? Zijn er in deze doelgroep doublures, raakvlakken en overlappingsen met gestoorde delinquenten in de (justitiële) reguliere penitentiaire klinieken en/of de (niet-justitiële) GGZ-instellingen? Aan welke factoren zijn deze te wijten?
3. Wat zijn de zwakke schakels in de aansluiting van het strafrecht en de Wet BOPZ en aanverwante wetten?
4. Wat zijn de belangrijkste *formele* beslismomenten bij de instroom, doorstroom en uitstroom van tbs'ers? Wie neemt de beslissingen, wie is ervoor verantwoordelijk, wie is belast met de regie als meer personen of instellingen betrokken zijn?
5. Hoe verloopt de financieringssystematiek van de tbs?
6. Hoe vindt de toewijzing van tbs'ers aan klinieken plaats? Speelt het financieringssysteem een rol bij de toewijzing van tbs'ers aan een bepaalde kliniek en/of bij de behandelingskeuze? Zo ja, hoe?
8. Hoe verloopt de financiering van de klinieken in het geheel van het nieuwe bekostigingsstelsel?

In dit hoofdstuk zullen we de verschillende aspecten die in de onderzoeksvragen zijn opgenomen verder uitwerken. Het gaat hierbij om een praktische beschrijving van relevante wet- en regelgeving op hoofdlijnen. Het is uitdrukkelijk geen juridisch hoofdstuk.

De beantwoording van de onderzoeksvragen gebeurt deels kwalitatief en deels kwantitatief. Bij de kwantitatieve gegevens moeten we echter aantekenen dat er geen betrouwbare cijfers over het jaar 2001 beschikbaar zijn. Het onderzoek van Van Emmerik en Brouwers van mei 2001 getiteld «De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal» geeft een beschrijving van de tbs-populatie 1995–2000. Het huidige onderzoek heeft tot doel de stand van zaken te actualiseren, ook op het terrein van de kwantitatieve data. We geven daarom voor zover mogelijk de stand van zaken weer van 2001–2005. Het jaar 2001 is echter een overgangsjaar qua systemen voor het verkrijgen van gegevens op instellings- en cliëntniveau. Het systeem van het Meijers Instituut werd verlaten en daarvoor kwam het MITS (het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling) in de plaats. De betrouwbaarheid en vulling van de gegevens in het jaar 2001 zijn niet groot. Enige voorzichtigheid bij het trekken van conclusies over 2001 is dus geboden wanneer MITS de gegevensbron is.

Het hoofdstuk is als volgt ingedeeld. Eerst behandelen we de wettelijke context van de tbs (daarmee beantwoorden we vraag 1 en 3), vervolgens gaan we in op de doelgroepen van de tbs (beantwoording vraag 2). Vraag 4 en 6 beschrijven we aan de hand van de chronologie van het traject (van oplegging tot beëindiging). We besluiten met specifieke aandacht voor de financiering (beantwoording vraag 5 en 8), het verlobbeleid en de longstay.

2.1 Wettelijke modaliteiten: Omgang met delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden

In Nederland bestaat de mogelijkheid om plegers van een ernstig misdrijf bij wie ten tijde van het begaan van dit misdrijf een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, een tbs-maatregel op te leggen. De tbs-maatregel kan worden toegepast als sprake is van een relatie tussen stoornis en delict, van een misdrijf, waarvoor een gevangenisstraf van vier jaar of meer kan worden opgelegd, een verhoogde kans op recidive bestaat en voor enkele nader omschreven misdrijven.⁵ Artikel 37 van het wetboek van strafrecht geeft aan in welke gevallen de rechter kan gelasten iemand vanwege een strafbaar feit op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis.⁶ In bijlage 3 staan de relevante wetteksten.

Artikel 37 van het wetboek van strafrecht geeft aan dat als een strafbaar feit niet aan de verdachte kan worden toegerekend iemand in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden geplaatst.

Er zijn twee vormen van tbs, tbs met dwangverpleging en tbs met voorwaarden:

- Tbs met dwangverpleging houdt in dat de tbs'er al dan niet na een gevangenisstraf wordt opgenomen in een door de minister van Justitie aangewezen kliniek voor de verpleging van ter beschikking gestelden om behandeld te worden. Tbs met dwangverpleging beoogt primair de samenleving te beschermen tegen ernstig recidivegevaar op korte termijn door iemand op te nemen.
- Op langere termijn wordt gestreefd naar beveiliging door met behulp van behandeling in de kliniek het recidivegevaar terug te brengen.⁷ De tbs-maatregel wordt opgelegd voor de duur van twee jaar. Vervolgens wordt ieder jaar/iedere twee jaar gekeken of de maatregel verlengd moet worden. Bij een delict zonder geweld tegen personen kan een in duur gemaximeerde tbs met dwangverpleging worden opgelegd.
- Of de rechter een bevel tot verpleging of voorwaarden oplegt, is afhankelijk van factoren zoals de ernst van het delict, het recidiverisico en de bereidheid van de verdachte om zich aan de voorwaarden te houden. De rechter stelt voorwaarden ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. Algemene voorwaarden kunnen verplicht reclassering-toezicht zijn of het niet meer plegen van delicten. Bijzondere voorwaarden kunnen zijn (ambulante) behandeling, medicatie, het zich onthouden aan drugsgebruik of opname in een inrichting zoals een psychiatrisch ziekenhuis of een verslavingskliniek. De verdachte moet zich ter zitting bereid verklaren om mee te werken aan de voorwaarden. Een combinatie van tbs met voorwaarden en een gevangenisstraf is mogelijk. Deze vrijheidsstraf kan ten hoogste drie jaar zijn. Een tbs met voorwaarden kan voor maximaal vier jaar worden opgelegd (Bron: Handboek wetgeving forensische psychiatrie).

Niet alle delinquenten met stoornissen krijgen tbs opgelegd. Dit is een beslissing van de rechter, gebaseerd op de adviezen van deskundigen. Ook wordt niet altijd een onderzoek naar toerekeningsvatbaarheid aangevraagd. Daarnaast zijn er delinquenten die lijden aan stoornissen, maar bij wie geen sprake is van een relatie tussen delict en stoornis. Kort samengevat kan de volgende indeling worden gemaakt:

1. Zorg als voorwaarde opgenomen in een vonnis.
2. Tbs-oplegging als vonnis.
3. Zorg in detentie, niet als onderdeel van het vonnis.
4. Zorg vanwege ontbreken van de mogelijkheid om detentie als straf uit

⁵ Dit zijn zowel de justitiële klinieken als de FPK's en Hoeve Boschoord. Voor de leesbaarheid spreken wij verder over tbs-klinieken.

⁶ De verdachte bij wie tijdens het begaan van het feit gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, kan op last van de rechter ter beschikking worden gesteld indien:

1°. het door hem begane feit een misdrijf is waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld dan wel behoort tot een der misdrijven omschreven in de artikelen 132, 285, eerste lid, 285b, 318, 326a en 395 van het Wetboek van Strafrecht, 175, tweede lid, van de Wegenverkeerswet 1994, en 11, tweede lid, van de Opiumwet, en

2°. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.

⁷ Volgens artikel 2 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) moet de gedwongen opname zoveel mogelijk dienstbaar worden gemaakt aan de behandeling van de veroordeelde en de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij.

te voeren (artikel 37, volledige ontoerekeningsvatbaarheid). Opname vindt plaats in psychiatrische ziekenhuizen.

De handhaving van delinquenten met psychotische stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen in de penitentiaire inrichtingen (categorie 2 en 3) vraagt derhalve om zorgvoorzieningen. Er zijn daarom voorzieningen binnen de penitentiaire inrichtingen en binnen de forensische psychiatrie waar verdachten met zware psychische problematiek terecht kunnen. Wanneer zorg geen onderdeel uitmaakt van het vonnis, krijgen gedetineerden geestelijke gezondheidszorg (GGZ) binnen de penitentiaire inrichting. Dit kan op afdelingen voor bijzondere opvang of via ambulante behandelprogramma's.

Zo is er de FOBA (Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling), waar gedetineerden verblijven die door een psychiatrische aandoening in crisis zijn geraakt. De patiënten zijn merendeels afkomstig uit een penitentiaire inrichting (huis van bewaring of gevangenis). Zij leveren voor zichzelf of voor anderen een fors gevaar op en zijn daardoor in ernstige mate ontregeld voor hun detentieomgeving. Patiënten krijgen in de FOBA meer specialistische zorg en begeleiding dan in een huis van bewaring of gevangenis.⁸

Het is belangrijk om op te merken dat de tbs-maatregel wel een dwang tot verpleging kent, maar geen dwang tot behandeling.⁹ In de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) is aangegeven onder welke voorwaarden tot medicatie kan worden overgegaan.¹⁰ Overigens geldt voor de hele GGZ dat er geen behandel dwang is.

⁸ Patiënten verblijven in de FOBA op basis van een strafrechtelijke titel. Hun rechten en plichten staan vermeld in de Penitentiaire Beginselen Wet (P.B.W.). De huisregels van de FOBA zijn op de P.B.W. gebaseerd en patiënten ontvangen hiervan een uittreksel. Op de behandeling en de hulpverlener-patiëntrelatie is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (W.G.B.O.) van toepassing.

⁹ Behandeling impliceert een actieve medisch-psychiatrische gedragsbeïnvloeding die de betrokkene voelbaar raakt. Behandeling gaat verder dan verpleging waarbij er sprake is van beveiliging en verzorging alsmede het motiveren tot behandeling (vgl. art. 1, onderdeel t van de Bvt). Dwangverpleging is toegestaan, dwangbehandeling is in beginsel uitgesloten, omdat deze een inbreuk vormt op de onaan-tastbaarheid van het lichaam.

¹⁰ Het betreft hier artikel 26 van de Bvt: het hoofd van de kliniek kan een verpleegde verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht, indien die handeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwendig van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen. De handeling wordt verricht door een arts of, in diens opdracht, door een verpleegkundige. Lid 3 bepaalt wel dat er een algemene maatregel van bestuur moet worden opgesteld.

¹¹ Enkele deskundigen noemen een percentage van ruim vijftienvintig procent of meer dat vroeger opgenomen werd in de GGZ en dat nu een steeds groter deel van de tbs-populatie uitmaakt.

In tabel 2.1 staat het aantal tbs-opleggingen weergegeven. Het aantal tbs-opleggingen neemt de laatste jaren toe en zal naar verwachting in de komende jaren stijgen. Voor 2005 is echter een opmerkelijke daling waar te nemen. Deze daling is niet toe te wijzen aan specifieke redenen.

Tabel 2.1 Opleggingen

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

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

2.2 Wet BOPZ

Een groot deel van de tbs'ers is voor de tbs in aanraking geweest met de GGZ.¹¹ Binnen de GGZ bestaat de mogelijkheid om mensen gedwongen op te nemen. Het gaat hierbij om mensen die een geestesstoornis hebben en een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving. Zij kunnen onder bepaalde voorwaarden gedwongen worden opgenomen. Dit is geregeld in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). De criteria voor opname zijn:

- De betrokken persoon heeft een geestesstoornis (of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens).
- De stoornis veroorzaakt gevaar voor de betrokkene zelf, voor anderen of de algemene veiligheid (het gevaarscriterium).
- Het gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend.
- De betrokkene wil zich niet laten behandelen.

De Wet BOPZ biedt de volgende mogelijkheden voor een gedwongen opname:

- Inbewaringstelling (ibs) wordt verleend door de burgemeester. Deze geldt voor onmiddellijke opname. Is er sprake van verlenging, dan moet dat getoetst worden door de rechter. Een ibs kan voor maximaal drie weken worden opgelegd.
- Een rechterlijke machtiging (of een voorlopige machtiging). Wanneer een rechterlijke machtiging (rm) wordt afgegeven, moet opname binnen twee weken plaatsvinden. Een rm geldt een halfjaar. Wanneer verlenging nodig is, moet een machtiging voor voortgezet verblijf worden aangevraagd. Ook dit wordt getoetst door de rechter.

Ervaren knelpunten

Hulpverleners en patiënten ervaren tekortkomingen in de wet BOPZ in de praktijk. Eén van de knelpunten is dat een rm op elk moment door de instelling zelf kan worden opgeheven. In de praktijk gebeurt dit soms ook wanneer een patiënt zich actief verzet tegen behandeling. Een ander knelpunt hangt samen met het ontbreken van een behandelwet. Er liggen nieuwe wetsvoorstellen om de wet BOPZ aan te passen, die worden voorbereid door een werkgroep. Het gaat om de aanpassing van de regeling van de voorwaardelijke rechtelijke machtiging¹² en een verruiming om bij een gedwongen opname over te gaan tot dwangbehandeling.

Het blijkt dat daaraan in de praktijk behoefte is.¹³ In de huidige situatie is dwangbehandeling alleen mogelijk als er gevaar binnen de kliniek is. In het wetsvoorstel kunnen behandelaars bij een dwangopname moeilijk behandelbare en onwillige psychiatrische patiënten met een behandeling weer naar huis sturen. Een andere wijziging is het feit dat mensen met een stoornis in de periode dat zij geen klachten hebben, kunnen aangeven dat ze gedwongen worden opgenomen, wanneer ze in een psychose of manische periode terechtkomen. Critici geven echter aan dat deze aanpassing in de praktijk weinig effect heeft. Er zijn zo veel voorwaarden aan verbonden, zoals een beoordeling door een deskundige en toetsing door de rechter, dat minstens verschillende dagen passeren, voordat iemand daadwerkelijk opgenomen en behandeld kan worden.

Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders

Per 1 oktober 2004 is een nieuwe wettelijke regeling van kracht gegaan, de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). De maatregel is bedoeld voor de groep veelplegers, personen van achttien jaar of ouder die in de vijf jaren voorafgaand aan het door hen begane feit ten minste driemaal wegens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, een vrijheidsbeperkende maatregel of een taakstraf zijn veroordeeld en het feit is begaan na tenuitvoerlegging van deze straffen of maatregelen en er voorts ernstig rekening mede moet worden gehouden dat de verdachte wederom een misdrijf zal begaan, en de veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel eist.

Deze maatregel biedt de mogelijkheid om de veelplegers voor maximaal twee jaar op te sluiten of op te laten nemen in een zorginstelling (als de psychische problematiek daar om vraagt). De reclassering rapporteert over de geschiktheid van de veelpleger, een gedragskundige adviseert en de rechter-commissaris beslist. Een veelpleger kan behandeling worden aangeboden om de kans op recidive te verkleinen. Het betreft zowel verslaafde veelplegers als niet-verslaafde veelplegers. Beide groepen hebben vaak ook psychische problemen en/of schulden. Er zijn nog geen resultaten van deze maatregel bekend.

¹² In de nieuwe voorstellen wordt het mogelijk om een voorwaardelijke machtiging te verlenen als de rechter het vertrouwen heeft dat de patiënt zich daadwerkelijk aan de voorwaarden houdt, zonder diens uitdrukkelijke toestemming.

¹³ Persbericht 30 september 2005, Ministerie van Justitie.

Voorafgaande aan de ISD had de rechter de mogelijkheid om via de SOV (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden) een groep verslaafden voor de duur van twee jaar een programma te laten doorlopen dat hen in de gelegenheid stelt weer te reintegreren in de samenleving. Het betreft verslaafden aan harddrugs die voor het plegen van reeksen delicten overlast veroorzaken en bij wie eerdere interventies geen gewenst effect hebben gehad. Het gaat om drugsgebruikers die regelmatig worden veroordeeld, doorgaans voor lichte vergrijpen met een korte straftijd.¹⁴ De SOV is opgegaan in de ISD.¹⁵

2.3 Doelgroepen van de tbs

In aanmerking voor tbs komen dus verdachten, bij wie tijdens het begaan van het misdrijf sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis. De maatregel kan worden opgelegd wanneer de verdachte verminderd of niet toerekeningsvatbaar was. Voorwaarde is wel dat sprake is van een misdrijf waarvoor een gevangenisstraf van vier jaar of meer kan worden opgelegd. Het gaat hierbij om moord, mishandeling, verkrachting en brandstichting. Wat betreft de stoornissen betreft het met name mensen met psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijk gehandicapten, autisme of een combinatie.

Ten aanzien van de doelgroepen van de tbs kunnen nog de volgende opmerkingen worden gemaakt.

- Het is de rechter die beslist of tbs wordt opgelegd. Hij maakt de beslissing op basis van rapportages van het Pieter Baan Centrum (PBC) en onafhankelijke deskundigen over de toerekeningsvatbaarheid van verdachten tijdens het delict. Rechters maken daarbij een eigen afweging en kunnen verschillend besluiten. De rechter betreft immers niet alleen de stoornis in zijn oordeel, maar ook de ernst van het gepleegde delict en de mate van de kans op recidive.
- Er wordt gewerkt aan een indicatie-instrument voor strafrechtelijke forensische diagnostiek rapportages (pro justitia), genaamd BooG (Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens). Het gebruik van dit instrument zal meer eenheid brengen in de besluitvorming om een onderzoek in te stellen naar de geestvermogens van de verdachten en zal leiden tot een verbeterde en consequentere indicatiestelling. Het valideringstraject is inmiddels afgerond. BooG wordt momenteel geïmplementeerd (of althans er wordt een aanvang mee gemaakt) in alle arrondissementen bij de rechterlijke macht, de raden voor de kindbescherming en de forensische psychiatrische diensten.
- Uit de interviews met de deskundigen en klinieken komt naar voren dat er psychiatrische patiënten zijn die (nog) geen tbs-waardig delict hebben gepleegd, maar die veel baat kunnen hebben bij de forensisch psychiatrische aanpak en een behandeling in een gedwongen kader als tbs. De mogelijkheden voor ambulante forensische behandeling van deze patiënten (al dan niet in het kader van een tbs met voorwaarden) zijn de laatste jaren aanzienlijk toegenomen door de oprichting en groei van meerdere forensische poli- en dagbehandelingsklinieken. Er is echter nog steeds een grote vraag naar ambulante forensische hulpverlening.
- Een bijzondere groep binnen de tbs-klinieken vormen delinquenten met een niet-Nederlandse nationaliteit (met en zonder een verblijfsvergunning) die verminderd toerekeningsvatbaar worden geacht tijdens het plegen van een delict en tbs krijgen opgelegd. Van deze groep wordt steeds vaker door de IND de verblijfsstatus ingetrokken. Zij kunnen dus niet terugkeren in de Nederlandse maatschappij, terwijl de

¹⁴ Criteria volgens de wet zijn: een misdrijf waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan, in de afgelopen vijf jaar driemaal veroordeeld tot een vrijheidsstraf of werkstraf, verslaving aan harddrugs, misdaad hangt samen met verslaving, misdrijven bedreigen de veiligheid van personen en goederen. Vooralsnog geldt de maatregel alleen voor volwassen mannen.

¹⁵ Een effectevaluatie van de SOV is voorzien in 2007.

tbs-behandeling daar wel op gericht is. In bijlage 4 staan de juridische aspecten rond deze categorie verder uitgewerkt.

2.4 Formele beslissingsmomenten bij de instroom, doorstroom en uitstroom van tbs'ers

In de oplegging en de uitvoering van de tbs-maatregel zijn er verschillende formele beslissingsmomenten waarbij de rechter is betrokken. In bijlage 5 staat een schematisch overzicht. Hieronder volgt een beschrijving van deze momenten.

De aanvraag van een onderzoek naar de toerekeningsvatbaarheid tijdens het delict

In samenwerking met de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) is een formulier ontwikkeld dat een Officier van Justitie kan invullen om na te gaan of er onderzoek naar de toerekeningsvatbaarheid van een verdachte moet worden ingesteld. Het formulier wordt ingevuld als sprake is van de volgende delicten: mishandeling, moord, verkrachting, brandstichting. Op het formulier wordt gevraagd naar een gedragsindicatie van de verdachte. Het formulier gaat mee naar de voorgeleiding en wordt aangeboden met de overige stukken. De rechter-commissaris besluit, al dan niet op verzoek van de Officier van Justitie, of een forensisch psychiatrische rapportage nodig is. Deze kan worden uitgevoerd door de FPD, het PBC of een andere door de rechtbank aangewezen gedragsdeskundige. In de meeste gevallen wordt gekozen voor een ambulante onderzoek bij de FPD of een andere gedragsdeskundige. De FPD adviseert en bemiddelt, en verzorgt de logistiek en kwaliteitsborging van pro justitia rapportages die door de onafhankelijke rapporteurs (psychiaters en psychologen) worden uitgebracht. Zowel de FPD als de onderzoekers verrichten hun werkzaamheden in het onderzoeksproces vanuit een onafhankelijke positie. Dit wordt in de procesvoering benadrukt.

Het PBC neemt de klinische onderzoeken voor zijn rekening, die dusdanig zwaar zijn dat ze niet ambulante uitgevoerd kunnen worden. Aan het PBC wordt gevraagd een oordeel te geven over de mogelijk verminderde toerekeningsvatbaarheid. Meestal is al een ambulante onderzoek geweest, tenzij de zaak dermate ernstig is dat het ambulante gedeelte overgeslagen wordt en meteen naar het PBC wordt verwezen. In het PBC wordt onderzocht wat de link is tussen stoornis en delict. In de vorm van een schriftelijke rapportage, wordt een advies uitgebracht over wel of geen tbs en met welke voorwaarde(n).

Besluit rechter tot opleggen tbs en de strafmaat

Voor oplegging van tbs is dus een multidisciplinaire advisering vereist. Op basis van twee rapportages van deskundigen besluit de rechter of een tbs-maatregel moet worden opgelegd, al dan niet in combinatie met een gevangenisstraf. Bepalend daarbij is de mate van toerekeningsvatbaarheid. Voor het verminderde toerekeningsvatbaarheidsdeel kan de dader tbs krijgen, voor het wel toerekeningsvatbare gedeelte een gevangenisstraf.

Wanneer iemand volledig ontoerekeningsvatbaar wordt geacht gedurende het plegen van het delict (bijvoorbeeld een psychotische dader) heeft de rechter de mogelijkheid om te besluiten de tbs-maatregel direct te laten ingaan.

Volgens de in 1997 ingevoerde bepalingen van de Wet Fokkens moet de opname in verpleging/behandeling bij een combinatievonnis (lange

gevangenisstraf en tbs) aanvagen na beëindiging van één derde van de gevangenisstraf. In de Wet Fokkens is vastgelegd dat na eenderde van de straf door inhoudelijk deskundigen beoordeeld wordt of de betrokkene overgeplaatst zou moeten worden naar een behandelinrichting. Bij een lange gevangenisstraf plus tbs kan de rechter in zijn vonnis aangeven hoe lang detentie moet duren alvorens de tbs kan ingaan (art 37b, lid 2). In de praktijk komt de gedetineerde na het uitzitten van zijn straf (in de regel tweederde van de opgelegde strafmaat) in aanmerking voor doorstroom naar een tbs-kliniek. Door wachtlijsten duurt dit in de praktijk langer. De rechter kan ook aangeven dat na eenderde van het uitzitten van de straf de gedetineerde kan worden uitgeplaatst naar een tbs-kliniek. Dit is het geval indien er een lange gevangenisstraf en tbs is opgelegd. Deze patiënt mag dan pas in aanmerking komen voor verlofregelingen als tweederde van de straftijd is gepasseerd.

Op grond van artikel 12 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) dient de plaatsing van de terbeschikkinggestelde in een kliniek binnen zes maanden nadat de termijn van de terbeschikkingstelling is aangevangen. De minister kan deze termijn op grond van het tweede lid telkens met drie maanden verlengen. Tegen deze verlengingsbeslissing kan de terbeschikkinggestelde beroep instellen bij de Raad voor Strafrechts-toepassing en Jeugdbescherming (art. 69 Bvt).

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) heeft echter aangegeven dat de periode de zes maanden niet mag overschrijden. De huidige Nederlandse praktijk (wachtlijsten oplopend tot 2,5 jaar) voldoet niet aan de rechten die voortvloeien uit het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

Uitstroom vanuit het huis van bewaring naar de tbs-kliniek

Via aselechte toewijzing door het agentschap Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie worden de tbs'ers toegewezen aan de klinieken (zie paragraaf 2.5).

Behandeling en verlof

Wanneer de patiënt is ingestroomd in een tbs-kliniek wordt begonnen met een observatieperiode, waarin het behandelprogramma wordt vastgesteld. Vervolgens begint de behandeling (zie ook paragraaf 3.4). Bij een gunstig verloop van de behandeling komt de patiënt op een gegeven moment in aanmerking voor (begeleid) verlof. De kliniek moet hiervoor een machtiging aanvragen bij het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ¹⁶). In de paragraaf over verlof gaan we hier nader op in. De minister moet de machtiging bekrachtigen met een handtekening.

Verlenging en beëindiging tbs-maatregel

Uitstroom uit de kliniek vindt plaats door het opheffen van de tbs-maatregel of door een vorm van verlof. De beslissing voor opheffing ligt opnieuw bij de rechter, voor verlof bij de minister van justitie. Iedere jaar of iedere twee jaar wordt bepaald door de rechter of de tbs-maatregel wordt verlengd.¹⁷ Het OM kan een verlenging of beëindiging aanvragen, ondersteund door rapportages van de klinieken. De rechter beslist of dit advies wordt gevolgd. Bij de beslissing is het recidiverisico het centrale criterium.

Een patiënt kan tegen verlenging in beroep gaan. Alle beroepszaken worden behandeld door de Penitentiaire Kamer van het gerechtshof van Arnhem. In deze kamer hebben naast drie raadsheren ook twee gedragsdeskundigen zitting.

¹⁶ ITZ staat voor Individuele tbs-zaken.

¹⁷ In de meeste gevallen is de periode twee jaar. Op verzoek van de patiënt, de behandelaar of de rechtbank zelf kan de rechter ook besluiten een periode van een jaar aan te houden.

De rechter gaat zelden over tot een directe beëindiging. In de meeste gevallen betreft het een voorwaardelijke beëindiging of krijgt de patiënt proefverlof. In deze periode houdt de reclassering toezicht op de tbs'er in samenwerking met de tbs-klinieken.

Beslismomenten bij tbs met voorwaarden

Naast de tbs-maatregel met dwangverpleging heeft de rechter ook de mogelijkheid om tbs met voorwaarden op te leggen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in gevallen dat een delict niet voldoet aan het vierjaarscriterium. In het geval dat tbs met voorwaarden wordt opgelegd, voorziet de reclassering in het toezicht.

Wanneer de tbs'er zich wel aan de afspraken houdt, kan de rechter de maatregel beëindigen. De maatregel kan ook van rechtswege eindigen. De tbs-verlengzitting komt ook terug bij de rechter.

Wanneer een tbs'er zich vervolgens niet houdt aan de afspraken en/of risicovol gedrag vertoont, dan gaat de zaak terug naar de Officier van Justitie. Er is een uitspraak van de rechter nodig om de tbs te laten omzetten naar dwangverpleging. Dit kost enige dagen tot weken. In de tussentijd kan bijvoorbeeld geen BOPZ-maatregel worden opgelegd, omdat de persoon nog onder het tbs-systeem valt.

2.5 Formele toewijzing van tbs'ers aan de klinieken

Eén resultaat van het interdepartementaal onderzoek tbs (IBO 2) was een verandering van de toewijzing van patiënten aan de klinieken. Voorheen observeerde het Meijers Instituut de patiënten en gaf aan naar welke kliniek zij konden. Sinds 1999 is de vereenvoudigde of aselechte toewijzing geïntroduceerd. Deze bestaat uit een selectie op basis van vier criteria¹⁸:

1. Geslacht: van de justitiële tbs-klinieken hebben alleen de Van der Hoevenkliniek, Veldzicht en Oldenkotte plaatsen voor vrouwen. De FPK's en Boschoord hebben ook plaatsen voor vrouwen.
2. IQ: bij een IQ lager dan 80 gaan patiënten naar Hoeve Boschoord, Veldzicht, en, binnenkort, naar de Rooyse Wissel.
3. Mate van beveiliging. Extra vluchtgevaarlijke tbs'ers met extreme hanterings- en beheersproblematiek worden geplaatst in de Van Mesdagkliniek, Veldzicht of De Kijvelanden. Deze beschikken over extra beveiligde afdelingen.
4. Type stoornis. Voor de justitiële klinieken en Hoeve Boschoord geldt een verdeling van mensen met psychotische of persoonlijkheidsstoornissen op basis van hun capaciteit. De FPK's krijgen in principe alleen mensen met een psychiatrische stoornis.

Ter illustratie van de criteria wordt in tabel 2.2 een overzicht gegeven van de subcategorieën die te onderscheiden zijn. De grootste groep wordt gevormd door mannen met een persoonlijkheidsstoornis. De verhouding mannelijke patiënten met primaire psychopathologie persoonlijkheidsstoornis ten opzichte van psychotische stoornissen is door de jaren heen 3:1. Vrouwelijke tbs-patiënten scoren voornamelijk op het criterium persoonlijkheidsstoornis.

¹⁸ Financiering speelt geen rol bij de eerste formele toewijzing aan klinieken. Wel in het vervolg bij verlenging. De mechanismen die daarbij een rol spelen in en tussen klinieken komen aan de orde in paragraaf 3.

Tabel 2.2 Instroom naar criteria vereenvoudigde toewijzing:

	2002*	2003	2004	2005
Man, IQ < 80, Persoonlijheidsstoornis	19	32	28	11
Man, IQ >= 80, Persoonlijheidsstoornis	125	135	150	119
Man, IQ < 80, Psychotisch	8	7	9	7
Man, IQ >= 80, Psychotisch	36	59	51	53
Vrouw, IQ < 80, Persoonlijheidsstoornis	1	5	4	4
Vrouw, IQ >= 80, Persoonlijheidsstoornis	12	13	11	10
Vrouw, IQ < 80, Psychotisch			4	
Vrouw, IQ >= 80, Psychotisch	4	6	3	4
Extreem vlucht- en/of beheersgevaarlijk	1	3	3	5
Conversie MITS 4: geen selectiecriteria ingevuld	43	42	27	13
Onbekend	6	10	4	
Totaal	255	312	294	226

* over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

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

De toewijzing van patiënten aan de klinieken wordt verzorgd door het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ). Op basis van de criteria en de wachtlijsten worden patiënten toegewezen aan klinieken. Klinieken kunnen vervolgens aangeven of ze de patiënt daadwerkelijk kunnen plaatsen. Dit wordt mede bepaald in het tweemaandelijks overleg van intakefunctionarissen met de ambtenaren van Justitie (DJI, afdeling ITZ). In paragraaf 3.3 wordt hier verder op ingegaan.

DJI is tevens betrokken bij de toewijzing van patiënten wanneer sprake is van een overplaatsing na drie jaar. Op basis van de financiering is sprake van een behandelperiode van tweemaal drie jaar. Wanneer in de eerste drie jaar geen tot nauwelijks vooruitgang is geboekt in de behandeling kan een kliniek voorstellen een patiënt aan te bieden aan een andere kliniek. DJI van het Ministerie van Justitie neemt hierover het besluit.

Ook de toewijzing van een patiënt aan een longstayafdeling loopt via DJI. Wanneer een patiënt langer dan zes jaar in de tbs verblijft en er geen uitzicht is op resocialisatie, kan de kliniek besluiten om iemand aan te bieden voor longstay. Er zijn een paar klinieken aangewezen met plaatsen voor longstay, we gaan daar in paragraaf 2.8 verder op in.

2.6 Financiering van de tbs

Financiering tot januari 2006

De financiering van de tbs-klinieken verloopt via het Ministerie van Justitie. De klinieken dienen een begroting in bij het ministerie, het ministerie declareert vervolgens 80 procent van het bedrag bij de AWBZ en draagt zelf 20 procent van het budget bij. Er is voor deze systematiek gekozen om twee redenen:

- De klinieken moeten verantwoording afleggen aan het Ministerie van Justitie. De financieringssysteem is daarmee een middel waarmee het ministerie de klinieken kan «aansturen».
- De financiering uit de AWBZ komt voort uit het feit dat de tbs'er een behandeling volgt en dus zorg ontvangt.

Bij de toekenning van het budget wordt uitgegaan van twee type tarieven:

- Een volledig tarief, voor behandeling en resocialisatie, ook wel doorstroomtarief genoemd. Klinieken ontvangen dit de eerste zes jaar voor een patiënt.

- Een verblijfstarief, voor longstay basis en longstay intensief, dat wordt uitgekeerd voor patiënten die langer dan zes jaar in de kliniek verblijven. Dit tarief is lager dan het volledige tarief.

Beide tarieven zijn gebaseerd op de tarieven van het CTG (College Tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o) waarbij vier tarieven zijn samengevoegd tot de twee genoemde¹⁹ (doorstroom en verblijfstarief). De omzetting van het tarief na zes jaar behandeling komt voort uit IBO 2 en is bedoeld als prikkel om de uitstroom van patiënten te bevorderen.

De rijksklinieken krijgen een korting van 2,6 procent op de tarieven in verband met het verschil in de CAO's tussen de rijksklinieken en de particuliere klinieken. Ook zijn er bijvoorbeeld verschillen tussen rijksklinieken en particuliere klinieken bij de verrekening van huisvestingskosten. De uiteindelijke bedragen die klinieken krijgen verschillen dus, afhankelijk van de samenstelling van het patiëntenbestand en de huisvestingslasten. De rijksklinieken ontvangen een hoger bedrag dan de particuliere klinieken. De budgetten worden aangepast voor loon- en prijsstijgingen. De nacalculatorische prijzen van 2004 per patiënt per dag zijn ongeveer 500 euro voor de rijksklinieken en 400 euro voor de particuliere klinieken (TK 2004–2005, 30 100 VI nr. 1, blz. 108). De hogere kosten voor de rijksklinieken worden vooral veroorzaakt door de hogere huisvestingskosten. Aanpassingen van individuele budgetten gebeurt op basis van de CTG-circulaires. Zie bijlage 6 voor de bedragen die de klinieken gemiddeld van 1999 tot en met 2003 hebben ontvangen.

De tbs-kliniek Hoeve Boschoord en de drie Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) die ook tbs'er opnemen, vallen financieel niet onder het Ministerie van Justitie, maar onder het Ministerie van VWS. Zij worden gefinancierd vanuit de AWBZ.

De GGZ wordt overigens overgeheveld naar de zorgwet. De procedure daarvoor is echter nog aanhangig.

Rol zorgverzekeraars

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekert ziektekosten die niet via het ziekenfonds of de particuliere verzekering worden gedekt. Het gaat vaak om dure en langdurige zorg of om bijvoorbeeld preventieve maatregelen. Hieronder volgt een overzicht van voorzieningen die voor (ex-)tbs'ers relevant zijn:

- Verblijf of behandeling in psychiatrische ziekenhuizen.
- Verblijf of behandeling op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ).
- Psychiatrische hulp, poliklinisch, via een RIAGG, of door zelfstandig gevestigde psychiaters.
- Psychologische hulp via een RIAGG.
- Verblijf in Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW).
- Huisvesting, verzorging en begeleiding in of vanuit instellingen voor gehandicapten.
- Dagopvang in dagverblijven voor gehandicapten.
- Huisvesting, verzorging en begeleiding in of vanuit gezinsvervangende tehuizen (GVT) voor gehandicapten.

¹⁹ Het eerste tarief is gebaseerd op het tarief voor behandeling en het tarief voor resocialisatie. Het tweede tarief is samengesteld uit het tarief voor longstay basis en longstay intensief.

Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor alle verzekerde Nederlanders. Dit doen zij via zorgkantoren die actief zijn in een bepaalde regio. Het zorgkantoor is als het ware een uitvoerder van de AWBZ. Zorgverzekeraars hebben via hun zorgkantoren in het kader van de tbs en de aansluiting van de tbs-klinieken op andere voorzieningen een

belangrijke rol in het inkopen van juist die zorg die deze groep cliënten nodig heeft. De zorg moet ingekocht worden bij de voorzieningen die in bovenstaand rijtje staan.

Situatie vanaf 1 januari 2006

Als gevolg van het ingaan van het gewijzigde Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA) is het gewijzigde Zorgindicatiebesluit in werking getreden. In de gemoderniseerde AWBZ staat de zorgvraag van de verzekerde centraal. Voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing van forensisch psychiatrisch patiënten is een nieuw traject ontworpen dat op 1 januari 2006 is ingevoerd. De indicatiestelling en zorgtoewijzing in de rechtstreekse vanuit de AWBZ gefinancierde forensische psychiatrie wordt landelijk uniform vormgegeven om een verantwoorde en veilige in-, door- en uitstroom te bereiken.²⁰

De precieze uitwerking van deze veranderingen is nog niet bekend.²¹

2.7 Verlofbeleid

In de discussie rond tbs is het verlofbeleid een belangrijk onderdeel. Zolang tbs'ers alleen binnen de kliniek mogen verblijven, is er nauwelijks risico voor de samenleving. Verlof houdt daarentegen een geleidelijke terugkeer in van de tbs'er in de maatschappij. In de beginselenwet (artikel 50) wordt gesproken over verlof in algemene zin. Uitsplitsing vindt plaats in een reglement. Benadrukt moet worden dat verlof een onderdeel is van de behandeling. In paragraaf 3.7 gaan we daar nader op in.

In mei 2004 is er een vernieuwd verlofbeleidskader 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 verlofbeleid leidt tot lager recidiverisico. Een afwezig of mislukt beleid is daarentegen een indicatie voor een verhoogde recidivekans (Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005).
- Het wegnemen van de verschillen tussen de klinieken in verlofbeleid die voor 2004 bestonden.
- De beschikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten (zoals de HCR en HKT) 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. Vanaf 2004 is de risicotaxatie als verplicht onderdeel van een verlofaanvraag ingevoerd.
- Het terugbrengen van het aantal verlofmodaliteiten om de administratieve last te verminderen, terwijl de veiligheid gehandhaafd blijft. In het oude kader waren vijf verlofmodaliteiten.

De huidige regeling kent drie verlofmodaliteiten, naast proefverlof en de incidentele afwezigheid op humanitaire gronden.²² De verlofmodaliteiten zijn:

- begeleid verlof;
- onbegeleid verlof;
- transmuraal verlof.²³

De modaliteiten zijn gebaseerd op de fasen in de behandeling en hebben een duidelijk behandeldoel en chronologie: toetsen hoe een patiënt reageert op de behandeling en vorm te geven aan de vervolgbehandeling. Bovendien dient het verlof als «oefening» voor de patiënt.

²⁰ Beleidsbrief TBS 1 maart 2004. Kamerstuk 29 452, nr. 35.

²¹ De interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van de zorg in strafrechtelijk kader voorziet problemen met de plaats van de tbs in de modernisering van de AWBZ. Doelstelling van de AWBZ is het financieren van onverzekerbare kosten, een verzekering voor ernstige, chronische hulpvragen van mensen. De hoge tarieven en het onvrijwillige karakter van de zorg in strafrechtelijk kader verdragen zich slecht met de uitgangspunten van de gemoderniseerde AWBZ: namelijk de harmonisatie van tarieven en vraagsturing.

²² Op deze vorm van verlof gaan we niet nader in. Het betreft hier geen verlofvorm in het kader van behandeling.

²³ Transmuraal verlof als verlofvorm bestond al langer, maar is pas sinds het verlofbeleidskader 2004 juridisch geregeld.

Er wordt begonnen met begeleid verlop. Hieronder vallen alle verloven buiten de beveiligde zone van de inrichting onder begeleiding van personeel. Het betreft zowel verblijf buiten de inrichting in de eerste fase van behandeling als hernieuwd verlop als sprake is van terugval of stagnatie in de behandeling. Begeleid verlop is doorgaans eendaags en heeft een belangrijk toetsend karakter. Hoe reageert de patiënt op impulsen van buitenaf.

Indien dat goed verloopt en risicotaxaties positief zijn kan onbegeleid verlop aangevraagd worden. Onder onbegeleid verlop vallen alle verloven voor buiten de beveiligde zone van de instellingen zonder begeleiding van personeel. Het kan zowel om eendaags als meerdaags verlop met of zonder overnachtingen gaan, dat gefaseerd wordt uitgevoerd binnen de marges van het behandelplan en de behandelprognose. Ten aanzien van onbegeleid verlop worden altijd duidelijke afspraken en toetsbare voorwaarden opgesteld, die voortkomen uit het behandelplan.

Transmuraal verlop zijn alle verloven die buiten de beveiligde zone van de inrichting, zonder begeleiding van personeel en voor langere tijd plaatsvinden.

Om voor transmuraal verlop in aanmerking te komen, moeten in de eerdere fasen de verloven goed zijn verlopen en risicotaxaties positief zijn en moet er zicht zijn op een (gedeeltelijke) terugkeer in de maatschappij. Het vervolg kan zijn: 1) uitstroom uit de tbs, 2) verlenging van de transmurale fase onder vermelding van de prognose en de noodzaak tot verlenging, 3) doorstroom naar duurzame begeleiding vanuit de tbs of 4) doorstroom naar de reguliere GGZ. In alle fasen spelen veiligheidseisen een doorslaggevende rol.

Het toetsingskader van voor 2004 hield een meer marginale toetsing in en is inmiddels vervangen door een meer geprogrammeerde veiligheidstoets met een eenduidige werkwijze voor alle tbs-klinieken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie-instrumenten. Toepassing van een risicotaxatie-instrument leidt tot een gestandaardiseerde manier van beoordelen van de kenmerken die samenhangen met een verhoogde kans op recidive. Samen met een klinische rapportage wordt een compleet overzicht verkregen van de situatie van de individuele tbs'er.²⁴ Het toezicht op verlop ligt bij het hoofd van de kliniek.

De klinieken hebben de volgende taken in het aanvragen van verlop:

- Opstellen procedure voor het verlenen van verlop.
- Een procedure vaststellen voor de wijze en frequentie van controle op het verlop.
- Format voor aanvraag invullen, met daarin voorgeschiedenis, delictdiagnostiek, behandeling (beschrijving verloop en fase van de behandeling, functie van verlop in de behandeling, incidenten, verlengingsadviezen, verloftypering, resultaat risicoanalyse), risicomanagement (voorwaarden en organisatie, begeleidingsplan).
- Interne toetsing.

Op 24 juni 2005 kondigde de minister van Justitie in de Tweede Kamer aan dat er een aantal aanscherpingen in het verlopbeleid is opgenomen naar aanleiding van een incident met een ontsnapte tbs'er. Deze aanscherpingen zijn:

- Bij twijfel wordt geen verlop verleend. Twijfel is er wanneer deskundigen in de twee jaar voorafgaand aan het moment van aanvraag aanmerkelijk verschillend hebben geadviseerd.

²⁴ In paragraaf 3.7 gaan we in op de praktische werking.

- Proeven met het gebruik van elektronische volgsystemen.²⁵
- Begeleide verloven met dubbele begeleiding in de startfase van het verlof.²⁶
- Verscherping van het opsporingsbeleid.
- Het stopzetten van alle verloven, indien bij een kliniek een patroon bestaat van onttrekkingen.

Proefverlof

Wanneer het recidiverisico van de tbs'er dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is om hem of haar terug te laten keren inde maatschappij, dan kan het hoofd van de kliniek met een machtiging van de minister proefverlof verlenen. Dit is geregeld in artikel 51 van de beginselenwet. Indien nodig kan het hoofd van de kliniek bijzondere voorwaarden stellen indien dit nodig is met het oog op de algemene veiligheid, bijvoorbeeld steun vanuit een hulpverleningsinstelling. Ook de reclassering speelt een rol bij het toezicht tijdens het proefverlof. Zij stellen een begeleidingsplan op in samenwerking met de kliniek.

Voorheen was het proefverlof aan korte termijnen gebonden. Binnen de huidige verloffregelingen is dat niet meer het geval. Hierdoor zijn er meer mogelijkheden om bepaalde groepen patiënten duurzame vormen van forensisch psychiatrisch toezicht te bieden.

2.8 Longstay en longcare

Midden jaren negentig werd duidelijk dat er een groep binnen de tbs-populatie was waarbij het recidiverisico niet voldoende afnam. Er is een toenemend besef dat er een groep tbs'ers is waarbij – door een te groot en ernstig recidiverisico – een veilige terugkeer in de samenleving uitgesloten is, ondanks een uitgebreide behandeling.²⁷ Deze patiënten worden na verloop van tijd minder intensief behandeld, maar hebben wel beveiliging nodig en zijn afhankelijk van psychische en medische zorg.²⁸ In Veldzicht zijn in 1999 en in de Pompekliniek in Nijmegen in 2003 daarom afdelingen voor longstay gebouwd. Deze capaciteit is echter niet voldoende.

In september 2005 zijn er negentig patiënten die gebruik maken van de longstay. Het WODC heeft een schatting gemaakt van het aantal patiënten dat langdurig zorg nodig heeft. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen longstay en longcare. Bijna 200 patiënten komen in aanmerking voor een longstay-voorziening, 450 van tbs-patiënten heeft longcare nodig (De Kogel, Verwers, Den Hartogh, 2005). Met *longstay* wordt hierbij verwezen naar patiënten bij wie na langdurige behandeling het delictgevaar onvoldoende is geweken. Het gaat hierbij vooral patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (hoge mate van psychopathie) voor wie verblijfsvoorzieningen moeten worden gecreëerd gericht op duurzaam verblijf en maximale beveiliging. *Longcare* verwijst daarentegen naar patiënten die langdurig zorg- en structuurafhankelijk zijn. Vanwege hun chronisch psychiatrische kwetsbaarheid en beperkingen is blijvend toezicht aangewezen, zij het in minder beveiligde vorm dan bij de longstaygroep. Het betreft hier met name psychotici.²⁹ Voor de longcare kan samenwerking met de reguliere GGZ tot een passende en verantwoorde uitstroom zorgen. De GGZ is ook dan ook bezig om het begrip longcare verder te ontwikkelen.

De huidige capaciteit is dus niet voldoende en sluit daarnaast niet aan bij de behoefte, bovendien is er sprake van een groeiende capaciteitsbehoefte. Mede door het aangescherpte verlofbeleid is de verwachting dat

²⁵ Er zijn proeven geweest met elektronische volgsystemen, maar die hebben nog niet tot de gewenste resultaten geleid. De respondenten benadrukten hierbij dat patiënten waarover twijfel is, geen verlof moeten krijgen. Enkelbanden dienen hierbij geen doel.

²⁶ Ook bij deze maatregel hebben de klinieken hun bedenkingen. De overweging is dat als een begeleider zich niet zeker voelt om alleen op stap te gaan met een patiënt, verlof nog niet aan de orde is. Dubbele begeleiding kost meer inzet van personeel, maar leidt volgens de respondenten in het veld niet tot meer veiligheid.

²⁷ Illustratief is hierbij bijvoorbeeld dat het kabinet in mei 1999 nog ondubbelzinnig stelde dat de behandeling in de tbs-klinieken vanaf het begin dient te worden gericht op een zo spoedig mogelijke uitstroom. Dit was ook het uitgangspunt van de interdepartementale onderzoeken TBS. De behandeling in de tbs-kliniek is daarbij een schakel in de keten van voorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten. Men is zich al wel bewust dat wetgeving moet worden aangepast om het gedrag van (ex-)tbs-patiënten te kunnen reguleren in een psychiatrisch ziekenhuis. De Commissie Kosto krijgt al veel duidelijker de opdracht om binnen de context van de beveiliging van de samenleving te kijken naar het bevorderen van de uitstroom vanuit de tbs.

²⁸ Hierbij moet wel toegevoegd worden dat voor een deel van de groep de mogelijkheden zijn beperkt door de gestelde (financiële) kaders voor de behandelduur en binnen de huidige behandelmogelijkheden.

²⁹ Beschrijving gebaseerd op de visienota van de GGZ Nederland, 2005, p. 22–23.

het aantal tbs'ers dat in aanmerking komt voor een longstayvoorziening verder groeit.

In augustus 2005 heeft de minister daarvoor een beleidskader laten ontwikkelen. Dit beleidskader is op het moment van schrijven nog niet door de Tweede Kamer behandeld en kan nog wijzigen. We geven hier toch de belangrijkste uitgangspunten van het beleidskader weer:

- De gespecialiseerde voorziening voor longstay is niet gericht op behandeling richting terugkeer naar de maatschappij, maar op aanvaarding van het verblijf in de longstay, waarbij gestreefd wordt naar een aanvaardbare kwaliteit van leven van de patiënt.
- Binnen de tbs-longstay worden verschillende deelpopulaties onderscheiden: patiënten met een psychotische problematiek of persoonlijkheidsstoornis, naar verstandelijke vermogens en naar beheersmatige aspecten (individueel of groepsgeschikt).
- De tbs'er op longstay heeft dezelfde interne en externe rechtspositie als de tbs'er op een reguliere tbs-afdeling.
- Er moet een zorgvuldige besluitvorming zijn rond de plaatsing in longstay, omdat een deel van de patiënten er nooit meer uit zal komen. Nu wordt bepaald of iemand voor longstay in aanmerking komt na een periode van tweemaal drie jaar. In het beleidskader wordt uitgegaan van een criterium van behandelbaarheid van de tbs'er. Plaatsing in de longstay is mogelijk als:
 - De tbs'er conform de laatste inzichten van de forensische psychiatrie alle behandelingsmogelijkheden heeft ondergaan (in minimaal twee behandelsettingen), zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar.³⁰
 - Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de GGZ vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.
- Overplaatsing naar longstay is een externe overplaatsing, waarvoor altijd een plaatsingsbeschikking nodig is van het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ), ook wanneer de overplaatsing binnen een kliniek plaatsvindt. Patiënten kunnen tegen overplaatsing in beroep gaan.
- Voor deze patiënten is alleen begeleid verlop uit humanitaire overwegingen mogelijk.
- Uitplaatsing van longstay kan plaatsvinden als blijkt dat delictrisico op termijn afneemt, bijvoorbeeld als er nieuwe behandelmethoden of medicijnen zijn. De positie van de longstay-patiënt moet dus regelmatig bekeken worden. Het verlengingsadvies van de kliniek wordt ieder jaar of om de twee jaar door de rechter getoetst in een verlengingszitting.
- De CTG stelt de tarieven op.
- Er is voorzien in een uitbreiding met 26 plaatsen in 2005, met 60 in 2006 en met 54 in 2007 (bron: Ministerie van Justitie, DJI).
- Het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ) laat zich bij plaatsingen in de klinieken en de longstay adviseren door een multidisciplinair team van onafhankelijke deskundigen, de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP).³¹

³⁰ Alleen bij patiënten die door overplaatsing naar een tweede behandelsetting «decompenseren» kan een onafhankelijk multidisciplinair onderzoek de tweede behandelopgave vervangen.

³¹ De commissie bestaat uit twee personen van de FPD en drie behandeldirecteuren van tbs-instellingen. De kliniek waar de persoon verblijft, maakt geen deel uit van de adviescommissie. Het advies wordt gebaseerd op een uitvoerig dossieronderzoek, een recente onafhankelijke multidisciplinaire rapportage. De tbs'er heeft de mogelijkheid tot beroep.

3 WERKING TBS VANUIT PERSPECTIEF VAN DE KLINIEKEN

In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen 7 en 9 tot en met 14 uit het onderzoeksvoorstel. We herhalen hier de vragen:

7. Zijn er verschillen tussen tbs-klinieken in de behandeling van patiënten?
9. Welke mechanismen zijn *in de praktijk* werkzaam bij de instroom, doorstroom en uitstroom van tbs'ers?
10. Wat is de oorzaak van de stagnatie in de doorstroom en uitstroom?
11. Waar komen de ex-gestoorde delinquenten terecht na uitstroom uit de tbs?
12. Hoe wordt invulling gegeven aan het fenomeen «longstay»?
13. Hoe wordt de effectiviteit van de behandeling beoordeeld en/of gemeten?
14. Hoe wordt «onbehandelbaarheid» opgevat door tbs-klinieken?

Om de leesbaarheid van het stuk te bevorderen, gaan we zoveel mogelijk uit van de chronologie van het traject *binnen* de kliniek (instroom, behandeling, verlofbeleid, uitstroom, longstay, na de kliniek). Wanneer we over klinieken spreken, bedoelen we zowel de negen tbs-klinieken als de drie FPK's.

We beantwoorden de vragen dus door de hoofdlijnen van de praktische werking van tbs in de klinieken te schetsen. Waar dat relevant is, wijzen we op verschillen in aanpak tussen klinieken (onderzoeksvraag 7).³² Het hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op de informatie uit de gesprekken die we met vertegenwoordigers van alle klinieken hebben gevoerd.³³ De informatie van binnen de klinieken is aangevuld met kwantitatieve gegevens uit het MITS van het Ministerie van Justitie (DJI) en met informatie uit enkele secundaire bronnen (bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg).³⁴

Ieder onderdeel sluiten we af met een korte opsomming van aandachtspunten op het betreffende onderdeel van het traject. Het gaat om onderwerpen van discussie, knelpunten en in een enkel geval afwijkende meningen. De aandachtspunten zijn gebaseerd op opmerkingen van zowel vertegenwoordigers van de klinieken als andere betrokkenen («deskundigen») uit het veld.

We beginnen dit hoofdstuk met cijfers over de capaciteit en over de samenstelling van de populatie in de tbs-klinieken.

3.1 Capaciteit klinieken

In Nederland zijn er twaalf klinieken door het Ministerie van Justitie aangewezen voor verpleging van tbs'ers: drie rijksklinieken en negen particuliere. Van de twaalf klinieken zijn er negen klinieken met een justitieel karakter en drie met een niet-justitieel karakter (de zogenaamde FPK's). De twaalf klinieken hebben samen door de jaren heen de volgende capaciteitsontwikkeling doorgemaakt (zie tabel 3.1): de totale capaciteit neemt toe en die toename is terug te zien bij elk type tbs-kliniek dat we kunnen onderscheiden.

³² Voor een meer inhoudelijke beantwoording van de vraag naar verschillen tussen klinieken verwijzen we naar de rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2003) en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (IST, 2005).

³³ De itemlijst die is gebruikt voor de interviews is opgenomen in bijlage 2.

³⁴ Een uitgebreide verantwoording is te vinden in bijlage 2.

Tabel 3.1 Capaciteit

Jaar	2001	2002	2003	2004	2005
Formele capaciteit					
tbs-klinieken	1 263	1 313	1 296	1 401	1 491
Subtotaal particulier	–	–	642	707	751
Subtotaal rijks	–	–	473	487	527
Subtotaal justitieel	–	1 114	1 115	1 194	1 278
Subtotaal niet-justitieel	–	199	181	207	213

Bron: Ministerie van Justitie DJI, 2005

– Dit onderscheid wordt in de dataset van DJI voor deze jaren niet gemaakt.

3.2 Samenstelling van de populatie in de tbs-klinieken (naar leeftijd, geslacht, stoornis en geboorteland)

Leeftijd

Uit de cijfers blijkt dat de gemiddelde leeftijd zowel bij veroordeling als op de peildatum toenam in de afgelopen jaren. In ons materiaal hebben we hiervoor geen verklaring gevonden.

Tabel 3.2 Gemiddelde leeftijd personen in tbs-klinieken

	1 jan. 1990	1 jan. 1995	1 jan. 2000	1 jan. 2004
Op peildatum	31	36	34	37
Bij veroordeling tbs	26	27	29	30

Bron: Tbs in getal 2005, Ministerie van Justitie, Dienst DJI

Geslacht

In de laatste vijftien jaren nam het aantal vrouwen binnen de tbs-populatie toe. Inmiddels (2005) is overigens ook de eerste vrouw in de longstay een feit.

Tabel 3.3 Geslacht personen in tbs-klinieken

	1 jan. 1990	1 jan. 1995	1 jan. 2000	1 jan. 2004
Man	97,0%	95%	95%	93,7%
Vrouw	3,0%	5%	5%	6,3%

Bron: Tbs in getal 2005, Ministerie van Justitie, Dienst DJI

Stoornis

De primaire psychopathologie bij instroom is voor een groot deel bekend en neemt met de jaren af. Het aandeel van personen met een persoonlijkheidsstoornis in de populatie bij uitstroom is groter dan het aandeel personen met een psychotische stoornis. Het aantal patiënten met een primaire psychotische kwetsbaarheid blijft groeien.

Tabel 3.4 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

* Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

Het Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken merkt op dat de twee categorieën, persoonlijkheids- en psychotische stoornis, weinig zeggen over de diversiteit aan stoornissen die we binnen de populatie tbs'ers aantreffen (LBIV, 2005).

Geboorteland

Tabel 3.5 is een weergave van de geboortelanden van personen in de tbs. Op het probleem van illegalen in de tbs, dat in de marge hiervan speelt, gaan we in bijlage 4 in. Ongeveer een kwart van de tbs-populatie is niet in Nederland geboren. Bijna de helft daarvan komt uit Suriname of is afkomstig van de Nederlandse Antillen. Deze trend blijft door de jaren heen waarneembaar, al neemt het aantal personen uit Afrika, Azië, Noord-, Midden- of Zuid Amerika en voormalig Oostblok iets toe.

Tabel 3.5 Geboorteland personen in tbs-klinieken

	1 jan. 1995	1 jan. 2000	1 jan 2004
Nederland	74%	72%	73,9%
West-Europa	3%	3%	2,3%
Voormalig Oostblok	0%	0%	0,5%
Turkije en Noord-Afrika	4%	6%	5,2%
Rest Afrika	1%	1%	2,4%
Azië	2%	2%	2,6%
Australië en Nieuw-Zeeland	0%	0%	0,1%
Noord-Amerika	0%	0%	0,1%
Midden- en Zuid-Amerika	1%	1%	1,2%
Suriname en Ned. Antillen	15%	15%	11,7%
Totaal	100%	100%	100%

Bron: Tbs in getal 2005, Ministerie van Justitie, Dienst DJI

3.3 Instroom in de tbs-kliniek

De instroom in de kliniek wordt bepaald tijdens een tweemaandelijks overleg van de intakefunctionarissen (ook wel intakecoördinatoren) van de klinieken met ambtenaren van het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ). In dit overleg wordt gekeken welke kliniek tbs'ers van de wachtlijst kan plaatsen. Een actueel onderwerp tijdens het overleg is ook de passantenproblematiek. Het ministerie geeft tijdens het overleg de meest recente cijfers over de wachtlijsten. Bekend is dat de wachttijd kan oplopen tot 2,5 jaar. In het overleg kunnen de klinieken overigens ook de onderlinge ruil van patiënten (de categorieën overplaatsing en herselectie in tabel 3.6) regelen. Voor deze ruil is toestemming nodig van het ministerie.

De cijfers over instroom geven het volgende beeld. De totale doorstroom (instroom, overplaatsing en herselectie samen) neemt in de loop der jaren eerst toe en neemt dan weer af tot onder het niveau van 2002. Dit wordt met name veroorzaakt door de afname van eerste opnames en overplaatsingen. Opvallend is het hoge aantal onbekend in 2005.

Tabel 3.6 In- en doorstroom tbs*

Jaar	2001	2002	2003	2004	2005
Eerste opname	–	177	199	199	143
Overplaatsing	–	52	90	58	22
Herselectie	–	25	24	31	51
Crisisinterventie	–	1	4	3	–
Onbekend	–	–	–	5	29
Totaal doorstroom	–	255	317	296	245

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

* Voor een uitleg van de gebruikte termen verwijzen we naar bijlage 7.

De tbs'ers worden aselekt aan een kliniek toegewezen. Deze toewijzing is overigens niet volledig aselekt, zoals reeds is beschreven in paragraaf 2.5. Na toewijzing krijgt de kliniek het dossier toegestuurd. De kliniek heeft dan vier weken om te kijken of de patiënt binnen de doelgroep van de kliniek valt. Vervolgens wordt de toekomstige patiënt door vertegenwoordigers van de kliniek bezocht in het huis van bewaring, waar een korte intake plaatsvindt.

Een mogelijkheid die klinieken bieden, is de preklinische interventie in een gevangenis (meestal in de regio waar de kliniek staat). Daarvoor heeft de kliniek afspraken gemaakt met de gevangenis. Dit betekent dat een toekomstige patiënt zich op vrijwillige basis laat overplaatsen naar de gevangenis en dat er wordt begonnen met de voorbereiding van de patiënt op komst naar kliniek. De preklinische interventie duurt maximaal drie maanden en wordt door de kliniek zelf verzorgd.

Verschillende klinieken gaven aan daarnaast een preklinische *behandeling* te kennen. Dit is een uitgebreider (diagnostisch) voorbereidingsprogramma op de opname in de kliniek, waarbij de opnameafdeling overgeslagen zou kunnen worden. Dit is niet aan tijd gebonden. De preklinische interventie en de preklinische behandeling beëindigen niet de passantenstatus van de tbs'er.³⁵

Een derde mogelijkheid is dat tbs'ers al in de gevangenis in opname worden genomen.³⁶ Ook hierbij wordt de behandeling door de kliniek zelf ter hand genomen. Feitelijk betreft het een opnameafdeling van een tbs-kliniek binnen de muren van een gevangenis. Tijdens de opnamefase is nog geen verlof mogelijk en zijn de behandelactiviteiten beperkt. Deze mogelijkheid wordt geboden om het hoofd te bieden aan het gebrek aan capaciteit en de passantenproblematiek: de patiënt formeel is opgenomen in de kliniek, waardoor de passantenstatus eindigt. Het is geen positieve keuze vanuit behandelmotieven, voor verdere behandeling moet de patiënt in de kliniek zijn opgenomen.

Aandachtspunten bij instroom

De instroom in tbs is groot en roept daarom zowel binnen de klinieken als bij de deskundigen de vraag op wie nu onder een tbs-maatregel zou moeten vallen. Een vraag die daaraan vooraf kan gaan is de vraag of alle huidige tbs'ers daadwerkelijk in een tbs-kliniek thuis horen.

Volgens de klinieken en de meeste deskundigen horen binnen de huidige maatstaven (het wettelijk kader) vrijwel alle tbs'ers in de kliniek thuis. Wel spreken verschillende respondenten over een «vervuilde» doelgroep of zelfs over tbs «als schaamlap voor een niet goed functionerend strafrecht». Binnen de klinieken maar ook wel daarbuiten, bestaat de indruk dat de rechter, in plaats van een langere detentie, makkelijker een ter

³⁵ Over passantenstatus, zie paragraaf 2.4.

³⁶ Het betreft een pilot waarbij onder meer de Pompestichting en de Rooyse Wissel zijn betrokken.

beschikkingstelling oplegt. De oorzaak hiervoor wordt gelegd bij de maatschappelijke roep om strengere straffen, met een tbs-maatregel kan de rechter voorkomen dat het beeld ontstaat dat een uitgesproken straf te licht is. Vanuit de rechtbank wordt dit weersproken.

Bij een klein deel van de patiënten zijn er twijfels of ze in een tbs-kliniek horen. Ruwweg gaat het om drie groepen:

- Patiënten die uitbehandeld zijn en eigenlijk zouden moeten doorstromen naar een vervolgvoorziening. Dit zijn patiënten die aanvankelijk terecht zijn opgenomen.
- Patiënten die door de kliniek niet of nauwelijks te motiveren zijn om een behandeling te volgen en daarmee een dure behandelplaats bezet houden.
- Een aantal groepen waarvoor tbs een te zware maatregel is, zoals verslaafde veelplegers en psychiatrisch patiënten die eigenlijk in de reguliere GGZ behandeld hadden kunnen worden.

De twijfel vinden we zowel bij respondenten binnen als buiten de kliniek.

De meeste respondenten binnen de klinieken hebben geen uitgesproken problemen met de aselecte instroom. Het systeem is transparanter geworden en de «lasten» lijken beter te zijn verdeeld over de klinieken. Hierbij worden vanuit verschillende geledingen binnen de klinieken twee kanttekeningen geplaatst:

- Het aanbod van zorg vanuit de kliniek en de behoeften en mogelijkheden van de patiënten sluiten (nog) niet altijd goed op elkaar aan. Klinieken krijgen wel eens patiënten toegewezen met stoornissen waarmee binnen de kliniek nog weinig ervaring is opgedaan.
- Wanneer een kliniek een grotere groep van patiënten met een bepaalde stoornis in huis heeft, ligt investeren in specialisatie in deze stoornis voor de hand. Door de aselecte toewijzing zijn specifieke patiëntgroepen meer «versnipperd» over de klinieken, hetgeen volgens verschillende betrokkenen verdergaande specialisatie in de weg staat.

De vraag of longstay-patiënten naar het oordeel van de respondenten terecht in een longstay zitten, behandelen we in paragraaf 3.11.

3.4 Behandeling

De klinieken onderscheiden drie hoofdfasen van behandeling:

1. De opname, een diagnostische fase waarin gekeken wordt wat de hulpvraag is en bepaald wordt naar welke afdeling de patiënt gaat (met hoofdcategorieën persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen). Het is de fase die het kortst duurt. De meest genoemde duur van deze fase is drie maanden, eventueel uitlopend tot zes maanden.³⁷
2. Behandelfase, met een gemiddelde duur van drie jaar. Bij alle klinieken wordt in de behandeling een relatie gelegd met het gepleegde delict.³⁸
3. Resocialisatie en nazorg, laatste fase van de behandeling, mogelijk deels transmuraal. In deze fase vinden de meeste verlopen plaats. De verlopen worden gezien als een essentieel onderdeel van de behandeling.

Na de opnamefase wordt de patiënt op een afdeling geplaatst. De indeling van de afdelingen is naar stoornis³⁹ en plaatsing van de patiënten gebeurt dus op basis van zijn of haar stoornis. In incidentele gevallen komt een patiënt niet op de afdeling waar hij of zij op basis van zijn of haar stoornis

³⁷ Een patiënt kan langer op de opnameafdeling verblijven wanneer er geen bedden beschikbaar zijn op de behandelafdeling. Er wordt wel een begin gemaakt met de behandeling.

³⁸ De bedoeling is immers dat een patiënt inzicht krijgt in hoe hij of zij tot een delict is gekomen en dit gedrag in de toekomst kan voorkomen.

³⁹ Klinieken kunnen eventueel over aparte afdelingen voor sexueel-delinquenten, voor vrouwen of voor autisten beschikken, maar dat geldt niet voor alle klinieken. Wel kennen de klinieken groepsafdelingen en individuele afdelingen (voor de meest kwetsbare patiënten).

thuishoort. De oorzaak daarvoor is plaatsgebrek. Deze situatie is in de ogen van de klinieken niet ideaal.

Aan het begin van de behandel fase wordt het behandelplan, indien nodig, verder uitgewerkt. Het behandelplan is puur maatwerk en is dus afgestemd op de hulpvraag van de individuele patiënt. Verantwoordelijk voor het opstellen is de behandelcoördinator (de inhoudelijk verantwoordelijke voor een afdeling). Uitgangspunt van de tbs-klinieken is een duurzame beveiliging door behandeling. Naast de individuele hulpvraag staat ook dit uitgangspunt centraal in het behandelplan. Het behandelplan kan tussentijds aangepast worden.

In het behandelplan worden zowel lange- als kortetermijndoelen geformuleerd. Deze worden geoperationaliseerd in interventies en resultaten. Steeds meer afdelingen binnen de klinieken kennen een zorgprogramma waaruit bij het opstellen van het behandelplan wordt geput.⁴⁰ In een zorgprogramma wordt het zorgaanbod van een specifieke afdeling beschreven. Het gebruik van zorgprogramma's is ingevoerd naar voorbeeld van GGZ. Verschillende klinieken werken al enige jaren met zorgprogramma's, andere zijn nog niet zover maar zijn begonnen met de invoering of ontwikkeling van zorgprogramma's. Ook in het rapport *TBS-klinieken in beweging* (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003) wordt deze ontwikkeling signaleerd.⁴¹

Na een vaste periode (meestal een halfjaar) wordt de voortgang van de patiënten binnen het behandelplan in het multidisciplinaire team besproken. Al naar gelang de resultaten worden de vervolgstappen bepaald. Verantwoordelijk is opnieuw de behandelcoördinator. Deze cyclus wordt herhaald tot de tbs-maatregel wordt opgeheven.

In vergelijking met het verleden menen vrijwel alle betrokkenen uit de klinieken dat het behandeltraject is geprofessionaliseerd (door de zorgprogramma's) en dat de afwegingen kritischer zijn. Naast de verschillen die er zijn gezien de aard van de doelgroep (longstay, verstandelijk gehandicapten, et cetera) zijn de verschillende vormen van behandeling meer naar elkaar toegegroeid: de eigen hand van de kliniek speelt een minder vooraanstaande rol in de behandeling dan voorheen, al blijven er wel verschillen in aanpak tussen de klinieken.⁴² Beide ontwikkelingen worden herkend door verschillende deskundigen van buiten de kliniek, waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Aandachtspunten bij behandeling

Een belangrijk probleem binnen het tbs-stelsel is de sterke aanwas van nieuwe tbs'ers. Dit alleen al zou reden kunnen zijn om de meer principiële vraag te stellen of al deze mensen ook daadwerkelijk in een tbs-kliniek horen of dat er voor specifieke groepen misschien andere oplossingen mogelijk zijn. Een algemeen gedeelde visie is dat behandeling niet altijd zin heeft. Een belangrijk thema binnen deze discussie vormt het begrip behandelbaarheid (in de zin van het in voldoende mate kunnen terugdringen van het recidivegevaar).

Een behandelcoördinator definieert het zo: «een patiënt is niet behandelbaar zolang hij of zij zijn of haar handicap niet aanvaardt en dit naar verwachting leidt tot het herhalen van stereotype conflicten.» Over de definitie van behandelbaarheid bestaat echter geen consensus. Duidelijk is dat:

- Een gebrek aan motivatie van de patiënt de behandeling dusdanig kan

⁴⁰ In een zorgprogramma wordt per patiënt-groep de uitgangspunten, de doelgroep, de diagnostiek, het aanbod en het milieu beschreven. In de zorgprogramma's worden ook uitspraken gedaan over de effectiviteit van het aanbod (behandelmodulen), het behandel-aanbod is meer *evidence based*.

⁴¹ Navraag bij de Inspectie leert dat er een nieuwe ronde inspectiebezoeken aan de klinieken is afgelegd. Aan de rapportage wordt gewerkt (publicatiedatum onbekend).

⁴² Een directeur van één van de klinieken merkt hierover op dat «die verschillen, mits transparant, dienen bij te dragen aan het professionele discours en derhalve aan zorginhoudelijke ontwikkeling en vernieuwing.»

frustreren dat feitelijk een situatie ontstaat dat een patiënt niet behandelbaar is. Deze houding kan op termijn echter veranderen.

- Van verschillende stoornissen bekend is dat deze nagenoeg niet zijn te behandelen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen die hoog scoren op de psychopathiechecklist. Uit studies blijkt dat het recidiverisico voor deze groep op tachtig procent ligt.⁴³ Genoemd zijn verder (pedo-)seksuele delinquenten.

De consequentie van beide is dat een patiënt vrijwel zeker delictgevaarlijk blijft.

Binnen de sector leven verschillende ideeën over behandelbaarheid. Het valt buiten het bestek van ons onderzoek om met een wetenschappelijk onderbouwde invulling van het begrip te komen. Desondanks komen we in hoofdstuk 6 terug op behandelbaarheid.

Verschuillende respondenten (binnen de kliniek maar bijvoorbeeld ook juristen) benadrukken dat het niet ongewoon is dat een patiënt pas na verloop van tijd gemotiveerd raakt om mee te werken aan de behandeling en dat het daarom geen reden mag zijn om de patiënt als blijvend onbehandelbaar te beschouwen. Daarnaast wijst men op de ontwikkelingen in de psychiatrie: stoornissen die nu als onbehandelbaar te boek staan, zijn mogelijk in de toekomst wél behandelbaar. Bij een inkadering van het begrip onbehandelbaarheid moet men dan ook rekening houden met mogelijke toename van motivatie bij een patiënt én voortschrijdend inzicht in de wetenschap op het punt van behandelingsmethoden en medicatie.

Ook wanneer de discussie over behandelbaarheid niet gevoerd wordt, blijft voor de klinieken de vraag wat de mogelijkheden zijn wanneer een patiënt niet gemotiveerd is om aan de behandeling mee te werken. De patiënt bezet een «duur» bed, maar maakt geen gebruik van de behandeling, boekt geen vooruitgang en frustreert mogelijk zelfs de behandeling van andere patiënten. Zoals in paragraaf 2.1 al is aangegeven, kunnen patiënten niet gedwongen worden om aan de behandeling mee te werken. De inspectie constateert dat er daardoor mogelijk onnodig vaak van de separeer gebruik gemaakt wordt (IGZ, 2003). Met name voor mensen die in psychose verkeren, zou moeten kunnen worden overgegaan op medicatie.

Overplaatsing naar longstay is formeel pas een optie na zes jaar behandeling in een tbs-kliniek en twee behandelsettings. Volgens verschillende respondenten binnen de klinieken is deze periode voor sommige patiënten te lang; zij zouden al eerder overgeplaatst moeten kunnen worden.⁴⁴ Bezien in het licht dat longstay feitelijk vaak neerkomt op levenslang een lid van de strafkamer van de rechtbank Amsterdam hier haar twijfel over uit.

3.5 Verslavingsbeleid

Bij een groot deel van de patiënten in de tbs-klinieken speelt verslaving (alcohol, drugs, medicatie, gokken) ten minste op de achtergrond een rol. In sommige klinieken lopen de schattingen op tot tachtig procent van de patiënten, maar in elke kliniek speelt het probleem bij een groot deel van de patiëntenpopulatie. De klinieken stellen zich daar op de volgende manieren op in:

- In veel klinieken worden tijdens de behandeling modules uit de verslavingszorg aangeboden (opgenomen in het zorgprogramma).

⁴³ Voor de hele populatie uitgestroomde tbs'ers is dit risico zeventien procent.

⁴⁴ Incidenteel gebeurt dit al wel. Daarnaast heeft minister Donner aangekondigd deze mogelijkheid te bekijken.

- Enkele klinieken kennen een zorgprogramma waarin verslavingszorg centraal staat (of ontwikkelen zo'n zorgprogramma).
 - In sommige gevallen kopen de klinieken modules verslavingszorg in bij een verslavingskliniek.
 - Verder uit dit zich in praktische maatregelen als controle van urine en duidelijke afspraken tijdens verlof (drank- en drugsgebruik zijn over het algemeen uit den boze, zeker als deze een rol speelden bij het delict).
- Ondanks de omvang van de problematiek lijkt de verslavingszorg niet bij alle klinieken een even prominente plaats in de behandeling in te nemen, waardoor de kans groot is dat patiënten bij terugkeer in de maatschappij opnieuw tegen zijn of haar verslaving aanlopen.

Aandachtspunten bij verslavingszorg

Een vraag is of de kliniek een patiënt wel of geen verslavingszorg aan moet bieden wanneer uit de delictanalyse niet blijkt dat verslaving van de patiënt een rol heeft gespeeld bij het plegen van het delict. Uitgangspunt bij de behandeling is nu dat er een relatie moet zijn, het voorkomen van delictgevaar staat immers centraal. Gezien het grote aandeel verslaafden in de kliniek, zelfs tot in de longstay⁴⁵, lijkt verslavingszorg als specialisatie of als regulier onderdeel van de behandeling voor de hand te liggen.

3.6 Etniciteit en behandeling

De samenstelling van de tbs-populatie is de afgelopen jaren steeds meer van kleur veranderd. Momenteel is ongeveer een kwart van de tbs-populatie van niet-Nederlandse afkomst. Patiënten van Surinaamse en Antilliaanse afkomst vormen hierbinnen veruit de grootste groep. Er vindt echter een (lichte) verschuiving naar andere etnische groepen plaats (zie tabel 3.5). De commissie Kosto pleitte al voor meer aandacht voor dit fenomeen, aangezien patiënten uit andere culturen mogelijk een andere aanpak vergen in de behandeling.

De verandering van populatie heeft mogelijk een effect op de groepen in de klinieken. De meeste klinieken beschikken namelijk over groepsafdelingen waar ook een deel van de behandeling plaatsvindt. In de klinieken wordt de aanwezigheid van verschillende culturen niet als een knelpunt ervaren. Zij zijn zich ervan bewust dat sommige zaken anders beleefd worden en dat daar in de behandeling rekening mee gehouden moet worden. In enkele klinieken is aangegeven dat er in de scholing van personeel aandacht is voor transculturele omgangsvormen. Een probleem daarentegen vormen wel tbs'ers zonder verblijfsvergunning. Het is echter hun verblijfsstatus die voor knelpunten zorgt, niet hun etnische achtergrond.⁴⁶

Aandachtspunt bij etniciteit

Ook vanuit de advocatuur wordt gewezen op een toenemende instroom van mensen uit andere culturen in de tbs. Bij oplegging blijkt dat de adviezen van deskundigen vaak twee verschillende richtingen op kunnen wijzen. Volgens een advocaat die veel verdachten met een niet-Nederlandse achtergrond verdedigt, wijst dit op een zeker gebrek aan kennis over (behandeling van) stoornissen bij deze groep.

3.7 Verlofbeleid

Voor de klinieken is een behandeling niet afgerond zonder dat een patiënt verschillende vormen van verlof heeft doorlopen. Verlof wordt niet gezien als de beloning van een patiënt, maar als een wezenlijk onderdeel van de

⁴⁵ Zie bijlage 8, tabel 8-7.

⁴⁶ Zie ook bijlage 4.

behandeling. Het verlof is immers het moment waarop getoetst kan worden in hoeverre de behandeling van de patiënt succesvol is. De respondenten benadrukken dat er geen onaanvaardbare risico's genomen mogen worden, daarom moet de afweging om een patiënt verlof te geven zorgvuldig zijn.

Naar aanleiding van vorderingen in het behandelplan wordt in het multidisciplinaire behandelteam besloten of verlof past bij het stadium van de behandeling van een patiënt. Wanneer dit het geval is en aan alle voorwaarden is voldaan, wordt een verlofaanvraag opgesteld door de behandelcoördinator op basis van het format van het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ). De voorwaarden die de kliniek hanteert, zijn een goede score in de risicotaxatie⁴⁷ in combinatie met een positief klinisch oordeel van de behandelcoördinator. De verlofaanvraag gaat eerst naar de interne verlofcommissie, waar de aanvraag kritisch tegen het licht wordt gehouden. In deze commissie zitten naast de directeur behandeling vaak behandelcoördinatoren van een andere afdeling. Van twee klinieken weten we dat er ook een vertegenwoordiger van een andere kliniek zitting heeft in de commissie.⁴⁸

Het komt geregeld voor dat de commissie de aanvraag terugstuurt naar de behandelcoördinator met het verzoek deze beter te onderbouwen of de behandeling voort te zetten. Wanneer de aanvraag volgens de commissie voldoet aan de criteria, kan deze verstuurd worden naar het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ). De huidige stand van zaken is dat de interne commissie vaker de aanvraag terugstuurt naar de behandelcoördinator dan dat het ministerie de aanvraag niet honoreert. Uit een rapport van de Inspectie voor de Sanctietoepassing (2005) over het gebruik van de format voor de aanvraag van verlofmachtiging blijkt dat op één na alle klinieken gebruikmaken van het format, maar dat invulling hiervan nog op uiteenlopende wijze gebeurt.

Voor iedere vorm van verlof (begeleid, onbegeleid, transmuraal) moet een nieuwe aanvraag worden gedaan. Om te komen tot een vervolgstap in het verlof, worden de eerdere verloven geëvalueerd. Sinds het nieuwe verloffbeleidskader van het Ministerie van Justitie (zie paragraaf 2.7) en na de incidenten in de afgelopen jaren is het verloffbeleid in de klinieken aangescherpt en is er meer controle op de uitvoering, ook binnen de kliniek.

Wanneer verlof toegekend is aan een patiënt wordt op de dag van het verlof zelf getoetst of de patiënt daadwerkelijk in staat is om met verlof te gaan. Pas dan wordt («aan de voordeur») de verloffpas afgegeven. Zonder getekende verloffpas mag de patiënt de kliniek niet verlaten.

Tussen de patiënten zijn verschillen tot welke verloffase⁴⁹ ze komen en hoe het verlof wordt ingevuld. Sommige patiënten krijgen wel onbegeleid verlof om te gaan werken, maar moeten 's avonds terugkeren in de kliniek. Anderen krijgen alleen begeleid verlof voor een opleiding of andere activiteiten. Patiënten die het hele traject doorlopen, kunnen in aanmerking komen voor proefverlof (zie paragraaf 3.9, over uitstroom). Ze verblijven dan buiten de kliniek. Zij vallen dan onder het toezicht van de reclassering, maar de kliniek blijft verantwoordelijk.

Het aantal actuele verloffmarges⁵⁰ dat het Ministerie van Justitie heeft toegekend en het aantal gestarte verloffmarges op peildatum december van elk jaar stijgt aanvankelijk en is de laatste jaren weer gedaald. Een (lichte) stijging is waar te nemen bij het aantal afgekeurde en ingetrokken verloffmarges. Voor 2005 kan dit verklaard worden door de verdere

⁴⁷ De gebruikte risicotaxaties zijn de HCR-20 en de HKT-30. Naar schatting de helft van de klinieken gebruikt de HCR-20 en de andere helft HKT-30. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid («komen verschillende beoordeelaars tot dezelfde uitkomst?») van beide instrumenten is goed tot uitstekend en de voorspelbare waarde is goed (bron: EFP).

⁴⁸ Voorbeeld de Rooyse Wissel en GGZ Eindhoven (FPK).

⁴⁹ De fase die aangeeft welke vrijheden aan een bewoner zijn toegestaan. De duur van het toegestane verlof wordt fasegewijs vergroot. Iedere fase heeft een maximale verlofduur, een mate van begeleiding en een mate waarin het verlof door de bewoner zelf kan worden ingevuld. De fasering van de toegestane vrijheden in het verlof wordt gepland in het verplegings- en behandelplan, volgens het door het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ) vastgestelde verloffbeleid.

⁵⁰ De verloffmarge wordt gevormd door de grenzen die door het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ) zijn gesteld aan de toegestane bewegingsvrijheid van de tbs'er. De tbs-kliniek richt het verlof binnen deze grenzen in en heeft daarbij, zij het beperkte, mogelijkheden om het verlof naar haar eigen inzicht in te vullen.

aanscherping van het verlofbeleid in juni, naar aanleiding van een onttrekking waarbij een ernstig strafbaar feit heeft plaatsgevonden.

Tabel 3.7 Verloven binnen tbs

Jaar	2001*	2002	2003	2004	2005
Aantal actuele geregistreerde verlofmarges	–	739	774	751	728
Aantal gestarte verlofmarges	–	464	620	568	475
Aantal afgekeurde verlofmarges	–	5	39	32	34
Aantal ingetrokken verlofmarges	–	1	6	30	72

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

* Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

Per jaar vinden ongeveer 50 000 verlofbewegingen⁵¹ plaats, waarvan 20 000 begeleid en 30 000 onbegeleid. Jaarlijks vinden er ongeveer 90 onttrekkingen plaats.⁵² Ongeveer driekwart van die onttrekkingen vindt plaats uit een situatie van onbegeleid verlof, de overige onttrekkingen uit begeleid verlof. Meestal betreft het een afwezigheid die zich beperkt van enkele uren tot enkele dagen en keert betrokkene daarna terug in de tbs-kliniek. Ook dan wordt steeds kritisch bezien of, en zo ja wanneer, opnieuw verlof kan worden verleend.

Zoals in het hele behandeltraject is er bij het verlof sprake van maatwerk.

De verloven worden jaarlijks geëvalueerd door de kliniek.⁵³ Dit kan leiden tot stopzetting van het verlof of aanscherping van de voorwaarden waaronder het verlof plaatsvindt. Indien de evaluatie niet tijdig wordt aangeleverd, wordt het verlof door het ministerie stilgelegd.

Schending van gemaakte afspraken of onttrekking kunnen zeer ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Het verlof wordt ingetrokken en de behandeling loopt vertraging op.

Aandachtspunten bij verlofbeleid

De klinieken constateren dat de gevolgen van onttrekking soms onevenredig zwaar zijn. Onderscheid tussen kleine en grote overtredingen kan nauwelijks worden 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 verlof van de patiënt.

Schending van gemaakte afspraken tijdens het verlof moet volgens de klinieken per geval worden bekeken. De huidige aanscherping van het verlofbeleid schiet volgens hen voor veel patiënten zijn doel voorbij. Zij zijn de dupe van enkele extreme voorvallen tijdens onttrekkingen.

Voor het verlof spreekt dat een patiënt gefaseerd steeds meer wordt «blootgesteld» aan de maatschappij en dat er daardoor een betere inschatting kan worden gemaakt van hoe een patiënt op een volgende stap zal reageren. Ook reclassering onderschrijft deze visie. Uit de recidivecijfers van het WODC kan worden opgemaakt dat de verloven een positief effect hebben. Wanneer een maatregel wordt afgesloten met een proefverlof vindt er minder recidive plaats.⁵⁴

⁵¹ Bij verlofbewegingen gaat het om elke vorm van verlof, vallend binnen de verlofmarge. Elke keer (begeleid of onbegeleid) verlof wordt dan apart geteld. Het gaat om in totaal ongeveer 700 personen. Dit betreft overigens de situatie voor de aanscherping van het verlofbeleid.

⁵² Met onttrekking wordt bedoeld dat de tbs'er zich in een verlofsituatie bevindt en zich daarbij onttrekt aan de voorwaarden, zoals bestemming, duur of toezicht.

⁵³ De termijn van een jaar staat momenteel onder grote druk. Er ligt een verzoek vanuit de klinieken en ITZ om de evaluatie twee- of driejaarlijks te doen.

⁵⁴ Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005.

3.8 Behandelduur

Uitgaande van de uitspraken door vertegenwoordigers van de klinieken over de behandelduur varieert deze van vijf tot zeven jaar. Dit is exclusief de tbs'ers die in een longstay zitten. Inclusief longstay is de gemiddelde behandelduur op dit moment bijna tien jaar.⁵⁵ In algemene zin is de behandelduur van patiënten met een psychotische stoornis naar verhouding korter en duurt de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis langer. Een groot deel van de patiënten heeft echter een «dubbele» diagnose⁵⁶, de behandelduur van deze groep patiënten is moeilijk in te schatten.

Aandachtspunten bij behandelduur

Een van de aanbevelingen uit IBO 2 is om de behandelduur te verkorten. De behandelduur is echter de afgelopen vijf jaar toegenomen. Dit is vooral te wijten aan een strenger verlofbeleid en aan een strengere toetsing aan de «achterdeur»; de uitstroom wordt daardoor vertraagd. De klinieken hebben dit niet meer volledig zelf in de hand en de financiële «prikkel», het lagere behandeltraject dat de klinieken na zes jaar behandeling krijgen, heeft daardoor ook minder effect.

De klinieken wijzen op de diversiteit van hun populatie: de ene patiënt is de andere niet. Ze beschouwen de gemiddelde behandelduur niet als een werkbaar begrip.

Verschillende deskundigen (van binnen en buiten de klinieken) menen dat er sprake kan zijn van een spanning tussen een meer beheersmatige doelstelling (verkortings van behandelduur) en de inhoudelijke doelstelling (beveiliging van de samenleving door behandeling). Klinieken benadrukken altijd van de laatste doelstelling uit te gaan.

3.9 Uitstroom

Op grond van de aard van de stoornis en het succes van de behandeling wordt het vervolgtraject vastgesteld. Het succes van de behandeling wordt afgemeten aan de score in de risicotaxatie in combinatie met het klinisch oordeel van de behandelcoördinator. Hiermee wordt ingeschat of aan de doelstelling is voldaan: dat met terugplaatsen van de patiënt in de maatschappij een aanvaardbaar risico wordt genomen. Wanneer de patiënt volgens de kliniek zo ver is dat hij of zij kan uitstromen, wordt dat altijd door de rechter getoetst. Deze beslist dan of en op welke wijze de maatregel kan worden beëindigd.

We onderscheiden vier vormen van uitstroom:

- proefverlof;
- voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel;
- beëindiging van de maatregel;
- overplaatsing naar een longstay-afdeling.

Tijdens proefverlof en de voorwaardelijk beëindiging wordt de patiënt begeleid door reclassering. De verantwoordelijkheid voor de patiënt ligt echter nog bij de kliniek. In deze fase wordt getoetst of de behandeling geslaagd is en de patiënt dus zijn eigen verantwoordelijkheden kent, voldoende zelfstandigheid heeft verworven en in voldoende mate betrouwbaar is. Overplaatsing naar longstay houdt formeel geen beëindiging in van de tbs-maatregel, maar beëindigt wel de eigenlijke tbs-behandeling (waarvan het doel terugdringing van het recidivegevaar is).

⁵⁵ Gebaseerd op cijfers van het Ministerie van Justitie, DJI.

⁵⁶ Dit wordt in jargon co-morbiditeit genoemd: bij één patiënt komen tegelijkertijd meer stoornissen voor, bijvoorbeeld zowel een psychotische stoornis als een persoonlijkheidsstoornis.

Wanneer we naar de cijfers over uitstroom over de afgelopen jaren kijken, zien we dat de totale uitstroom uit de klinieken eerst toeneemt en vervolgens weer afneemt (zie tabel 3.8).

Tabel 3.8 Uitstroom*

	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal	**	97	124	124	109

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

* Voor definiëring uitstroom zie bijlage 7.

** Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

Wanneer we deze cijfers uitsplitsen, dan merken we op dat de uitstroom door voorwaardelijke beëindiging afneemt, evenals het aantal personen dat uitstroomt door einde tbs en proefverlof. Cijfers over overplaatsing naar een longstay-plaats zijn overigens niet meegenomen in de tabel. In 2005 betrof dit 21 patiënten.

Tabel 3.9 Uitstroom uitgesplitst naar aard

Jaar	2001*	2002	2003	2004	2005
Aantal**	–	97	118	137	77
Voorwaardelijke beëindiging	–	–	24	17	17
Einde tbs	–	–	33	34	25
Proefverlof	116	127	61	86	35

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

* Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

** Aantallen komen niet overeen met totale uitstroom.

Zoals al opgemerkt verzorgt de reclassering het toezicht van tbs'ers tijdens de proefverloven en de voorwaardelijke beëindiging. Bij de toekenning van een proefverlof of voorwaardelijke beëindiging is de reclassering als adviserende partij betrokken. Reclassering stelt een maatregelrapport op, waarin ze aangeeft onder welke voorwaarden (bijvoorbeeld mate en vorm van begeleiding) het proefverlof of de voorwaardelijke beëindiging volgens haar verantwoord en uitvoerbaar zijn. De rol van de reclassering eindigt als de tbs-maatregel wordt beëindigd.

Hoewel voor een deel van de patiënten uitstroom uit de kliniek een volledige terugkeer in de maatschappij betekent, geldt dit niet voor alle patiënten. Andere uitstroomopties zijn:

- Voor patiënten met psychotische stoornissen: uitstroom naar een van de voorzieningen van de GGZ, bijvoorbeeld een FPA of een RIBW.
- Voor patiënten met chronische psychotische stoornissen: longcarevoorzieningen in de GGZ (te ontwikkelen).
- Voor chronische forensische patiënten: uitstroom naar een speciale afdeling in de GGZ.⁵⁷
- Voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: vormen van begeleid of onbegeleid wonen (RIBW). Dit kunnen extramurale plaatsen zijn.
- Voor patiënten met een dubbele diagnose: begeleid wonen (extra- of transmuraal).
- Voor patiënten waar de behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd (lees: de patiënt blijft delictgevaarlijk), maar die blijvende zorg behoeven: een longstay-plaats binnen de kliniek, of onder begeleiding van de kliniek in een gevangenis.

⁵⁷ In 2000 zijn twee GGZ-instellingen aangevoerd (GGZ Eindhoven en GGZ Altrecht) om zulke speciale afdelingen op te richten. Inmiddels is een kleine start gemaakt bij Altrecht, eind 2006 begint Eindhoven met de bouw van een voorziening.

- Voor longstay-patiënten zonder psychiatrische kwetsbaarheid: een longstay-plaats binnen een gevangenis (in ontwikkeling, begin 2006).

Aandachtspunten bij uitstroom

Vrijwel alle deskundigen (binnen en buiten de kliniek) stellen dat er onvoldoende plekken zijn voor uitstromende tbs'ers en dat er onvoldoende differentiatie is in het aanbod. De uitstroom verloopt mede daarom soms uiterst moeizaam. Daarnaast merken contacten uit de GGZ op dat ook veel vervolgvoorzieningen in de GGZ wachtlijsten kennen, hetgeen uitstroom naar de GGZ ook bemoeilijkt. Deze en andere oorzaken voor de stagnerende uitstroom bespreken we in hoofdstuk 4.

De rol van de reclassering beperkt zich tot het houden van toezicht. De begeleidingsbehoefte van proefverlof en voorwaardelijke beëindiging overtreffen de mogelijkheden van de reclassering. De consequentie is dat de kliniek zelf de begeleiding moet blijven doen (onder andere door de polikliniek). Dit betekent ook dat de kliniek en reclassering vaak onvoldoende aansluiten.

De reclassering merkt verder op dat het toezicht op tbs'ers zeer arbeidsintensief is. De vergoeding voor het toezicht van een tbs'er is echter even groot als de vergoeding voor begeleiding van een «reguliere» cliënt.

3.10 Contraire beëindigingen

Wanneer de rechtbank tegen het advies van de adviserende instantie in een tbs-maatregel niet verlengt, noemen we dat een contraire beëindiging. Aan het begin van de behandeling staat de verlenging van de maatregel door de rechtbank vrijwel nooit ter discussie. Volgens verschillende behandelcoördinatoren (die het advies van de kliniek in de rechtbank toelichten) is de noodzaak om een behandeling voort te zetten aan het einde van de behandeling moeilijker hard te maken. Naar verhouding vinden de meeste contraire beëindigingen dus plaats tegen het einde van de behandeling.

Het aantal contraire beëindigingen is van 1998 tot 2001 teruggelopen van 42 tot 28 procent, maar liep in 2002 aantal plotseling op naar 48 procent. Een verklaring ligt (deels) in het gegeven dat de cijfers over contraire beëindiging in het MITS niet optimaal geregistreerd zijn.⁵⁸ In 2003 en 2004 ligt het percentage contraire beëindigingen weer rond 30 procent. In 2005 bedraagt het aantal contraire beëindigingen 34 procent. Nota bene: het gaat hier, anders dan bij het WODC, om cijfers die nog niet opgeschoond zijn.

Tabel 3.10 Aantal contrair of anderszins beëindigde tbs-maatregelen in 2001–2004 op basis van MITS-gegevens

Reden beëindiging*		2001	2002	2003	2004
Contrair aan schriftelijk advies of vordering OM beëindigd door de rechtbank/het gerechtshof	N*	25	38	24	25
	%	28,4	47,5	28,9	29,1
Contrair beëindigd door het OM	N	2	1	2	–
	%	2,3	1,3	2,4	–
Beëindiging van rechtswege	N	4	3	5	6
	%	4,6	3,9	6,0	7,0

⁵⁸ Contrair is opgevat als *alle* tbs-maatregelen die door rechtbank of gerechtshof contrair aan de vordering van het OM beëindigd zijn. Het gaat bijvoorbeeld ook om tbs met voorwaarden (die overigens in de tabel van het WODC zijn weggelaten). Verdere nuancering binnen deze categorie is wenselijk. Binnen de bredere doorlichting van het registratiesysteem MITS is dit een aandachtspunt.

Reden beëindiging*		2001	2002	2003	2004
De officier van justitie vordert niet of trekt vordering in	N	37	28	31	37
	%	41,1	35	37,3	43,0
Beëindiging door de rechtbank/het gerechtshof conform het schriftelijke advies	N	6	–	2	4
	%	6,8	–	2,4	4,7
Einde tbs-maatregel door nieuwe uitspraak in het kader van tbs	N	3	3	4	2
	%	3,4	3,8	4,8	2,3
Einde tbs-maatregel door overlijden of suicide tbs'er	N	7	7	5	12
	%	8,0	8,8	6,0	14,0
Einde tbs-maatregel door andere oorzaken, niet nader gespecificeerd	N	4	–	10	–
	%	4,5	–	12,0	–
Totaal	N	88	80	83	86
	%	100	100	100	100

Tabel overgenomen uit De Kogel en Den Hartogh (2005, WODC).

* N = aantal tbs-maatregelen.

De respondenten van de klinieken onderschrijven het beeld uit het onderzoek van het WODC⁵⁹ dat contraire beëindigingen naar verhouding niet vaak door de rechtbank worden uitgesproken. Men stelt dat de klinieken de laatste jaren zeer voorzichtig zijn in het «loslaten» van de patiënt en wijt dat onder meer aan de onrust die er in de maatschappij ontstaat wanneer een tbs'er opnieuw in de fout gaat en, meer inhoudelijk, aan de vorderingen die er gemaakt worden in het voorspellen van de risico's (risicotaxatie). Binnen de kliniek is men zich bewust van de mogelijke gevolgen die de onttrekkingen hebben in het kader van de ministeriële verantwoordelijkheid. De consequentie is dat wanneer een kliniek niet erg zeker van de zaak is, er nog wel eens geadviseerd wordt om de tbs te verlengen. In feite laat de kliniek de beslissing om de tbs te beëindigen dan aan de rechtbank.

Aandachtspunten bij contraire beëindigingen

Absoluut gezien worden slechts weinig contraire beëindigingen uitgesproken. Meestal gaat het om gevallen, waarbij de rechter meent dat er vertragingen in het behandeltraject zijn opgetreden die volgens de rechter te wijten zijn aan de kliniek. In deze gevallen is binnen de kliniek het standpunt dat de behandeling niet volledig is afgerond, hetgeen ongunstig is voor het resultaat van de behandeling. De klinieken vinden contraire beslissingen dan ook alleen acceptabel wanneer bijvoorbeeld in plaats van twee jaar één jaar verlengd wordt met als argument tussentijds te willen toetsen, of wanneer aan het eind van de behandeling proefverlof tegen voorwaardelijke beëindiging wordt omgezet. Het verschil in inzicht tussen kliniek en rechtbank is dan niet zo groot. Wanneer de reden voor de rechtbank is dat de behandeling lang genoeg heeft geduurd of dat de kliniek haar werk niet goed heeft gedaan, zal de kliniek protesteren, uiteraard met inachtneming van de onafhankelijkheid van de rechtspraak waarbij de kliniek zich heeft neer te leggen.

⁵⁹ De Kogel en Den Hartogh, 2005.

Formeel mag alleen het delictrisico bepalend zijn voor beëindiging of verlenging van de tbs-maatregel. De angst bij de klinieken is echter dat het aantal contraire beslissingen zal toenemen door de beperktere verlofmogelijkheden. De duur van de behandeling van patiënten neemt hierdoor toe, waardoor een rechter mogelijk eerder contrair zal beslissen. Het gevolg is dat dan meer patiënten zonder uitgebreide resocialisatie terugkeren in de maatschappij. Uit onderzoek is gebleken dat plotselinge (contraire) beëindigingen een hoger recidiverisico opleverden dan geleidelijke terugkeer in de samenleving.⁶⁰

3.11 Longstay⁶¹

De kliniek adviseert plaatsing in longstay wanneer de behandeling niet het gewenste effect heeft gehad (lees: het recidiverisico is onvoldoende teruggedrongen om resocialisatie te kunnen bereiken). Sommige patiënten (niet allemaal) hebben ook in de longstay verdere behandeling of minstens begeleiding nodig. Meer dan de helft van de patiëntenpopulatie in de tbs valt immers onder de definitie van *major mental disorders*, zij zijn sowieso aangewezen op enige vorm van zorg of behandeling.

Zoals bekend is, neemt het aantal tbs'ers in een longstay toe.⁶² Verschillende klinieken proberen met uitbreiding van het aantal longstay-plaatsen aan de vraag naar nieuwe plaatsen te voldoen. Een deel van de plaatsen wordt binnen het gevangeniswezen gerealiseerd. Verschillende klinieken zijn hierbij betrokken.⁶³

De belangrijkste oorzaken voor de toename van het aantal longstayers volgens de klinieken zijn:

- Het gebrek aan alternatieven voor uitbehandelde tbs'ers. Met name voor psychotische patiënten ontbreekt een passend aanbod, zoals longcare of plaatsen binnen de reguliere GGZ, et cetera.
- De klinieken kijken kritischer naar het resultaat van de behandeling. Wanneer er na zes jaar behandeling 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.

Dit neemt niet weg dat ook binnen de klinieken genuanceerd naar het verschijnsel longstay wordt gekeken. De klinieken erkennen dat er patiënten zijn waarvoor longstay een oplossing is. Deze patiënten willen vaak zelf niet meer terugkeren in de maatschappij en zijn blij van de behandeldruk af te zijn. Andere patiënten kunnen echter lijden onder het idee dat zij een soort levenslang krijgen opgelegd.

Aandachtspunten bij longstay

De meningen verschillen over de vraag of een tbs'er in de longstay-afdeling daar doorgaans terecht zit. Deskundigen van binnen en buiten de kliniek (met name de juristen) vragen zich af of elk van de longstay-patiënten onder dit regime hoort te vallen. Op voorhand is niet altijd te zeggen of verdere behandeling wel of niet zinvol is en er is een gebrek aan alternatieven voor de longstay. De klinieken constateren daarbij een te grote kloof tussen de Wet BOPZ en de tbs. Er zijn te weinig mogelijkheden om bepaalde problematiek (rond beveiliging, begeleiding en/of controle) in de GGZ of gezamenlijk te kunnen hanteren.

⁶⁰ De Kogel en Den Hartogh, 2005.

⁶¹ In paragraaf 2.8 hebben we longstay al beschreven vanuit het perspectief van wet- en regelgeving.

⁶² Een aantal kwantitatieve kenmerken over de longstay-populatie is opgenomen in bijlage 8.

⁶³ Een voorbeeld is de Rooyse Wissel, dat in 2006 20 tot 25 longstay-plaatsen realiseert in Maastricht.

Volgens deskundigen van binnen en buiten de klinieken is in het beleidskader voor longstay (augustus 2005)⁶⁴ onvoldoende aandacht voor opvang van patiënten die vallen onder «longcare». Er wordt voornamelijk gesproken over longstay, terwijl longcare een grotere groep patiënten omvat. Een belangrijk bezwaar tegen het beleidskader is verder dat er geen differentiatie naar patiëntgroepen en zorgtypen is.

Mogelijk is er sprake van oneigenlijke instroom in longstay veroorzaakt door de financieringssysteem. De vraag is of de korting op het tarief na zes jaar de leidraad is bij de aanvraag voor overplaatsing van een patiënt naar een longstay.

De klinieken beschouwen longstay niet als eindstation: «klinieken moeten zich openstellen voor heropname wanneer een impasse doorbroken wordt en behandeling (gericht op enige mate van reïntegratie in de maatschappij) weer een optie is» (LBIV, 2005). Desondanks komt longstay volgens verschillende deskundigen feitelijk neer op levenslang. Een jurist noemt de verlengingszittingen «spookzittingen» tijdens een van de hoorzittingen. Een lid van de strafkamer van de rechtbank Amsterdam merkt op dat de rechtbank bij oplegging van een tbs-maatregel naast een lange vrijheidsstraf ervan uitgaat dat iedereen perspectief moet hebben op een terugkeer naar de maatschappij. Deze respondent spreekt haar zorgen uit over de proportionaliteit tussen straf en gepleegd delict. Bovendien legt ze een verband tussen de grote toename van het aantal tbs'ers in longstay en de verschraling van het behandelaanbod.

Momenteel worden er longstay-plaatsen in de gevangenis gerealiseerd. Vanuit de klinieken wordt erop gewezen dat het gezien de zorgbehoefte en het recht op behandeling van de patiënten een illusie is om te denken alle longstay-patiënten in een gevangenis onder kunnen worden gebracht. Deze ontwikkeling kent ook tegenstanders binnen de sector: het zou het perspectief dat deze tbs'er mogelijk nog kon zien ernstig beperken. Longstay komt dan wel erg dicht in de buurt van levenslang.

3.12 Na de kliniek

Wanneer de tbs-maatregel beëindigd is, hebben de klinieken weinig zicht op hoe het de ex-patiënten vergaat in de maatschappij. Het komt weliswaar geregeld voor dat ex-tbs'ers contact houden met de kliniek, maar dat gebeurt dan uit eigen beweging van de ex-patiënt. Aangezien ook de rol van de reclassering eindigt als de tbs-maatregel is opgeheven, is de consequentie dat na de uitstroom van een ex-tbs'er in de maatschappij (dus niet in een GGZ-kliniek of een vorm van begeleid wonen) geen begeleiding wordt geboden.⁶⁵ Tijdens de resocialisatie is echter gewerkt aan een netwerk van familie, vrienden, werk en eventueel hulpverleners. In principe is er dus een vangnet in geval het minder goed zou gaan.

De cijfers over recidive worden bijgehouden door het Ministerie van Justitie (DJI). Op basis van die cijfers wordt door het WODC gekeken naar de recidive onder ex-tbs'ers.⁶⁶ De klinieken beschikken echter nog niet over deze informatie. Een werkgroep bereidt deze terugkoppeling van recidivegegevens naar kliniek en naar specifieke behandeling voor.⁶⁷ Op termijn is deze informatie dus wel voor de klinieken beschikbaar.

Binnen de sector ontstaat steeds meer aandacht voor het belang van effectstudies. Mede doordat er steeds systematischer met zorgprogramma's wordt gewerkt, is het ook mogelijk om het effect van de

⁶⁴ Zie paragraaf 2.8.

⁶⁵ In het huidige systeem wordt de reclassering pas vanaf het proefverlof of de voorwaardelijke beëindiging betrokken. Zij zouden echter graag al contact met de patiënt hebben in de fase van transmuraal verlof.

⁶⁶ Zie bijvoorbeeld Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005.

⁶⁷ Deze werkgroep, Individuele Recidive, wordt genoemd in de notitie van het LBIV (2005).

behandeling te onderzoeken. Vrijwel alle klinieken hebben een eigen onderzoeksafdeling en er wordt in toenemende mate samengewerkt met andere klinieken, met universiteiten en met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Aandachtspunten bij «Na de kliniek»

De klinieken willen graag over meer mogelijkheden voor nazorg beschikken, met name voor de ex-patiënten met psychische 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, uiteraard gekoppeld aan risicovol gedrag of recidive. Door nazorg kunnen dan in een vroeg stadium passende maatregelen genomen worden.

In theorie kan een ex-tbs'er zich na beëindiging van zijn tbs melden bij de reclassering als hij of zij bang is opnieuw in de gevarenzone terecht te komen. Reclassering zal betrokkene niet weigeren vanuit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid, maar beschikt niet over een wettelijk kader waarin zij haar interventies gefinancierd kan krijgen. Ook een lid van de strafkamer van de rechtbank Amsterdam stipte dit probleem aan tijdens een hoorzitting. Zij meent dat de reclassering moet worden toegerust om nazorg aan tbs'ers te kunnen verlenen.

3.13 Aanbod van personeel

Tijdens de bezoeken van de parlementaire onderzoekscommissie aan een aantal tbs-klinieken bleek dat het functioneren van personeel een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van de incidenten. Binnen de gesprekken in de klinieken is het personeelsbeleid aan de orde gesteld. We sommen hier de belangrijkste bevindingen op.

Het aanbod van personeel binnen de tbs-sector wisselt sterk. Vooral tijdens hoogconjunctuur doen zich problemen voor. Momenteel kent de sector de volgende personele problemen:

- Er is een schaars aanbod van personeel met een passende vooropleiding, zoals sociotherapeuten, maar ook psychotherapeuten en psychiaters. Zeker wanneer het gaat om ervaren personeel. Daarentegen is er relatief groot aanbod van jonge vrouwen die pas de opleiding hebben afgerond en geen of weinig ervaring hebben. De klinieken zoeken naar een mix van personeel, ervaren naast onervaren, mannen naast vrouwen.
- Het aantal plaatsen in de tbs groeit (zie tabel 3.1) en ook het aantal locaties waar tbs'ers worden opgevangen (bijvoorbeeld door ontwikkeling van opname- en longstay-plaatsen in de gevangenis). Hiermee groeit de vraag naar personeel. De klinieken vormen een relatief kleine wereld. Zij concurreren onderling om het personeel. Positief van de doorstroom die hierdoor ontstaat, is dat er ook inhoudelijk meer uitwisseling is tussen de klinieken. Voor de rijksklinieken valt de concurrentie ongunstiger uit, omdat de beloning van het hogere personeel lager is dan bij particuliere klinieken en ook in de GGZ worden betere salarissen geboden. Voor het lagere personeel (bijvoorbeeld sociotherapeuten) is de situatie precies omgekeerd. Zorgelijk voor het personeelsaanbod zijn voorts mogelijke gevolgen van de verwachte personeelstekorten in de gezondheidszorg.
- Er is geen opleiding voor verpleegkundigen en sociotherapeuten met een forensisch psychiatrische specialisatie. Wel werken klinieken samen met hogescholen via stages en gastcolleges om op die manier

de kennis van de studenten ten aanzien van forensische psychiatrie en tbs te vergroten.

Om de problemen op te vangen, kennen alle klinieken een interne opleiding, waar fors in wordt geïnvesteerd (zeker naar aantal dagen opleiding gemeten). Bij interne opleidingen wordt door klinieken ook samenwerking met andere klinieken gezocht. De opleidingen kennen zowel inhoudelijke (bijvoorbeeld psychopathologie) als meer procesmatige (rapportage, risicotaxatie) onderdelen. Het nieuwe personeel wordt daarnaast standaard ondersteund met intervisie en coaching.

4 BELANGRIJKSTE KNELPUNTEN BIJ WERKING TBS

In dit hoofdstuk zetten we de knelpunten uit de voorgaande hoofdstukken op een rij. De consequentie hiervan is dat de kritische lezer van dit rapport op herhalingen stuit. We gaan opnieuw uit van de chronologie van het traject binnen de kliniek (instroom, behandeling, verlofbeleid, uitstroom, longstay, na de kliniek). Bij het schrijven van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van alle ons beschikbare bronnen.

Indien we de bron van de knelpunten niet specifiek vermelden, betreft het een in brede kring erkend knelpunt. Spreken we over klinieken, dan gaat het om een knelpunt dat met name binnen de klinieken als zodanig wordt beleefd. Specifieke uitzonderingen of afwijkende meningen worden steeds benoemd.

4.1 Knelpunten bij de instroom

- Een eerste knelpunt is de wachtlijst voor opname in de tbs-kliniek en de passantenproblematiek die dit met zich meebrengt. De wachttijd kan oplopen tot tweeënhalf jaar. In tabel 4.1 geven we een overzicht van de capaciteit binnen de klinieken⁶⁸, het aantal passanten en de gemiddelde wachttijd tot en met 2005. Volgens het Ministerie van Justitie is de groei van het aantal plaatsen in de klinieken dit jaar voldoende om de wachtlijst weg te werken, maar ontstaat tegelijkertijd weer vraag naar nieuwe bedden. Naast een gebrek aan capaciteit door het toenemen van het aantal tbs'ers, is het gebrek aan doorstroom een oorzaak van het ontstaan van de wachtlijst. Hierdoor komen relatief weinig bestaande plaatsen vrij.

Tabel 4.1 Capaciteit tbs-klinieken, 1999–2005

Jaar	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Formele capaciteit tbs-klinieken	1 111	1 245	1 263	1 313	1 296	1 401	1 491
Aantal passanten	148	138	136	153	185	188	215
Gemiddelde wachttijd in dagen	280	283	259	250	229	246	282

Bron: Ministerie van Justitie, DJI 2004

- Zoals ook uit de tabel blijkt, is de instroom in de tbs groot. Dit roept vragen op over wie nu onder een tbs-maatregel zou moeten vallen. Hierbij spelen de volgende thema's:
 - De motivatie van de patiënten: patiënten die langdurig niet te motiveren zijn om een behandeling te volgen en daarmee een dure behandelplaats bezet houden. Hieronder liggen meer fundamentele discussies over behandelbaarheid, over toerekeningsvatbaarheid en over behandelddwang.
 - Geschiktheid van de maatregel voor bepaalde groepen: verslaafde veelplegers en psychiatrisch patiënten die volgens een groot aantal betrokkenen (binnen en buiten de klinieken) beter in de reguliere GGZ behandeld kunnen worden.
 - Het gebrek aan doorstroom: patiënten die uitbehandeld zijn en eigenlijk zouden moeten doorstromen naar een vervolgvoorziening.
 - Gebrek aan preventiemogelijkheden: psychiatrische patiënten die (nog) geen tbs-waardig delict hebben gepleegd, kunnen baat hebben bij een forensisch psychiatrische aanpak waardoor mogelijk voorkomen kan worden dat patiënten ontsporen.
 - Gebrek aan uniformiteit bij de opleggingen: de rechters maken een

⁶⁸ In het advies van de commissie Houtman wordt de verwachting uitgesproken dat de behoefte aan tbs-plaatsen (inclusief longstay) stijgt van 1778 in 2005 naar meer dan 2150 in 2010.

eigen afweging en kunnen daarom in vergelijkbare gevallen verschillend besluiten. Hierbij speelt de ongelijke ervaringen die rechtbanken hebben met de tbs-maatregel mee, de ene rechtbank behandelt nu eenmaal meer zaken waarbij tbs in het geding is dan de andere.

- Een van de klinieken merkte op dat er een groep tbs'ers is die geen verblijfsvergunning (meer) heeft en dat klinieken daar niet goed mee uit de voeten kunnen. Er kan niet worden gewerkt aan de resocialisatie, omdat het deze tbs'ers niet is toegestaan om terug te keren in de Nederlandse samenleving. Een volledige behandeling in de tbs-kliniek is dus eigenlijk onmogelijk. De minister van Justitie noemt in oktober 2004 drie oplossingen voor deze groep (geen tbs opleggen aan deze groep, tbs tussentijds beëindigen, aparte voorzieningen creëren). Verantwoorde terugkeer naar het land van herkomst lijkt zelden mogelijk.⁶⁹

4.2 Knelpunten bij de behandeling

- Al aangestipt bij de knelpunten rond instroom is de meer principiële vraag of alle mensen die onder een tbs-maatregel vallen ook daadwerkelijk in een tbs-kliniek horen. Algemeen wordt gedacht dat behandeling (in relatie met het terugbrengen van het delictgevaar) niet voor elke patiënt zin heeft. Een belangrijk thema binnen deze discussie vormt het begrip behandelbaarheid (zie ook hoofdstuk 3). Aangezien er over de definitie van behandelbaarheid nog geen consensus bestaat, is het niet mogelijk om behandelbaarheid te gebruiken als voorwaarde voor het opleggen van een maatregel. Een patiënt is mogelijk niet behandelbaar wanneer:
 - Er een gebrek aan motivatie bij de patiënt is. Aangezien vrijwel alle patiënten een periode kennen dat ze niet gemotiveerd zijn, besteden de klinieken veel aandacht aan het motiveren van patiënten. Een deel van hen is daar weinig gevoelig voor en blijft ongemotiveerd.
 - De patiënt leidt aan een stoornis waarvan bekend is dat deze nagenoeg niet is te behandelen (bijvoorbeeld patiënten die pedo-seksuele delicten op hun naam hebben en bepaalde groepen psychopaten).

In hoofdstuk 6 komen we nogmaals terug op de standpunten over behandelbaarheid.

- Een probleem voor de klinieken is de beperkte mogelijkheden die er zijn voor patiënten die niet gemotiveerd kunnen worden om aan de behandeling mee te werken. De patiënt bezet een «duur» bed, maar maakt geen gebruik van de behandeling, boekt geen vooruitgang en frustreert mogelijk zelfs de behandeling van andere patiënten. Formeel is overplaatsing naar longstay een optie na zes behandeljaren en twee behandelsettingen. Juristen (rechtbank, advocaten) vinden verkorting van deze termijn geen goed idee, omdat longstay in de praktijk vaak neerkomt op levenslang.
- Een knelpunt bij de doorstroom binnen de kliniek is het strenge verlobbeleid en, daarmee samenhangend, een gebrek aan uitstroom. Dit knelpunt wordt door vrijwel elke betrokkene onderkend. Een gevolg is dat patiënten langer dan nodig een plaats bezet houden, terwijl ze bijvoorbeeld door zouden moeten stromen naar resocialisatie. Op hun beurt houden deze patiënten ook weer de instroom van nieuwe patiënten tegen.
- De verblijfsduur is de afgelopen vijf jaar toegenomen, ondanks de aanbevelingen uit IBO 2. De klinieken wijten dit onder meer aan het

⁶⁹ Zie ook brief van minister Donner aan de Tweede Kamer, 2004/29 452, nr. 13, 27 oktober 2004.

gebrek aan uitstroom door het strengere verlofbeleid en de strengere toetsing aan de «achterdeur».

- De manier waarop de klinieken de behandeling van de patiënt aanpakken is momenteel onderhevig aan verschillende ontwikkelingen. Als voorbeeld mag het toegenomen gebruik van zorgprogramma's worden genoemd. Niet alle klinieken zijn daar al even ver mee (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003).
- Door het ontbreken van onderzoek naar de effecten van de verschillende behandelingsmodulen is er nog steeds weinig inzicht in het effect van de behandelingen. De indruk is evenwel dat zowel klinieken als EFP bezig zijn met een inhaalslag op dit terrein.

4.3 Knelpunten bij het verlofbeleid

- 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 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 sprake is.

4.4 Knelpunten bij de uitstroom

- Vrijwel alle deskundigen (binnen en buiten de kliniek) stellen dat er onvoldoende plekken zijn voor uitstromende tbs'ers en dat er onvoldoende differentiatie is in het aanbod. De uitstroom verloopt mede daarom vaak uiterst moeizaam. De belangrijkste, door de verschillende deskundigen, genoemde knelpunten bij de uitstroom zijn:
 - Het aangescherpte verlofbeleid van het ministerie dat consequenties heeft voor alle tbs'ers en niet alleen voor de tbs'ers uit risicogroepen, waarin de onttrekkingen hebben plaatsgevonden. Binnen klinieken bestaat het beeld dat het aantal verloven afneemt (hetgeen onderschreven wordt door de cijfers van DJI, zie tabel 3.7), de procedure om verloven aan te vragen meer tijd kost en het langer duurt voordat met een volgende verloffase kan worden begonnen.
 - Risicomijdend gedrag bij de tbs-klinieken zelf. Door een strenge interne toetsing worden er minder verlofaanvragen gedaan dan voorheen. Hierbij gaat het ook om patiënten die weinig risico op recidive hebben, maar zich in het nabije verleden wel onttrokken hebben tijdens een verlof.
 - Gebrek aan aansluitende zorg, bijvoorbeeld binnen de GGZ. Zorg aan tbs'ers vergt in veel gevallen een striktere begeleiding en meer

- controle dan binnen de GGZ gebruikelijk is. Voor sommige patiënten is de mate van beveiliging ontoereikend.
- Een gevolg van onvoldoende aansluitende zorg kan zijn dat tbs'ers vanuit de GGZ teruggeplaatst worden (in het kader van «terugneemgarantie»: de tbs-kliniek belooft de ontvangende GGZ-instelling de patiënt terug te nemen wanneer zich problemen voordoen).
 - In sommige gevallen is er sprake van wachtlijsten in aansluitende zorg.
 - Het stigma van de tbs'er, waardoor GGZ-instellingen huiverig zijn om deze op te nemen. Er worden vaak hoge eisen aan het functioneren van de tbs'er gesteld, die volgens de respondenten niet altijd reëel zijn.
 - Gebrek aan longstay- en longcare-plaatsen, zowel justitieel als binnen de GGZ (voor chronische patiënten).
 - Gebrek aan alternatieve mogelijkheden, bijvoorbeeld tussentijdse omschakeling naar een andere maatregel, dwangmedicatie na beëindiging van tbs-maatregel.

Overigens is ook vanuit de FPK's, zelf onderdeel van de GGZ, de uitstroom naar de GGZ niet gemakkelijk.

4.5 Knelpunten rond longstay

- Het aantal patiënten in de longstay neemt gestaag toe en er is vrijwel voortdurend onvoldoende capaciteit om nieuwe patiënten in longstay te plaatsen.
- De toename van het aantal patiënten roept de vraag op of plaatsing op de longstay-afdeling altijd terecht is. Het wordt alom beschouwd als een beslissing met zware gevolgen voor een patiënt, terwijl niet altijd op voorhand is te zeggen of verdere behandeling wel of niet zinvol is en er bovendien weinig of geen alternatieven voor de longstay zijn.
- Hoewel de klinieken longstay niet zien als eindstation, nemen juristen (rechtbank en advocaten) al snel het woord levenslang in de mond wanneer ze spreken over longstay. Dit is echter niet de bedoeling van de rechter die met het opleggen van een tbs-maatregel in principe een terugkeer in de maatschappij voor ogen heeft (en dus feitelijk het primaat van de tbs, beveiliging door behandeling, onderschrijft). Advocaten wijzen erop dat het vrijwel onmogelijk is om uit de longstay te komen. Rechtbank en advocaten vinden de «straf» lang niet altijd in verhouding staan tot het delict.
- De ontwikkeling van longstay-plaatsen binnen de gevangensmuren wordt kritisch gevolgd vanuit de klinieken. Gezien het recht op behandeling en de zorgbehoefte van een groot deel van de patiënten vindt men dat het geen oplossing mag worden voor alle longstay-patiënten.

4.6 Knelpunten na de kliniek

- Door het ontbreken van verplichte nazorg kan bij ex-patiënten met chronische psychotische stoornissen niet tijdig worden ingegrepen wanneer in andere levensfasen of situaties de stoornis weer opspeelt. Hier wreekt zich dat de Wet BOPZ momenteel te weinig mogelijkheden biedt voor gedwongen opname of dwangmedicatie.
- Na beëindiging van de maatregel wordt de ex-tbs'er niet begeleid door reclassering. Wanneer de ex-tbs'er daar toch om vraagt, beschikt reclassering niet over een wettelijk kader waarbinnen zij haar interventies gefinancierd kan krijgen.

4.7 Resterende knelpunten

- Een respondent van het Openbaar Ministerie noemde een knelpunt tijdens de rechtsgang. Wanneer besloten is om het Pieter Baan Centrum (PBC) of een extern deskundige (psychiater/psycholoog) een rapport uit te laten brengen over de mate van toerekeningsvatbaarheid van de verdachte, laat de rapportage van het PBC aanzienlijk langer op zich wachten dan een rapportage van een externe rapporteur. Dit wordt veroorzaakt door de wachtlijst bij het PBC, die kan oplopen tot twee maanden, en de duur van de observatie (zeven weken). De omvang en de gevolgen van dit knelpunt kunnen we niet inschatten.
- Wanneer een tbs'er de afspraken niet nakomt of terugvalt in een psychose heeft de reclassering, die tbs'ers met voorwaarden begeleidt, naar eigen zeggen maar weinig mogelijkheden om direct in te grijpen. Uiteindelijk moet de rechter over de te nemen stappen beslissen. Hier kan enige tijd overheen gaan.
- Het aanbod van goedgekwalificeerd personeel is schaars. Zeker wanneer het gaat om ervaren personeel.
- De vraag naar personeel groeit mede onder invloed van de uitbreiding van het aantal plaatsen. Zorgelijk voor het personeelsaanbod zijn voorts mogelijke gevolgen van de verwachte personeelstekorten in de gezondheidszorg.

5 IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELINGEN

Er zijn in de afgelopen jaren diverse commissies benoemd die zich hebben gebogen over de werking van het tbs-stelsel. Een aantal onderzoeksvragen in voorliggend onderzoek betreft (de mate van implementatie van) de aanbevelingen die zijn gedaan door deze commissies. Het ging om de volgende onderzoeksvragen:

15. Wat waren de aanbevelingen in de eerdere onderzoeken van de Commissie Kosto («Veilig en Wel»), de Commissie Houtman, het IBO 1 («Doelmatig behandelen») en het IBO 2 («Over stromen») naar het tbs-stelsel en aan wie waren de aanbevelingen geadresseerd?
16. Welke aanbevelingen zijn overgenomen en hoe staat het met de uitvoering daarvan?
17. Welke aanbevelingen zijn niet geïmplementeerd en waarom niet?
18. Wat is er al bekend, voorgenomen en uitgevoerd ten aanzien van het tbs-stelsel en de behandeling van delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden?

Voor het beantwoorden van bovenstaande onderzoeksvragen hebben we gebruikgemaakt van informatie uit de literatuurstudie, de interviews en toetsingsronde bij klinieken en de interviews met deskundigen. We geven achtereenvolgens per commissie de primaire aanbevelingen inclusief adressant aan en presenteren vervolgens de uitgewerkte aanbevelingen. We benoemen welke aanbevelingen wel en niet zijn overgenomen door het kabinet en welke vervolgens wel en niet zijn geïmplementeerd. De uitwerking van de aanbevelingen en kabinetsstandpunten is opgenomen in bijlage 9.

5.1 IBO 1 «Doelmatig behandelen»

Tijdens vorige kabinetsperiodes werden kritische kanttekeningen geplaatst bij de doelmatigheid binnen de tbs. In 1996 en 1998 werden daarom, kort na elkaar, twee interdepartementale beleidsonderzoeken (IBO 1 en 2) uitgevoerd. De belangrijkste constatering was dat de gang van zaken die de tenuitvoerlegging van een opgelegde tbs vooraf ging, onduidelijk was en de gemiddelde intramurale behandelduur te lang was. De tbs-klinieken hadden een te geïsoleerde positie, de uitstroom naar de geestelijke gezondheidszorg was gestagneerd en er moest meer worden gepresteerd voor hetzelfde geld om het draagvlak voor de tbs te behouden (Ministerie van Justitie, beleidsbrief maart 2004). De belangrijkste aanbevelingen van IBO 1 waren de volgende:

IBO 1 Aanbevelingen:

1. Introductie van incentives voor de doorstroom naar GGZ-voorzieningen en verkorten gemiddelde behandelduur (*adressant: Ministerie van Justitie en klinieken*).
2. Systematische registratie van gegevens ten behoeve van benchmarking en bekostigingsnormering (*adressant: Ministerie van Justitie en klinieken*).
3. Onderzoek naar mogelijkheid van privatisering van rijksinstellingen (*adressant: Ministerie van Justitie*).

Tabel 5.1 geeft met betrekking tot IBO 1 een overzicht van de hoofd-aanbevelingen en uitwerkingen ervan, de wijze waarop de aanbeveling al dan niet is overgenomen in een kabinetsstandpunt en de mate waarin de aanbeveling in de praktijk is geïmplementeerd.

Tabel 5.1 IBO 1 (1996)

Aanbeveling	Overgenomen	Geïmplementeerd
1. Introductie van incentives voor doorstroom naar GGZ en verkorten gemiddelde behandelduur		
Stimuleren kostenbewustzijn behandelaars	Ja, kabinetsstandpunt 2 en 13	Deels, er is een verschil in behandel- en verblijfstarief gekomen
Differentiëren bekostiging	Ja, kabinetsstandpunt 2	Alleen op basis van behandelduur (2x3 jaar behandel-tarief en daarna lager tarief), ingevoerd na IBO2
Vaststellen kostprijzen COTG ¹	Ja, kabinetsstandpunt 2	Ja, huidige vergoedingen gebaseerd op CTG
Introductie omgekeerde bewijslast	Nee	Nee
Bevorderen doorstroming	Ja, kabinetsstandpunt 7 en 13	Er is meer samenwerking met GGZ-instellingen, maar de doorstroom stagneert nog steeds
Uitbreiding transmurale voorzieningen	Ja, kabinetsstandpunt 7 en 13	Er zijn meer transmurale voorzieningen gekomen, maar deze zijn nog steeds niet voldoende
2. Systematische registratie gegevens t.b.v. benchmarking en bekostigingsnormering		
Info kosteneffectiviteit behandelduur	Niet duidelijk	Nee
Differentiëren bekostigingsnormen	Ja, kabinetsstandpunt 2	Nee, niet in de zin dat er verschillende normen en prijzen zijn ontwikkeld.
3. Onderzoek naar mogelijkheid privatisering rijksinstellingen		
Privatisering rijksinstelling	Nee, kabinet wil volle verantwoordelijkheid voor beveiliging	Wordt nu wel aangewerkt (Van Mesdagkliniek is bijna geprivatiseerd)

¹ COTG, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, sinds januari 2000 CTG en inmiddels College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.

Resultaten IBO 1:

De implementatie van veel van de aanbevelingen en kabinetsstandpunten naar aanleiding van IBO 1 hebben in de meeste gevallen pas na de uitvoering van IBO 2 plaatsgevonden. Als we kijken naar de huidige situatie, constateren we de volgende ontwikkelingen:

1. De doorstroming naar GGZ-voorzieningen is nog steeds beperkt. Incentives vanuit de klinieken hebben in sommige gevallen een meerwaarde. Zo zijn er voorbeelden van tbs-klinieken die duidelijke afspraken hebben gemaakt met een GGZ-instelling. De klinieken kopen plaatsen in en bieden ambulante begeleiding aan. Ze bieden interventie aan bij een crisis. Door zich als kliniek aan de gemaakte afspraken te houden, ontstaat vertrouwen bij de GGZ-instelling. De actieve betrokkenheid bij het proces voorkomt dat een patiënt in een GGZ-voorziening weer teruggenomen moet worden, wanneer een crisis ontstaat. Andere klinieken die minder voorzieningen bieden, klagen daar namelijk wel over.
2. De introductie van de tweemaal drie jaar behandelduur heeft niet geleid tot verkorting, maar wel tot een actievere behandeling en sneller ingrijpen als een bepaalde behandeling geen effect heeft. Voor de diagnostische fase en de behandelfase is er steeds meer zicht op gemiddelde termijnen. Voor de resocialisatiefase is het minder duidelijk. De totale verblijfsduur is nu weer aan het oplopen, doordat de verlofmogelijkheden zijn ingeperkt of langer duren. Het duurt

- daardoor langer voordat iemand toe is aan doorstroming naar een volgende fase.
3. Er wordt meer geregistreerd en meer onderzocht, maar aan benchmarking wordt in de tbs nog niet echt gedaan. Wel zijn er verschillende instrumenten breed ingevoerd en worden ze nu door alle klinieken gebruikt, mede door het dwingend opleggen vanuit justitie (zoals de risicotaxatie-instrumenten). Door verlofaanvragen te koppelen aan deze instrumenten, zijn alle klinieken ze gaan gebruiken (ondanks eerdere afwijzende houding) en wordt onderzoek gedaan om de instrumenten verder te ontwikkelen.
 4. Privatisering is mogelijk. De Van Mesdagkliniek is bezig met een privatiseringsproces, maar dat heeft vertraging opgelopen. Privatisering van de andere twee klinieken is pas aan de orde als de privatisering van de Van Mesdagkliniek een feit is. Op zich blijkt uit de ontwikkelingen na IBO 2 dat privatisering moet kunnen.

5.2 IBO 2 «Over Stromen: in-, door- en uitstroom bij de TBS»

De aanleiding voor deze opdracht was de vraag of de gemiddelde duur van de intramurale behandeling niet langer is dan strikt noodzakelijk vanuit het oogpunt van effectiviteit en efficiency, gezien de alsmaar groeiende druk op de tbs-capaciteit. Ondanks forse capaciteituitbreidingprogramma's leidde deze druk tot een omvangrijke passantenproblematiek in de Huizen van Bewaring. Steeds meer ter beschikking gestelden, op wie de tbs van kracht was, wachtten op een plaats in de tbs-kliniek. De volgende hoofdaanbevelingen werden gedaan:

IBO 2 Aanbevelingen:

1. Rationalisering van de sector (*adressant: Ministerie van Justitie en klinieken*).
2. Vergroting van de efficiency (*adressant: Ministerie van Justitie en klinieken*).

Onderstaande tabel geeft met betrekking tot IBO 2 een overzicht van de hoofdaanbevelingen en uitwerkingen ervan, de wijze waarop de aanbeveling al dan niet is overgenomen in een kabinetsstandpunt en de mate waarin de aanbeveling in de praktijk is geïmplementeerd.

Tabel 5.2 IBO 2 (1998)

Aanbeveling	Overgenomen	Geïmplementeerd
1. Rationalisering van de sector		
Gegevens centraal verzamelen	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Ja, eerst door het Meijersinstituut en vanaf 2001 door DJI
Concreet uitvoeringsplan	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Niet duidelijk
Wetenschappelijk programma	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Deels, wordt nog steeds verder uitgebreid qua onderwerpen. Er is steeds meer aandacht voor onderzoek in de sector.
Expertisecentrum	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Ja, in 2003 is EFP gestart
Taxatie recidiverisico	Ja, kabinetsstandpunt 3.2	Ja, er wordt nu door alle klinieken gewerkt met risicotaxatie-instrumenten. Zijn verplicht bij de verlofaanvraag.
Risico assessment instrumenten	Ja, kabinetsstandpunt 3.2	Ja, zie vorige punt. Lopend en afgerond onderzoek om instrumenten verder te verfijnen en te toetsen.

Aanbeveling	Overgenomen	Geïmplementeerd
2. Vergroting efficiency		
Verruiming juridische mogelijkheden in APZ	Ja, kabinetsstandpunt 5	Nee, maar er is nog wel steeds behoefte
Samenwerking en zorgcircuits	Ja, kabinetsstandpunt 5	Deels, sommige klinieken slagen daar meer in dan andere, maar er zijn grote knelpunten ¹
Systematisch inrichten behandelaanbod	Ja, kabinetsstandpunt 1 en 5	Deels, er wordt steeds meer gewerkt met zorgprogramma's, Het is een ontwikkeling die nog steeds verder gaat, bijv. effectmetingen ²
Creëren extra capaciteit	Ja, kabinetsstandpunt 5	Ja, ook in 2006 is nog verdere uitbreiding gepland
Normeren duur d.m.v. incentives	Ja, kabinetsstandpunt 1	Ja, er is nu een knip in de bekostiging na zes jaar ³
Vervangen selectie-systeem	Ja, kabinetsstandpunt 2	Ja, zogenaamd aselece systeem of vereenvoudigde toewijzing
Behandelverantwoordelijkheid bij klinieken	Niet duidelijk	Ja
Aangaan kwaliteitstraject	Ja, kabinetsstandpunt 3.3 en 3.4	Voor groot deel: EFP is opgericht, onderzoek, deskundigheidsbevordering en monitoring wordt hard aan gewerkt
Kwanti- & kwaliteit Pro Justitia	Ja, kabinetsstandpunt 4	Nee

¹ Deels botst deze aanbeveling met de eveneens in IBO 2 aanbevolen aselece toewijzing. Uitstroom van een deel van de patiënten is gericht op andere regio's dan de regionale samenwerkingspartners in de zorgcircuits.

² Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet een ontwikkeling binnen alle klinieken naar het meer en meer inzetten van zorgprogramma's.

³ Overigens geeft een respondent namens de klinieken aan dat de wijze waarop het ministerie deze aanbeveling heeft uitgewerkt niet conform de bedoeling van IBO 2 is. De overgang van een hoger naar een lager dagtarief is gekoppeld aan een individuele patiënt, in plaats van als gemiddelde voor de in de kliniek aanwezige patiënten. Een oplossing zou zijn om de CTG-tarieven te volgen die zijn opgesteld voor de FPK's. Alle klinieken kennen dan gelijke tarieven.

Resultaten IBO 2:

De belangrijkste wijzigingen na IBO 2 zijn de aanpassingen in de financieringsystematiek en de aselece toewijzing:

1. De behandelduur is verdeeld in twee fasen van drie jaar. Na drie jaar behandeling kan een patiënt voorgedragen worden voor overplaatsing naar een andere kliniek, indien de behandeling stagneert. Voor de eerste zes jaar krijgen klinieken het volledige behandelstarief. Na zes jaar geldt een lager tarief, het zogenaamde verblijfstarief.
2. Een andere belangrijke wijziging is het invoeren van de aselece of vereenvoudigde toewijzing (zie ook hoofdstuk 2.6 voor een uitgebreide beschrijving). Op basis van vier criteria worden patiënten toegewezen aan de tbs-klinieken. Zij verzorgen de diagnostische fase. Voorheen vond de diagnostische fase bij het Meijers Instituut plaats, die vervolgens bepaalde in welke kliniek de patiënt het beste behandeld zou kunnen worden. Nadeel van het oude systeem was dat er grote verschillen tussen klinieken waren in behandelwijze en populatie, waardoor systematische vergelijkingen naar resultaten en kwaliteit niet mogelijk waren.

Verder valt nog op te merken dat de klinieken zijn begonnen met het opzetten van elementen van een kwaliteitssysteem. Zo worden er zorgprogramma's ontwikkeld en ingevoerd (aansluitend op de GGZ). Er is

bovendien meer intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld bij verlofaanvragen).

Er zijn risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld in Nederland en het buitenland. Sinds 2004 is het voor de klinieken verplicht om gebruik te maken van deze instrumenten in het kader van een verlofaanvraag. De instrumenten worden gevolgd door onderzoek om de validiteit nog verder te verbeteren.

In 2003 is het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie) gestart. Zij functioneren als expertisecentrum en coördineren en verrichten onderzoek. Dit instituut moet bijdragen aan een effectieve en wetenschappelijk gefundeerde behandeling van de patiënten. Hierbij zijn meerdere partners betrokken, zoals de tbs-instellingen, forensisch psychiatrische instellingen, het Pieter Baan Centrum en verwante GGZ-instellingen. Een speciaal aandachtspunt voor het EFP is het bevorderen van de kwaliteit van de behandeling naar «state of the art»-normen. De samenwerking met de klinieken in het kader van het opzetten van onderzoek verloopt, na aanloopproblemen, steeds beter. Er is sectorbreed een toename van belangstelling voor onderzoek.

De tbs-klinieken beschikken zelf ook vaak over een eigen onderzoeksafdeling en verrichten onderzoeken bijvoorbeeld in samenwerking met andere klinieken en universiteiten. Onderwerpen van onderzoek zijn onder meer behandel-effecten⁷⁰, delictgevaarlijkheid en risicotaxatie, instrumentontwikkeling, kwaliteit van zorg en stoornissen en pathologie. Door verschillende respondenten, waaronder ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt geconstateerd dat er sprake is van toenemende aandacht voor effectstudies en samenwerking met andere klinieken in het kader van onderzoek. De IGZ (2003 en 2005) benadrukt echter dat er verschillen tussen de klinieken zijn in de mate waarin onderzoeken plaatsvinden en er aandacht is voor onderzoek. Verder is zij van mening dat met name de zorgprogramma's verder ontwikkeld moeten worden met ondersteuning van onderzoek. Het feit dat er meer en meer gewerkt wordt met vergelijkbare instrumenten, maakt de mogelijkheid voor onderzoek groter.

Wat betreft de kabinetsstandpunten kan worden geconstateerd dat er nog steeds nauwelijks mogelijkheden binnen de reguliere GGZ zijn om te komen tot gedragsstructurering van (ex-)tbs'ers.

5.3 Commissie Kosto «Veilig en wel»

Veel tbs'ers zijn, voorafgaand aan het delict dat de tbs-maatregel tot gevolg had, in contact geweest met de GGZ. Ondanks dat ontwikkelden tbs-klinieken, die onder de verantwoordelijkheid van Justitie vallen, zich lange tijd als geïsoleerde, naar binnen gerichte organisaties, waarbij onvoldoende kennis over behandelmethoden werd uitgewisseld met de GGZ. Dat leidde ertoe dat te weinig tbs'ers uitstroomden naar vervolgvoorzieningen van de GGZ, zoals bijvoorbeeld RIBW's (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen). De opdracht van de commissie was om een advies over dit probleem te formuleren en een toekomstvisie tbs te presenteren. De voornaamste conclusie van het rapport «Veilig en wel» van de Commissie-Kosto luidde als volgt: tbs-klinieken moeten op termijn – vijf à tien jaar – integreren in GGZ-instellingen. Justitie draagt daarmee de zorg voor tbs'ers over aan de GGZ, maar blijft verantwoordelijk voor het veiligheidsaspect. Het is dus een principiële keuze om «zorg» en «beveiliging» tot het terrein van twee verschillende ministeries te laten behoren, respectievelijk VWS en Justitie. Dit is mogelijk een grote stap in

⁷⁰ Een voorbeeld van effectstudies zijn de onderzoeken die Hoeve Boschoord gaat opzetten. Zij werken met een specifieke groep tbs-patiënten; forensisch psychiatrische patiënten met een verstandelijke handicap. Dit is een groep die tussen de psychiatrie en de gehandicaptenzorg invalt en daardoor ook vaak buiten onderzoek blijft. Hoeve Boschoord heeft in de afgelopen jaren specifieke zorgprogramma's ontwikkeld en wil de verdere implementatie hiervan begeleiden met onderzoek.

de richting van een betere samenwerking tussen de ministeries van VWS en Justitie en daarmee de opmaat naar een betere kwaliteit van zorg voor tbs'ers. De volgende aanbevelingen werden geformuleerd:

Commissie-Kosto Aanbevelingen:

1. Algemeen wordt integratie van de tbs-sector in de reguliere psychiatrie op lange termijn noodzakelijk geacht. Einddoel is: integraal, (supra)regionaal georganiseerd voorzieningenaanbod (*adressant: Ministerie van Justitie, Ministerie van VWS en klinieken*).
2. Ministeries blijven voor hun eigen aspect verantwoordelijk. Binnen de kliniek is de verantwoordelijkheid echter geïntegreerd (*adressant: Ministerie van Justitie, Ministerie van VWS en klinieken*).

Tabel 5.3 geeft met betrekking tot Commissie Kosto een overzicht van de hoofdaanbevelingen en uitwerkingen ervan, de wijze waarop de aanbeveling al dan niet is overgenomen in een kabinetsstandpunt en de mate waarin de aanbeveling in de praktijk is geïmplementeerd.

Tabel 5.3 Commissie Kosto (2001)

Aanbeveling	Overgenomen	Geïmplementeerd
1. Integratie van tbs-sector in psychiatrie op langere termijn		
2. Ministeries blijven voor eigen aspect verantwoordelijk. In klinieken verantwoordelijkheid gedeeld		
Persoonlijkeheidsstoornissen in Forensische Psychiatrie	Niet duidelijk	Ja
Geschikte plek onbehandelbaren	Ja, kabinetsstandpunt 2 en 13	Ja, inmiddels is er een kader voor longstay ontwikkeld, maar dit is nog niet behandeld in de Tweede Kamer. Knelpunt blijft de longcare patiënten
Mate beveiliging en rechtspositie	Ja, kabinetsstandpunt 2 en 4	Deels, er wordt hiernaar gekeken in de werkgroep BOPZ
Vrijhedenbeleid bepaalt justitie	Ja, kabinetsstandpunt 3	Ja
Toezicht reclassering	Ja, kabinetsstandpunt 13	Ja, maar de reclassering heeft beperkte middelen, er is geen extra inzet voor tbs'ers.
Aanpassing voorzieningen	Niet duidelijk	Ja, in klinieken voor longstay en in GGZ extra beveiliging
Aandacht voor arbeidsmarkt	Ja, kabinetsstandpunt 8	Er is nog steeds geen specifieke opleiding, wel onderhouden klinieken zelf contacten met hogescholen voor gastcolleges en stagebegeleiding
Aandacht voor multiculturaliteit	Ja, kabinetsstandpunt 13	In niet alle klinieken wordt dit als probleem gezien, in andere klinieken is wel aandacht voor transculturele communicatie
Aandacht voor verslaving	Ja, kabinetsstandpunt 13	Ja, steeds meer gewerkt met verslavingsmodules en er is aandacht voor co-morbiditeit. Niet alle verslaafden zijn echter behandelbaar voor hun verslaving. Samenwerking op dit terrein met de GGZ kan nog worden verbeterd.
Instrumentarium voor GGZ	Ja, kabinetsstandpunt 6	Er vindt nog steeds nauwelijks benchmarking plaats in de GGZ

Aanbeveling	Overgenomen	Geïmplementeerd
Opnameplicht voor GGZ	Ja, kabinetsstandpunt 13	Nee, GGZ vindt dit onwenselijk, vraagt ook wetsverandering en uitbreiding capaciteit. Bij de huidige capaciteit is sprake van verdringing.
Plaatsing tbs en behandelmodules	Ja, kabinetsstandpunt 13	Deels o.b.v. indicatiestelling worden behandelmodules gefinancierd (BZA) daar waar behandelmodules zijn
Garantie opname-capaciteit	Niet duidelijk	Nee
VWS + justitie aanwezigheid voldoende middelen	Niet duidelijk	Niet duidelijk, voornamelijk zijn er voor de tbs zelf voldoende middelen. Knelpunt zit bij de in- en uitstroom.
Onderzoek financieringsstromen	Niet duidelijk	Commissie Houtman is ingesteld om hierover te adviseren.
Instrument justitie toets kwaliteit behandeling	Niet duidelijk	Nee, onwenselijk gevonden. VWS verantwoordelijk voor zorg, Justitie voor beveiliging.
Kleine aanpassingen wetgeving	Ja, kabinetsstandpunt 4	Nee

Resultaten Commissie Kosto:

Wat betreft de twee hoofdaanbevelingen kunnen we het volgende constateren: de roep om een verdere integratie van de tbs-sector in de reguliere psychiatrie wordt in het veld nog steeds sterk gehoord. Het kabinet onderschreef de integratie van de tbs in de GGZ niet geheel, maar pleitte wel voor een voortvarende en niet-vrijblijvende samenwerking tussen de GGZ en de tbs-sector. In de praktijk zijn de contacten en samenwerkingsverbanden tussen de tbs en de GGZ in de afgelopen jaren wel vergroot, maar moet er nog steeds veel gebeuren om doorstroom daadwerkelijk te verbeteren. De verbeterde samenwerking geldt namelijk vooral op het bestuurlijke niveau, zo hebben enkele tbs-klinieken vergaande relaties met de GGZ. Een voorbeeld is de Van Mesdagkliniek waar de Raad van bestuur gaat over de kliniek en de GGZ Groningen. Dit leidt echter niet tot een substantiële toename van de uitstroom van patiënten naar de GGZ. Ook zijn er voorbeelden waarbij een verregaande samenwerking is tegengehouden door de betrokken ministeries. Zo wilde De Kijvelanden fuseren met het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis op wiens terrein de kliniek zich bevindt. Deze fusie is echter van de baan. In hoofdstuk 4 zijn we al uitgebreid ingegaan op de verschillende knelpunten rond de samenwerking met de GGZ.

Op ministerieel niveau lijkt een vergaande samenwerking nog ver weg. Het Ministerie van VWS bemoeit zich nauwelijks met de tbs. Meer en meer is het Ministerie van Justitie in gesprek met GGZ Nederland over de knelpunten rond de uitstroom.

Kort samengevat zijn de aanbevelingen ten aanzien van de samenwerking met de GGZ van de Commissie Kosto nog steeds actueel en is er nog onvoldoende bereikt.

In tabel 5.3 zijn tevens de overige aanbevelingen van de Commissie Kosto opgenomen. Met de meeste van de aanbevelingen is een aanvang gemaakt. Ook hier geldt echter dat er nog weinig zaken geheel geïmplementeerd zijn, maar dat zij zich veeleer in de ontwikkelingsfase bevinden. Zo wordt er gewerkt aan een longstaybeleidskader en wordt het aantal

plaatsen voor deze groep uitgebreid. Er is toenemende aandacht voor de arbeidsmarkt, multiculturaliteit en verslavingszorg.

Ook een aantal van de kabinetsstandpunten die naar aanleiding van de Commissie Kosto zijn geformuleerd, is nog niet allemaal geïmplementeerd.

De wet BOPZ is nog niet aangepast, zodat de BOPZ nog niet goed aansluit op de tbs.

Wel zijn er preklinische interventies ontwikkeld voor tbs'ers die daaraan willen meewerken. Ook is er sprake van verdere professionalisering in de sector als het gaat om het werken met behandelplannen en zorgprogramma's.

5.4 Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader «Commissie Houtman»

De Commissie Houtman krijgt een opdracht naar aanleiding van de volgende gesignaleerde knelpunten:

1. Overgangsproblemen tussen justitiële en zorginstellingen door verschil in werkwijze, sturing en financiering.
2. Spanning tussen de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor de tijdige tenuitvoerlegging van strafrechtelijke vonnissen, waarbij een vorm van psychische zorg geboden is en de feitelijke mogelijkheden daartoe.
3. Schaarste in de GGZ en in de tbs-sector en de groeiende behoefte aan capaciteit.

De onderdelen van de opdrachten luiden als volgt:

- Breng de behoefte aan, de capaciteit en de financiering van zorg in strafrechtelijk kader in kaart.
- Werk scenario's uit voor de besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader.
- Doe voorstellen voor verbetering van de doorstroming naar de vervolgvoorzieningen.

De Commissie Kosto is in tegenstelling tot IBO 1 en 2 geen interdepartementale beleidsonderzoek. De Commissie Kosto legt de focus sterk op de samenhang met de GGZ. De Commissie Houtman bouwt daarop verder vanuit het perspectief van sturing en financiering en heeft als kernboodschap dat de tbs-klinieken in samenhang met de voor- en achterliggende voorzieningen moeten worden gezien, pleit voor een doelgroepaanpak en voor het verlopen van de forensische psychiatrie via Justitie. Dat houdt in dat zij de financiering van de tbs volledig willen onderbrengen bij het Ministerie van Justitie (overheveling van het AWBZ-budget voor de forensische zorg naar het eerste compartiment Zorgverzekeringswet). Het Ministerie van Justitie en de klinieken kopen vervolgens zorg in bij de GGZ. Het ministerie van VWS speelt geen rol meer in deze visie. De volgende voornaamste aanbevelingen zijn door de commissie geformuleerd:

Commissie-Houtman Aanbevelingen:

1. Zorg beter organiseren (*adressant: Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS, klinieken en forensisch veld*).⁷¹
2. De keten organiseren (*adressant: Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS, klinieken en forensisch veld*).
3. Sturen op volume (*adressant: Ministerie van Justitie en klinieken*).

⁷¹ Onder het forensisch veld verstaan we onder meer GW, (forensische) GGZ, reclassering, RIBW.

Tabel 5.4 geeft met betrekking tot Commissie Houtman een overzicht van de hoofdaanbevelingen en uitwerkingen ervan, en de wijze waarop de aanbeveling al dan niet is overgenomen in een kabinetsstandpunt.

Tabel 5.4 Commissie Houtman (2005)

Aanbeveling	Overgenomen	Geïmplementeerd
1. Zorg beter organiseren		
Zorg benoemen in termen van DBC en IZA	Ja, kabinetsstandpunt 1	*
Bovenstaande geldt ook voor zorg in detentie	Ja, kabinetsstandpunt 1	*
Veiligheidsniveau is onderdeel DBC en IZA	Ja, kabinetsstandpunt 1	*
Bovenstaande is basis voor bekostigingssysteem	Ja, kabinetsstandpunt 1	*
2. De keten organiseren		
Behandeltrajecten o.b.v. vonnis	Ja, kabinetsstandpunt 2	*
Gebruik prognosemodel	Ja, kabinetsstandpunt 3	*
Instellen cliëntvolgssysteem	Ja, kabinetsstandpunt 2	*
Cliëntvolgssysteem uitbreiden naar GGZ ex-cliënten	Ja, kabinetsstandpunt 2	*
Centrale registratie bezettingsgraad instellingen	Ja, kabinetsstandpunt 3	*
Gebruik cliëntvolgssysteem als basis voor prognoses	Ja, kabinetsstandpunt 3	*
Opstellen protocollen voor over- en terugplaatsing	Ja, kabinetsstandpunt 2	*
3. Sturen op volume		
Preventieve maatregelen	Niet duidelijk	*
Verbetering diagnostiek en indicatiestelling t.b.v. onbehandelbaarheid	Ja, kabinetsstandpunt 1	*
Scherpere indicatiestelling t.b.v. advies van rechter	Ja, kabinetsstandpunt 1	*
Onbehandelbaren in voorziening met lagere kostprijs	Ja, kabinetsstandpunt 1	*
Introductie DBC en IZA	Ja, kabinetsstandpunt 1	*

* Zie onder kopje resultaten.

Resultaten Commissie Houtman:

* Met de implementatie van de aanbevelingen c.q. met de maatregelen die voortvloeien uit het kabinetsstandpunt wordt gewacht totdat de huidige tijdelijke onderzoekscommissie tbs heeft gerapporteerd aan de Kamer.

De GGZ Nederland heeft in zijn visienota reeds een reactie gegeven op het plan om de financiering onder te brengen bij Justitie en vervolgens de zorg in te kopen. Zij zien de keuze als een risicovolle ontwikkeling, ze zijn onder meer bang dat de financiering binnen een beheersmatig kader zal vallen. Ook de meeste klinieken en enkele deskundigen kijken met zorg naar deze aanbeveling. Het ministerie krijgt dan te veel verschillende rollen. Overigens zien vertegenwoordigers van de rijksklinieken vooral voordelen. Eindelijk worden de financiële stromen ontschot en komt alles in één hand.

5.5 Conclusies

In het algemeen kan na bestudering van de schema's het volgende worden geconcludeerd:

- Het grootste deel van de aanbevelingen wordt overgenomen door het kabinet met hier en daar een nuancering of aanscherping.
- Sinds het verschijnen van de hiervoor genoemde commissies en kabinetsstandpunten zijn veel activiteiten reeds gerealiseerd of worden momenteel uitgevoerd.
- De commissies en aanbevelingen bouwen op elkaar voort qua gedachten- goed en implementatie van de aanbevelingen. De aanbevelingen en implementatie van IBO 1 zijn opgenomen of overgegaan in IBO 2 en betreffen vooral de doelmatigheid van de tbs-maatregel in de zin van daling recidive, beperking gemiddelde intramurale behandelduur en wachttijden van tbs-passanten door betere instroom, doorstroom en uitstroom. De Commissie Kosto gaat vooral verder op het verbeteren van de doorstroom en uitstroom. De Commissie Houtman neemt een aparte positie in, het is namelijk een commissie die is opgestart vanuit het Ministerie van Justitie.
- De meeste maatregelen die genomen worden naar aanleiding van een kabinetsstandpunt zijn (slechts) gedeeltelijk geïmplementeerd. Bij een klein aantal maatregelen kan volmondig ja geantwoord worden (bijvoorbeeld selectiesysteem, verlofcommissie, instrument voor risicotaxatie, gedifferentieerde tarieven). Andere maatregelen zijn dus maar gedeeltelijk geïmplementeerd. De redenen voor deze beperkte implementatie lopen uiteen. Het betreft vaak complexe problemen die vragen om aanpassingen op meer terreinen zoals wet- en regelgeving, attitudes, capaciteit. Een voorbeeld hierbij is verregaande samenwerking tussen tbs en GGZ. Doordat er sprake is van onder meer een verschil in cultuur (opleggen zorg versus vrijwilligheid cliënt), niet op elkaar aansluitende wetgeving, capaciteitstekort in de GGZ en het niet op elkaar aansluiten van voorzieningen, is de doorstroom van tbs naar GGZ nog steeds een knelpunt. Wat betreft de bekostiging is vooralsnog alleen naar behandelduur gekeken. Voor het differentiëren op basis van behandelingen en type stoornissen is onvoldoende draagvlak in de sector.
Voor de maatregelen van de Commissie Houtman geldt echter dat het implementatiestadium nog niet is opgestart. Men wacht tot het uitkomen van het advies van onderhavige commissie.
- In een enkel geval wordt een aanbeveling niet overgenomen door het kabinet, maar in de loop van de tijd wél voorbereid voor implementatie. Dit geldt bijvoorbeeld voor de derde aanbeveling uit IBO 1 over de privatisering van de rijksinstellingen. Deze aanbeveling is niet overgenomen maar inmiddels is de Van Mesdagkliniek bezig met verregaande voorbereidingen voor privatisering.
- Het is van belang te constateren dat in een enkel geval de aanbeveling wordt overgenomen en geïmplementeerd, maar dat in de praktijk blijkt dat met de maatregel niet alleen het gewenste effect wordt bewerkstelligd maar dat het ook ongewenste bijeffecten kent. Een voorbeeld is de aselecte toewijzing. Er vindt gelijke spreiding plaats, maar dit staat haaks op de wens van specialisatie en bundeling van expertise om een efficiënte en effectieve behandeling te realiseren. Een ander ongewenst bijeffect is dat tbs'ers verspreid worden over het hele land. Bij uitstroom wil een deel van deze patiënten weer terug naar de regio van herkomst. Klinieken ondervinden echter dat het ontwikkelen en onderhouden van contacten met GGZ-instellingen vooral goed werkt op regionaal niveau. De GGZ werkt vooral met regionale circuits.

6 VERBETERINGEN BINNEN HET HUIDIGE STELSEL

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvraag:

19. Zijn er momenteel alternatieve systeemvarianten in ontwikkeling? Zo ja, welke? Wat ontwikkelen de bewindslieden van Justitie en VWS momenteel?

In deze paragraaf komen meer fundamentele vragen aan de orde als voor wie tbs bedoeld moet zijn.

In de tweede paragraaf bespreken we de belangrijkste voorstellen voor de aanpak van de algemeen erkende knelpunten. Het gaat om meer praktische verbeteringen binnen het huidige tbs-stelsel. We pretenderen hierbij overigens geen volledigheid, zowel binnen als buiten de sector worden er nogal wat suggesties gedaan.

Bij het schrijven van dit hoofdstuk hebben we gebruikgemaakt van alle ons beschikbare bronnen. We geven een beschrijving van een continuüm van bestaande ideeën, het is dus nadrukkelijk geen beschrijving van onze eigen visie (dat wil zeggen van Regioplan) op de onderwerpen die voorbijkomen.

6.1 Alternatieve systeemvarianten?

Uit de gesprekken met respondenten van de klinieken en andere deskundigen blijkt dat er geen «alternatieve systeemvarianten» als zodanig in ontwikkeling zijn.⁷² Dit betekent niet dat er binnen de sector en daarbuiten niet wordt nagedacht over verbeteringen die volgens alle betrokkenen noodzakelijk zijn. Een illustratie hiervan is de notitie «*De terbeschikkingstelling in de middenpositie*» (december 2005) van het Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBIV), waarin de sector zelf haar positie beschrijft en een aanzet doet voor een aantal vernieuwingen. Het blijft niet bij nadenken alleen, langzamerhand leidt het ook tot zichtbare innovaties binnen de sector, zoals bijvoorbeeld de invoering van zorgprogramma's (voor zover dat nog niet gebeurd was), samenwerking met gevangenis en de uitwerking van de terugkoppeling van recidivegegevens naar kliniek en naar specifieke behandeling (in ontwikkeling). Ook bij de deskundigen leven tal aan ideeën over verbeteringen van het stelsel.

Voordat er nagedacht wordt over verbeteringen binnen het huidige stelsel, moet eerst de principiële vraag worden beantwoord of het wenselijk is dat het tbs-stelsel blijft voortbestaan en zo ja, voor wie de tbs-maatregel dan bedoeld moet zijn. Het eerste deel van de vraag wordt, niet verwonderlijk, vanuit de klinieken volmondig met ja beantwoord. Ook de meeste deskundigen beantwoorden deze vraag bevestigend. De argumenten daarvoor zijn:

- Er is een groep delinquenten met stoornissen die niet zonder meer aan haar lot kan worden overgelaten en tijdelijk in een gevangenis kan worden opgesloten. Zonder behandeling is de verwachting dat zij na vrijlating eerder in hun oude fout zullen vervallen.
- Op basis van onderzoek door het WODC⁷³ wordt de conclusie getrokken dat recidive onder ex-tbs'ers lager is dan de recidive onder ex-gedetineerden. De conclusie die daaruit wordt getrokken is dat de behandeling, tot op zekere hoogte, ook succesvol is.⁷⁴ Deze conclusie wordt ondersteund door vergelijkingsmateriaal (recidivecijfers) uit het buitenland.

⁷² De ons bekende alternatieve systeemvarianten gaan, evenals het huidige stelsel, uit van het principe «beveiliging door behandeling». Ze zijn weliswaar ingrijpend, maar breken hier niet mee.

⁷³ Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005.

⁷⁴ Aangezien we niet weten in hoeverre we langgestraften en tbs'ers met elkaar kunnen vergelijken, wordt hiervan ook wel gezegd dat het appels met peren vergelijken is.

De omarming van het huidige stelsel betekent niet dat men vindt dat het stelsel perfect is.

Het tweede deel van de vraag, voor wie moet de tbs-maatregel bedoeld zijn, leidt tot meer debat. Deskundigen zijn het erover eens dat er kritisch gekeken kan worden naar de populatie binnen de Nederlandse tbs-klinieken. Het debat over de doelgroep van tbs spitst zich toe op twee begrippen:

- behandelbaarheid;
- toerekeningsvatbaarheid.

Grofweg wordt het eerste begrip vaker door meer behandel-inhoudelijke deskundigen opgevoerd en het tweede door juristen.

Ook binnen de klinieken staat de behandelbaarheid van een aantal groepen patiënten ter discussie. Er bestaat nog geen eenduidige definitie van het begrip behandelbaarheid. Duidelijk is wel dat het gaat om het verwachte succes van een behandeling bij de terugdringing van het recidivegevaar⁷⁵ en dat daarbij de motivatie van de patiënt en de aard van de stoornis een cruciale rol spelen. Verschillende respondenten (van binnen en buiten de klinieken) menen dat er binnen de huidige stand van kennis voldoende informatie is om te komen tot criteria van behandelbaarheid. In dat kader is bijvoorbeeld de psychopathiechecklist (PCL-R) genoemd.

Behandelbaarheid moet dan niet gezien worden als een statisch begrip. Ontwikkelingen in de psychiatrie (nieuwe behandelmethoden) of persoonlijke ontwikkeling van de patiënt (toegenomen motivatie) maken dat het zaak is om de status van de patiënt als onbehandelbaar regelmatig te toetsen. Ook de criteria van behandelbaarheid zullen regelmatig tegen het licht moeten worden gehouden om na te gaan of deze nog wel actueel zijn.

Binnen de discussie over de behandelbaarheid van patiënten is de meest verregaande visie dat ongeveer 15 procent van de huidige tbs'ers een tbs-maatregel opgelegd zou moeten krijgen en in een kliniek moet worden opgesloten. Het gaat om een groep tbs'ers met persoonlijkheidsstoornissen waarvan met grote zekerheid te zeggen valt dat ze blijvend delictgevaarlijk zijn. In feite betekent dit dat niet behandelbare tbs'ers direct in een longstay-afdeling worden geplaatst. In deze visie kunnen alle andere patiënten behandeld worden in een GGZ-setting, mits daarvoor een aantal belangrijke aantal randvoorwaarden is gecreëerd (stringenter behandelregime, aanpassing van beveiliging, et cetera).

In meer gematigde varianten van dit debat gaat het feitelijk over de *plaats* waar een patiënt het beste behandeld kan worden. Een stelling is dat groepen die door de GGZ behandeld *kunnen* worden daar ook behandeld *moeten* worden. Zo merkt een van de deskundigen op dat het gros van de populatie dat in Nederland in de tbs zit, in het buitenland onder de reguliere GGZ valt. Als voorbeelden noemt hij autisten, zwakbegaafden, zedendelinquenten en drugsverslaafden. Hij plaatst daarbij de kanttekening de GGZ in Nederland daar nog niet voldoende op is toegepast.

De tweede discussie gaat over toerekeningsvatbaarheid. Het wegnemen van de onrechtvaardigheden uit het huidige stelsel is een belangrijk uitgangspunt binnen deze discussie. Het meest uitgewerkte idee over toerekeningsvatbaarheid laat zich als volgt samenvatten:

- De terbeschikkingstelling wordt uit het strafrechtelijk systeem gehaald.
- Beperk de categorieën tot toerekeningsvatbaar en ontoerekenings-

⁷⁵ Ook de zogenaamde «onbehandelbaren» hebben immers behandeling of zorg nodig.

- vatbaar (het gaat om volledige ontoerekeningsvatbaarheid, dus geen verminderde toerekeningsvatbaarheid meer in diverse gradaties).
- Ontoerekeningsvatbare daders worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis en worden uit het strafrechtelijk systeem gehaald.
 - Toerekeningsvatbare daders krijgen een straf op maat.
 - Indien bij een toerekeningsvatbare dader een stoornis aanwezig wordt geacht, moet deze in een gevangenis kunnen worden behandeld. Beloning voor deelname aan behandeling is strafvermindering. Voor de invrijheidstelling wordt het resultaat van de behandeling getoetst. Wanneer dan blijkt dat het onverantwoordelijk is om de behandelde in vrijheid te stellen, kan deze alsnog een maatregel krijgen.

Wel dient ook van toerekeningsvatbaarheid te worden vastgesteld wat het begrip nu eigenlijk inhoudt. Een van de deskundigen merkte op dat toerekeningsvatbaarheid weliswaar een juridisch begrip is, maar dat het wel mogelijk is om het te operationaliseren in psychologische of psychiatrische termen.

Beide varianten gaan, evenals de huidige tbs, uit van het principe «beveiliging door behandeling». Wel verschilt de invulling daarvan met het huidige stelsel. Het gebruik van andere selectiecriteria («behandelbaarheid» of «toerekeningsvatbaarheid») aan de voordeur is een manier om een aantal belangrijke knelpunten in het tbs-stelsel op te lossen (capaciteitsproblemen, bezetting van «dure» bedden door feitelijk «onbehandelbare» patiënten). Hiervoor dient nog het nodige werk verzet te worden (onderzoek naar mogelijkheden en zorgvuldige formulering van criteria). Beide varianten zouden leiden tot een fundamentele herziening van het tbs-stelsel.

Het Ministerie van Justitie ontwikkelt momenteel geen alternatieve systeemvarianten. De ontwikkelingen vanuit het ministerie op het gebied van tbs omvatten de uitvoering van eerder uitgezet beleid:

- Er is een werkgroep geïnstalleerd die zich buigt over de aanpassing van de Wet BOPZ.
- De invoering van het beleid uit het plan-Houtman wordt voorbereid, waarbij geen onomkeerbare stappen kunnen (en mogen) worden gedaan.
- De verzelfstandiging van de Van Mesdag kliniek (heeft vertraging opgelopen).

Voor nieuwe beleidsontwikkelingen wacht Justitie de resultaten van de parlementaire onderzoekscommissie af.

6.2 Verbeteringen binnen het huidige stelsel

Het aangescherpte verlofbeleid en het gebrek aan uitstroom worden vrij algemeen als de twee belangrijkste knelpunten in de tbs gezien. Oplossingen moeten dus voornamelijk op deze beide terreinen gezocht worden.

De belangrijkste verbeteringen liggen in:

- Differentiatie van de wettelijke mogelijkheden.
 - Meer differentiatie in uitstroombmogelijkheden.
 - Versterking van de samenwerking tussen tbs en GGZ.
- In het vervolg van deze paragraaf noemen we een aantal suggesties voor verbeteringen die door de verschillende deskundigen zijn gedaan. Wanneer we deze niet expliciet benoemen, gaat het om breed gedragen standpunten.

Differentiatie van de wettelijke mogelijkheden

Een oplossing voor een aantal belangrijke knelpunten (ontlasting tbs, vergroten van doorstroming binnen tbs, verruimen van mogelijkheden bij uitplaatsing) zien de respondenten van de klinieken in differentiatie van de wettelijke mogelijkheden. Voorbeelden hiervan zijn:

- Het mogelijk maken van tbs met voorwaarden bij een hogere strafmaat, waardoor de rechter meer alternatieven heeft en minder snel de zware tbs met dwangverpleging oplegt (onder meer genoemd door juristen).
- Creëren van meer differentiatie in het verloffbeleid waarbij de aanscherpingen van toepassing zijn voor risicogroepen en niet voor alle tbs'ers (door betrokkenen vanuit de klinieken wordt dit vooral gezocht in het ontpolitiseren van het verloffbeleid, dus weghalen bij de minister van Justitie).
- Het verkorten van de termijn waarna het mogelijk is om een patiënt over te plaatsen naar een longstay-plaats, bijvoorbeeld wanneer de motivatie van de patiënt behandeling in de weg staat of als al vroeg in de behandeling blijkt dat een patiënt om andere redenen «onbehandelbaar» is (voorgesteld vanuit klinieken, maar bestreden door mensen vanuit de rechtspraak).
- Het verruimen van mogelijkheden binnen de Wet BOPZ na een tbs-behandeling. De mogelijkheden van het verruimen van de Wet BOPZ wordt momenteel bestudeerd door een door Justitie ingestelde werkgroep.
- Meer algemeen, een betere aansluiting van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden op de Wet BOPZ.

De ministeriële verantwoordelijkheid is een punt van discussie, met name binnen de klinieken en in de advocatuur. De indruk is dat bij elk incident het gehele verloffbeleid onder druk staat. Er wordt wel gesproken van bulkmaatregelen en incidentenpolitiek: de gevolgen van incidenten zijn merkbaar voor alle tbs'ers en niet voor de kleine groep tbs'ers die de problemen (lees: onttrekkingen met zeer ongewenste gevolgen) veroorzaakt. Van een commissie met meer afstand tot de minister van Justitie die bijvoorbeeld oordeelt over de verlofaanvragen verwachten de klinieken een (verloff)beleid dat meer op de inhoud gericht is en minder op de beheersmatige kant van tbs. Vanuit de klinieken verwacht men dat de uitvoering daardoor aan veiligheid wint en dat tegelijkertijd de door- en uitstroom verbetert.

In opdracht van het Ministerie van Justitie is een werkgroep begonnen met het voorbereiden van voorstellen voor aanpassing van de Wet BOPZ. Hiermee kan een belangrijke stap gemaakt worden.

Meer differentiatie in uitstroommogelijkheden

Ook het aanbod van aansluitende zorg na de tbs-behandeling is voor verbetering vatbaar. De klinieken ondervinden veel problemen bij uitplaatsing van uitbehandelde tbs'ers. De analyse van beleidsmakers binnen en buiten de klinieken is dat dit in sterkere mate ligt aan het gebrek aan mogelijkheden binnen de GGZ dan aan onwil. Gedacht wordt aan een verdere differentiatie van het aanbod, bijvoorbeeld extra mogelijkheden op het gebied van beveiliging, begeleiding en controle binnen RIBW of een kliniek in de reguliere GGZ. Dit zou de mogelijkheden om binnen de GGZ aanvullende zorg te bieden aanzienlijk vergroten. De klinieken zien daar meer in dan het opleggen van een verplichte opname door de GGZ, omdat daarmee een aantal reële praktische problemen bij plaatsing van tbs'ers in de reguliere GGZ niet wordt opgelost.

Versterking van de samenwerking tussen tbs en GGZ

Naar aanleiding van onze bezoeken aan de tbs-klinieken en de gesprekken met deskundigen uit het veld hebben we de indruk gekregen dat de contacten tussen de tbs-sector en de reguliere GGZ intensiveren. Zo was er bijvoorbeeld sprake van uitwisseling van expertise tussen personeel van de tbs-klinieken en personeel van de reguliere GGZ-instellingen. Deze uitwisseling kwam in een enkele geval voort uit een fusering met de GGZ. Dit neemt niet weg dat plaatsing van tbs'ers in een GGZ-instelling in veel gevallen nog steeds moeizaam verloopt.

In de notitie van het LBIV (blz. 5 en volgende) wordt gesteld dat de klinieken een tussenvoorziening zijn. Het is de fase waarin een patiënt zich bevindt na een justitiële voorgeschiedenis en, indien mogelijk, vóór een veilige reïntegratie in de samenleving. De klinieken vormen daarom een onderdeel van een «breder forensisch zorgveld». Het LBIV spreekt de behoefte uit om beter met de andere partijen samen te werken en heeft een aantal initiatieven ontplooid die zij in de notitie beschrijft. In de visie van het LBIV ondervindt een verantwoorde doorstroom en uitstroom naar het GGZ hinder van «verouderde» wetgeving en gebrekkige samenwerking tussen tbs-klinieken en reguliere GGZ. In een scharniermodel voorziet ze een logische opvolging van behandeling en vervolgzorg.

Een nog niet eerder genoemd knelpunt bij deze ontwikkelingen is de samenwerking tussen de twee betrokken ministeries, Justitie en VWS. Er zou sprake zijn van een gebrekkige communicatie. Deskundigen die al lang, en vaak in verschillende functies, in het tbs-veld verkeren, merken op dat deze samenwerking al lange tijd te wensen overlaat.

LITERATUUR

Commissie Beleidsvisie Tbs (2001)

Veilig en wel: een beleidsvisie op de tbs. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Emmerik, J. L. van (1989)

Tbs en recidive. Een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979–1983. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Gouda: Quint.

Emmerik, J. L. van, en M. Brouwers (2001)

De Terbeschikkingstelling in Maat en getal. Een beschrijving van de tbs populatie in de periode 1995–2000. Den Haag. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Concernstaf Uitvoeringsbeleid (CUB), afdeling Informatieanalyse en Documentatie.

Gemmert, A. A. van, en D. G. R. van Loenen (2005)

TBS in getal. Den Haag. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Concernstaf Uitvoeringsbeleid (CUB) en directie TBS.

GGZ Nederland (2005)

Visienota TBS/Forensische psychiatrie. Amersfoort: GGZ Nederland.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003)

TBS-klinieken in beweging: samenvattende rapportage van de algemene toezichtbezoeken in 2003 aan de negen TBS-klinieken. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Inspectie voor de Sanctietoepassing (2005)

Verlofbeleidskader TBS. Gebruik format aanvraag verlofmachtiging. Inspectierapport. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Interdepartementaal Beleidsonderzoek terbeschikkingstelling (1998)

«Over stromen.» In- door- en uitstroom bij de TBS. IBO-ronde 1997, rapport nr. 10. Den Haag: Werkgroep IBO 2.

Kogel, C. H. de, en V. E. den Hartogh (2005)

Contraire beëindiging van de TBS-maatregel. Aantal, aard en verband met recidive. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Kogel, C. H. de, C. Verwers, V.E den Hartogh (2005)

Blijvend delictgevaarlijk; empirische schattingen en conceptuele verheldering. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken (2005)

De terbeschikkingstelling in de middenpositie. Nog niet openbaar.

Leuw, E., M. Brouwers, J. Smit (1999)

Recidive na de tbs: patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Ministerie van Justitie (2004)
Beleidsbrief TBS. Den Haag: Ministerie van Justitie. Kenmerk 5271433/04/SRS (1 maart 2004).

Ministerie van Justitie, Individuele TBS-zaken (2005)
Evaluatie plaatsingen 2002–2004 sector TBS, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, afdeling Individuele TBS-zaken (ITZ).

Wartna, B. S. J., N. Tollenaar, A. A. M. Essers (2005)
Door na de gevangenis. Een cijfermatig overzicht van de strafrechterlijke recidive onder ex-gedetineerden. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, Reeks Onderzoek en beleid, nr. 228.

Wartna, B. S. J., S. el Harbachi, L. M. van der Knaap (2005)
Buiten behandeling: een cijfermatig overzicht van de strafrechterlijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, Reeks Onderzoek en beleid, nr. 230.

Wergroep Verlof en Veiligheidsbeleid (2004)
Vernieuwd verlofbeleidskader TBS. Den Haag: Ministerie van Justitie.

- **AFBZ:** Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
- **APZ:** Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
- **AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- **BooG:** Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens
- **BOPZ:** Bijzonder Opnemingen Psychiatrisch Ziekenhuizen
- **Bvt:** Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
- **COTG:** Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, sinds januari 2000 CTG
- **CTG:** College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.
- **DBC:** Diagnose Behandel Combinatie
- **DJI:** Dienst Justitiële Instellingen, Ministerie van Justitie
- **DWH:** Data Ware House
- **EFP:** Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
- **FPA:** Forensisch Psychiatrische Afdeling
- **FPD:** Forensisch Psychiatrische Dienst
- **FPK:** Forensisch Psychiatrische Kliniek
- **FOBA:** Forensisch Observatie- en Begeleidingsafdeling
- **GGZ:** Geestelijke Gezondheidszorg
- **GW:** Gevangeniswezen
- **IBO:** Interdepartementaal Beleidsonderzoek
- **IBS:** Inbewaringstelling
- **IGZ:** Inspectie voor de Gezondheidszorg
- **ISD:** Inrichting voor Stelselmatige Daders
- **IST:** Inspectie voor de Sanctietoepassing
- **ITZ:** Individuele TBS-zaken, afdeling van DJI
- **IQ:** Intelligentie Quotiënt
- **IZA:** Individueel Zorgarrangement
- **LAP:** Landelijke Adviescommissie Plaatsing
- **LIBV:** Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken
- **MI:** Meijers Instituut
- **MIT:** Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling
- **OM:** Openbaar Ministerie
- **PBC:** Pieter Baan Centrum
- **PBW:** Penitentiaire Beginselen Wet
- **RIBW:** Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
- **RM:** Rechterlijke Machtiging
- **SOV:** Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
- **TBS:** Ter Beschikking Stelling
- **VWS:** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- **WODC:** Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum
- **WOGB:** Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst

Verantwoording gehanteerde werkwijze

In deze bijlage geven we naast een overzicht van de respondenten een onderbouwing van de gevolgde werkwijze.

Representativiteit en betrouwbaarheid gegevens klinieken

Er zijn in Nederland twaalf klinieken die door de minister van Justitie zijn aangewezen als inrichting voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Deze twaalf klinieken zijn allen door middel van een bezoek en interviews betrokken in het onderzoek naar de stand van zaken van het tbs-stelsel. In horizontaal opzicht is de totale populatie betrokken en gehoord. Bovendien is in verticaal opzicht een kliniek betrokken door in alle lagen van de organisatie professionals te interviewen: van directeur tot sociotherapeut (zie het vervolg van deze bijlage voor respondenten en itemlijst). De antwoorden gegeven door de ene laag, werden vervolgens op juistheid getoetst in het interview met de andere laag.

Door binnen de klinieken na te vragen hoe de verschillende onderdelen in praktijk werken, hebben we getoetst of de «theorie», die veelal door de hogere niveaus (management) in de klinieken wordt beleden, ook daadwerkelijk zijn weg heeft gevonden in de werkwijze van de kliniek (bijvoorbeeld het gebruik van zorgprogramma's, van risicotaxatie-instrumenten en de werking van de interne verloffcommissie). Voorzover mogelijk is ook aan deskundigen buiten de kliniek gevraagd in hoeverre theorie en praktijk aansluiten. Op deze wijze is validering van het materiaal gerealiseerd.

In de tekst is zoveel mogelijk de lijn beschreven waarover consensus bestaat tussen de klinieken onderling en binnen de kliniek. Veelal staat dit ook aangegeven met «alle klinieken», «het grootste deel», et cetera. Wanneer er duidelijke verschillen aanwezig waren, hebben we die specifiek beschreven c.q. eruit gelicht. Hiervoor worden woorden gebruikt als: «een enkeling» of «een uitzondering vormt». Hoofdstuk 3 en 4 zijn voornamelijk gebaseerd op informatie uit de interviews in de klinieken, deels aangevuld met gegevens uit de interviews met deskundigen en uit secundaire bronnen.

Onze conclusies en bevindingen zijn teruggekoppeld aan de klinieken. Zij hebben de vraag gekregen of deze beschrijvingen door hen worden herkend en op welke punten zij aanvullingen hadden of feitelijke onjuistheden constateerden. De reacties van klinieken zijn verwerkt in de hoofdstukken. Daarmee kan geconcludeerd worden dat de informatie zoals nu beschreven een betrouwbaar beeld geeft van de werkelijkheid in de klinieken.

Representativiteit en betrouwbaarheid gegevens deskundigen

In het onderzoek is eveneens gebruikgemaakt van interviews met deskundigen. De deskundigen vertegenwoordigen alle aandachtsvelden die relevant zijn bij het tbs-stelsel en kunnen dus gezien worden als representatief. Bovendien hebben we een aantal verdiepende interviews gehad met personen die al waren gehoord door de commissie in een eerder stadium (augustus 2005) waardoor op een aantal punten de diepte ingegaan kan worden. Van deze interviews zijn verslagen gemaakt die op verzoek ter toetsing en goedkeuring zijn voorgelegd aan de respondenten. In dit opzicht is de betrouwbaarheid van het materiaal gewaarborgd. De informatie uit de interviews met deskundigen is verwerkt in hoofdstuk 2, 3, 4 en 6.

Representativiteit en betrouwbaarheid cijfermatige gegevens

Het onderzoek van Van Emmerik en Brouwers van mei 2001 getiteld «De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal» geeft een beschrijving van de tbs-populatie 1995–2000. Het huidige onderzoek heeft tot doel de stand van zaken te actualiseren ook op het terrein van de kwantitatieve data. We geven daarom, voor zover mogelijk, de stand van zaken weer van 2001–2005. Het jaar 2001 is echter een overgangsjaar qua systemen voor het verkrijgen van gegevens op instellings- en cliëntniveau. Het systeem van het Meijers Instituut werd verlaten en daarvoor kwam het MITS (het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling) in de plaats. Dit systeem wordt deels gevuld door de informatie uit de klinieken zelf en deels door ITZ. De betrouwbaarheid en vulling van de gegevens in het jaar 2001 is niet groot. Enige voorzichtigheid bij het trekken van conclusies over 2001 is dus geboden wanneer het MITS de bron van de gegevens is.

Tbs-klinieken en FPK's

NAAM INSTELLING	Naam en functie geïnterviewden
GGZ Drenthe, divisie Forensische psychiatrie	<ul style="list-style-type: none">• divisiedirecteur bedrijfsvoering en divisiedirecteur behandelzaken• twee psychiaters/clusterhoofden behandeling• clusterhoofd organisatie en zorgcoördinator
FPC Oldenkotte	<ul style="list-style-type: none">• directeur en circuitmanager behandeling• operationeel manager en hoofd behandeling• sociotherapeut/dienstdoend manager
FPK De Meren	<ul style="list-style-type: none">• directeur zorg en directeur bedrijfsvoering• hoofd zorggroep• senior groepswerker (sociotherapeut)
De Kijvelanden	<ul style="list-style-type: none">• hoofd behandeling en sectormanager• unithoofd• medewerker forensische psychiatrie
Dr. Henri van der Hoeven Stichting	<ul style="list-style-type: none">• directeur behandeling en algemeen directeur• groespdynamicus• hoofd behandeling• drie sociotherapeuten
FPI De Rooyse Wissel	<ul style="list-style-type: none">• directeur Zorg & Behandeling• hoofd behandeling• hoofd sociotherapeutisch milieu• sociotherapeut
Dr. S. van Mesdagkliniek	<ul style="list-style-type: none">• psychiater/lid RvB en voorzitter raad van Bestuur• hoofd behandelaar• manager patiënteneenheid en coördinerend sociotherapeut
Flevo Future	<ul style="list-style-type: none">• algemeen directeur• coördinerend hoofd behandeling• afdelingshoofd locatie Utrecht• sociotherapeut
FPC Veldzicht	<ul style="list-style-type: none">• (waarnemend) directeur• hoofd behandeling, behandelcoördinator• afdelingshoofd sociotherapi• hoofd arbeid (voorheen coördinerend sociotherapeut)
Hoeve Boschoord	<ul style="list-style-type: none">• directeur• hoofd behandel dienst• afdelingshoofd e• sociotherapeut
GGZ Eindhoven	<ul style="list-style-type: none">• zorgdirecteur• hoofd behandeling FPK• zorgmanager• intakefunctionaris (voorheen sociotherapeut)
Pompestichting	<ul style="list-style-type: none">• lid raad van bestuur• directeur patiëntenzorg• divisie manager patiëntenzorg• zorgmanager

Overige deskundigen

Naam	Functie, organisatie
Dhr. Prof. Dr. H. J. C. van Marle	Hoogleraar forensische psychiatrie Erasmus Universiteit Rotterdam
Dhr. Drs. J. R. van Veldhuizen	Lid Raad voor de strafrechttoepassing en jeugdbescherming, directeur zorgontwikkeling NHN en psychiater
Mw. M. A. Schippers	Inspecteur GGZ en forensische zorg en projectleider TBS, inspectie voor de gezondheidszorg
Mw. J. Meyer	Vertegenwoordiger expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP)
Mw. J. N. van der Vaart	Voorzitter TBS Kamer Rechtbank Amsterdam
Dhr. Mr. W. Anker	Anker & Anker strafrechtadvocaten
Dhr. C. Herstel	Directeur sector TBS van agentschap DJI, Ministerie van Justitie
Dhr. C. Janssen	Verantwoordelijk voor observaties, afdelingshoofd PBC
Dhr. P. Osinga	Senior beleidsadviseur directie Sanctie en Preventie, Ministerie van Justitie
Dhr. J. de Beer en mw. J. Mastenbroek	Directeur GGZ Nederland, beleidsmedewerker
Dhr. Dr. P. J. A. van Panhuis	Bestuurslid Forensisch Psychiatrische Dienst
Dhr. mr. drs. J. J. H. M. van Gennip en mw. A. Teeuwen	Algemeen directeur Reclassering Nederland, woordvoerder Reclassering
Mw. M. van Eijkelen	Medische officier van Justitie, Rotterdam OM

ITEMLIJST VOOR INTERVIEWS IN DE KLINIEKEN

Twee hoofdvragen:

1. Werking huidige stelsel
2. Implementatie van de aanbevelingen uit eerder onderzoek

Overige aandachtspunten:

1. *Het gaat erom om feiten boven tafel te krijgen. Een deel van de vragen nodigt uit tot meningen. Goed doorvragen om de meningen te laten onderbouwen (waaruit blijkt het?).*
2. *Het is de bedoeling dat de respondenten de vraag beantwoorden vanuit het perspectief van de eigen instelling.*
3. *De vragen worden gesteld aan verschillende geledingen binnen de klinieken. Dat betekent dat niet alle vragen door iedereen beantwoord kunnen worden.*

A. Algemeen (instroom, doorstroom en uitstroom)

Instroom

1. Hoeveel plaatsen zijn er voor tbs-patiënten in uw kliniek? Wordt daarbij onderscheid gemaakt naar verschillende categorieën (naar aard delict of aard stoornis)? Wordt er onderscheid gemaakt naar andere achtergrondvariabelen (bijvoorbeeld sekse, leeftijd, etniciteit)?
2. Welke type plaatsen zijn er (zwaar bewaakt, lichter, extramuraal, longstay)?
3. Zijn er voldoende plaatsen? Zo nee, waar zitten dan vooral de knelpunten? Hoe kunnen deze worden opgelost?
4. Wat is uw oordeel over de aselecte toewijzing van patiënten (n.a.v. IBO 2)? Hoe werkt deze aselecte toewijzing uit in de praktijk?
5. Hoe lang moeten tbs-patiënten wachten voordat zij geplaatst kunnen worden in uw kliniek? Indien er een wachttijd is, waar wachten zij de opname af? Welke gevolgen heeft dat voor de behandeling?
6. Wat zijn de belangrijkste beslismomenten? Wie is daarvoor verantwoordelijk en wie heeft de regie? Ervaart u daarbij knelpunten? Wat zijn mogelijke oplossingen?
7. Horen volgens u alle tbs'ers ook daadwerkelijk in een tbs-kliniek thuis? Welke tbs'ers zouden ook in de gevangenis terecht kunnen? Kunt u dat toelichten?

Doorstroom en uitstroom

8. Is er sprake van doorstroom? Naar welke instellingen gaan patiënten bij doorstroom? Wie beslist dat? Is er sprake van stagnatie? Wat zijn de belangrijkste knelpunten? Wat zijn eventuele oplossingen?
9. Wat is de gemiddelde behandelduur? Zijn hierbij verschillende categorieën aan te geven? Is de gemiddelde behandelduur de afgelopen vijf jaar toe- of afgenomen in uw kliniek?
10. Hoe is inhoud gegeven aan het verslavingsbeleid in de kliniek?
11. Wat zijn de belangrijkste knelpunten ten aanzien van de dooren uitstroom? Hoe kunnen deze worden opgelost?
12. Is er sprake van uitstroom? Waar komen uitgestroomde patiënten terecht? Is er (ambulante) begeleiding voor uitgestroomde patiënten? Heeft u nog zicht op uitgestroomde patiënten (bijv. wat betreft recidive, woonplaats, ontwikkeling)? Zo ja, hoe en in welke mate? Geldt dit voor alle uitgestroomde patiënten?
13. Hoe gaat u om met contraire beëindigingen?

Keuze voor behandeling

14. Hoe wordt bepaald welke patiënten welke behandeling krijgen? Welke groepen worden daarbij onderscheiden (naar aard delict of aard stoornis)? Hoe wordt de behandelbaarheid vastgesteld? Wordt er gewerkt met behandelprotocollen? (*dit wordt van tevoren bepaald (Pieter Baan Centrum?)*). Zijn er verschillende zorgprogramma's? Wie bepaalt wie aan welk zorgprogramma deelneemt?
15. Hoe definieert u het begrip onhandelbaar? Wanneer wordt iemand als onbehandelbaar of uitbehandeld aangemerkt? Hoe wordt daarmee omgegaan in uw kliniek?
16. In hoeverre zijn er «longstay» patiënten in uw instelling? Hoe wordt deze groep bepaald? Hoe wordt ermee omgegaan?
17. Vindt er onderzoek in uw kliniek naar de effecten van de behandeling plaats? Hoe wordt dit gemeten? Op welke wijze wordt de kennis over nieuwe inzichten in behandelmethoden bijgehouden en verspreid in uw kliniek?
18. Wat doet de kliniek zelf aan risicotaxatie. Wat is de rol van de risicotaxatie en hoe pakt dit uit in de praktijk?
19. Welke knelpunten zijn er ten aanzien van de behandeling van patiënten? Hoe zouden deze kunnen worden opgelost?

Samenwerking met anderen

20. Hoe is de samenwerking met GGZ-instellingen en andere instellingen? Is er overleg met dergelijke instellingen? Zo ja, op welk niveau, in welke regio, met welke frequentie en met welk doel?
21. Hoe is de samenwerking te verbeteren? Met wie zou er met name samengewerkt moeten worden?

Verlofbeleid

22. Hoe werkt het verlofbeleid in de praktijk? Welke effecten hebben de recente aanscherpingen van het verlofbeleid gehad? Wat betekent dat voor de behandeling van patiënten? Welke suggesties heeft u voor het verlofbeleid?
23. Wat is het beleid van de kliniek ten aanzien van onttrekkingen? Wat gebeurt er na een onttrekking en welk effect heeft dat eventueel op de behandeling (minder verloven, andere mensen)?

B. De klinieken en de inrichting van het stelsel

24. Heeft u expertise ten aanzien van een specifieke groep patiënten? Wordt daar rekening mee gehouden bij plaatsing? Wat is het effect van de huidige *random* toewijzing van patiënten (als aanbeveling van IBO 2)?
25. Vindt er overleg/uitwisseling met andere klinieken plaats over de wijze van behandelen? Zijn er verschillen in behandeling met andere klinieken? Hebben de verschillen in behandeling tussen klinieken een meerwaarde is zijn er duidelijke meer effectievere behandelingen?
26. Heeft de financieringssystematiek effect op de keuzes voor behandeling? Zo ja, welke?
27. Zijn er knelpunten ten aanzien van de toewijzing van patiënten en de financieringssystematiek? Hoe zouden deze knelpunten kunnen worden opgelost?

C. Personeelsbeleid

28. Wat is de opleidingsachtergrond van de behandelende en begeleidende medewerkers in uw kliniek? Wordt er intern geschoold? Is dit voldoende voor de behandeling en begeleiding van patiënten?
29. Zijn er knelpunten rond de personeelsvoorziening? Zo ja, voor welke categorieën medewerkers met name? Hebben de knelpunten effecten op de uitvoering van het werk in de kliniek? Zo ja, welke?
30. Wat zijn mogelijke oplossingen voor de knelpunten rond de personeelsvoorziening?

D. Implementatie van aanbevelingen

31. Uit de verschillende onderzoeken en commissies zijn aanbevelingen naar voren gekomen, die voor een groot deel zijn geïmplementeerd. In hoeverre hebben volgens u de aanbevelingen gewerkt en het gewenste effect gehad? Waarom hebben de veranderingen wel of niet gewerkt? Kunt u aangeven wat de belangrijkste aanbeveling is geweest die wel heeft gewerkt en welke juist niet?

E. Samenvattend

32. Wat zijn volgens u de belangrijkste knelpunten? Maak hierbij onderscheid naar juridische aspecten, financiële, uitvoerings- en overige knelpunten? Welke oplossingen zijn er mogelijk?
33. Welke onderdelen van het huidige tbs-systeem moeten in ieder geval gehandhaafd blijven?
34. Welke onderdelen van het huidige tbs-systeem zouden in ieder geval veranderd moeten worden? Welke alternatieven zijn er?

Artikel 13

1. Een veroordeelde tot gevangenisstraf die wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens daarvoor in aanmerking komt, kan worden geplaatst in een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden; de artikelen 37c, 37d en 37e zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.
2. Indien een veroordeelde tot gevangenisstraf tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd, wordt op regelmatige tijdstippen beoordeeld of de veroordeelde dient te worden geplaatst in een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gegeven omtrent deze beoordeling. Deze regels betreffen in elk geval de frequentie van de beoordelingen, de te volgen procedure, waaronder de advisering door gedragsdeskundigen, en de wijze waarop de beoordelingen dienen plaats te vinden.
3. De plaatsing ingevolge het eerste lid en de beëindiging daarvan geschieden volgens regels, bij algemene maatregel van bestuur te stellen, op last van de Minister van Justitie, gegeven na een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines – waaronder een psychiater – die de betrokkene hebben onderzocht. Zodanig advies dient door de gedragsdeskundigen gezamenlijk dan wel door ieder van hen afzonderlijk te zijn uitgebracht.
4. Tegen de beslissing tot plaatsing, de beslissing tot beëindiging daarvan en de beslissing tot niet plaatsing in afwijking van het advies van de rechter overeenkomstig het bepaalde in artikel 37b, tweede lid, kan de veroordeelde binnen vier weken nadat die beslissing aan hem is medegedeeld beroep instellen bij de Raad voor strafrechts-toepassing en jeugdbescherming. Het bepaalde in Hoofdstuk XVI van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden is van overeenkomstige toepassing.
5. De overplaatsing en het beroep daartegen van de veroordeelden geschieden overeenkomstig de regels die van toepassing zijn op de overplaatsing en het beroep daartegen van ter beschikking gestelden ten aanzien van wie een bevel tot verpleging van overheidswege als bedoeld in artikel 37b of 38c is gegeven.

Tweede afdeling. Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en terbeschikkingstelling*Artikel 37*

1. De rechter kan gelasten dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, in een psychiatrisch ziekenhuis zal worden geplaatst voor een termijn van een jaar, doch alleen indien hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

2. De rechter geeft een last als bedoeld in het eerste lid slechts nadat hij zich een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies heeft doen overleggen van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines – waaronder een psychiater – die de betrokkene hebben onderzocht. Zodanig advies dient door de gedragsdeskundigen gezamenlijk dan wel door ieder van hen afzonderlijk te zijn uitgebracht. Indien dit advies eerder dan een jaar voor de aanvang van de terechtzitting is gedagtekend kan de rechter hiervan slechts gebruik maken met instemming van het openbaar ministerie en de verdachte.
3. Het tweede lid blijft buiten toepassing indien de betrokkene weigert medewerking te verlenen aan het onderzoek dat ten behoeve van het advies moet worden verricht. Voor zover mogelijk maken de gedragsdeskundigen gezamenlijk dan wel ieder van hen afzonderlijk over de reden van de weigering rapport op. De rechter doet zich zoveel mogelijk een ander advies of rapport, dat hem over de wenselijkheid of noodzakelijkheid van een last als bedoeld in het eerste lid kan voorlichten en aan de totstandkoming waarvan de betrokkene wel bereid is om medewerking te verlenen, overleggen.

Artikel 37a

1. De verdachte bij wie tijdens het begaan van het feit gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, kan op last van de rechter ter beschikking worden gesteld indien:
 - 1°. het door hem begane feit een misdrijf is waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld dan wel behoort tot een der misdrijven omschreven in de artikelen 132, 285, eerste lid, 285b, 318, 326a en 395 van het Wetboek van Strafrecht, 175, tweede lid, van de Wegenverkeerswet 1994, en 11, tweede lid, van de Opiumwet, en
 - 2°. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.
2. Bij toepassing van het vorige lid kan de rechter afzien van het opleggen van straf, ook indien hij bevindt dat het feit wel aan de verdachte kan worden toegerekend.
3. Het tweede en derde lid van artikel 37 zijn van overeenkomstige toepassing.
4. Bij het geven van een last als bedoeld in het eerste lid neemt de rechter de inhoud van de overige adviezen en rapporten die over de persoonlijkheid van de verdachte zijn uitgebracht, alsmede de ernst van het begane feit of de veelvuldigheid van voorafgegangene veroordelingen wegens misdrijf in aanmerking.

Artikel 37b

1. De rechter kan bevelen dat de ter beschikking gestelde van overheidswege wordt verpleegd, indien de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen de verpleging eist.
2. Indien de rechter naast de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege een gevangenisstraf heeft

opgelegd kan de rechter in zijn uitspraak een advies opnemen omtrent het tijdstip waarop de terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege dient aan te vangen.

Artikel 37c

1. Bij of krachtens de wet worden regels gesteld ten aanzien van de verpleging van overheidswege en de rechtspositie van de ter beschikking gestelden.
2. De Minister van Justitie ziet erop toe, dat de ter beschikking gestelde die van overheidswege wordt verpleegd de nodige behandeling krijgt. Hij kan met betrekking tot bepaalde verpleegden aan het hoofd van de inrichting bijzondere aanwijzingen geven in het belang van de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen.

Artikel 37d

1. Ter beschikking gestelden kunnen worden verpleegd in door de Minister van Justitie aangewezen:
 - a. particuliere inrichtingen, in beheer bij een in Nederland gevestigde rechtspersoon;
 - b. rijksinrichtingen.
2. De verpleging geschiedt bij voorkeur in een particuliere inrichting.

Artikel 37e

De kosten van de verpleging en behandeling van ter beschikking gestelden komen, voor zover niet bij of krachtens enige wet anders is bepaald, ten laste van de Staat.

Artikel 38

1. Indien de rechter niet een bevel als bedoeld in artikel 37b geeft, stelt hij ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen voorwaarden betreffende het gedrag van de ter beschikking gestelde. De rechter geeft tevens een in de uitspraak aangewezen instelling, die aan bepaalde, bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen, eisen voldoet opdracht de ter beschikking gestelde bij de naleving van de voorwaarden hulp en steun te verlenen.
2. Indien bij de uitspraak tevens een vrijheidsstraf wordt opgelegd, kan deze in het in het eerste lid van dit artikel bedoelde geval ten hoogste op drie jaar worden bepaald.
3. Een voorwaarde als bedoeld in het eerste lid kan de rechter slechts stellen, indien de ter beschikking gestelde zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarde.
4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld omtrent de procedure van terbeschikkingstelling met voorwaarden.

Artikel 38a

1. De voorwaarden bedoeld in het eerste lid van artikel 38 kunnen inhouden dat de ter beschikking gestelde zich in een door de rechter aangewezen inrichting laat opnemen, zich onder behandeling stelt van een in de uitspraak aangewezen deskundige, of door de behandelend arts voorgeschreven geneesmiddelen inneemt dan wel gedooft dat deze door de behandelend arts aan hem worden toegediend.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld omtrent de eisen waaraan een door de rechter aan te wijzen inrichting moet voldoen.
3. Het openbaar ministerie houdt, volgens regels te stellen bij algemene maatregel van bestuur, toezicht op de naleving van de gestelde voorwaarden.
4. De in artikel 38, eerste lid, bedoelde voorwaarden mogen de vrijheid de godsdienst of levensovertuiging te belijden en de staatkundige vrijheid niet beperken.

Artikel 38b

De rechter kan, op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman, met inachtneming van het bepaalde in de voorgaande artikelen van deze afdeling:

- 1°. de voorwaarden aanvullen, wijzigen of opheffen;
- 2°. aan een andere instelling dan die welke daarmede tevoren was belast het verlenen van hulp en steun bij de naleving van de voorwaarden opdragen.

Artikel 38c

De rechter kan, op vordering van het openbaar ministerie, indien een gestelde voorwaarde niet wordt nageleefd of anderszins het belang van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen zulks eist bevelen dat de ter beschikking gestelde alsnog van overheidswege zal worden verpleegd.

Artikel 38d

1. De terbeschikkingstelling geldt voor de tijd van twee jaar, te rekenen van de dag waarop de rechterlijke uitspraak waarbij zij is opgelegd onherroepelijk is geworden.
2. De termijn van de terbeschikkingstelling kan, behoudens het bepaalde in artikel 38e of artikel 38j, door de rechter, op vordering van het openbaar ministerie, telkens hetzij met een jaar hetzij met twee jaar worden verlengd, indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen die verlenging eist. Een tweede verlenging is slechts mogelijk wanneer een bevel als bedoeld in artikel 37b of artikel 38c is gegeven.

Artikel 38e

1. De totale duur van de maatregel van terbeschikkingstelling gaat een

periode van vier jaar niet te boven, tenzij de terbeschikkingstelling is opgelegd ter zake van een misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen.

2. Indien de totale duur van de terbeschikkingstelling niet in tijd is beperkt, kan de termijn van de terbeschikkingstelling telkens worden verlengd, wanneer de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen die verlenging eist.

Artikel 38f

1. De termijn van de terbeschikkingstelling loopt niet:
 - a. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde die van overheidswege wordt verpleegd uit anderen hoofde rechtens zijn vrijheid is ontnomen en gedurende de tijd dat hij uit zodanige vrijheidsontneming ongeoorloofd afwezig is;
 - b. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde met voorwaarden, bedoeld in artikel 38, eerste lid, rechtens zijn vrijheid is ontnomen en gedurende de tijd dat hij uit zodanige vrijheidsontneming ongeoorloofd afwezig is;
 - c. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde die van overheidswege wordt verpleegd, langer dan een week achtereen ongeoorloofd afwezig is uit de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden;
 - d. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde met voorwaarde langer dan een week achtereen ongeoorloofd afwezig is uit de inrichting waarin hij krachtens de voorwaarde is opgenomen.
2. In afwijking van het eerste lid, onder a, loopt de termijn van de terbeschikkingstelling wel indien de ter beschikking gestelde:
 - a. krachtens een last als bedoeld in artikel 13 of ingevolge het bepaalde bij of krachtens de Penitentiaire beginselenwet in een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden of in een ander psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, tenzij hij langer dan een week ongeoorloofd afwezig is uit die inrichting of dat ziekenhuis;
 - b. nadat de termijn van de terbeschikkingstelling een aanvang heeft genomen, in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, tenzij hij langer dan een week ongeoorloofd afwezig is uit dat ziekenhuis.

Artikel 38g

1. De verpleging van overheidswege kan bij de beslissing tot verlenging van de terbeschikkingstelling voor de tijd van een jaar door de rechter ambtshalve, op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of zijn raadsman voorwaardelijk worden beëindigd.
2. Indien de rechter de verpleging van overheidswege op grond van het eerste lid beëindigt, stelt hij ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen en goederen voorwaarden betreffende het gedrag van de ter beschikking gestelde. De artikelen 38, eerste lid, tweede volzin en derde lid en 38a zijn van overeenkomstige toepassing.
3. De in het tweede lid, bedoelde voorwaarden mogen de vrijheid de

godsdienst of levensovertuiging te belijden en de staatkundige vrijheid niet beperken.

4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de procedure van de voorwaardelijke beëindiging van het bevel tot verpleging.

Artikel 38h

1. Onverminderd het bepaalde in artikel 38g, eerste lid, kan, indien het proefverlof van een ter beschikking gestelde ten minste twaalf maanden onafgebroken heeft voortgeduurd, zonder dat in deze periode de terbeschikkingstelling is verlengd, de rechter op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman de verpleging van overheidswege voorwaardelijk beëindigen. Artikel 38g, tweede en derde lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. In zodanig geval beëindigt de rechter de verpleging van overheidswege voorwaardelijk voor de duur van het gegeven bevel tot terbeschikkingstelling.
3. De artikelen 509p, 509r, 509s, 509t, eerste en vijfde lid, en 509u bis van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 38i

De rechter kan ambtshalve, op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman, met inachtneming van het bepaalde in de voorgaande artikelen van deze afdeling:

- 1°. de voorwaarden aanvullen, wijzigen of opheffen;
- 2°. aan een andere instelling dan die welke daarmee tevoren was belast het verlenen van hulp en steun bij de naleving van voorwaarden opdragen.

Artikel 38j

1. In geval van voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege kan de terbeschikkingstelling telkens met een jaar worden verlengd.
2. De totale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging bedraagt ten hoogste drie jaren.
3. Indien de in het tweede lid bedoelde termijn is verstreken, zonder dat een last tot hervatting van de verpleging van overheidswege als bedoeld in artikel 38k is gegeven, eindigt de terbeschikkingstelling van rechtswege.

Artikel 38k

De rechter kan, op vordering van het openbaar ministerie, een last tot hervatting van de verpleging van overheidswege geven, indien:

- 1°. een gestelde voorwaarde niet wordt nageleefd of
- 2°. het belang van de veiligheid van anderen dan wel van de algemene veiligheid van personen of goederen zulks eist, of

- 3°. wanneer toepassing is gegeven aan artikel 38e, het belang van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen zulks eist.

Artikel 38f

1. Een terbeschikkingstelling vervalt bij het onherroepelijk worden van een rechterlijke uitspraak waarbij dezelfde persoon wederom ter beschikking wordt gesteld.
2. Een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis vervalt bij het onherroepelijk worden van een rechterlijke uitspraak waarbij ten aanzien van dezelfde persoon wederom een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is gegeven.
3. Een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis eindigt van rechtswege bij het onherroepelijk worden van een rechterlijke uitspraak waarbij ten aanzien van dezelfde persoon een terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege dan wel een last tot hervatting van zodanig bevel is gegeven.

Binnen de tbs is een groep die zowel de respondenten in de klinieken als andere deskundigen zorgen baart. Het gaat hierbij om tbs'ers die illegaal zijn (geworden). Er worden ernstige strafbare feiten gepleegd door personen die geen Nederlander zijn. Zij verblijven illegaal in Nederland of zijn in het bezit van een legale verblijfsstatus. Wanneer de rechter vaststelt dat er sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis en sprake van verminderde of geen toerekeningvatbaarheid met kans op recidive, kan de rechter een tbs-maatregel opleggen. De personen die tijdens het moment van berechting in het bezit zijn van een legale verblijfsstatus, worden steeds vaker door de IND, op grond van art. 67 Vreemdelingenwet, ongewenst verklaard en verblijven vanaf dat moment illegaal in Nederland. Voor de klinieken is dit een problematische groep. Vanwege hun illegale status kan niet worden gewerkt aan de resocialisatie. Zij mogen namelijk niet op verlof, want het is hen niet toegestaan terug te keren in de Nederlandse samenleving. Doordat zij niet kunnen resocialiseren, kan ook de tbs-maatregel niet worden beëindigd. Behandeling is dus eigenlijk niet mogelijk, waardoor de longstay dreigt. Deskundigen hebben de indruk dat het gaat om een groeiende groep⁷⁶, daar de IND steeds vaker gebruikmaakt van de mogelijkheid om de vreemdelingen ongewenst te verklaren. Terugkeer naar het land van herkomst is echter ook lastig, er is maar een beperkt aantal mogelijkheden.⁷⁷ Tevens ontbreekt in veel landen de juiste zorg die de patiënten nodig hebben, zoals bijvoorbeeld goede medicatie voor iemand die schizofreen is. De klinieken geven aan dat het hen aan kennis ontbreekt om voor deze mensen terugkeer en begeleiding te regelen. Reeds in oktober 2004 heeft minister Donner een brief aan de Tweede Kamer gestuurd, waarin hij mogelijkheden schetst om met deze problematiek om te gaan. Naast extra inspanningen van de IND ten aanzien van de terugkeer voorziet hij drie oplossingen:

- Verandering in het vorderingsbeleid van het OM. Indien mogelijk zal geen tbs worden opgelegd. Hierbij is het uitgangspunt dat waar mogelijk en verantwoord geen tbs zal worden gevorderd indien tengevolge van de veroordeling zij niet meer in Nederland mogen blijven. Het gaat echter om daders die ook ziek zijn en behandeling nodig. In de loop van 2006 wordt dit beleid geëvalueerd.
- Een wetswijziging waarbij de minister van Justitie de bevoegdheid krijgt om de tbs tussentijds te beëindigen, waardoor uitzetting mogelijk wordt.
- Opzetten van aparte sobere voorzieningen.

Enkele deskundigen en klinieken stellen hiertegenover nog een andere oplossing. Aangezien het gaat om patiënten die zorg nodig hebben, stellen zij voor om de verblijfsvergunning niet in te trekken gedurende de behandeling. Ook geven zij aan dat verantwoorde terugkeer voor iemand met een ernstige psychiatrische stoornis naar veel landen zelden mogelijk is, gezien het gebrek aan voorzieningen in die landen.

⁷⁶ In de kliniek Veldzicht is reeds een aparte afdeling voor deze groep, het gaat hier om circa 12 mensen. Andere schattingen spreken van 10 tot 15 procent van de tbs-populatie.

⁷⁷ Er bestaat de mogelijkheid om terug te keren via de Wet Overdracht Tenuitvoering Strafvonnissen of het Verdrag Overbrenging Gevonniste personen. In de praktijk blijkt slecht een klein gedeelte van de tbs'ers van deze wet gebruik te kunnen maken.

OVERZICHT BESLISMOMENTEN

Fase	Handeling	Verantwoordelijke
Constatering strafbaar feit		Openbaar ministerie
Vervolg	Advies tbs	Openbaar ministerie
Forensisch psychiatrisch onderzoek	Advisering	Rechter-commissaris
Uitvoering psychiatrisch onderzoek		PBC, FPD of psycholoog/ psychiater
Berechting	Bepalen strafmaat, opleggen tbs Type tbs: – tbs met voorwaarden (advies- ring reclassering – tbs met dwangverpleging	Rechter
Instream in de gevangenis		Rechter
Uitstroom naar tbs		Ministerie van Justitie
Instream welke tbs-kliniek		i.s.m. LAP tbs-kliniek
Preklinische fase	voorbereiding van de behandeling in gevangenis	
Uitvoering tbs met dwangverpleging	behandeling	Tbs-kliniek
Verlenging tbs	ledere een/ twee jaar toetsing	Rechter, advisering klinieken en OM
Begeleid, onbegeleid en transmuraal verlof	Verlof	Ministerie van Justitie, aanvraag door kliniek, patiënt blijft onder verantwoordelijkheid kliniek
Proefverlof, voorwaardelijke beëindiging		Rechter beslist, klinieken verantwoordelijkheid, toezicht door reclassering
Totale beëindiging tbs		Rechter beslist. Geen begeleiding of toezicht

Tabel Kostprijs per plaats per dag in euro's (op basis van het ctg tarief)

Jaar	Tbs-rijks	Tbs-particulier
1999	430,86	343,39
2000	431,05	346,45
2001	472,50	372,00
2002	519,87	407,98
2003	502,52	406,47
2004*	500,31	399,46

Bron: Ministerie van Justitie, DJI: *TBS in getal* en TK 2004–2005, 30 100 VI nr 1, blz 180

Hieronder geven we een beschrijving van de verschillende typen doorstroom (zoals die gehanteerd worden in het MITS):

Doorstroom: aantal patiënten dat vanuit de ene inrichting (uitstroom) is overgeplaatst naar een andere inrichting (doorstroom). Het type doorstroom is bepaald naar aanleiding van de plaatsingbeschikking.

Herselectie: aantal patiënten dat op basis van herselectie is geplaatst in een andere kliniek *binnen* dezelfde uitvoering van een tbs-maatregel (vonnis), omdat de behandeling niet goed aanslaat. De patiënt krijgt dus een tweede kans.

Crisisinterventie: aantal patiënten dat tijdelijk in een andere kliniek wordt geplaatst, omdat de patiënt niet goed te hanteren is. Dit komt terug bij instroom (start crisisinterventie) en uitstroom (einde crisisinterventie). Bij doorstroom komt het niet voor, omdat crisisinterventie niet is gebaseerd op basis van een plaatsingbeschikking.

Niet van toepassing is een gegeven dat uit MITS is gehaald. «Onbekend» is een omschrijving die is gegenereerd door het Data Ware House (DWH) op het moment dat voor de bewoner geen gegevens zijn geregistreerd in MITS. Als hier geen waarde aan is toegekend, kan deze ook niet worden meegeteld, vandaar de waarde onbekend.

Uitstroom: aantal patiënten dat de inrichting heeft verlaten op basis van het administratief verblijf. Dus als de patiënt administratief wordt uitgeschreven bij een kliniek, dan telt deze mee als uitstroom. Proefverlof valt onder de administratieve verantwoordelijkheid van een kliniek en is feitelijk dan ook geen echte uitstroom. Toch is het in dit overzicht meegenomen, omdat het een indicatie aangeeft van het resultaat in de klinieken.

In onderstaande tabellen wordt een aantal kenmerken van de patiënten in longstay weergegeven. Het betreft de situatie in september 2005. In de eerste twee tabellen is sprake van een totaal aantal van 90 patiënten in longstay, in de daarop volgende tabellen komt het totaal uit op 113 patiënten. Mogelijk zijn hier de patiënten meegerekend die op een longstay-plaats wachten. Dit is overigens niet bevestigd door het Ministerie van Justitie (DJI).

Tabel B8-1 Aantal longstay-plaatsen per kliniek, september 2005

	Aantallen
FPC Veldzicht	46
FPI de Rooyse Wissel	4
Prof. Mr. W. P. J. Pompekliniek	40
Totaal	90

Tabel B8-2 Kliniek van herkomst cliënten longstay, september 2005

	Aantallen
Dr. Henri van der Hoeven Kliniek	2
Dr. S. van Mesdagkliniek	19
FPC Veldzicht	9
FPI de Rooyse Wissel	2
FPK Oldenkotte	6
GGZ Drenthe	1
GGZE, locatie De Grote Beek	3
Hoeve Boschoord	2
IFP De Kijvelanden	2
Prof. Mr. W. P. J. Pompekliniek	5
TBS Kliniek Flevo Future	39
Totaal	90

Tabel B8-3 stoornis cliënten longstay, september 2005

	Aantallen	%
Persoonlijkheidsstoornis	80	77,7
Psychose	27	26,2
Totaal	113	100

Tabel B8-4 Leeftijd cliënten longstay, september 2005

	Aantallen	%
t/m 29 jaar	1	0,9
30 t/m 39 jaar	21	18,6
40 t/m 49 jaar	44	38,9
50 t/m 59 jaar	34	30,1
60 t/m 69 jaar	10	8,8
70 of ouder	3	2,7
Totaal	113	100

Tabel B8-5 Geslacht cliënten longstay, september 2005

	Aantallen	%
Man	112	99,1
Vrouw	1	0,9
Totaal	113	100

Tabel B8-6 Geboorteland cliënten longstay, september 2005

	Aantallen	%
Nederland	87	77,0
Suriname	11	9,7
Nederlandse Antillen	4	3,5
België	2	1,8
Indonesië	2	1,8
Groot Brittannië	2	1,8
Marokko	1	0,9
Zuidkorea	1	0,9
Nederlands Nieuwguinea	1	0,9
Viëtnam	1	0,9
Onbekend	1	0,9
Totaal	113	100

Tabel B8-7 Verslaving cliënten longstay, september 2005

	Aantallen	%
Verslaafd/intensief gebruik alcohol	45	42,1
Verslaafd/intensief gebruik gokken	7	6,5
Verslaafd/intensief gebruik harddrugs	24	22,4
Verslaafd/intensief gebruik medicatie	6	5,6
Verslaafd/intensief gebruik softdrugs	27	25,2
Totaal	107	100

IBO 1**Aanbevelingen IBO 1:**

1. Introductie van incentives voor doorstromen naar GGZ-voorzieningen en verkorten gemiddelde behandelduur.
2. Systematische registratie van gegevens t.b.v. benchmarking en bekostigingsnormering.
3. Onderzoek naar mogelijkheid van privatisering van rijksinstellingen.

Nadere uitwerking aanbevelingen IBO 1:

1. *Introductie van incentives voor doorstromen naar GGZ-voorzieningen en verkorten gemiddelde behandelduur.*
 - Het stimuleren van kostenbewustzijn bij behandelaars:
 - Het differentiëren van de bekostiging gerelateerd aan een genormeerde behandelduur (patiëntcategorie en fase van behandeling weerspiegelen mate van zorgintensiteit).
 - Het vaststellen van kostprijzen door COTG.⁷⁸
 - Het introduceren van omgekeerde bewijslast m.b.t. continuering van verblijf patiënt in betreffende t.o.v. vervolgvoorziening duurdere kliniek; ontwikkeling protocollen voor behandeling noodzakelijk – MI behoeft dan enkel deze te toetsen.
 - Het stimuleren van initiatieven om de doorstroming te bevorderen (vrije marge methodiek, waarbij kliniek geld voor transmurale voorzieningen mag begroten en andere samenwerkingsverbanden kan opzetten).
 - Het uitbreiden van transmurale voorzieningen door beschikbare geld daartoe aan te wenden. Met de inkoop van diensten bij GGZ moet VWS moet wel instemmen.
2. *Systematische registratie van gegevens t.b.v. benchmarking en bekostigingsnormering.*
 - Het genereren van informatie aangaande de kosteneffectiviteit en behandelduur.
 - Het differentiëren van bekostigingsnormen. In eerste instantie a.h.v. fasering verschillende zorgintensiteit en in tweede instantie a.h.v. diagnostische c.q. patiënten categorieën;
3. *Onderzoek naar mogelijkheid van privatisering van rijksinstellingen.*
 - Onderzoek naar privatisering van de drie rijksinstellingen Veldzicht, van Mesdag en FlevoFuture.

Kabinetsstandpunt IBO 1:

1. Oprichting van Permanent Overleg tussen VWS en Justitie.
2. Herziening en meer gedifferentieerde COTG-tarieven.
3. Positie en taken van MI worden nader uitgewerkt door Justitie.
4. MI gaat verder met monitoren van gegevens (prognostisering circa 4 jaar later mogelijk).
5. Evaluatieonderzoek na vier jaar (IBO).
6. Uitwerking begrip «medisch noodzakelijk» (à instroom van gedeteneerden in de GGZ).
7. Beleidsvorming gericht op regionale circuitvorming.
8. Regelmatig terugkerend onderzoek naar populatie geestelijk gestoorden in PI.
9. Problematiek met KZ-passanten oplossen op korte (d.m.v. bemiddelaars) en lange (d.m.v. een werkgroep) termijn.
10. Ontwikkeling ondersteuning reguliere GGZ vanuit forensische psychiatrie; uitbesteed aan GGZ-Nederland.

⁷⁸ COTG, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, sinds januari 2000 CTG en inmiddels College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.

11. Onderzoek naar voorgeschiedenis geestelijk gestoorden in PI; extern uitbesteed.
12. Ontwikkeling registratiesysteem grensverkeer VWS/Justitie.
13. Ontwikkeling van beleid ambulante zorg, het wegnemen van belemmeringen rond wet- en regelgeving en financiering inclusief.

Resultaten IBO 1:

1. Doorstroming naar GGZ-voorzieningen nog steeds mager. Incentives kunnen helpen (zie bijv. Van der Hoevenkliniek die samenwerking heeft gezocht met een instelling, terugneemgarantie, beschikbaar stellen instellen ambulante hulp vanuit tbs voor klinieken, uitwisselen personeel, inkoopplaatsen, ondersteuning GGZ-voorziening).
2. Introductie van de tweemaal drie jaar behandelduur heeft niet geleid tot verkorting, maar wel tot actievere behandeling en sneller ingrijpen als een bepaalde behandeling geen effect heeft. Voor de diagnostische fase en de behandelfase is er steeds meer zicht op gemiddelde termijnen. Voor de resocialisatiefase is het minder duidelijk. De totale duur is nu weer aan het oplopen, doordat de verlofmogelijkheden zijn ingeperkt of langer duren. Het duurt daardoor langer voordat iemand toe is aan doorstroming na een volgende fase.
3. Er wordt meer geregistreerd en meer onderzocht, maar aan benchmarking wordt nog niet echt gedaan. Wel zijn er verschillende instrumenten breed ingevoerd en worden ze nu door alle klinieken gebruikt, mede door het dwingend opleggen vanuit justitie (zoals de risicotaxatie-instrumenten). Door verlofaanvragen te koppelen aan deze instrumenten zijn alle klinieken te gaan gebruiken (ondanks eerdere afwijzende houdingen) en wordt onderzoek gedaan om de instrumenten verder te ontwikkelen.
4. Privatisering is mogelijk, de Van Mesdagkliniek is bezig met een privatiseringsproces, maar dat heeft vertraging opgelopen via de OR. Privatisering van de andere twee klinieken is pas aan de orde als de privatisering van de Van Mesdagkliniek een feit is. Op zich blijkt uit de ontwikkelingen na IBO 2 dat privatisering moet kunnen.

Cursief is aangegeven wat er in de praktijk met de aanbevelingen is gebeurd.

Ad.1 en 2 Introductie van incentives voor doorstromen naar GGZ-voorzieningen en verkorten gemiddelde behandelduur.

- Het stimuleren van kostenbewustzijn bij behandelaars.
Is een slag ingemaakt, vooral na IBO 2.
- Het differentiëren van de bekostiging gerelateerd aan een genormeerde behandelduur (patiëntcategorie en fase van behandeling weerspiegelen mate van zorgintensiteit):
Is gedeeltelijk gebeurd: tweemaal een behandelperiode van drie jaar voor bepaald tarief, daarna lager tarief. Het gaat hierbij om gemiddelden. Patiëntencategorieën kunnen meer of minder tijd gebruiken.
- Het vaststellen van kostprijzen door COTG:
Dit is gebeurd.
- Het introduceren van omgekeerde bewijslast m.b.t. continuering van verblijf patiënt in betreffende t.o.v. vervolgvoorziening duurdere kliniek; ontwikkeling protocollen voor behandeling noodzakelijk – MI behoeft dan enkel deze te toetsen:
Nog niet gebeurd, MI functioneert niet meer. Wel meer gewerkt met zorgprogramma's.
- Het stimuleren van initiatieven om de doorstroming te bevorderen

(vrije marge methodiek, waarbij kliniek geld voor transmurale voorzieningen mag begroten en andere samenwerkingsverbanden kan opzetten);

Wel veel initiatieven ontwikkeld, maar groot verschil tussen klinieken.

Uitstroom naar andere voorzieningen nog steeds mager.

- Het uitbreiden van transmurale voorzieningen door beschikbare geld daartoe aan te wenden. Met de inkoop van diensten bij GGZ moet VWS wel instemmen.

Gebeurt wel, maar groot verschil tussen klinieken.

Ad. 3 Systematische registratie van gegevens t.b.v. benchmarking en bekostigingsnormering.

- Het genereren van informatie aangaande de kosteneffectiviteit en behandelduur.
- Het differentiëren van bekostigingsnormen. In eerste instantie a.h.v. fasering verschillende zorgintensiteit en in tweede instantie a.h.v. diagnostische c.q. patiënten categorieën.

Bekostigingsnormen aan de hand van fasering van de verschillende zorgintensiteit heeft plaatsgevonden met de tweemaal drie jaar regeling. Longstay is ook een vorm van deze maatregelen. Aan de hand van diagnostische en patiëntencategorieën wordt niet gedifferentieerd.

Ad. 4 Privatisering rijksklinieken

Het kabinet wil geen verdere privatisering, want het wil de volle verantwoordelijkheid voor de beveiliging.

Overig:

IBO 1 had ook een aantal aanbevelingen voor het Meijers Instituut. Die zijn niet meer van belang. Na IBO 2 is gekozen voor de aselechte toewijzing. De preklinische behandeling van patiënten vindt nu in principe plaats door de kliniek waar de patiënt geplaatst gaat worden. Het Meijers Instituut is opgeheven. De instelling functioneert sinds vier jaar als een tbs-kliniek (Flevo Future).

Er is weinig terechtgekomen van de voornemens van het kabinet om meer samenwerking en overleg tussen Justitie en VWS te bewerkstelligen. Het Ministerie van VWS heeft op ministerieel niveau nauwelijks mensen ingezet op de forensische psychiatrie. Het Ministerie van Justitie kan in veel sterkere mate de tbs-klinieken aansturen, dan het Ministerie van VWS de GGZ-instellingen.

IBO 2

Aanbevelingen IBO 2:

1. Rationalisering van de sector
2. Vergroting van de efficiency

Nadere uitwerking aanbevelingen IBO 2:

Ad. 1 Rationalisering sector

- Het bereiken van overeenstemming van de te verzamelen gegevens m.b.t. diagnostiek en behandeling. Gegevens centraal verzamelen.
- Het ontwikkelen van een concreet uitvoeringsplan, opdat inzichten z.s.m. worden verworven.

- Het centraal programmeren en aansturen van een wetenschappelijk programma.
- Het centrale instituut de rol van expertisecentrum ten dienste van het veld en het departement geven.
- Het onderzoeken van taxatie van recidiverisico.
- Het toepassen van risk assessment instrumenten als aanvulling op klinisch oordeel.

Ad. 2 Vergroten van efficiency

- Het verruimen van de juridische mogelijkheden voor gedragsstructurering van (ex-)tbs-patiënten binnen het APZ.
- Het verbeteren van de samenwerking tussen de tbs-sector en vervolgvoorzieningen (à ontstaan van zorgcircuits).
- Het systematisch inrichten van het behandelaanbod dat de patiënt z.s.m. doorstroomt naar minder intensieve voorzieningen (d.m.v. incentives).
- Het creëren van extra capaciteit, indien nodig (d.m.v. meer geld en de FPK's voldoende openstellen voor (ex-)tbs-patiënten.
- Het normeren van de (gemiddelde) behandelduur i.s.m. de invoering van incentives.
- Het vervangen van het huidige systeem van selectie- en indicatiestelling om tot vergelijkbare populaties te komen. Hetgeen een voorwaarde is voor vergelijking van prestaties en het normeren van een gemiddelde behandelduur.
- Het leggen van de behandelverantwoordelijkheid bij de klinieken direct na opleggen van de maatregel.
- Om de kwaliteit van de behandeling te waarborgen dient de sector een kwaliteitstraject aan te gaan. Dit behelst de volgende terreinen:
 - oprichting centraal expertisecentrum;
 - deskundigheidsbevordering;
 - monitoring;
 - onderzoek in het algemeen.
- Het centraal aansturen van de productie van de pro Justitia rapportages op kwaliteit en kwantiteit.

Kabinetstandpunt IBO 2:

1. Het invoeren van een andere financieringssystematiek, d.w.z. door het normeren van de behandelduur worden klinieken bij overschrijding beloond en overschrijding gekort (i.c. een lagere vergoeding).
 - 1.1 Het nader onderzoeken van de precieze invulling van voornoemd model.
2. Het invoeren van een andere plaatsingssysteematiek, t.w. aselect m.u.v. verstandelijk gehandicapten en vlucht- en beheersgevaarlijken.
 - 2.1 Het nader onderzoeken hoe op doelmatige wijze de populatie kan worden verdeeld, opdat de gemiddelde behandelduur vergelijkbaar is.
3. Het opzetten van een kwaliteitssysteem (aansluitend op reeds bestaande kwaliteitssystemen van Justitie en GGZ).
 - 3.1 Het protocolleren van het behandelprogramma en -plan (inclusief de voorwaarden voor doorstroming naar vervolgvoorzieningen);
 - 3.2 Het ontwikkelen van instrumentaria t.b.v. risicotaxatie.
 - 3.3 Het intercollegiaal toetsen van de voortgang van de behandeling na drie jaar.
 - 3.4 Het oprichten van een expertisecentrum met onderstaande functies⁷⁹:

⁷⁹ N.B. Hiermee laat het kabinet het idee van een centrale indicatiestelling en selectie los. De toegevoegde waarde was beperkt; de klinieken zijn zelf in staat te indiceren en het idee staat haaks op regionale zorgcircuits.

- zorgdragen voor kwaliteitsontwikkeling- en borging;
 - registreren en monitoren van ontwikkelingen m.b.t. patiëntenstromen, behandelmethoden en de relatie met behandelduur;
 - coördineren en zelf verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
 - zorgdragen voor professionalisering, bieden van consultatie;
 - onderhouden van contacten en uitwisselen van kennis met GGZ, universiteiten en andere kennis- en onderzoekscentra.
4. Het bevorderen van een grotere doelmatigheid m.b.t. het toegangstraject door het transparant maken van de werkprocessen (Pro Justitia en keuze type onderzoek door bijvoorbeeld Rc) ten einde deze te protocolleren en te borgen in het kwaliteitssysteem;
 5. Het bevorderen van door- en uitstroom door:
 - a. Het onderzoeken hoe financiële prikkels in de bekostigingssystematiek kunnen worden opgenomen;
 - b. Het inrichten van de behandeling op een wijze dat deze is gericht op door- en uitstroom;
 - c. Het verder «ontwikkelen» van regionale zorgcircuits;
 - d. Het onderzoeken van de toerusting op tbs'ers van GGZ-voorzieningen (bouwkundig/personele deskundigheid);
 - e. Het evalueren van de BOPZ/WGBO, waarbij verruiming voor gedragsstructurering van (ex-)tbs'ers binnen APZ wordt bekeken.
 6. Het invoeren van een andere financieringssystematiek, d.w.z. door het normeren van de behandelduur worden klinieken bij onderschrijding beloond en overschrijding gekort (i.c. een lagere vergoeding);
 - 6.1 Het nader onderzoeken van de precieze invulling van voornoemd model.

Resultaten IBO 2:

De belangrijkste wijzigingen na IBO 2 zijn de aanpassingen in de financieringssystematiek en de a-selecte toewijzing.

- De behandelduur is verdeeld in twee fasen van drie jaar. Na drie jaar behandeling kan een patiënt voorgedragen worden voor overplaatsing naar een andere kliniek, indien de behandeling stagneert. Voor de eerste zes jaar krijgen klinieken het volledige behandel tarief. Na zes jaar geldt een lager tarief, het zogenaamde verblijfstarief.
- Een andere belangrijke wijziging is het invoeren van de aselecte of vereenvoudigde toewijzing (zie ook hoofdstuk 2.6 voor een uitgebreide beschrijving). Op basis van vier criteria worden patiënten toegewezen aan de tbs-klinieken. Zij verzorgen de diagnostische fase.
- Voorheen vond de diagnostische fase bij het Meijers Instituut plaats, die vervolgens bepaalde in welke kliniek de patiënt het beste behandeld zou kunnen worden. Het nadeel van het oude systeem was dat er grote verschillen tussen klinieken waren in behandelwijze en populatie, waardoor systematische vergelijkingen naar resultaten en kwaliteit niet mogelijk waren.
- De klinieken zijn begonnen met het opzetten van elementen van een kwaliteitssysteem. Zo worden er zorgprogramma's ontwikkeld en ingewikkeld (aansluitend op de GGZ). Er is meer intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld bij verlofaanvragen).
- Er zijn risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld in Nederland en het buitenland. Sinds 2004 is het voor de klinieken verplicht om gebruik te maken van deze instrumenten in het kader van een verlofaanvraag. De instrumenten worden gevolgd door onderzoek om de validiteit nog verder te verbeteren.
- In 2003 is het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie) gestart.

Zij functioneren als expertisecentrum en coördineren en verrichten onderzoek. De samenwerking met de klinieken in het kader van het opzetten van onderzoek verloopt steeds beter.

Wat betreft de kabinetsstandpunten kan worden toegevoegd dat er nog steeds nauwelijks mogelijkheden binnen de APZ zijn om te komen tot gedragsstructurering van (ex-)tbs'ers.

Commissie Kosto

Aanbevelingen Commissie Kosto:

1. Algemeen wordt integratie van de tbs-sector in de reguliere psychiatrie op lange termijn noodzakelijk geacht. Einddoel is: integraal, (supra)regionaal georganiseerd voorzieningenaanbod.
2. Ministeries blijven voor hun eigen aspect verantwoordelijk. Binnen de kliniek is de verantwoordelijkheid echter geïntegreerd.

Nadere uitwerking aanbevelingen Commissie Kosto:

- *Persoonlijkheidsstoornissen in forensische psychiatrie*
Fundamentele keuze voor opname in forensische psychiatrie i.t.t. het buitenland (naar PI).
- *Geschikte plek onbehandelbare patiënten*
Alle tbs'ers naar de kliniek die de meest geschikte beveiliging en behandeling biedt met als doel «minder gevaarlijk» te worden. Wanneer blijkt dat verdere behandeling zinloos is, hetgeen door meer wetenschappelijk onderzoek moet worden onderzocht en bepaald, kunnen er twee groepen onbehandelbare en gevaarlijke patiënten worden onderscheiden:
 1. De medisch noodzakelijke (m.n. kwetsbare chronische psychotische patiënten).
 2. De niet medisch noodzakelijke (m.n. pedoseksuelen, psychopathie, persoonlijkheidsstoornissen).Groep 1 gaat naar longcare (met nadruk op verpleging en het bieden van structuur en begeleiding om de toestand niet te laten verslechteren); groep 2 naar longstay (met nadruk op beveiliging van de maatschappij; indien gevaar niet vermindert, dan kan detentie sec even effectief zijn).
Hierbij dient te worden onderzocht of voor de BOPZ-patiënten een vergelijkbaar onderscheid kan worden gemaakt.
Hierbij dienen criteria te worden vastgesteld m.b.t. stopzetting behandeling, medische noodzakelijkheid e.d.
- *Mate van beveiliging en rechtspositie*
De mate van beveiliging bepaalt de interne rechtspositie. In zwaarbeveiligde geldt de Bvt en voor de overige de BOPZ. De externe rechtspositie volgt de patiënt. Voor tbs'ers is dat het verlobbeleid, verlenging en beëindiging van de maatregel. Voor BOPZ: IBS en rm.
Hierbij dienen criteria te worden vastgesteld die als eindterm dienen voor het verlaten van de betreffende kliniek.
Het proces moet leiden naar een automatische doorstroom van zwaar naar licht, maar indien nodig vice versa (dit behoeft wel technische wetwijzigingen).
- *Vrijhedenbeleid bepaalt Justitie*
De kaders voor het verlobbeleid dienen door Justitie bepaald te worden. De directeur van de betreffende kliniek adviseert, en een in te stellen onafhankelijke commissie (ZM, OM, psychologen, psychiaters e.a.) toetst dit voorstel. De minister is dan niet meer

verantwoordelijk voor het individuele geval, maar voor het kader en de samenstelling van de commissie.

De commissie heeft beslissingsbevoegdheid, en zal de veiligheid van de maatschappij sterker dan vanuit behandelingsoogpunt mag worden verwacht meewegen in de beoordeling van het voorstel.

- *Toezicht reclassering*
Om de uitstroom succesvol te laten verlopen, dient het toezicht van de reclassering doeltreffend te zijn. Dit door aanwezigheid van de juiste informatie, juiste expertise, voldoende capaciteit en een goede afstemming met de vervolgvoorzieningen.
- *Aanpassing van voorzieningen*
Bouwkundige aanpassingen noodzakelijk om longstay vorm te kunnen geven, en binnen de GGZ om de benodigde beveiliging te garanderen.
- *Aandacht voor arbeidsmarkt*
De commissie adviseert aandacht te besteden aan het (mogelijk) tekort van adequaat opgeleid personeel.
- *Aandacht voor multiculturaliteit*
De commissie adviseert aandacht te besteden aan de specifieke problemen die etniciteit mogelijk met zich meebrengt.
- *Aandacht voor verslaving*
De commissie adviseert de tbs-sector meer samen te werken met de verslavingszorg. De algemene GGZ heeft al programma's voor co-morbiditeit.
- *Instrumentarium voor GGZ*
GGZ heeft instrumentarium nodig waarmee periodiek kan worden getoetst of de patiënt de zorg krijgt die het nodig heeft, hetgeen een goede registratie van zorgvraag; indicatie; toewijzing; realisatie; evaluatie en verantwoording impliceert. Hierdoor is benchmarking mogelijk en ontstaat inzicht waarmee kan worden gestuurd.
- *Opnameplicht voor GGZ*
Opnameplicht voor GGZ van tbs'ers zonder dat er sprake is van verdringing.
- *Plaatsing tbs en behandelmodules*
Plaatsing van tbs'ers moet aansluiten bij recente ontwikkelingen (op basis van de indicatiestelling worden de aangewezen behandelmodules gefinancierd).
- *Garantie opnamecapaciteit*
De garantie van voldoende opnamecapaciteit voor het ministerie (het DJI kan als zorgkantoor direct invloed uitoefenen).
- *VWS en Justitie zorgen door voldoende middelen*
VWS en Justitie dragen gezamenlijk zorg voor voldoende middelen. De exacte verdeelsleutel moet nader worden uitgewerkt.
- *Onderzoek financieringsstromen*
Nader onderzoek naar de financieringsstromen; dienen zorgkantoren op de justatiebegroting zijn opgenomen?
- *Instrument Justitie om kwaliteit behandeling te toetsen*
Justitie heeft instrumentarium nodig waarmee eisen kunnen worden gesteld aan de kwaliteit, duur en kosten van een behandeling.
- *Kleine aanpassingen wetgeving*
Kleine technische aanpassingen in wetgeving (zie boven).

Kabinetsstandpunt Commissie Kosto:

1. Samenwerking GGZ en tbs-sector dient voortvarend, d.i. niet vrijblijvend, te worden uitgebreid. Hetgeen moet blijken uit: doelmatige, vraaggestuurde inzet van schaarse capaciteit; uitwis-

seling kennis/diensten/personeel; positieve effecten op door- en uitstroom. Integratie vooralsnog prematuur. Zie verder onder bijzondere aandachtspunten.

2. Een tbs'er kan niet zijn status van patiënt verliezen, ook al blijkt na verloop van tijd dat de behandeling niet aanslaat. Dat betekent dat hij niet naar PI wordt overgeplaatst. Kabinet zal medio 2002 de Kamer informeren over de capaciteitsbehoefte van de verschillende type voorzieningen.
3. Instellen van een verlofcommissie, zonder beslissingsbevoegdheid, alleen een adviserende rol.
4. Het aanpassen van wetgeving, zodat BOPZ naar tbs kan.⁸⁰
5. Uitwerking van wijze waarop behandelplannen daadwerkelijk worden uitgevoerd kan worden bevorderd.
6. Het bezien of protocollen dienen te worden ontwikkeld t.a.v. dwang- en drangmedicatie en de invulling van het gevaarscriterium.
7. Het realiseren van preklinische interventies.
8. Het aanpakken van het personeelsprobleem.
9. Het landelijk implementeren van de aanbevelingen van de werkgroep Preklinische interventie (van maart 2001) in 2002; hieraan gekoppeld wetenschappelijk onderzoek.
10. Het verkorten van de intramurale behandelduur door beleid dat erop is gericht de door- en uitstroom te doen verbeteren.
11. Het bezien of de schorsingsbevoegdheid dient te worden verplaatst van de voorzitter van de beroepscommissie naar de voorzitter van de beklagcommissie.
12. Monitoren.
Het periodiek inbouwen van beslismomenten waar a.h.v. de monitorgegevens een besluit wordt genomen of verdergaande samenwerking tussen GGZ en tbs gewenst is. Naast de realisatie van door- en uitstroom wordt ook de recidive gemonitord.
13. Bijzondere aandachtspunten
 1. forensische psychiatrische circuitvorming.
 - a. Door onderstaande acties moeten in 2006 de circuits goed functioneren.
 - b. Het bevorderen dat verantwoordelijkheidsgebieden ontstaan, waarin forensische psychiatrische voorzieningen, inclusief de tbs-sector, zijn opgenomen.
 - c. Het waarborgen van de continuïteit in de beveiliging: intensieve begeleiding en toezicht reclassering.
 - d. Het ontwikkelen van zorgprogramma's (het stimuleren van programmaontwikkeling; specifiek aandacht voor verslaving, allochtonen en onbehandelbaren). In 2010 moeten de zorgprogramma's voor alle forensische psychiatrische patiënten voorhanden zijn.
 - e. Het instellen van indicatiecommissies op hofressortniveau; alle uitstroom van tbs naar GGZ via deze commissie. In 2004 een evaluatie, waarin wordt bekeken of ook de instroom via de commissie moet.
14. Ministeriële verantwoordelijkheden blijven gescheiden.
15. Het verbeteren van toezicht en sturing bij tbs.
16. Het verhelderen van de sturings- en verantwoordelijkheidsrelatie.

Laatstgenoemde punten dienen om de bevoegdheden van de minister in overeenstemming te brengen met zijn verantwoordelijkheid (hierbij valt te denken aan: outputsturing, adequaat toezicht, systematische kwaliteitszorg, als ook onderzoek naar verschillen tussen klinieken t.g.v. hun verschillende status).

⁸⁰ Evenals punten 5 tot en met 11 uit de brief van de minister, 28 000 VI, nr. 41.

Resultaten Commissie Kosto:

Wat betreft de twee hoofdaanbevelingen kunnen we het volgende constateren:

1. De roep om een verdere integratie van de tbs-sector in de reguliere psychiatrie wordt in het veld nog steeds sterk gehoord. Het kabinet onderschreef de integratie niet geheel, maar pleitte wel voor een voortvarende en niet-vrijblijvende de samenwerking tussen de GGZ en de tbs-sector. In de praktijk zijn de contacten en samenwerkingsverbanden tussen de tbs en de GGZ wel vergroot, maar moet er nog steeds veel gebeuren om doorstroom daadwerkelijk te verbeteren. De verbeterde samenwerking geldt vooral op het bestuurlijke niveau, zo hebben enkele tbs-klinieken hebben vergaande relaties met de GGZ. Een voorbeeld is de Van Mesdagkliniek waar de Raad van bestuur gaat over de kliniek en de GGZ Groningen. Dit leidt echter niet tot een substantiële toename van de uitstroom van patiënten naar de GGZ. Ook zijn er voorbeelden waarbij een verregaande samenwerking is tegengehouden door de betrokken ministeries. Zo wilde De Kijvelanden fuseren met het Delta psychiatrisch ziekenhuis op wiens terrein de kliniek zich bevindt. Deze fusie is echter van de baan. In hoofdstuk 4 zijn we uitgebreid ingegaan op de verschillende knelpunten rond de samenwerking met de GGZ.
2. Op ministerieel niveau lijkt een vergaande samenwerking nog ver weg. Het Ministerie van VWS bemoeit zich nauwelijks met de tbs. Meer en meer is het Ministerie van Justitie in gesprek met GGZ Nederland over de knelpunten rond de uitstroom.

Kort samengevat zijn de aanbevelingen ten aanzien van de samenwerking met de GGZ van de Commissie Kosto nog steeds actueel zijn en is er nog onvoldoende bereikt.

Wat betreft overige aanbevelingen van de Commissie Kosto geldt dat met de meeste van de aanbevelingen een aanvang is gemaakt. Ook hier geldt echter dat er nog weinig zaken geheel geïmplementeerd zijn, maar dat zij zich veeleer in de ontwikkelingsfase bevinden. Zo wordt er gewerkt aan een longstaybeleidskader en wordt het aantal plaatsen voor deze groep uitgebreid. Voor de longcarepatiënten is het nog niet zo ver. Er is toenemende aandacht voor de arbeidsmarkt, multiculturaliteit en verslavingszorg.

Ook een aantal van de kabinetsstandpunten die naar aanleiding van de commissie Kosto zijn geformuleerd is nog niet allemaal geïmplementeerd. De wetgeving is nog niet aangepast, zodat de BOPZ over kan naar de tbs. Wel zijn er preklinische interventies ontwikkeld voor tbs'ers die daaraan willen meewerken. Ook is er sprake van verdere professionalisering in de sector als het gaat om het werken met behandelplannen en zorgprogramma's.

Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in een strafrechtelijk kader «Commissie Houtman»

Aanbevelingen interdepartementale werkgroep:

1. Zorg in strafrechtelijk kader integreren binnen de GGZ.
2. De keten organiseren.
3. Sturen op volume.

Nadere uitwerking aanbevelingen interdepartementale werkgroep:

1. *Zorg in strafrechtelijk kader integreren binnen de GGZ.*

Voor de versterking van de samenhang tussen de zorg in strafrechterlijk kader en de GGZ en een samenhangend informatie-management dient de zorg binnen het justitiedomein uitgedrukt te worden in de taal en bekostigingssystematiek van de GGZ. Aanbevelingen om dit te bewerkstelligen:

- 1.1. Wanneer zorg als voorwaarde aan de rechter geadviseerd wordt, dient deze zorg benoemd te worden in termen van DBC (diagnose behandel combinaties) en IZA (intramurale zorgarrangementen).
 - 1.2. Aanbeveling 1.1 geldt ook voor zorg in detentie.
 - 1.3. Het gewenste niveau van veiligheid bij zorg in strafrechterlijk kader dient onderdeel te zijn van DBC en IZA.
 - 1.4. Binnen de justitieorganisatie dient deze taal gehanteerd te worden als basiseenheden voor de te hanteren bekostigingssystematiek.
2. *De keten organiseren.*
Dit begint bij het beschikbaar hebben van informatie over de afzonderlijke cliëntroutes. Dit vraagt om:
- 2.1. Opstellen van behandeltrajecten op basis van vonnis.
 - 2.2. Gebruik van prognosemodel voor keten zorg in strafrechterlijk kader.
 - 2.3. Introductie van cliëntvolgsysteem waarin ook trajectplannen zijn opgenomen.
 - 2.4. Uitbreiden van cliëntvolgsysteem naar voorzieningen in de GGZ voor ex-justitiabelen.
 - 2.5. Bezettingsgraad van de afzonderlijke instellingen centraal registreren en via cliëntvolgsysteem in- en uitstroom monitoren.
 - 2.6. Cliëntvolgsysteem mede gebruiken als basis voor opstellen prognoses.
 - 2.7. Opstellen van protocollen tussen op elkaar aansluitende schakels waarin procedures over aanmelding en over-/terugnemen van cliënten zijn vastgelegd.
3. *Sturen op volume.*
- 3.1. Preventieve maatregelen (aanpak van overlast en verloedering, aanpak jeugd, en justitiële verslavingszorg).
 - 3.2. Verbetering diagnostiek en indicatiestelling waardoor onbehandelbaarheid eerder vastgesteld wordt.
 - 3.3. Scherpere indicatiestelling in advies aan de rechter zodat de sanctie op de persoon toegesneden kan worden.
 - 3.4. Plaatsen van onbehandelbaren of weigeraars in een voorziening met lagere kostprijs (aanpassing in wet noodzakelijk: nu is tbs = plaatsing in tbs-kliniek).
 - 3.5. Introductie van DBC en IZA. Overschrijding van geplande behandelperiode wordt zichtbaar waardoor sturing binnen inkooprelatie mogelijk wordt.

De verwachting is van deze voorstellen dat ze (ongeacht de wijze van sturing en financiering) bijdragen aan de verbetering van de sturingsmogelijkheden van Ministerie van Justitie en het verminderen van de ervaren knelpunten (schaarste in de zorg; spanning tussen formele verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van de vonnissen en de feitelijke mogelijkheden daartoe; overgangsproblemen tussen justitie en zorg). Voor het opheffen van de geconstateerde knelpunten moeten verdergaande maatregelen worden getroffen:

1. Apart budget voor zorg in strafrechterlijk kader.
2. Invoeren van een beperkte acceptatieplicht.
3. Creëren van eindvoorzieningen.

Kabinetsstandpunt interdepartementale werkgroep:

1. Maatregelen gericht op verbetering van sturing door het Ministerie van Justitie. Justitie krijgt afzonderlijk budget voor de zorg in strafrechterlijk kader. Middelen in AWBZ voor forensische zorg worden overgeheveld naar justitiebegroting. Hiernaast wordt in de gevallen van een contractrelatie de bestaande acceptatieplicht uitgebreid met de categorie tbs met voorwaarden.
2. Maatregelen gericht op een betere overgang tussen de sectoren. Maatregelen zie verbetervoorstellen 1 en 2.
3. Maatregelen gericht op beheersing van schaarste. Justitie ontwikkelt een prognosemodel omdat er op dit moment onvoldoende zicht is op het tekort aan capaciteit voor zorg in strafrechterlijk kader.

Resultaten interdepartementale werkgroep:

Met de implementatie van de aanbevelingen c.q. met de maatregelen die voortvloeien uit het kabinetsstandpunt wordt gewacht totdat de huidige tijdelijke onderzoekscommissie tbs heeft gerapporteerd aan de Kamer.

De GGZ Nederland heeft in zijn visienota reeds een reactie gegeven op het plan om de financiering onder te brengen bij Justitie en vervolgens de zorg in te kopen. Zij zien de keuze als een risicovolle ontwikkeling, ze zijn onder meer bang dat de financiering binnen een beheersmatig kader zal vallen. Ook de meeste klinieken en enkele deskundigen kijken met zorg naar deze aanbeveling. Het ministerie krijgt dan te veel verschillende rollen. Overigens zien vertegenwoordigers van de rijksklinieken vooral voordelen. Eindelijk worden de financiële stromen ontschot en komt alles in één hand.

Ontsnappen aan medialogica

Tbs in de maatschappelijke beeldvorming

Een advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling op verzoek van de tijdelijke commissie onderzoek TBS

Den Haag, april 2006

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) werkt aan nieuwe concepten voor de aanpak van sociale vraagstukken. De raad bestaat uit negen onafhankelijke kroonleden: de heer prof. dr. H. P. M. Adriaansens (voorzitter), de heer prof. mr. J. M. Barendrecht, mevrouw prof. dr. T. V. Blokland-Potters, mevrouw prof. dr. J. van Doorne-Huiskes, de heer prof. dr. P. H. A. Frissen, de heer mr. S. Harchaoui, mevrouw Y. Koster-Dreese, mevrouw drs. J. G. Manshanden MPA en de heer prof. dr. M. de Winter. De heer dr. K. W. H. van Beek is algemeen secretaris van de Raad.

De RMO is bij wet ingesteld op 1 januari 1997. Zijn formele opdracht luidt: «de regering en de beide kamers der Staten-Generaal te adviseren over de hoofdlijnen van beleid inzake de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen voor zover deze van invloed zijn op de participatie van burgers in en de stabiliteit van de samenleving».

Inhoud	blz.
Voorwoord	99
Samenvatting	100
1 Tbs-ontsnappingen in de media	102
2 Vraagstelling en opzet	104
3 Medialogica	105
4 Framing van het tbs-debat	107
4.1 Frame 1: «Doorpakken op maatschappelijke veiligheid»	107
4.2 Frame 2: «Het systeem faalt!»	108
5 Hype- en meutevorming rondom tbs-debat	110
6 Risicoperceptie en optreden van de media	112
7 Politieke agendavorming: wie beïnvloedt wie?	115
7.1 Vier beïnvloedingsrelaties	115
7.2 Winst ligt in meer empirie	116
8 Aanbevelingen	119
Aangehaalde literatuur	122

VOORWOORD

Voor u ligt een advies over het thema «medialogica en tbs». De totstandkoming heeft plaatsgevonden tegen de achtergrond van een lopend adviestraject over de aanpak van delictplegers met psychische en psychiatrische problemen. In 2005 heeft de RMO een vooronderzoek gedaan waarin hij concludeert dat veel knelpunten in deze aanpak voortkomen uit een gebrekkige aansluiting tussen de verschillende perspectieven (onder andere het justitiële en het zorggerelateerde) waarmee naar deze aanpak wordt gekeken. Op basis van het vooronderzoek is een adviestraject gestart om te komen tot een geïntegreerd perspectief voor straf en zorg, dat ook recht doet aan maatschappelijke en politieke gevoelens. Dit advies zal later dit jaar worden afgerond.

Intussen had een reeks van ontsnappingen en ernstige recidive van tbs'ers geleid tot een parlementaire onderzoekscommissie met de opdracht om het huidige tbs-systeem op zijn gebreken te onderzoeken. Contact tussen de RMO en deze onderzoekscommissie in februari 2006 resulteerde in de afspraak dat de RMO een afzonderlijk advies zou schrijven over het thema «tbs in de maatschappelijke beeldvorming». Het resultaat, waarbij de RMO gebruik heeft gemaakt van het in 2003 verschenen advies *Medialogica*, ligt voor u.

Zoals de titel aangeeft richt dit advies zich op de rol van medialogica in een publiek debat als dat over de tbs. De aanbevelingen die we doen, hebben dáárop betrekking en niet op het tbs-systeem zelf. Later dit jaar hoopt de RMO zoals gezegd een meer integraal beleidsadvies te presenteren over de aanpak van delictplegers met psychische en psychiatrische problemen, breder dus dan het tbs-systeem.

De RMO is de heren dr. P. L. M. Vasterman (UvA) en drs. B. S. J. Wartna (WODC) erkentelijk voor hun commentaar op (delen van) de concepttekst.

Aan de totstandkoming van dit advies hebben meegewerkt:

prof. mr. J. M. Barendrecht (raad)
mevr. Y. Koster-Dreese (raad)
dr. R. Janssens (secretariaat)
mevr. dr. M. Mootz (secretariaat)
dr. S. M. Verhagen (secretariaat)

De verantwoordelijkheid voor het advies berust bij de Raad.

prof. dr. H. P. M. Adriaansens
voorzitter

dr. K. W. H. van Beek
secretaris

SAMENVATTING

Mediaberichtgeving en beeldvorming hebben invloed op het proces van opinie- en besluitvorming. Scheefgegroeide beeldvorming, bijvoorbeeld doordat een onderwerp steeds van één kant belicht wordt, kan een onderwerp uit zijn verband halen en daardoor een negatief effect hebben op de uiteindelijke beleidsontwikkeling. Zo kan beeldvorming ertoe leiden dat politici (onder druk) besluiten tot grootschalige systeemaanpassingen, terwijl enkele krachtige maar fijnmazige maatregelen mogelijk meer effect zouden sorteren.

In het geval van de tbs vindt beeldvorming onder meer plaats via zogeheten «framing», «meute-» en «hypevorming». Framing betekent dat de (nieuws)feiten volgens bepaalde vaste interpretatieschema's (frames) worden gebracht. Meute- en hypevorming houden in dat er een media-brede en snel piekende nieuwsgolf plaatsvindt als gevolg van een (aantal) incident(en) en een sterk convergerende berichtgeving over dat incident. De combinatie van deze processen kan ertoe leiden dat nieuwe feiten uitsluitend in het op dat moment dominante frame worden gebracht en zodoende de al bestaande commotie, en daarmee de bestaande hype, versterken.

Een dominant frame rondom de tbs-problematiek is dat van «doorpakken ten behoeve van de maatschappelijke veiligheid». Zowel politici als – in eerste instantie – burgers plaatsen (nieuws)feiten rondom het tbs-systeem primair in het kader van (repressieve) controlemaatregelen ter waarborging van de maatschappelijke veiligheid. Een tweede daarmee samenhangend frame is dat van «het systeem dat faalt». Schokkende incidenten leiden al gauw tot een roep om grootschalige maatregelen, terwijl mogelijk kan worden volstaan met enkele fijnmazige maar effectieve ingrepen. De frames worden versterkt door het effect van hypevorming, in die zin dat na een ontsnapping elk nieuw «tbs-feit» in het specifieke kader van ontsnapping en recidive komt te staan. Daarbij speelt bovendien het fenomeen «risicoverontwaardiging» een rol: nieuwe feiten worden vooral gepresenteerd in het kader van de maatschappelijke verontwáárdiging over het voor de burger aanwezige risico en veel minder in het kader van de feitelijke hóógte van het betreffende risico. Ook dat versterkt weer de frame- en hypevorming.

Het advies van de RMO is om deze «medialogica» als een maatschappelijke realiteit te erkennen, maar daar als betrokken actoren (politici, bestuurders, tbs-klinieken, mediaorganisaties) een eigen verantwoordelijkheid in te nemen. Medialogica is een gegeven, maar dat betekent niet dat bepaalde negatieve gevolgen ervan onafwendbaar zijn. De uitdaging is mechanismen te vinden die de negatieve invloeden verminderen en meer balans brengen op het publieke speelveld waarin burgers, media en overheid zich bevinden. Het eerste wat de RMO voorstaat, is het produceren van meer objectiviteit: wat zijn de risico's en de verschillende opties om met die risico's om te gaan? Wat werkt en wat niet? Hierover is al veel bekend, maar dit bereikt door de frames van medialogica niet altijd het publieke debat. Een vervolgstap is daarom het zoeken naar manieren om objectiviteit in de beeldvorming te brengen en daarvan gebruik te maken bij de beleidsvorming. Het gaat hier om het ontwikkelen van contra-incentives die tegenwicht bieden tegen de huidige incentives die de positie van de betrokken actoren in het medialogische landschap bepalen. Deze contra-incentives kunnen voor de betrokken actoren verschillend

vorm krijgen, afhankelijk van hun professie en positie. De aanbevelingsparagraaf bevat hiervoor een aantal suggesties.

De RMO wijst verder op het gevaar te vervallen in de reflex van groot-schalige systeemaanpassingen, althans wanneer die het gevolg zijn van medialogica. Systeemaanpassingen kunnen nodig zijn, maar dan uitsluitend op basis van gedegen kennisontwikkeling. Ook hier geldt dat de toegenomen medialogica vraagt om voldoende empirie: over de daadwerkelijke hoogte van het recidivegevaar, over de beeldvorming bij burgers, over het functioneren van het tbs-systeem. De wijze waarop de tijdelijke onderzoekscommissie tbs haar werk heeft opgevat, is een goed voorbeeld van het produceren van meer objectiviteit.

1 TBS-ONTSNAPPINGEN IN DE MEDIA

In juni 2005 onttrok tbs'er Wilhelm S. zich aan zijn begeleiding. Na zijn arrestatie bleek hij verdachte te zijn van de moord op een 73-jarige Amsterdammer. Het was niet de eerste keer dat een ontsnapte tbs'er in de fout ging. In 2004 werd een meisje uit Eibergen ontvoerd en verkracht, een jaar eerder werd een 80-jarige man uit Den Haag vermoord. Ook na de arrestatie van Wilhelm S. waren er incidenten. In augustus 2005 ontsnapte de «gevaarlijke tbs'er Marciano E.» en een paar maanden later, in december, een 21-jarige jeugd-tbs'er, die veroordeeld was voor geweldsmisdrijven en een zedendelict.

De ontsnappingen leidden tot maatschappelijke en vooral politieke commotie. Politici waren zeer verbolgen. Geert Wilders sprak van een «falend tbs-beleid, waar ontsnappingen eerder regel dan uitzondering lijken» (*Rotterdams Dagblad*, 8 augustus 2005). Volgens VVD-Kamerlid Weekers leek de tbs-kliniek wel «een duiventil», waar je «kennelijk in en uit [kunt] lopen» (*de Volkskrant*, 8 augustus 2005). LPF-Kamerlid Eerdmans noemde het tbs-beleid «levensgevaarlijk» en was er tegen om de samenleving als «een proeftuin» voor tbs'ers te beschouwen. Tbs'ers waren in zijn ogen geen «patiënten (...) maar zware misdadigers met een ernstige stoornis» (*Trouw*, 17 juni 2005). De kritiek van de Kamer leidde tot een aantal maatregelen. Verloven werden tijdelijk ingetrokken en ontsnappingen moesten voortaan via opsporingsberichten tijdig publiek gemaakt worden. Ook zou er één landelijk meldpunt moeten komen voor ontsnapte tbs'ers. Tegelijk werd bepaald dat een parlementaire onderzoekscommissie het falen van het tbs-systeem onder de loep zou nemen.

De ophef in de politiek leidde weer tot beroering bij tbs-klinieken en advocaten van tbs'ers. Kamerleden en journalisten, zo luidde hun opvatting, zouden bewust of onbewust uit zijn op het ontketenen van een hype, wat alleen maar averechtse gevolgen zou hebben. De volgens hen buitensporige aandacht in de media (mede door de opsporingsberichten) veroorzaakte onnodige maatschappelijke onrust en zou ook de ontsnapte tbs'er dusdanig opjagen dat de kans op recidive alleen maar toenam. Ten onrechte zou bovendien de indruk gewekt worden dat gestoorde criminelen sneller en vaker in de fout gingen dan criminelen zonder stoornis. Eigenlijk – zo was het verweer – deed het tbs-systeem het helemaal niet zo slecht. De recidive was in vergelijking met het gevangeniswezen laag en ook het aantal ontsnappingen viel mee. Wat (sommige) politici verlangden – nul kans op recidive – betekende in hun ogen niet alleen het einde van het tbs-systeem, maar was – ook in elk ander systeem onhaalbaar. Een risicoloos tbs-systeem bestond niet, tenzij je alle tbs'ers levenslang zou opsluiten.

De beeldvorming in de media stond (staat) dus grotendeels in het teken van enerzijds afkeurende, verontwaardigde politici die krachtige maatregelen willen, en anderzijds de tbs-klinieken die de commotie proberen te temperen en wijzen op de relatieve successen van het tbs-beleid. Bij een breder publiek heeft de media-aandacht ondertussen weer geheel eigen gevolgen. Zo lijkt de commotie te passen in de hedendaagse «entertainsamenleving» en de amusementsfunctie die media vervullen (Brants en Brants 2002; Van Zoonen 2002). Tv-programma's beogen het kijkerspubliek niet alleen over feitelijke ontwikkelingen te informeren, maar ook te amuseren («het monster van Assen»). Het entertainmentaspect van de samenleving komt eveneens tot uitdrukking in bijvoorbeeld een bedrijfsuitje dat evenementenorganisatie Heijzoo uit Mariaheide naar aanleiding

van de ontsnapping van Wilhelm S. organiseerde. Dat uitje behelsde een «spooktocht langs ontsnapte tbs'ers», volgens dagblad *Trouw* compleet met «dode man in een lijfzak» en «een vent die iemand op zat te eten» (*Trouw*, 12 september 2005, zie ook www.spooktochten.nl).

2 VRAAGSTELLING EN OPZET

Beeldvorming over politiek-maatschappelijke onderwerpen – in dit geval het tbs-beleid – kan grote invloed hebben op het proces van opinie- en besluitvorming. Scheefgegroeide beeldvorming, bijvoorbeeld doordat een onderwerp voortdurend slechts van één kant belicht wordt, kan het onderwerp uit zijn verband halen en daardoor een negatief effect hebben op de uiteindelijke beleidsontwikkeling. In elk geval is het goed zich rekenschap te geven van het feit dat beeldvorming een factor is die maar beter onderkend kan worden. Tegelijk is beeldvorming – en ook dat is goed om te beseffen – soms ongreepbaar en moeilijk te sturen. Kennis over en inzicht in beeldvorming lijkt dan ook het eerst geboden, niet zozeer om er controle op te hebben, maar eerder om er op verantwoorde wijze mee om te kunnen gaan. We komen daar later nog op terug.

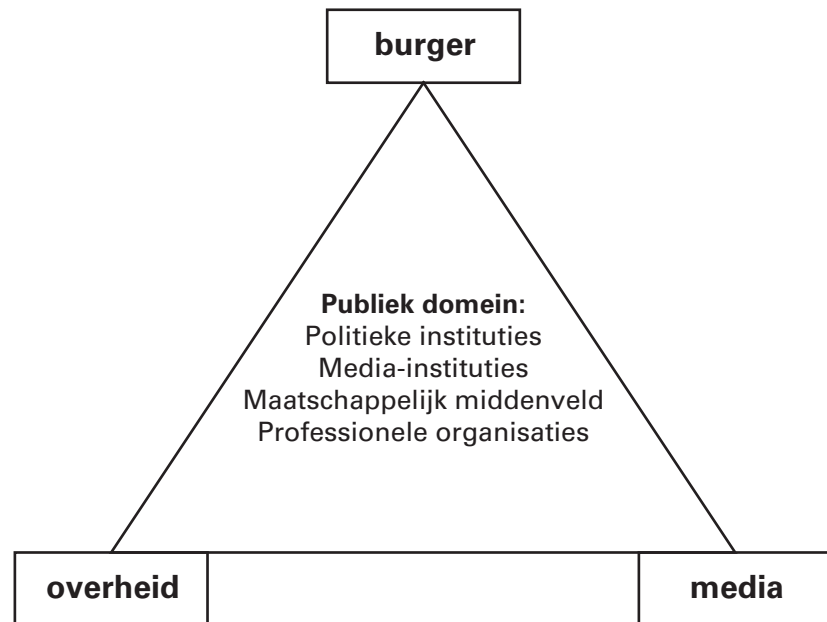
In het vervolg willen we proberen meer inzicht te geven in de relatie tussen incidenten die opschudding veroorzaken (zoals de tbs-ontsnappingen), de berichtgeving in media en de reactie van politici. In hoeverre speelt beeldvorming een rol in maatschappelijk debat en politieke besluitvorming? We willen deze vraag als volgt proberen te beantwoorden.

Allereerst gaan we in paragraaf 3 in op het verschijnsel van de zogeheten medialogica die aan kracht toeneemt ten koste van andere logica's zoals die van de politieke partij. Hoewel exacte onderzoeksgegevens over de aard van de discussie rondom het tbs-systeem ontbreken, behandelen we zo goed als mogelijk de aanwezigheid van medialogica – in het bijzonder het optreden van frame- en hypevorming – bij het tbs-debat. We concentreren ons daarbij op het frame van «doorpakken ten behoeve van maatschappelijke veiligheid» en op het frame van «het systeem faalt» (paragraaf 4). In paragraaf 5 richten we ons op de hypevorming bij het tbs-debat, waarna we vervolgens in paragraaf 6 inzoomen op één aspect van het mediaoptreden, namelijk de risicoberichtgeving: de relatie tussen risicoperceptie van burgers enerzijds en de mediaberichtgeving anderzijds. Ook het tbs-debat kan als een vorm van risicocommunicatie worden beschouwd: een belangrijk onderdeel van het debat gaat immers over de vraag hoe groot de *kans* is dat een ontvluchte tbs'er in de fout gaat en daarmee een gevaar voor de samenleving vormt. Een logische vervolgvraag betreft de relatie tussen risicoperceptie van burgers en mediaberichtgeving enerzijds en de politieke besluitvorming anderzijds. In hoeverre worden politici in hun agendavorming en besluitvorming beïnvloed door berichtgeving in media en door (vermeende) opvattingen van burgers? Ook hier beperken we ons voornamelijk tot algemene gegevens over de beïnvloeding van het criminaliteitsbeleid, en behandelen we op basis daarvan het tbs-beleid (paragraaf 7). Het advies eindigt met een aantal aanbevelingslijnen (paragraaf 8).

3 MEDIALOGICA

De verhouding tussen burgers, overheid en media kan beschouwd worden als een driehoeksrelatie (RMO 2003). Op het eerste hoekpunt staat de overheid, op het tweede de burger(s), op het derde de media. Tussen deze drie hoeken bevindt zich het speelveld van het publieke domein.

Figuur 1: Driehoeksrelatie burgers, overheid, media



Bron: RMO 2003

De interactie tussen de drie spelers in de hoeken en de geheel eigen dynamiek die daarbij ontstaat, kunnen we omschrijven als medialogica. Voor deze benaming is gekozen (en niet voor bijvoorbeeld burgerlogica of overheidlogica, de twee andere hoeken), omdat het publieke debat steeds meer wordt bepaald door de mogelijkheden én de begrenzingen van het *medium* en dan vooral de televisie. Waar voorheen andere logica's, zoals die van de politieke partij of die van het polderoverleg dominant waren, daar neemt de laatste decennia de medialogica aan kracht toe.

Medialogica is het resultaat van structurele maatschappelijke en technologische ontwikkelingen die burgers, politici en media vasthouden in een interactie waaruit zij niet meer kunnen ontsnappen (Van Beek et al. 2006). Ze worden gedwongen het «spel» binnen de driehoeksrelatie mee te spelen en kunnen (en willen) zich daaraan eigenlijk ook niet onttrekken; ze hebben elkaar nodig en zijn tegelijk tot elkaar «veroordeeld»: burgers hebben – grofweg geformuleerd – «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.

Deze medialogica is in zekere zin een gegeven, want ze komt voort uit marktkrachten en fundamentele vrijheden. Wel zijn er mogelijkheden om binnen de medialogica keuzes te maken in het vervullen van de eigen rol. Ook is het waard te onderzoeken of de incentives die het spel bepalen, onveranderlijke grootheden zijn (we komen daar later op terug).

Medialogica is het gevolg van een aantal trends. We noemen de drie belangrijkste. De eerste betreft het ontstaan van «een integrale nieuwsmarkt» en «een politiek-publicitair complex». De tijd van duidelijke identiteitsgebonden media met hun eigen focus en een eigen publiek is voorbij. Media lijken uit een grote nieuwsvijver te putten, nemen nieuws van elkaar over en beïnvloeden ook elkaars nieuws. Ook zijn ze nauw verbonden met de politieke arena's. Journalisten en politici opereren dicht bij elkaar en wisselen zelfs soms van functie. Voor de burger is dit integrale politiek-publicitaire complex zowel bron van kennisvergaring als – in zekere zin – bron van ergernis. Ze zijn minder betrokken bij identiteitsgebonden (nieuws)organisaties en veroorloven zich een kritische, zo niet afstandelijke houding tegenover zowel media als politici die op die mediapodia opereren. Politici en media spelen hierop in, wat mede leidt tot de tweede trend die zichtbaarder wordt: die van de informalisering. De verhoudingen tussen burgers onderling en tussen burgers en overheid krijgen een informeler karakter. Vooral de televisie heeft hieraan bijgedragen. Politici gebruiken het podium van de media om op informele wijze verantwoording van beleid af te leggen, onder meer aan de stamtafel van infotainmentprogramma's als *Barend en Van Dorp*. Voor burgers is dat vaak ook het belangrijkste podium om zich het nieuws eigen te maken. De derde trend – het ontstaan van nieuwe journalistieke stijlen – staat hiermee nauw in verband. Bekend is bijvoorbeeld het «civic journalism», dat het nieuws minder vanuit het perspectief van de autoriteiten en meer vanuit dat van de burgers probeert te brengen (althans vanuit de journalistieke interpretatie van het belang van de burgers). Ook dit heeft invloed op de (verschuivende) verhouding tussen journalistiek en politiek.

Medialogica zorgt ervoor dat nieuwsgaring en nieuwsverspreiding bepaalde kenmerken krijgen. Naast snelheid (nieuws is na 24 uur al weer verouderd en in feite al niet meer interessant om te vermelden) en personalisering (emoties en nieuws over personen nemen aan belang toe) kenmerkt dit kader zich vooral door framing, meute- en hypevorming. Framing betekent dat nieuws – om het voor de lezer/hoorder in- en overzichtelijk te houden – volgens vaste interpretatieschema's (frames) wordt gebracht. Bekende frames zijn die van het conflict tussen personen en die van de race naar de macht. Meutevorming (of «pack journalism») houdt in dat bovenproportioneel veel journalisten zich storten op een bepaald item, soms naar aanleiding van een incident, soms naar aanleiding van een primeur van één bepaalde krant. Door dit gedrag kunnen hypes ontstaan: snel piekende nieuwsgolven met één gebeurtenis als startpunt en met een zichzelf versterkende nieuwsproductie (Vasterman 2004; Van Beek et al. 2006). De combinatie van framing, meute- en hypevorming kan vervolgens leiden tot een beklemmende spiraalwerking: nieuwe feiten worden uitsluitend in het op dat moment dominante frame gebracht en leiden vanzelf weer tot commotie en daardoor tot versterking van de hype. Daardoor is het gevaar groot dat één perspectief op een zaak zozeer dominant wordt dat andere perspectieven te weinig aandacht krijgen.

Deze framing, meute- en hypevorming vinden overigens niet alleen plaats binnen de media; ook politici en burgers kunnen in hun reacties bewust of onbewust frames hanteren en aan meute- en hypevorming doen. Medialogica is dan ook niet een proces dat alleen betrekking heeft op de media, maar evenzogoed op politici (overheid), burgers en andere actoren binnen het publieke domein, zoals maatschappelijke instituties en professionals binnen instellingen.

4 FRAMING VAN HET TBS-DEBAT

In hoeverre is deze medialogica zichtbaar bij de discussie over ontsnapte tbs'ers en het tbs-beleid? We willen deze vraag proberen te beantwoorden door na te gaan of er rondom de tbs-discussie ook sprake is van frame- en hypevorming, en wellicht ook van frameverschuivingen. Dit zal enigszins indicatief gebeuren, omdat uitgebreid onderzoek naar de wijze waarop betrokken actoren (politici, media, burgers en tbs-instellingen) op ontsnappingen reageren niet voorradig is. Wel bestaat er meer algemene informatie over frameveranderingen en dan vooral rondom het brede thema van criminaliteit en geweldsdelicten. Daarnaast hebben we specifieke gegevens ontleend aan de Handelingen van de Tweede Kamer en berichten in de media.

4.1 Frame 1: «Doorpakken op maatschappelijke veiligheid»

Een duidelijke verandering in het denken in de afgelopen decennia betreft die van een dadergericht correctieperspectief naar een veiligheidsgericht controleperspectief. Sinds de jaren tachtig is binnen de strafrechtspleging de veiligheid van de samenleving sterker op de voorgrond komen te staan. Daders worden minder gezien als subjecten met belangen en rechten (bijvoorbeeld op resocialisatie), en meer als objecten die ter bescherming van de maatschappij onder controle gebracht moeten worden. Reïntegratie dient vooral het maatschappelijke belang en niet dat van de delinquent (Van Stokkom 2004; Buruma 2001).

Een gevolg van deze inhoudelijke perspectiefverandering kan zijn dat nieuwe feiten door betrokken actoren (media, politici, burgers) in bepaalde kaders – frames – worden gepresenteerd en/of uitgelegd. Een frame is bijvoorbeeld om alles te plaatsen in het kader van «aanpakken» en «harde» maatregelen ter bevordering van de maatschappelijke veiligheid, waar voorheen het frame centraal stond van «gedogen» en «zachte» maatregelen met het oog op de positie en het welzijn van de dader.

In de primaire reactie van politici op de tbs-ontsnappingen lijken elementen van deze frameverschuiving inderdaad aanwezig. De eerste reactie van veel politici stond vooral in het teken van de noodzakelijke bescherming van de maatschappij. «De maatschappij mag geen onbeschermd proeftuin zijn voor geestelijk gestoorde misdadigers», betoogde LPF-Kamerlid Eerdmans in juni 2005 in de Tweede Kamer. Kamerlid Wilders koos «nadrukkelijk niet voor het welbehagen of de resocialisatie van de daders, maar voor de slachtoffers en voor het voorkomen van nog meer slachtoffers». En: «De veiligheid van de onschuldige burgers in ons land is mij vele malen meer waard dan een roekeloze resocialisatie van een veroordeelde moordenaar of verkrachter met tbs.» Ook andere politici gaven uiting aan een veiligheidsgericht perspectief. Volgens VVD-Kamerlid Weekers was veiligheid van de samenleving «de hoofddoelstelling», resocialisatie hooguit «een subdoelstelling». Soortgelijke bewoordingen gebruikte ook SGP-Kamerlid Van der Staaij, die betoogde dat voor zijn fractie «de bescherming van de samenleving vooropstaat en zwaarder weegt dan de resocialisatie van de delinquent». En D66'er Van der Laan tot slot stelde in haar bijdrage het slachtoffer centraal: «Je mag nooit een systeem hebben dat tot slachtoffers leidt» (Handelingen Tweede Kamer 16 juni 2005). Met hun pleidooi voor maatschappelijke beveiliging als prioriteit, sloten de politici aan bij de opvattingen van burgers (kader 1).

Uit enquêtes met betrekking tot de houding tegenover criminaliteit en misdrijven blijkt dat burgers doorgaans vinden dat rechters te licht straffen en dat hardere maatregelen gewenst zijn. Ook zijn burgers in toenemende mate geneigd bij de keuze tussen straffen en behandelen voor de eerste optie te kiezen. Zo wordt in de *Sociale Staat van Nederland* (SCP 2005) burgers gevraagd te reageren op de stellingen «misdadigers straffen, niet veranderen» en «seksuele misdadigers straffen, niet genezen». Koos in 1994 41% als eerste voor bestrafing in plaats van voor genezing, in 2004 was dat gestegen naar 50%. De neiging tot harder straffen geldt sterker als het om seksuele misdadigers gaat. De laatste jaren ligt het percentage dat seksuele misdadigers vooral wil straffen en pas in tweede instantie wil genezen rond de 60%, tegen 55% midden jaren negentig. Wel is het zo dat burgers – wanneer ze mogen kiezen uit *uitgebreide* opties en daarover ook voldoende informatie krijgen – eerder geneigd zijn om geld te besteden aan preventiemaatregelen en zorgbehandelingen dan aan meer gevangnissen en hardere straffen (Cohen, Trust en Steen 2005). Dat geldt ook voor mensen die eerder in een slachtoffersituatie hebben verkeerd. Ook geven onderzoeken aan dat alternatieve straffen vaak de voorkeur genieten boven de meer traditionele vergeldingsstraffen, ook al neemt deze voorkeur af naarmate de ernst van het misdrijf toeneemt (Roberts en Stalans 2004).

Over tbs, laat staan over ontsnappingen, bestaan onvoldoende gegevens omtrent de opvattingen van burgers. In de lijn van het voorgaande valt te verwachten dat de veiligheid van de samenleving bij burgers de eerste prioriteit heeft. Interessant zou zijn te achterhalen of dat ook opgaat indien burgers meer en uitgebreidere informatie krijgen over de werking van het tbs-systeem. Het tbs-veld is immers een terrein waar verhoudingsgewijs – en met relatief succes – veel gedaan wordt aan recidivevermindering en daarmee indirect aan de veiligheid van de samenleving (Wartna et al. 2005⁸¹). De vraag is of dit bij het publiek ook bekend is. Meer informatie en meer transparantie over de werkwijze van tbs-instellingen zouden mogelijk het evenwicht in deze beeldvorming ten goede komen (zie de aanbevelingen).

4.2 Frame 2: «Het systeem faalt!»

Het frame van «doorpakken» loopt in sommige gevallen parallel aan een ander frame, namelijk dat van «het systeem dat faalt». Het is een vaak voorkomend verschijnsel dat ernstige problemen of incidenten leiden tot de roep om krachtadig handelen via grootschalige systeemwijzigingen, terwijl wellicht had kunnen worden volstaan met enkele fijnmazige maar effectieve maatregelen. Gladwell (2006) geeft daarvan een aantal aansprekende Amerikaanse voorbeelden.

In Nederland vormt de uitvoering van de in 1994 geïntroduceerde Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) een aardig voorbeeld. Deze resulteerde al gauw in kwaliteitsgebreken bij een *klein aantal* gemeenten. Klachten van organisaties van gehandicapten kwamen vervolgens terecht bij de nationale politiek, met als gevolg dat de betrokken staatssecretaris als reactie een landelijk en uniform protocol voor de verstrekking van gehandicaptenvoorzieningen invoerde. Hierdoor verbeterde weliswaar de situatie in de desbetreffende gemeenten, maar het gevolg was eveneens dat in *alle overige* gemeenten de mogelijkheden tot lokaal maatwerk sterk werden ingeperkt. Wellicht was het beter geweest – in elk geval was dat een onderzoek waard – om niet het gehele systeem aan te pakken, maar slechts te interveniëren in de enkele *hard cases* waar zich de problemen voordeden.

Ook na de incidenten van tbs-recidive was de politieke roep om grootschalige systeemadaptaties aanwezig. Voor het GroenLinks-Kamerlid Halsema was het na de reeks van incidenten «duidelijk dat het tbs-systeem onder de loep moet». VVD-collega Weekers ging verder: «Dat systeem moet op de schop», en hij vroeg minister Donner of deze bereid

⁸¹ Dit onderzoek betreft de recidive na beëindiging van de tbs. Onderzocht is de recidive van ex-terbeschikkinggestelden die in de periode tussen 1974 en 1998 zijn uitgestroomd. Na een aanvankelijke lichte stijging na 1978 nam de recidive sinds 1983 gestaag af. Ook in vergelijking met ex-gedetineerden ligt de recidive van ex-terbeschikkinggestelden lager.

was «het tbs-systeem drastisch te hervormen (...) opdat de prioriteit weer komt te liggen bij de bescherming en de veiligheid van de samenleving». PvdA'er Wolfsen stelde dat «het systeem faalt, dat is duidelijk en buiten iedere twijfel». Hij verweet de minister daarbij «een zo defensieve reactie» omdat deze te veel nadruk legde op de correcte naleving van de procedures en de waarde van het huidige tbs-systeem. Geert Wilders gaf tot slot te kennen «dat er een ander tbs-systeem moet komen. De vraag is daarbij gerechtvaardigd of aan tbs'ers nog wel verlof mag worden verleend.» Overigens betekende de roep om systeemaanpassingen nog niet dat de Kamer afstand nam van de resocialisatie-doelstelling van het tbs-systeem. Wel werd krachtig aangedrongen op maatregelen om de met de resocialisatiepogingen gepaard gaande risico's drastisch te beperken.

De roep om doorpakken via harde (systeem)maatregelen leidde er onder andere toe dat in de eerste weken na de recidive van Wilhelm S. het verlofbeleid aanzienlijk werd aangescherpt. Dit werkte volgens betrokken professionals, zoals het hoofd behandeling van een tbs-instelling in Venray, in sommige gevallen contraproductief. «Je maakt een hogedruk-keteltje», stelde zij in een van de openbare gesprekken die de commissie onderzoek tbs met deskundigen voerde. «Als mensen eindelijk buiten komen, kan dat ertoe leiden dat ze eerder de benen nemen» (*Sp!ts*, 14 maart 2006).

5 HYPE- EN MEUTEVORMING RONDOM TBS-DEBAT

Frames als «doorpakken op veiligheid» en «het systeem faalt» worden versterkt door het effect van hype- en meutevorming. Zo blijkt duidelijk dat de recidive van een *ontsnapte* tbs'er nieuwe nieuwsfeiten rondom het tbs-systeem in een al gevormd kader zet. Per jaar zijn er ongeveer 50 000 verlofbewegingen van tbs'ers. In de periode 2000–2005 vonden 488 onttrekkingen plaats, maandelijks gemiddeld 6,9 (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2006⁸²). Dat is voor de media normaal gesproken lang niet altijd reden tot nieuwsvermelding. Bij een aantal niet teruggekeerden in de onderzochte periode van zes jaar bedroeg dat in totaal 22 personen ofwel gemiddeld (iets minder dan) vier personen per jaar – vindt er ook daadwerkelijk recidive plaats. Wanneer escalatie via ernstige recidive optreedt en ook in de media vermeld wordt, leidt dit ertoe dat nieuwe feiten rondom de tbs door de media in het specifieke kader van ontsnapping en recidive worden geplaatst (zie voorbeeld in kader 2). Maar ook ontsnappingen en onttrekkingen die voorheen niet of nauwelijks nieuwswaardig waren, krijgen na een ernstige recidive opeens een extra zware nieuwslading.

Kader 2: Directeur tbs-kliniek stapt op

De directeur van de tbs-kliniek Veldzicht, Dick Oppedijk, stapt op. De kliniek kreeg onlangs veel kritiek toen de gevaarlijke tbs'er Wilhelm S. tijdens proefverlof ontsnapte en kort daarna werd opgepakt voor moord. Hij bleek al zeven keer eerder te zijn gevlucht.

Volgens het ministerie van Justitie heeft het vertrek van de directeur niets te maken met de ontsnapping van Wilhelm S. «Er was al langer sprake van dat hij afscheid zou nemen. Er is geen verband met de recente ophef», aldus een woordvoerder. Bij de kliniek zelf wilde niemand reageren. Oppedijk was ruim tien jaar directeur van Veldzicht.

Wilhelm S. nam de benen toen hij met één vrouwelijke begeleider per trein terugkeerde van begeleid verlof. Een week na de ontsnapping werd hij opgepakt voor de moord op de 73-jarige Amsterdammer Appie Luchies. Hij heeft die moord inmiddels bekend. Minister Donner besloot vervolgens alle verloven voor tbs'ers in Veldzicht in te trekken. *Algemeen Dagblad*, 27 juli 2005.

Frame- en hypevorming met betrekking tot (ontvluchtingen uit) tbs-klinieken komen al langer voor. Toen in 1997 een gevaarlijke crimineel uit de Van Mesdagkliniek in Groningen ontsnapte, leidde dit ook tot onrust in de samenleving en een interpellatiedebat in de Tweede Kamer. Kamerlid Van den Berg (SGP) pleitte toen voor een situatie «waar de beveiliging van de samenleving de absolute voorrang moet hebben» (Handelingen Tweede Kamer 28 oktober 1997). Desondanks zijn er signalen dat – mede door de effecten van medialogica – de maatschappelijke aandacht en maatschappelijke commotie zijn toegenomen.

Voor wat de afgelopen vijf jaar betreft kunnen we stellen dat er in toenemende mate berichtgeving over de tbs-sector is geweest. Dat geldt niet alleen de berichtgeving over incidenten, maar elk type berichten. Van de vijf landelijke dagbladen (*De Telegraaf*, *Trouw*, *de Volkskrant*, *NRC Handelsblad* en *Algemeen Dagblad*) hebben we alle krantenkoppen (met bijbehorende artikelen) over tbs over de periode 2001–2005 verzameld. Het betreft in totaal 782 krantenartikelen die in de meeste gevallen gaan over (tbs-)rechtszaken («Pindakaasmoord: acht jaar en tbs»). Verder gaan veel artikelen over (het risico op) incidenten («Twentse man stak slachtoffers tijdens tbs»; «Moordenaar vlucht uit tbs-kliniek»), en over (het falen

⁸² Dit betreft een onderzoek naar ontsnapping van tbs'ers en recidive tijdens het verlof.

van) het tbs-systeem en het tbs-beleid («Aanpassingen aan tbs-systeem zijn nodig»).

Tabel 1: Aantal krantenkoppen over tbs in de landelijke dagbladen, 2001–2005

	(Risico op) recidive tijdens tbs ¹	Rechtszaken	(Falen van) tbs-systeem	Overige	Totaal
2001	7	51	9	7	74
2002	9	39	3	9	60
2003	11	80	8	21	120
2004	32	154	20	36	242
2005	77	100	49	60	286
Totaal	136	424	89	133	782

Bron: RMO

¹ In deze categorie vallen alle artikelen over ontvluchtingen uit tbs-klinieken, onttrekkingen aan verlof, (gewelddadige) incidenten door tbs'ers en de directe en expliciete (beleids)reacties hierop. Kortom, alle artikelen waarin (het risico op) recidive direct of indirect een rol speelt. Ook artikelen over aanscherping van het verlofbeleid zijn in deze categorie geplaatst, omdat deze expliciet refereren aan bovengenoemde incidenten. De artikelen over de tijdelijke onderzoekscommissie tbs en het daaraan voorafgaande Kamerdebat zijn daarentegen geplaatst in de categorie «(falen van) het tbs-systeem».

De tabel laat zien dat het aantal krantenartikelen over tbs de afgelopen periode jaarlijks is toegenomen. In 2005 werd er door de landelijke media bijna viermaal vaker over deze sector bericht dan in 2001. De berichtgeving over (het risico op) tbs-incidenten (N=136) behandelen we verder in de volgende paragraaf. Daarin confronteren we deze berichtgeving met het *feitelijk* aantal tbs-incidenten dat in de verschillende jaren heeft plaatsgevonden.

6 RISICOPERCEPTIE EN OPTREDEN VAN DE MEDIA

De extra lading die nieuwe feiten door het proces van frame- en hypevorming kunnen krijgen, wordt mede veroorzaakt door de wijze waarop met risicoberichtgeving wordt omgegaan: de publieke reacties van burgers, media en politici na «risico-incidenten».

De meeste gegevens bestaan over het optreden van de media en de risico-inschatting van burgers. Uit onderzoek blijkt dat burgers vreemde, onbekende en verre gevaren overschatten, terwijl ze de bekende alledaagse risico's sterk onderschatten. Vliegtuigongelukken of ongevallen in huis. Daarbij speelt ook de factor vrijwillig of onvrijwillig een rol: als burgers ongewild worden blootgesteld aan een risico waar ze geen invloed of controle op hebben, dan wordt het risico doorgaans veel groter geschat en is de commotie ook veel heftiger. Illustratief zijn de UMTS-masten, die tot heftige discussies en forse verwijten leiden, terwijl volgens de meeste deskundigen het risico – als het al bestaat – laag is. Over het algemeen geldt: «Mensen zijn bereid om zelf enorme risico's te nemen in en om het huis of op vakantie, terwijl ze wel enorm verontrust kunnen raken over een verwaarloosbaar klein risico waar men ongewild aan is blootgesteld. Het is de paradox van de roker die zich druk maakt over fijn stof in zijn buurt» (Vasterman 2005).

De media lijken deze perceptie van burgers over te nemen in hun nieuwsbeleid. Als criterium voor nieuwsselectie met betrekking tot risico's geldt doorgaans dat iets onbekends, opzienbarends en schokkends eerder in aanmerking komt voor nieuwsvermelding dan minder ernstige gebeurtenissen die zich uitspreiden over een lange termijn. Dat geldt bijvoorbeeld de berichtgeving rondom criminaliteit en geweld. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat Amerikaanse media vooral focussen op een klein percentage ernstige individuele geweldsdelicten, hoofdzakelijk gepleegd door kleurlingen en jeugdigen, terwijl andere geweldsincidenten die veel vaker voorkomen, zoals huiselijk geweld, minder aandacht krijgen. De gebruikte bronnen zijn doorgaans bovendien justitierapporten en justitiedeskundigen, terwijl zogeheten «public health experts», die informatie kunnen geven over de achterliggende oorzaken van geweld, veel minder geraadpleegd worden. Deze nieuws- en bronselectie heeft volgens het onderzoek gevolgen voor de beeldvorming en risicoperceptie van burgers: doordat mensen vooral nieuws horen dat hen «bang maakt», ontstaat het beeld dat incidenteel geweld altijd gevaarlijk is voor derden. Het aldus ontstane beeld wijkt af van de feitelijke cijfers, met als gevolg dat veel mensen de mogelijkheden tot criminaliteitsvermindering in hun eigen buurt laag schatten. Zouden de media nieuws brengen volgens «a public health point of view», met oog voor achterliggende oorzaken en mogelijkheden om geweld te voorkomen, dan zou de risicoperceptie veel realistischer worden. Daardoor zouden ook de mogelijkheden voor preventieve maatregelen toenemen (Stevens 2001).

Bovenstaand beeld vertoont parallellen met de Nederlandse situatie. Volgens mediasocioloog Vasterman benaderen de media risico-issues vooral vanuit het referentiekader van de bezorgde burger die iets gevaarlijks en ongrijpbaars overkomt. Ze concentreren zich vooral op de maatschappelijke verontwaardiging die het risico oplevert, en niet op het risico zelf. Dit staat haaks op de invalshoek van de risico-*experts* die vooral focussen op de hoogte en de inhoud van het te schatten risico (Vasterman 2005). Deze laatste focus komt in de media verhoudingsgewijs

weinig aan bod. Zo bleek rondom de uitbraak van het SARS-virus dat dagbladen als *de Volkskrant* en *De Telegraaf* weinig informatie over de ziekte zelf gaven en veel meer over de economische gevolgen, over genomen maatregelen om de ziekte buiten de deur te houden en over emoties. De toon van de artikelen was doorgaans alarmerend, terwijl inhoudelijke gegevens over de symptomen van de ziekte, de besmettingsmogelijkheden en het sterftepercentage achterwege bleven (Zevenhuizen 2004).

Betekent dit nu dat de media burgers bewust angst aanpraten in hun berichtgeving over schokkende incidenten? Naar aanleiding van de moord op Theo van Gogh wees de historicus Bastiaan Bommeljé op de sensationele koppen die de meeste kranten gebruikten (*NRC*, 17 november 2004).⁸³ De politicologen Hajer en Uitermark stelden echter na uitgebreid onderzoek dat de berichtgeving in de landelijke dagbladen na de moord op Theo van Gogh diverse «deëscalerende tendensen» vertoonde. Er was bijvoorbeeld uitgebreid aandacht voor achterliggende oorzaken als de situatie in achterstandswijken en problemen op het gebied van scholing (Uitermark en Hajer 2006).

Kijken we naar de tbs-problematiek dan kunnen we stellen dat er in de afgelopen vijf jaar in toenemende mate berichtgeving over (het risico op) tbs-incidenten is geweest. Van de vijf landelijke dagbladen (*De Telegraaf*, *Trouw*, *de Volkskrant*, *NRC Handelsblad* en *Algemeen Dagblad*) hebben we zoals gezegd alle krantenkoppen over tbs verzameld. In totaal 136 van deze koppen gaan over (het risico op) incidenten tijdens tbs (tabel 2). Het betreft koppen waarin risico-inschattingen direct of indirect een rol spelen, zoals artikelen over ontvluchtingen («Weer tbs'er ontsnapt uit Veldzicht»), onttrekkingen («Tbs'er ontsnapt bij dieren voeren»), incidenten tijdens een onttrekking of ontvluchting («Tbs'er Ernst stak liefdesrivaal dood») en de directe en expliciete (beleids)reacties hierop («Inrichting trekt alle verloven tbs'ers in»).

Tabel 2: Aantal krantenkoppen over (risico op) incidenten door tbs'ers per landelijk dagblad, 2001–2005

	Telegraaf	de Volkskrant	NRC	Algemeen Dagblad	Trouw	Totaal
2001	1	1	2	1	2	7
2002	7	1	–	–	1	9
2003	6	1	–	2	2	11
2004	13	9	7	1	2	32
2005	41	8	6	12	10	77
Totaal	68	20	15	16	17	136

Bron: RMO

Twee dingen vallen op. De tabel laat ten eerste zien dat het aantal krantenartikelen over «incidenten & tbs» de afgelopen twee jaar sterk is toegenomen. Verschenen er hierover van 2001 tot en met 2003 steeds slechts ongeveer 9 krantenkoppen per jaar, in 2004 was dat aantal ruim verdrievoudigd (N=32) en in 2005 zelfs ruim verachtvoudigd (N=77). Dat geldt voor alle dagbladen, en dan met name voor *De Telegraaf*. De berichtgeving vond meestal in deze volgorde plaats: ontsnapping, veel aandacht voor het recidiverisico van de ontsnapte tbs'er, politieke verantwoordiging over incidenten en tot slot (eventuele) ideeën over of voorstellen tot beleidswijzigingen, casu quo verhardingen. Artikelen

⁸³ Koppen als «Afgeslacht» (*De Telegraaf*), «Er is een Amsterdammer vermoord» (*Trouw*), «Doe het niet, doe het niet, riep hij nog» (*NRC*), «Genade, genade» (*Algemeen Dagblad*), «Moord begin heilige oorlog in Nederland» (*de Volkskrant*). «Tot hier en niet verder» (*Spits*).

waarin bijvoorbeeld het ministerie wijst op de feitelijke risicovorming, zijn niet of nauwelijks aanwezig.

Het tweede dat opvalt – en dat is vanuit medialogisch perspectief cruciaal – is de discrepantie tussen enerzijds de *berichtgeving* over tbs-incidenten en anderzijds het feitelijke risicogevaar voor (ernstige) delicten door tbs'ers. *Feitelijk* vonden er in de periode 2001–2005 53 (ernstige) delicten door tbs'ers plaats. Dat betreft gemiddeld per jaar 10,6 (ernstige) recidives. Het jaar 2005 was met 10 delicten een min of meer gemiddeld jaar (zie tabel 3).

Tabel 3: (Ernstige) delicten door tbs'ers, 2001–2005

	Na ontvluchting	Na onttrekking	Noch na ontvluchting; noch na onttrekking ¹	Totaal
2001	0	6	2	8
2002	1	4	5	10
2003	0	5	6	11
2004	0	4	10	14
2005 ²	0	1	9	10
Totaal	1	20	32	53 ³

Bron: EFP ongepubliceerd materiaal

¹ Dit betreft (ernstige gewelds)delicten door tbs'ers tijdens verlof (al dan niet in een later stadium ontdekt) als ook binnen tbs-instellingen.

² De gegevens van 2005 betreffen gegevens tot en met november.

³ Van deze delicten was er in 48 procent sprake van een gewelddadig, niet-seksueel delict.

Daarnaast was in 27 procent sprake van seksuele recidive; het recidivepercentage voor gewelddadige (inclusief seksuele) recidive is dus 75 procent. De overige 25 procent betrof vermogensdelicten, belaging en drugs (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2006: 8). Met dank aan dhr. dr. mr. M. Hildebrand (EFP), die ons de (nog ongepubliceerde) recidivegegevens per jaar leverde.

Kortom, het aantal *berichten* over incidenten door tbs'ers lag in het jaar 2005 relatief heel hoog, terwijl het *feitelijke aantal incidenten* door tbs'ers niet was gestegen. Hoewel het begrijpelijk is dat tbs-incidenten tot maatschappelijke onrust (kunnen) leiden, is het gevaar van (onevenredig) veel berichtgeving, dat het bij burgers een *onrealistisch* veiligheidsverlangen oproept en bij politici een *contraproductief* veiligheidsstreven aanwakkert. Dat media-aandacht voor ontsnappingen tot maatschappelijke onrust leidt, is dus begrijpelijk en tot op zekere hoogte zelfs effectief. Maatschappelijke onrust kan bijvoorbeeld tot een grotere alertheid bij burgers leiden. Iets anders is als er een al te grote discrepantie ontstaat tussen de feitelijke risicotaxatie enerzijds en het beeld dat door de mediaberichtgeving wordt neergezet anderzijds. Juist vanuit het perspectief van de maatschappelijke veiligheid is het van belang dat er op basis van volledige en betrouwbare informatie maatregelen worden genomen.

7 POLITIEKE AGENDAVORMING: WIE BEÏNVLOEDT WIE?

Bestaat er nu ook een relatie tussen de berichtgeving in de media en de beeldvorming bij burgers enerzijds en de politieke agendavorming en besluitvorming anderzijds? Deels vanuit de theorie, deels vanuit (spaarzame) empirische onderzoeken zeggen we daarover het volgende.

7.1 Vier beïnvloedingsrelaties

Ten aanzien van de relatie tussen media, burger en criminaliteitsbeleid gelden in theorie vier mogelijke relaties van beïnvloeding (Van Gestel 2004). In de eerste relatie bepalen de media de publieke en ook de politieke agenda. De media richten de aandacht van het publiek op bepaalde criminaliteitsissues en spelen zo een aanjagende rol voor het criminaliteitsbeleid. In de tweede relatie zijn het niet de media maar maatschappelijke groeperingen die – via de media – bij de politiek aandacht vragen voor een bepaald probleem. De derde relatie gaat vooralsnog uit van het primaat van de politiek en meent dat politici hun eigen agenda grotendeels bepalen; de overheid neemt het initiatief en «gebruikt» de media om aandacht te vragen voor in haar ogen belangrijke onderwerpen. En tot slot is er de vierde relatie die het vertrekpunt legt bij rationale, wetenschappelijke criminaliteitsanalyses als grondslag voor het beleid.

De vraag welk beïnvloedingsrelatie het meest met de werkelijkheid correspondeert, heeft hier niet onze eerste interesse. Uit verschillende onderzoeken ontstaat wat dat aangaat ook een wisselend beeld. Wel hebben we de vier mogelijke relaties te berde gebracht om meer grip op de werking van medialogica te krijgen. Illustratief voor het eerste type beïnvloedingsrelatie zijn de rellen in de jaren zestig in Engeland. Onderzoek daarnaar toont aan dat de media ruzietjes tussen bendes bewust aanwakkerden en zo een mediahype veroorzaakten (Cohen 1972; Van Gestel 2002). Illustratief voor het tweede type relatie – de burger als aanjager – zijn de demonstraties van boze buurtbewoners tegen bijvoorbeeld drugsoverlast in een wijk of de komst van een asielzoekerscentrum. In enkele gevallen, zoals die van protesterende Rotterdammers ten aanzien van de Keileweg, is er inderdaad sprake van een zichtbare beïnvloeding van publiek richting politiek (Van Gestel 2002).

De derde variant vinden we terug in een studie van Kleinnijenhuis voor het RMO-advies *Medialogica* (2003). Kleinnijenhuis, wiens onderzoek overigens geen betrekking heeft op het criminaliteitsbeleid en -nieuws, stelt dat het nieuws weliswaar meer conflictgeoriënteerd is geworden, met meer aandacht voor winnen en verliezen, een negatievere toonzetting en meer gerichtheid op emoties van minder bekende Nederlanders, maar er is volgens hem geen empirisch bewijs dat de invloed van de media op de politieke besluitvorming of de politieke agendasetting ook feitelijk is toegenomen. Volgens Kleinnijenhuis ligt de relatie zelfs eerder andersom: de invloed van politieke actoren op de onderwerpen en de standpunten in de media is groter dan de omgekeerde invloed. Wat wel zichtbaar is, is dat televisieberichtgeving over een onderwerp ertoe leidt dat in de erop volgende weken politici een voorkeur voor dat onderwerp aan de dag leggen. Hun vasthoudendheid is echter groter dan die van de media en een duidelijk effect van dagbladberichtgeving op de politieke agenda- en opinievorming is volgens Kleinnijenhuis dan ook niet aantoonbaar.⁸⁴ Een illustratie van de vierde variant tot slot vormen de politiemonitors, die voor bepaalde zaken, zoals woninginbraken, een vrij duidelijk beeld geven

⁸⁴ Ook andere, eerdere onderzoeken wijzen erop dat het eerder de gevestigde overheidsinstituten zijn die een stempel drukken op de berichtgeving in krant en op televisie dan andersom (Schelinger et al. 1991, Ericson 1989, aangehaald in Van Gestel 2002).

en mede daardoor een direct gevolg hebben voor de te nemen beleidsmaatregelen.

Zoals gezegd willen we niet één manier van beïnvloeding als de altijd geldende bestempelen. De verschillende varianten zijn, afhankelijk van tijd en plaats, op verschillende momenten van toepassing. Wel kunnen ze helpen grip te krijgen op de werking van de medialogica bij bepaalde concrete onderwerpen, zoals in dit geval de tbs-discussie, om daar vervolgens als betrokken actoren ook bepaalde keuzes in te maken. Zoomen we – met bovenstaande beïnvloedingsrelaties in de hand – nader in op het tbs-debat, dan ontstaat het volgende beeld. Allereerst lijkt er van een burger die het initiatief neemt voor de agendavorming (de tweede variant) geen sprake te zijn. De directe aanleiding voor de discussie was gelegen in concrete incidenten van ontsnappingen en recidive en niet in een al bestaande latente onvrede bij burgers met het tbs-systeem. Dat betekent overigens niet dat in het politieke proces de beeldvorming bij burgers (en in het bijzonder maatschappelijke onveiligheidsgevoelens) geen rol speelde. In algemene zin draagt het eerder genoemde proces van informalisering ertoe bij dat politici zich meer laten leiden door (vermeende) opvattingen van burgers. In weerwil van de veelgenoemde kloof tussen burger en politiek is de afstand door nieuwe communicatiemiddelen in zekere zin ook weer kleiner geworden. Het Kamerlid Van der Laan (D66) begon illustratief haar bijdrage in het Kamerdebat over de tbs-ontsnappingen met een verwijzing naar de talloze e-mails «van mensen die diep geschokt zijn» (Handelingen Tweede Kamer 16 juni 2005).⁸⁵

Met betrekking tot de eerste en derde variant (de aanjagende rol van ofwel de media ofwel de politiek) ontstaat een genuanceerd en gemengd beeld. Allereerst lijkt er voor een *directcausale* relatie tussen mediaberichtgeving en politieke stellingnames geen duidelijk bewijs te zijn. Wie de Handelingen van de Tweede Kamer leest, proeft bovenal een verontwaardiging over de incidenten zelf. Er is geen specifieke verwijzing naar berichtgeving in de media, al is het wel zo dat deze incidenten zonder media-aandacht waarschijnlijk louter incidenten zouden zijn gebleven. De mediaberichten zelf geven op het eerste gezicht ook geen blijk van een bewuste aanwakkering van maatschappelijke onrust. Niet alleen de politieke roep om aanpakken maar ook de «temperende» toon van de tbs-professionals komen in de media aan bod, zij het getalsmatig in mindere mate. Wel leidt de framing van (individuele) incidenten ertoe dat voorheen minder interessante berichten opeens nieuwswaardig worden. Medialogica lijkt al met al voor een kettingreactie te zorgen van op elkaar reageren van politiek en media, zonder dat een van hen een dominante aanjagende rol speelt.

7.2 Winst ligt in meer empirie

Wat wel een duidelijke rol speelt, is de al eerder genoemde (vervormde) risicoperceptie. Zowel politici als de media geven in de tijd na de incidenten onvoldoende aandacht aan het *feitelijke* risico van ontsnapte tbs'ers voor individuele burgers. Teruggrijpend op de eerder genoemde driehoeksrelatie tussen overheid, burgers en media (figuur 1) kunnen we voor het publieke domein een bepaalde toon van het debat formuleren:

- Aan één zijde van de driehoek (de relatie burgers-media) hebben burgers behoefte aan media (kranten en televisie) met attentiewaarde en maken zij zich zorgen over risico's die zij waarschijnlijk te hoog

⁸⁵ Een mevrouw, wier driejarig dochttertje door een tbs'er was vermoord, had haar geschreven: «En dan laat men zo'n engerd gewoon op familiebezoek gaan. Men leert dus niet van alle blunders.» Volgens Van der Laan illustreerden deze en andere e-mails dat dergelijke incidenten het vertrouwen van burgers in de Nederlandse rechtsstaat ondermijnen.

inschatten. Media spelen daarop in door de gebeurtenis prominent in beeld te brengen, zeker in vergelijking tot andere maatschappelijke risico's. Die prominente berichtgeving kan de zorgen van de burger vergroten.

- Aan de tweede zijde (de relatie media-overheid) is weliswaar geen sprake van zichtbare causale relatie tussen berichtgeving en politieke besluitvorming, maar kan wel gezegd worden dat de media op zoek zijn naar berichtgeving met attentiewaarde en personen die deze attentiewaarde kunnen leveren. Bestuurders en politici reageren daarbij op verschillende wijzen. Het zijn vooral de laatstgenoemden die de media nodig hebben. Om hun vak goed uit te kunnen oefenen, spelen politici in op de mediaberichtgeving met uitingen van afschuw en daadkracht.
- De driehoek wordt gesloten waar politici met hun reacties inspelen op de grote zorgen van de burger, door zo veel mogelijk garanties te geven dat deze gebeurtenissen niet meer zullen voorkomen. Dat is weer een houding die door de zich zorgen makende burgers wordt gewaardeerd.

Er valt winst te halen wanneer van de vier genoemde wijzen van beïnvloeding de vierde – de invloed van rationele, wetenschappelijke criminaliteitsanalyses – meer terrein zal winnen binnen het krachtenveld van de medialogica. Daar kunnen alle actoren binnen het publieke domein iets aan doen. De media, door doelbewust aandacht te besteden aan de hoogte en de inhoud van het te schatten risico en niet uitsluitend op de maatschappelijke verontwaardiging als gevolg van het risico; de politiek, door bijvoorbeeld analoog aan de terugkerende politiemonitor een «tbs- of recidivemonitor» periodiek bij het publiek onder de aandacht te brengen.⁸⁶ Op die manier zou bijvoorbeeld voor het grote publiek zichtbaar worden dat de recidive onder ex-tbs'ers de laatste decennia is afgenomen en dat ook het aantal (verlof)onttrekkingen door tbs'ers is gedaald (Wartna et al. 2005; EFP 2006). Welke keuzes de politiek vervolgens op grond van deze gegevens maakt, is niet aan ons om te beoordelen. Waar we op willen wijzen is dat het – juist ook vanuit het perspectief van de maatschappelijke veiligheid – van belang is dat burgers op gezette tijden van volledige, betrouwbare en genuanceerde informatie over de gang van zaken in het tbs-veld worden voorzien. Dat haalt de spanning uit het complex waarin «politici rechtstreeks reageren op burgers en simultaan met hen reageren op schokkende incidenten» (Kleinnijenhuis 2003: 203). Daarnaast geeft dat alle betrokken actoren (burgers, politici, professionals, mediaorganisaties en bestuurders) de gelegenheid het recidivegevaar door tbs'ers en ex-tbs'ers in een context te plaatsen (zie kader 3 voor voorbeelden).

⁸⁶ Sinds 2005 brengt het WODC jaarlijks een rapportage uit over de strafrechtelijke recidive die volgt op de tbs. Het startmoment van deze jaarlijkse rapportage ligt in het rapport Buiten behandeling (Wartna et al. 2005). De monitor van 2006 is nog niet beschikbaar. In hoeverre de monitor breed onder de aandacht komt, is nog de vraag.

Kader 3: Het recidivegevaar door tbs'ers in context

Betrouwbare informatie kan inzicht verschaffen in de kans om slachtoffer te worden van een:

- gewelds- of zedendelict door tbs'er op proefverlof;
- gewelds- of zedendelict door een persoon van wie de tbs is beëindigd;
- gewelds- of zedendelict door een persoon die op proefverlof is uit een andere justitiële inrichting;
- gewelds- of zedendelict door een persoon die een straf voor zo'n delict uitgezeten heeft in een andere justitiële inrichting;
- gewelds- of zedendelict door een persoon die nog niet voor een dergelijk delict gestraft is;
- een verkeersongeval met blijvend letsel of overlijden als gevolg.

Daarbij is het mogelijk:

- * deze cijfers apart te tonen voor personen die een (goede) bekende zijn van het slachtoffer en die geen (goede) bekende zijn van het slachtoffer;
- * de recidivekans tijdens proefverlof te relateren aan het aantal proefverloven dat moet worden onthouden om één recidive door een tbs'er te voorkomen;
- * de kans op recidive na beëindiging van tbs te relateren aan het aantal personen dat niet uit de tbs zou kunnen worden ontslagen om één recidive door een tbs'er te voorkomen;
- * inzicht te geven in het soort gevaar dat verschillende type tbs'ers opleveren: waar? In huis? Buiten? In wat voor context? Voor wie? Hoeveel gevaar voor bekenden? Hoeveel gevaar voor onbekenden?
- * inzicht te geven in het type behandeling dat verschillende soorten tbs'ers krijgen; welke factoren bepalen of de behandeling wel of niet werkt?
- * een schets te geven van het dagelijks leven dat tbs'ers (die zonder recidive terugkeren) in de maatschappij leiden, en wat hun dus wordt onthouden bij een restrictiever beleid;
- * een schets te geven van het dagelijks leven dat een tbs'er in een inrichting leidt, en dat hem dus wordt gegund bij een restrictiever beleid;
- * inzicht te geven in de kosten van een tbs-behandeling, bijvoorbeeld:
 - per tbs'er;
 - per voorkomen recidive door een tbs'er.

8 AANBEVELINGEN

Produceer objectiviteit in het krachtenveld van medialogica en beschouw incentives niet als onveranderlijk

We leven in een samenleving waarin medialogica een feit is. Overheid, media en burgers zijn tot elkaar veroordeeld, maar hebben elkaar ook nodig. Hierin past dat incidenten tot commoties leiden. De commotie rondom tbs-ontsnappingsen is in die zin niet uniek.

Het advies van de RMO is om het gegeven van medialogica te erkennen, maar daar als betrokken actoren (politici, bestuurders, tbs-klinieken, mediaorganisaties) een eigen verantwoordelijkheid in te nemen. Daarvoor is het nodig om het proces van medialogica bij de verschillende actoren te adresseren en te doordenken welke betekenis dit heeft voor het eigen optreden.

Medialogica is een gegeven, maar dat betekent niet dat bepaalde negatieve gevolgen van die medialogica onafwendbaar zijn. Eenvoudige oproepen aan politici, journalisten en burgers om hun gedrag te veranderen, zullen weinig effect hebben. Beter is het om mechanismen te vinden die de negatieve invloeden verminderen en meer balans brengen op het publieke speelveld waarin burgers, media en overheid zich bevinden.

Het overkoepelende mechanisme dat de RMO voorstaat, is ten eerste *het produceren van meer objectiviteit*: wat zijn de risico's? Wat zijn de verschillende opties om daarmee om te gaan? Welke behandeling of bestraffing werkt en welke niet? Wat zijn daarvan de voor- en nadelen en voor wie? Bij tbs gaat het om interventies met zeer ingrijpende gevolgen voor het persoonlijk leven van mensen, niet in de laatste plaats voor (potentiële) slachtoffers en hun omgeving. Zij hebben recht op het best mogelijke beleid. De frames van de medialogica hebben hun eigen waarde, maar mogen niet allesbepalend worden.

Een tweede stap is daarom *het zoeken naar contra-incentives om objectiviteit in de beeldvorming te brengen en daarvan gebruik te maken bij de beleidsvorming*. Elk van de betrokken actoren heeft zijn eigen incentives die de houding in het medialogische landschap bepalen. Het gedrag van gekozen politici wordt bepaald door hun representatieve functie en door hun electorale profilering; dat van tbs-klinieken door hun professionele autonomie en deskundigheid; dat van mediaorganisaties doordat ze nieuws willen maken dat aansluit bij de behoeften van hun lezers; bestuurders proberen enerzijds integrale afwegingen ten aanzien van het algemeen belang te maken, maar zijn ook loyaal aan hun politieke opdrachtgevers. Contra-incentives maken het mogelijk balans te brengen op het publieke speelveld.

Hieronder volgt een aantal illustraties om de balans te versterken:

- *Tbs-klinieken* kunnen – gegeven hun professionele autonomie actief werk maken van de verantwoording naar het publiek (met waarborgen voor de onafhankelijkheid): bijvoorbeeld via een periodieke tbs-monitor, via publieke informatiebijeenkomsten, via vergelijkende rapportages (ten opzichte van het buitenland, ten opzichte van het gevangeniswezen of ten opzichte van andere tbs-klinieken). De prikkel om die verantwoording te geven zou kunnen worden versterkt.
- *Mediaorganisaties* kunnen – gegeven hun streven de lezers pakkend te informeren – op basis van bovengenoemde gegevens de transparantie

van hun werkwijze en de publieke verantwoording over hun rol vergroten, bijvoorbeeld via de invoering van explicietere gedragscodes en een directere dialoog met burgers. Eerder heeft de RMO geadviseerd over een jaarlijks mediapolitiek verantwoordingsdebat, waartoe ook al initiatieven zijn genomen. De vraag hoe veelzijdig een thema als de tbs het afgelopen jaar in beeld is gebracht zou daarin een goede testcase zijn.

- *Bestuurders* kunnen – gegeven hun coördinerende rol in de beleidsvorming – zich meer bewust worden van de rol die maatschappelijke beeldvorming in beleid- en besluitvormingsprocessen speelt. Van belang is dat zij zorgen voor voldoende empirie, bijvoorbeeld over de daadwerkelijke hoogte van het recidivegevaar en over het functioneren van het tbs-systeem. Niet alleen het produceren van meer objectiviteit echter, ook de wijze van communiceren is van belang. Bestuurders zouden kunnen nadenken over een meer interactieve, informatieve en dynamische verantwoording van hun beleid. Dat kan de aantrekkelijkheid van het politieke proces voor media en burger verhogen, de impuls om op incidenten te reageren verminderen, en voorkomen dat het zo noodzakelijke debat alleen via de camera plaatsvindt in plaats van rechtstreeks tussen bestuurders en volksvertegenwoordiging.
- Ook *politici* tot slot kunnen – gegeven hun electorale en representatieve belangen en noodzakelijk gebruik van de media daarbij – algemene gegevens in plaats van (enkel) incidenten een grotere rol laten spelen in hun reacties en agenda- en besluitvorming. Zij zouden bovendien kunnen onderzoeken of de huidige incentives die hun eigen omgeving geeft om een bepaalde rol in de medialogica te nemen wel de meest wenselijke zijn. Wij denken daarbij aan de organisatie van parlementaire werkzaamheden, de partijorganisatie (formeel en informeel) en de mogelijkheden om met kiezers te kunnen communiceren.

Waak voor de reflex van grote systeemveranderingen

Medialogica kan bij politici en bestuurders leiden tot de reflex om na schokkende incidenten te snel te vervallen in de roep om grootschalige aanpassingen van systemen. Voor de tbs-discussie kan deze reflex een gevolg zijn van een terechte verontwaardiging over een reeks van onbehoorlijke incidenten. Maar daarnaast spelen mogelijk ook onvoldoende feitelijke informatie van zaken en een onjuist inzicht in de maatschappelijke beeldvorming een rol.

Het advies van de RMO is om te waken voor een dergelijke reflexhouding, althans wanneer deze het gevolg is van (eenzijdige) medialogische krachten. Dat zou het kind met het badwater wegspoelen. Systeem-aanpassingen kunnen zeker nodig zijn, maar dan uitsluitend op basis van gedegen kennisontwikkeling en niet op basis van incidenten. Ook hiervoor geldt het uitgangspunt van voldoende empirie ten aanzien van feiten en mogelijkheden.

Meer evenwicht kan ontstaan door:

- er voor te waken om een groot probleem, zoals een ernstige recidive, automatisch – als reactie op de medialogica – via grootschalige maatregelen aan te pakken;
- kennis en kunde van professionals te betrekken bij het zoeken naar de oorzaak van het incident én bij de primaire reactie op het incident, en te zoeken naar mogelijkheden om die kennis en kunde (steeds weer) te verbeteren;
- een incident niet vanzelf te laten «regeren» over een mogelijk goed

systeem, maar te zoeken naar de juiste maatregelen op de juiste plaats.

AANGEHAALDE LITERATUUR

Beek, K. W. H. van, M. A. Rouw en T. Schillemans (2006), *Medialogica: oorzaken, gevolgen en remedies*. Nog te verschijnen.

Bommeljé, B. (2004), Nederland staat helemaal niet in brand. In: *NRC*, 17 november 2004.

Brants, C. en K. Brants (2002), Vertrouwen en achterdocht; de driehoeks-verhouding justitie-media-burger. In: *Justitiële verkenningen*, 2002, nr. 6: pp. 8–28.

Buruma, Y (2001), Sanctionering, een autonome beslissing van de rechter? In: K. D. Lünne-man e.a. (red.), *Diversiteit van sanctionering*. Deventer: Gouda Quint.

Cohen, S. (1972), *Folk devils and moral panics; the creation of the mods and rockers*. Londen: McGibbon and Kee.

Cohen, M. A., R. T. Rust, S. Steen (2005), *Prevention, Crime Control or Cash? Public Preferences towards Criminal Justice Spending Priorities*.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2006), *Onttrekkingen en Recidives tijdens Verlof (periode 2000–2005)*. Geraadpleegd op www.efp.nl.

Gestel, B. van (2002), Media en criminaliteitsbestrijders; wie beïnvloedt wie? In: *Justitiële verkenningen*, 2002, nr. 6: pp. 29–41.

Gladwell, M. (2006), Million-Dollar Murray. Why problems like homelessness may be easier to solve than to manage. Geraadpleegd op: www.newyorker.com/fact/content/articles/060206fa_fact.

Handelingen Tweede Kamer 16 juni 2005.

Handelingen Tweede Kamer 28 oktober 1997.

Kleinnijenhuis, J. (2003), Het publiek volgt media die de politiek volgen. In: RMO (2003), *Medialogica. Over het krachtenveld tussen burgers, media en politiek*. Den Haag: Sdu, pp. 151–212.

RMO (2003), *Medialogica. Over het krachtenveld tussen burgers, media en politiek*. Den Haag: Sdu.

Roberts, J. V., L. Roberts en J. Stalans (2004), Restorative Sentencing: Exploring the Views of the Public. In: *Social Justice Research*, Vol. 17, No. 3, september 2004, pp. 315–334.

SCP (2005), *Sociale staat van Nederland 2005*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Stevens, J. E. (2001), *Reporting on Violence: New Ideas for Television, Print and Web*. Berkeley Media Studies Group.

Stokkom, B. van, (2004), Inleiding. Sanctionering in het teken van schadevergoeding en herstel. In: B. van Stokkom (red.), *Straf en herstel: ethische reflecties over sanctiedoelen*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, pp. 1–21.

Uitermark, J. en M. Hajer (2006), Performing authority after the assassination of Theo Van Gogh – Dutch public administrators in times of moral crisis (Working paper). Amsterdam: ASSR, Universiteit van Amsterdam.

Vasterman, P. L. M. (2004), *Mediahype*. Amsterdam: Aksant.

Vasterman, P. L. M (2005), UMTS, Risicopercepties en mediahypes, een mijnenveld voor het openbaar bestuur. Geraadpleegd op www.vasterman.nl.

Wartna, B. S. J., S. el Harbachi en L. M. van der Knaap (2005), *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers.

Zevenhuizen, M. (2005), Risicoberichtgeving: SARS in twee Nederlandse kranten. Doctoraalscriptie UvA. Geraadpleegd op www.vasterman.nl

Zoonen, L. van (2002), Plezier en politiek in de entertainment-samenleving. In: *Socialisme & Democratie*, 2002, nr. 12: pp. 22–30.

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op maandag 13 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Maandag 13 maart 2006

Aanvang 10.00 uur

Gehoord worden de heren prof. dr. H.J.C. van Marle, prof. P. Vegter, mr. M.A.M. Wolters en F.P.J. van Soeren

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma, mevrouw K. van Velzen en mevrouw M.B. Vos, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik open deze eerste serie openbare gesprekken van de tijdelijke commissie tbs. Ik heet welkom de heer Van Marle, hoogleraar forensische psychiatrie, en de heer Vegter, vice-president bij het Hof van Arnhem; dank voor uw komst. De heren Wolters en Van Soeren zullen wat later komen. U weet waarom de tijdelijke commissie vorig jaar is ingesteld: na een reeks incidenten met tbs sprak een motie van de Tweede Kamer uit dat de Tweede Kamer zelf het systeem van tbs en het hele stelsel wilde onderzoeken. Zij wilde onderzoeken waar de oorzaken van een aantal fouten zitten. De aanleiding was dus gelegen in een reeks incidenten, maar wij hebben de opdracht om veel breder te kijken naar het hele tbs-stelsel en om, wanneer wij de oorzaken en een analyse hebben, met een aantal aanbevelingen te komen. Daarom hebben wij u als eersten uitgenodigd om hierover te spreken. Doel van dit gesprek is om in bredere zin naar het hele tbs-stelsel te kijken, dus ook naar de achtergrond en de geschiedenis: waar staan wij vandaag en waar komen wij vandaan? Mijnheer Van Marle, zou u, als inleiding van dit onderwerp, een korte schets kunnen geven van de ontstaansgeschiedenis, de achtergronden van het stelsel en de ontwikkelingen daarvan?

De heer **Van Marle**: Ik zal het proberen. De tbs is ontstaan aan het begin van de twintigste eeuw. Qua mensbeeld was dat vlak na de kindrewetjes van Van Houten, waarover wij allemaal hebben geleerd op de lagere school. In 1904 werden de kinderen qua verantwoordelijkheid ten opzichte van de maatschappij gezien als anders dan volwassenen. In het verlengde daarvan heeft men voor geestelijk gestoorde mensen, die impulsief en onbekwaam dingen deden, de tbs-wet voorgesteld. Die is

uiteindelijk in 1925 aangenomen door de Tweede Kamer. In 1928 is die wet geïmplementeerd. Dat het drie jaar duurde, was een geldkwestie: het was gewoon te duur. Dat probleem is altijd aan de tbs blijven kleven. Van oorsprong biedt de wet een maatregel om mensen die verminderd toerekeningsvatbaar zijn en dus geen volledige wilsbekwaamheid over hun handelen hebben, niet naar het gevang te sturen – daar werden zij immers niet beter van – maar in een bepaalde inrichting te plaatsen om hen ter beschikking te stellen van de regering. 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. Behandeling en de oorspronkelijke doelstelling van beveiliging zijn eigenlijk steeds met elkaar op gespannen voet blijven staan. De tbs is op dit moment een beveiligingsmaatregel, maar de nadruk ligt op de behandeling, de enige manier om daaruit weg te kunnen komen. Met dat strijdpunt zitten wij op dit moment: wat gaat er voor? Behandeling, die impliceert dat je mensen weer de maatschappij in moet laten met verlof? Of beveiliging, wat inhoudt dat je de maatschappij eigenlijk alleen afdoende kunt beveiligen als wij niemand uit de tbs laten? Voor dat laatste is de tbs echter niet gemaakt.

De **voorzitter**: Er zijn dus twee doelstellingen: behandeling en beveiliging. Daar kom ik later op terug. U zei dat na de Tweede Wereldoorlog, in de jaren veertig en vijftig, een nieuwe ontwikkeling plaatsvond. Kwam die ontwikkeling voort uit de psychiatrie of meer uit de rechtswetenschap?

De heer **Van Marle**: Het was een samenspanning. De bekwame psychiater Baan, de criminoloog Kempe en natuurlijk de hoogleraar strafrecht Pompe vormden met z'n drieën de Utrechtse school. Zij dachten aan hervormingen met betrekking tot het strafrecht, met name met betrekking tot de tbs. Hoe ga je om met mensen met een geestelijke stoornis die in het strafrecht terecht komen? Dat was het verlichte denken. Na de Tweede Wereldoorlog, in 1947, heeft de commissie-Fick ook nagedacht over het gevangeniswezen. Nederland herrees dus. De combinatie tussen criminologie – hoe ga je humaan met misdadigers om? – de psychiatrie – hoe kun je hen behandelen? – en Pompe met het strafrecht – hoe doe je dat strafrechtelijk juist en rechtvaardig? – was in feite een

ommekeer die tot op heden de visie van de forensische psychiatrie in Nederland heeft bepaald.

De **voorzitter**: Die ommekeer vlak na de oorlog was te vinden in de psychiatrie, maar ook in de rechtswetenschap. Mijnheer Vegter, hoe zou u die ommekeer of verandering in de rechtswetenschap beschrijven? Herkent u die?

De heer **Vegter**: Ik weet niet of die ommekeer in de rechtswetenschap zelf aanwezig was, maar na de Tweede Wereldoorlog was er in ieder geval een enorm behandelingsoptimisme. Zowel in de tbs als in het gevangeniswezen zag je daardoor op allerlei terreinen ontwikkeling. Het gevangeniswezen kreeg ook allerlei mogelijkheden om mensen tot op zekere hoogte te gaan behandelen. Die ontwikkeling voltrok zich ook in de tbs. Het interessante is dat het optimisme, wat het gevangeniswezen betreft, eind jaren zestig al begon te verminderen: daar werd toen in wezen al geconstateerd dat het veel moeilijker was om mensen te veranderen en van de criminaliteit af te houden. In de tbs gebeurde dat wat later.

De **voorzitter**: "Optimisme" is een belangrijk woord bij de doelstellingen van zowel beveiligen als behandelen. U zegt dat de omslag in de tbs wat later plaatsvond. Ik wil even naar de cijfers. Mijnheer Van Marle, hoeveel mensen hebben op dit moment tbs met dwangverpleging?

De heer **Van Marle**: Volgens mij hebben wij op dit moment ongeveer 1400 tbs'ers met dwangverpleging.

De **voorzitter**: Is dat in de afgelopen decennia een constant getal of is het aantal toegenomen?

De heer **Van Marle**: Na de Tweede Wereldoorlog, met het behandeloptimisme, waren er een heleboel tbr'ers. Het heette toen immers nog "tbr"; in 1988 is het "tbs" geworden. Met name de voorwaardelijke tbr was erg populair. In de jaren zestig waren er ongeveer 1000 mensen met een voorwaardelijke tbr. Dat waren nog niet de gevaarlijke patiënten, tbs'ers, van tegenwoordig. Toen kon je ook nog vanwege vermogensdelicten – diefstal, inbraak en dat soort zaken – in de tbs komen. In die tijd had je dus dat behandeloptimisme. Heel veel mensen met een voorwaardelijke tbr gingen in de fout. Toen had die voorwaardelijke tbr eigenlijk tbr met dwangverpleging moeten worden, maar daar hadden wij helemaal geen plaatsen voor. Daardoor zijn een heleboel tbr's beëindigd. Toen ik vijf jaar in deze branche werkte, in 1984, heb ik mogen meemaken dat er 342 terbeschikkinggestelden waren. Dat was echt een dieptepunt, het hoogtepunt van de maakbare samenleving. Ook strafrechtelijk gezien werd de tbs toen echt gezien als een behandelmaatregel. De tbs werd dus opgeheven als er sprake was van niet-behandelbaarheid. Het proportionele in het strafrecht kreeg dan de voorkeur. Als een patiënt niet behandelbaar was, probeerde men het nog een keer met een verlenging en nog een keer. Vaak werd de tbs bij onbehandelbaren na zes jaar beëindigd.

Vervolgens ging de maakbaarheidsgedachte weg. Er kwamen toen in toenemende mate terbeschikkinggestelden bij. De tbs werd toen met name een maatregel die je eigenlijk onbeperkt, levenslang, kunt laten voortduren zolang iemand gevaarlijk is. Dat is op zich heel nuttig, want er zit flexibiliteit in het criterium "zolang iemand

gevaarlijk is". Het aantrekkelijke voor rechters is dat zij iets kunnen bieden. Zij sluiten iemand niet levenslang op, want er kan behandeling worden geboden. Op die manier kun je de bokken van de schapen scheiden. De behandelbaren worden uitbehandeld en keren terug in de maatschappij; de niet-behandelbaren blijven buiten de maatschappij.

De **voorzitter**: Wanneer is die toename van het aantal mensen met tbs gekomen?

De heer **Van Marle**: Eind jaren tachtig en in de jaren negentig. Het varieert van jaar tot jaar, maar tot nu toe worden per jaar ongeveer 160 tot 200 terbeschikkingstellingen opgelegd. Elk jaar is er een uitstroom van 60 tot 70 terbeschikkinggestelden. Elk jaar krijgen wij er dus eigenlijk een oude kliniek uit de jaren tachtig bij. Wij hebben per jaar een overschot van ongeveer 120 terbeschikkinggestelden die erin komen en er niet meer uit gaan.

De **voorzitter**: Is de populatie zelf veranderd? Zijn het mensen met andere stoornissen of misschien mensen met andere typen delicten?

De heer **Vegter**: Dat laatste kun je zeker zeggen. Bij tbs'ers gaat het om ernstige delicten. In de jaren vijftig en zestig kwam het nog voor dat men voor minder ernstige delicten ter beschikking werd gesteld. Tegenwoordig gaat het bijna altijd om delicten waarbij agressie een rol speelt. Het is misschien aardig om op te merken dat de wetgever er in de jaren tachtig voor gekozen heeft om de tbs te maximeren tot vier jaar. Dat is het wettelijke systeem, het uitgangspunt. Alleen als sprake is van een delict tegen de onaantastbaarheid van het lichaam, kan de tbs verlengd worden tot een periode van langer dan vier jaar. Er doet zich iets gekks voor: de wet zegt dat de tbs gemaximeerd is tot vier jaar, maar vrijwel alle mensen die op dit moment daadwerkelijk in de tbs zitten, voldoen aan het genoemde criterium. Dat betekent dat het wettelijke criterium feitelijk niet van grote betekenis is. Dat maakt ook duidelijk dat het in hoge mate gaat om de categorie mensen met agressieve delicten, in veel gevallen met een zedencomponent erin.

De **voorzitter**: Dat blijkt ook uit wat de heer Van Marle heeft gezegd: de instroom is groter dan de uitstroom, wat de toename verklaart. Daardoor gaat men misschien over die grens van vier jaar heen, want dan heeft de rechter de mogelijkheid tot verlenging. Wij hadden het nu over mensen met andere typen delicten. Mijnheer Van Marle, kun je ook zeggen dat het om mensen met andere typen stoornissen gaat?

De heer **Van Marle**: Dat zeker. 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. 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. De antipsychiatrie ging ervan uit dat

een psychiatrische patiënt thuishoort in de samenleving. De samenleving moet de psychiatrische patiënt eerst zien als medeburger en vervolgens pas als gestoorde. De psychiatrische ziekenhuizen kregen toen ook veel kritiek vanwege het feit dat zij allemaal ver weg van de grote steden waren. De gestoorde waren daar gehuisvest zonder contact met de maatschappij. Zo'n psychiatrisch ziekenhuis was een soort minimaatschappij, met mooie gazons en brede lanen. De kritiek van de antipsychiatrie was dat deze mensen gewone mensen zijn die in onze maatschappij opgenomen behoren te worden. Die beweging is in de emancipatie van de patiënten overgenomen. De Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen lag toen "in de werf". Die wet moest de Krankzinnigenwet opvolgen, wat ook heel lang heeft geduurd. Als zodanig zijn de psychiatrische ziekenhuizen niet meer gespecialiseerd in het opvangen van gevaarlijke, agressieve en impulsieve psychiatrische patiënten. Die moesten toen immers allemaal de maatschappij in. Terugkijkend – dat mag nu – hebben die ontpsiychiatrisering en deinstitutionalisering voor 80% van de chronische psychiatrische patiënten een voordeel opgeleverd en voor 20% niet. Uit de verloederden en verkommerden blijkt dat een deel van de psychiatrische patiënten nog steeds niet te handhaven valt in de maatschappij. Dat zijn onder meer de terbeschikkinggestelden geworden van tegenwoordig. Op dit moment, op basis van cijfers uit 2001, moet je constateren dat de "carrière" van 70% van al onze terbeschikkinggestelden is begonnen in de geestelijke gezondheidszorg. Tweederde is dus al bekend met een psychische stoornis en met zorg die niet heeft mogen baten. Uiteindelijk komen zij, met name na een agressief delict, in de tbs terecht.

De **voorzitter**: Het gaat dus om twee dingen: je ziet mensen met zwaardere delicten in de tbs komen, maar ook met een langere voorgeschiedenis.

De heer **Van Marle**: Ja.

De **voorzitter**: Gaat het om mensen die, wat hun crimineel verleden betreft, hun eerste delict hebben gepleegd of hebben zij al meer delicten gepleegd?

De heer **Van Marle**: Bij de tbs gaat het om mensen met heel veel delicten. Er moet echter onderscheid worden gemaakt tussen mensen met een psychose, die meer gestoord zijn en een minder vol strafblad hebben, en mensen met persoonlijkheidsstoornissen, die 80% van alle tbs'ers uitmaken en die een heel andere delinquente carrière hebben met veel meer delicten en veel meer impulsiviteit. Bij die grote groep is de discussie over de diagnose – gaat het nou om misdadigers met een persoonlijkheidsstoornis of om een psychiatrische patiënt met een persoonlijkheidsstoornis? – voortdurend heel belangrijk, met name omdat wij bij die groep ook de categorie van de psychopaten kennen. Zij zijn heel doordacht en afwachtend, berekenen de pakkans en slaan dan pas toe.

De **voorzitter**: Mijnheer Vegter, wij hebben het nu over de daders. Weten wij ook meer over de slachtoffers van tbs-patiënten?

De heer **Vegter**: De slachtoffers van tbs-patiënten vormen op zich geen bijzondere categorie. Op zich maakt het voor

slachtoffers natuurlijk niets uit of zij slachtoffers zijn van mensen met een lange gevangenisstraf of van tbs'ers.

De **voorzitter**: Dat begrijp ik, maar wij hoorden in eerdere gesprekken dat een heel groot percentage van de slachtoffers, misschien wel 40%, uit de eigen familiekring komt. Ik vroeg mij af of u dat herkent.

De heer **Vegter**: Het is een bekend gegeven dat vooral bij delicten zoals moord en doodslag, de levensdelicten, in veel gevallen sprake is van een relatie in algemenere zin. Er wordt dan dus iemand dood gemaakt die in de directe omgeving van de dader verkeert en een band met die dader heeft.

De **voorzitter**: Daarin onderscheidt de tbs-populatie zich dus niet van de gevangenispopulatie met soortgelijke delicten?

De heer **Vegter**: Nee, wat deze delicten betreft, is er op dat punt geen onderscheid tussen die groepen. Tot op zekere hoogte is het soms overigens een toevalligheid of men de tbs in gaat dan wel gevangenisstraf krijgt opgelegd. "Een toevalligheid" is misschien iets te hard gezegd, maar er zitten in ieder geval onzekere factoren in. Het type delict kan hetzelfde zijn. Dat moeten wij vaststellen. Als er sprake is van een zeer ernstige stoornis, zal die er in de voorfase van het onderzoek wel uitkomen, maar er blijft een categorie min of meer uit beeld, bijvoorbeeld door ontkenning of door zelf geen rapportage bij de psychiater of psycholoog aan te vragen. Die categorie blijft uit beeld en krijgt dus gewoon gevangenisstraf opgelegd. Ik durf dus niet met zekerheid uit te sluiten dat in de gevangenis in ieder geval een aantal mensen zitten die aan dezelfde kenmerken voldoen als mensen in een tbs-inrichting. Daarbij zie ik even af van de zojuist door de heer Van Marle genoemde categorie met psychosen, de mensen met de echte psychiatrie in engere zin, de echt zieke mensen. Dat is onmiskenbaar aanwezig en dat toont zich dus meteen.

Het is goed om aandacht te besteden aan de categorieën onder de tbs'ers, want wij spreken in categorieën, zoals persoonlijkheidsstoornissen en psychosen. Wij moeten ons echter ook realiseren dat die categorieën door elkaar heen lopen. In een aantal gevallen blijkt dat er sprake is van zowel een psychose als van een persoonlijkheidsstoornis. Vervolgens moeten wij ons ook nog realiseren dat er vaak ook een andere problematiek is, bijvoorbeeld de in de tbs vaak voorkomende verslavingsproblematiek. Je ziet heel vaak dat de categorie met een psychose, een persoonlijkheidsstoornis of beide ook het probleem van verslaving heeft. Je kunt de categorieën nog ingewikkelder maken door aandacht te vragen voor de mensen die verstandelijk gehandicapt of licht verstandelijk gehandicapt zijn, met IQ's die lager zijn dan 90 of 80. Ook die categorie is aanzienlijk aanwezig in de tbs. Daarbij moet u ongeveer aan 20% denken. Ik vraag dus heel duidelijk ook aandacht voor de aanwezigheid van de dubbele problematiek. Je kunt de mensen niet zomaar alleen parkeren in het vakje "psychotisch" of in het vakje "persoonlijkheidsgestoord".

De **voorzitter**: Op de rol van het toeval kom ik later bij u terug. Mijnheer Van Marle, wat zeggen de verandering van de populatie en de woorden van de heer Vegter over grotere problemen en de combinatie van verschillende

stoornissen of geestesziekten over de doelstellingen van de tbs? U hebt zojuist de ontwikkeling geschetst van het grote optimisme na de Tweede Wereldoorlog en later van de antipsychiatrie. Wij zitten echter nog steeds met de oorspronkelijke doelstellingen: enerzijds beveiligen en anderzijds behandelen, opdat mensen terug kunnen komen in de maatschappij. Zijn die doelstellingen op zich nog wel adequaat?

De heer **Van Marle**: Ik vind het heel bijzonder dat de heer Vegter zo goed weet te verwoorden welke psychiatrische categorieën er in de tbs zijn. Het is kenmerkend voor de Nederlandse tbs dat wederzijds veel kennis bestaat over elkaars vakgebied: bij de heer Vegter over mijn vakgebied en bij mij over zijn vakgebied. Enerzijds is het mooi aan de tbs dat de Utrechtse school – juristen en psychiaters samen – in de bres sprongen voor de gestoorde delinquent. Anderzijds is het grote probleem van de tbs op dit moment dat zij een kluwen is geworden waarbij de onderlinge verhoudingen en de kennis zeer verstrengeld zijn geraakt. 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. Ik wil graag dat de rechters geïnformeerd zijn over de gevaarlijkheid van deze groepen en over de prognoses van de aandoeningen. 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 **voorzitter**: U vindt beveiligen dus het belangrijkste doel.

De heer **Van Marle**: Ja.

De **voorzitter**: U hebt dus geen probleem met de langere behandelduur en het langere verblijf in de tbs.

De heer **Van Marle**: Ook niet met longstay-patiënten.

De **voorzitter**: Dat is ook een fenomeen dat je tegenwoordig ziet. Het feit dat wij in deze situatie zijn geraakt, is echter het resultaat van een aantal onderliggende stromen die u eerder hebt geschetst.

De heer **Van Marle**: Ja, maar onderzoek wijst uit dat het optimisme over de tbs, ook in de zin dat je de tbs proportioneel zou kunnen beëindigen als de behandeling niet aanslaat, niet opgaat. Er zijn steeds te veel recidives. Wij kunnen aantonen bij wie de behandeling wel en niet aanslaat en bij wie wel of geen recidive plaatsvindt, maar wij hebben geen reële kans om de recidive terug te brengen naar 0%. Wij kunnen de recidive nu voor de helft terugdringen met moderne risicotaxatiemiddelen, cognitieve gedragstherapie, medicatie en goedgekeurde programma's. Dat is nu, in 2006, de stand van zaken van onze kennis. Wij kunnen het dus nog steeds niet voor 100% voorspellen. Het blijft een waarschijnlijkheid. Wij kunnen nooit optimistisch zeggen dat de tbs een maatregel is waarmee je geen recidives meer krijgt.

De **voorzitter**: Is de recidive in de afgelopen twintig, dertig jaar op zich verminderd? Is daar inzicht in?

De heer **Van Marle**: De recidive is wat verminderd, met name voor de ernstige delicten. Ook het laatste onderzoek van het WODC, uit 2005, heeft dat aangetoond. Als je eerlijk bent, was de recidive in al die jaren echter steeds tussen de 10% en 20% van de uitgestroomde tbs'ers; er blijven natuurlijk een heleboel mensen in de tbs. Daarbij moet worden bedacht dat de aard van de patiënten steeds ernstiger is geworden. Bij de recidive in de periode 1974-1982 ging het ook om een heleboel vermogensdelinquenten, die snel recidiveren. Dat is echter minder ernstig dan recidive van ernstig agressieve delinquenten. In de tbs zitten dus gevaarlijkere mensen en wij weten meer. Ik denk dat die combinatie erin slaagt om het recidivepercentage aardig constant te houden. Wij weten meer van moeilijker mensen. Wij hebben dus meer moeite, maar wij kunnen het ook aan. Daardoor blijft de recidive ongeveer constant.

De **voorzitter**: Is er ook een relatie met uw eerdere opmerking dat wij in de gewone geestelijke gezondheidszorg minder snel ingrijpen en dat wij de nieuwe BOPZ hebben, die volgt op de Krankzinnigenwet? Zijn het ingrijpen en corrigeren en het voorkómen van herhaling bij mensen die in de loop van hun leven verder ontspoord zijn, daardoor afgenomen?

De heer **Van Marle**: Ik denk wel dat de instroom vanuit de ggz binnen de forensische psychiatrie is toegenomen.

De **voorzitter**: Maar heb je daardoor ook moeilijker patiënten gekregen? Met andere woorden: iemand bij wie je op z'n twintigste iets vaststelde waaraan je vanwege de huidige setting niet veel kunt doen, komt nu op z'n achtentwintigste na een ernstig agressief delict in de tbs. Is die persoon lastiger behandelbaar omdat niet eerder is ingegrepen en omdat niet eerder ingegrepen kón worden?

De heer **Van Marle**: Dat is zeker waar. Een van de bijwerkingen van de dwangbehandeling in de ggz is dat de patiënt bang wordt voor dwangbehandeling en er dus voor zorgt dat hij ongrijpbaar blijft. Er zijn twee groepen moeilijke patiënten in de tbs: ten eerste deze "langdurige mensen" vanuit de ggz, met recidiverende psychoses en vaak met recidiverend geweld – ook ernstig geweld, met messen en schietpartijen – maar ook met verloedering en drugsgebruik. Dat is een heel moeilijke combinatie. Gelet op de voorgeschiedenis, hoort die groep niet in de tbs thuis. De tweede erg gevaarlijke groep in de tbs wordt gevormd door de mensen met een psychopathie. Dat "predikaat" krijg je als je positief scoort op een psychopathietest. Die mensen zijn in de loop van de geschiedenis in de tbs gekomen, enerzijds vanuit het optimisme en anderzijds omdat de psychiaters en de psychologen binnen de wettelijke kaders voor steeds meer mensen de tbs gaan adviseren: "Zo'n behandeling is goed voor u; wij gaan het proberen". De hele grens tussen "slecht" en "gek", tussen "mad" en "bad", is dus vervaagd. Volgens mij zitten er nu veel meer slechte mensen in de tbs dan er destijds in de tbr zaten. Het is dus verschoven naar slechte en gewetenloze mensen. In de VS heten zij "roofdieren". Zij zijn in de tbs gekomen, terwijl zij eigenlijk de delinquenten waren van dertig jaar geleden.

Die mensen doen natuurlijk een beroep op de tbs als behandeling. Ik denk dat die behandeling weinig kans van slagen heeft. Zij komen nu dus op het conto van de tbs-recidive, terwijl zij vroeger de gevangenis in gingen en bijdroegen aan de recidive vanuit de gevangenis, die vele malen hoger is dan die vanuit de tbs. Zo krijg je dus weer een vervloeiing, waardoor wij niet meer goed weten over wie wij het hebben. Hebben wij het nou over misdadigers of over psychiatrische patiënten? Er moet een waterkering komen, want anders wordt alles op één hoop gegooid en wordt iedereen afgerekend op alles. Dat kan niet.

De **voorzitter**: U hebt het in feite over de vraag wie waar terecht komt: wie komt in de tbs en wie komt in de gevangenis of in andere tussenvormen? Mijnheer Vegter, u sprak eerder over de toevalligheid van wie waarin komt. Dan doelt u waarschijnlijk op het pro justitia-advies over bijvoorbeeld het geestesvermogen van een verdachte. Kunt u daar iets meer over vertellen? Wij zijn daar snel overheen gestapt, maar dat is een cruciale fase in de rechtsgang voor de vraag of iemand tbs krijgt of niet. Hoe komt u op het woord "toeval"?

De heer **Vegter**: Omdat wetenschappelijk onderzoek en een recent proefschrift daar informatie over geven op basis van een aantal van die gevallen. Daar moet meteen bij gezegd worden dat het Ministerie van Justitie op dit moment instrumenten ontwikkelt om er meer structuur in te krijgen. Het gaat natuurlijk gewoon om het verloop van de feiten. Iemand wordt opgepakt terzake van een ernstig delict. De eerste cruciale vraag is natuurlijk of hij erkent dat hij dat delict heeft gepleegd. Ervan uitgaande dat hij het delict heeft gepleegd, kan hij zijn procespositie bepalen. Als hij ontkent het delict gepleegd te hebben, is natuurlijk minder goed met hem over dat strafbare feit te praten. Dat zal in de hele rechtsgang en mogelijk ook in de sanctionering zo blijven. Het gaat hierbij volgens mij niet om zeer ernstige delicten. In een soort tussen-categorie van delicten heb je bij de categorie "ontkenners" echter eerder de kans dat het punt of er een rapportage moet komen, blijft liggen. Je ziet ook lijnen in de verdedigingsstrategie. Soms verzoeken advocaten de rechter-commissaris of de officier van justitie om een rapportage over de persoon te laten uitbrengen. Het kan echter in de verdedigingsstrategie passen om daar juist helemaal geen aandacht aan te besteden. Als je ervan uitgaat dat bij het soort delict de kans op tbs aanwezig is, kan een advocaat daar verschillend mee omgaan. Een van de varianten die dan gekozen wordt, is dat men geen rapportage aanvraagt. Het moet duidelijk zijn dat hier natuurlijk ook herstelmechanismen in zitten. Als in het vooronderzoek geen rapportage heeft plaatsgevonden, kan de rechter ter zitting eventueel ambtshalve zeggen dat er alsnog een rapportage moet komen. Het interessante is dat het onderzoek ook verschillen laat zien tussen de arrondissementen. 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 **voorzitter**: De vraag is dan: in welke gevallen wordt een rapportage gevraagd waarin een psychiater het advies geeft dat de persoon wel of niet toerekeningsvat-

baar is? Dat gebeurt op sommige plaatsen dus wat meer en op sommige plaatsen wat minder.

De heer **Vegter**: Er worden nu criteria ontwikkeld, in feite een beslisboom. Daar kan vervolgens bij aangehangen worden in de zin van: als aan die criteria wordt voldaan, wordt in ieder geval rapportage gevraagd.

De **voorzitter**: Wij hebben het zojuist gehad over de samenwerking tussen psychiatrische en juridische kennis, dus tussen de psychiater en de rechter. Als in zo'n rapportage staat dat de verdachte in een bepaalde mate ontoerekeningsvatbaar is, hoe gaat de rechter daar dan mee om? Hij heeft dat rapport. Staat daarin een onomwonden advies in de zin van: dat moet het zijn? Of zit er een heel eigen weging van de rechter in? Kan hij het naast zich neerleggen en negeren?

De heer **Vegter**: Het rapport bevat veel meer informatie dan alleen het probleem van het toerekenen. Bij gedragswetenschappers zie je verschillende opvattingen over de vraag of zij zich daar überhaupt over moeten uitlaten. Zij zullen zich in ieder geval uitlaten over het terrein waarop zij echt deskundig zijn: is er sprake van een stoornis? De volgende vraag is: is die stoornis zodanig dat die betekenis heeft voor het delict? Dat is de vraag van het toerekenen, de vraag of de verdachte de daad in vrijheid heeft begaan. Dat is een fundament van ons strafrecht. Het is goed om dat even vast te houden; wij gaan immers uit van het vrije handelen. De beslissing over de vraag naar het toerekenen is aan de rechter overgelaten. De rechter wordt daarbij natuurlijk geadviseerd door de gedragsdeskundige. In veel gevallen zal hij die gedragsdeskundige volgen, maar hij is niet gebonden aan die gedragsdeskundige. Het is niet meer dan een advies.

De **voorzitter**: De rechter krijgt dus een psychiatrisch advies. Als daarin staat dat de persoon geheel toerekeningsvatbaar is, komt tbs helemaal niet meer aan de orde.

De heer **Vegter**: Dat klopt.

De **voorzitter**: Welke mogelijkheden heeft de rechter als de verdachte gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar of geheel ontoerekeningsvatbaar is?

De heer **Vegter**: In feite wordt met een vijfpuntenschaal gewerkt. Althans, dat is, als ik het goed begrijp, de Nederlandse standaard. Ook daar is wel discussie over. De vijf punten zijn: "geheel toerekeningsvatbaar", "licht verminderd toerekeningsvatbaar", "verminderd toerekeningsvatbaar", "zwaar ontoerekeningsvatbaar" en "geheel ontoerekeningsvatbaar". Als iemand volledig ontoerekeningsvatbaar is – dat kan het geval zijn bij iemand met een psychotische stoornis, die volledig in een waan een delict begaat – wordt hij ontslagen van rechtsvervolging. Er volgt dan wel een strafbaarverklaring van het feit, maar de dader is niet strafbaar, want hij had geen vrijheid van handelen en is volledig ontoerekeningsvatbaar. Dan heeft de wet eigenlijk nog maar twee mogelijkheden om toch in te grijpen. Er kan plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgelegd. Dat doet de strafrechter dan eigenlijk als vervangende BOPZ-rechter. Dat gebeurt voor één jaar en daarna is het, wat de strafrechter betreft, afgelopen. Het verlengingsregime is dan verder totaal civiel. De andere sanctie die bij "volledig

ontoerekeningsvatbaar" mogelijk is, is de terbeschikkingstelling. De reden voor de invoering daarvan was indertijd dat men vond dat plaatsing voor een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis te weinig garanties bood. Daarom wilde men er een andere maatregel bij hebben, die toen nog "terbeschikkingstelling van de regering" heette.

In de drie tussencategorieën "licht verminderd toerekeningsvatbaar", "verminderd toerekeningsvatbaar" en "sterk toerekeningsvatbaar" is er keuzevrijheid. De rechter kan volstaan met een gevangenisstraf, maar kan ook uit alle andere varianten van strafoplegging kiezen. Hij kan gevangenisstraf dus combineren met terbeschikkingstelling. Van de categorie "licht verminderd toerekeningsvatbaar" zou ik durven zeggen dat dan eigenlijk vrijwel geen terbeschikkingstellingen worden opgelegd. Dan zal de rechter in het algemeen niet voor die variant kiezen.

De voorzitter: U zegt het aan de rechter is om toe te rekenen en dat er een schaal is met vijf gradaties van toerekeningsvatbaarheid. Hebben de rechters om die schaal gevraagd? Is die schaal op verzoek van de rechterlijke macht ontwikkeld om beter te kunnen toerekenen?

De heer Vegter: Nee. Het is overigens een typisch Nederlandse schaal. De verfijning die erin zit, wordt in het buitenland niet gehanteerd. De schaal is ontwikkeld in de psychiatrie en de psychologie, maar daarover heeft wel overleg plaatsgevonden met de rechterlijke macht. De rechterlijke macht vindt dit in het algemeen een hanteerbaar model en kan ermee uit de voeten. De rechter formuleert sowieso de vragen voor de gedragsdeskundige die in feite het kader vormen waarbinnen de gedragsdeskundige zijn onderzoek doet. Er is natuurlijk enig overleg mogelijk over die vragen, want het moeten wel haalbare vragen zijn.

De voorzitter: Mijnheer Van Marle, hoe kijkt u vanuit uw specialisatie en vakgebied als psychiater aan tegen die fijnmazige, typisch Nederlandse schaal? Is dat inderdaad een werkbare schaal? Kunt ook u daarmee uit de voeten?

De heer Van Marle: Ik heb wat dat betreft twee petten op. Enerzijds waardeer ik het strafrecht erg en anderzijds ben ik psychiater. Ik zet die twee petten nu tegelijkertijd op. Het is eigenlijk geen schaal. Het zijn gradaties van toerekeningsvatbaarheid die je moet interpreteren binnen het strafrecht. Er wordt niets aan gemeten. Daarom zeg ik dat het geen schaal is. Ik heb ook geen meter voor de toerekeningsvatbaarheid. Het feit dat er vijf graden zijn, heeft eerder te maken met de praktische uitvoerbaarheid van elke graad: "toerekeningsvatbaar" is de gevangenis, "enigszins verminderd toerekeningsvatbaar" is de gevangenis met eventueel een aanvullende behandeling of een bijzondere voorwaarde, "verminderd toerekeningsvatbaar" is gevangenisstraf plus tbs, "ernstig verminderd toerekeningsvatbaar" is weinig gevangenisstraf plus tbs en "ontoerekeningsvatbaar" is tbs of, in een klein aantal gevallen, een apz op basis van artikel 37. 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 dat zij het hele jaar in de gevangenis hebben moeten doorbrengen.

Gedragskundig is er dus geen sprake van een schaal. Ik vind het terecht dat het gaat om een afweging binnen het strafrecht op grond van juridische motieven, in combinatie met psychiatrische en psychologische motieven. Het is dus niet iets gedragskundigs in de zin dat ik op basis van mijn onderzoek kan zeggen dat ik, rekening houdend met de omstandigheden en bepaalde zaken bij elkaar optelend, uitkom op een bepaalde mate van toerekeningsvatbaarheid. Was het maar zo, want dan hadden wij een echte schaal. In landen waar men veel aan schalen doet, heeft men juist weer geen tbs. Ik weet niet of dat met elkaar te maken heeft.

De voorzitter: Ik wilde u juist vragen hoe uw buitenlandse collega's tegen deze onderverdeling aan kijken.

De heer Van Marle: Mijn buitenlandse collega's in de forensische psychiatrie hebben überhaupt een heel ander rechtssysteem. In het buitenland kent men de bemoeienis vanuit ons rechtssysteem van de minister van Justitie met de tbs niet. Daar gaat de minister van Justitie over justitiële dingen en gaat de minister van Volksgezondheid over de behandeling. Over die tweedeling moeten wij volgens mij doorpraten. In het buitenland kent men natuurlijk veel meer dat mensen voorafgaand aan hun vonnis al naar een apz verdwijnen. Dat is de bekende term "fit to stand trial" ofwel "kan iemand terechtstaan?" Dat komt hier heel sporadisch voor, op basis van artikel 16 Sv. Als ik mij niet vergis, was Menten een van de laatsten die daar aanspraak op heeft gemaakt. Men heeft in het buitenland het probleem van de verminderde toerekeningsvatbaarheid niet zo sterk, omdat de beveiliging en de behandeling – inhoudelijk, dus niet qua maatschappijbeveiliging – twee gescheiden circuits zijn. Behandelaars doen daar gewoon de behandeling en worden gevraagd om die behandeling te doen als er sprake is van de mogelijkheid tot behandeling. Met andere woorden, terbeschikkingstelling in het buitenland bestaat niet. Daar ben je strafrechtelijk verantwoordelijk en dan ga je naar de gevangenis. Of je bent verminderd toerekeningsvatbaar en behandelbaar en dan kom je in een behandelkliniek. Die klinieken zijn trouwens goed vergelijkbaar met onze tbs-klinieken, want het probleem is natuurlijk hetzelfde. Als je ontoerekeningsvatbaar bent, ga je net als hier meteen naar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis zonder tbs of gevangenisstraf.

De voorzitter: U zei net "als er een mogelijkheid is tot behandeling". Betekent dit dat de psychiater kan zeggen dat hij behandeling niet mogelijk acht, dus dat deze persoon wordt niet opgenomen?

De heer Van Marle: Ja. Dan hebben wij het over de discussie "mad or bad". Is dit een slecht mens of is dit een gestoord mens? Zeker in de Angelsaksische landen is het gewoon dat een psychiater zegt dat iets niet tot zijn vakgebied behoort: met een onbehandelbare persoonlijkheidsstoornis kan ik niets, dus in mijn behandelidee horen deze mensen hier niet thuis.

De voorzitter: Ik kijk weer even naar de heer Vegter. De Nederlandse rechter heeft dus een bijzondere bevoegdheid in dezen. Ik kom even terug op uw uitspraak over de rol van het toeval. U hebt gezegd dat de rechter eigentandig kan oordelen over het advies en die vijf vormen van bevoegdheid. Als een rechter het advies krijgt dat een

persoon een stoornis heeft, dan kan hij desondanks besluiten een gevangenisstraf op te leggen en geen tbs of verpleging.

De heer **Vegter**: Zeker. Ik heb net al het geval van licht verminderd toerekeningsvatbaar genoemd. Dan komt er eigenlijk altijd een gevangenisstraf uit. Bij verminderd toerekeningsvatbaar zal er in een groot aantal gevallen ook een gevangenisstraf uitkomen. Het hangt af van het type delict, de aard van de stoornis, het gevaar en de behandelbaarheid. Ik vind het van belang om een opmerking te maken over tbs met dwangverpleging. In de rapportage wordt in het algemeen niet zo ontzettend veel aandacht besteed aan de vraag hoe vatbaar een persoon is voor behandeling. Dat is een wat onzekere factor. Op moment X kan iemand wel vatbaar zijn voor behandeling, maar dat kan twee jaar later anders zijn en andersom. Er zijn allerlei mogelijkheden. De rechter is in het algemeen dan ook niet zo geneigd om die vatbaarheid voor behandeling als een doorslaggevend punt te zien. In wezen is de rechter vooral bezig op het niveau van de veiligheid van de samenleving. Dat criterium staat voorop. De veiligheid van de samenleving is het primaire punt bij de oplegging van de terbeschikkingstelling met dwangverpleging. Als de veiligheid niet in hoge mate eist dat er tbs komt, gaat de rechter naar alternatieven zoeken. Dan kijkt hij ook naar tbs met voorwaarden of een gewone voorwaardelijke veroordeling met als bijzondere voorwaarde behandeling. Een van de punten die de afweging moeilijk maken is dat de keuze tussen tbs en gevangenisstraf betrekkelijk definitief is. Binnen de kaders van de gevangenisstraf zijn de mogelijkheden om behandeling te ondergaan vrij beperkt. Je kunt als gevangenisstrafveroordeelde wel overgeplaatst worden naar een kliniek ter behandeling, maar die wegen zitten zo verstopt dat er feitelijk niet zoveel van komt. Dat moet benadrukt worden: voor zover de veiligheid het niet absoluut eist en er andere mogelijkheden voor behandeling zijn, zal de rechter een afweging maken. Dan zal hij naar beide aspecten kijken en mogelijk kiezen voor een alternatief voor tbs met dwangverpleging.

De **voorzitter**: Proef ik bij u een voorkeur voor vormen van behandeling zodra het mogelijk is?

De heer **Vegter**: Laten wij vooropstellen wat wij willen. Ik dacht dat de Nederlandse regelgeving ook zo in elkaar zit. Wij willen recidive beperken. Dat is het doel van het strafrechtelijk ingrijpen. Wij weten natuurlijk dat het opleggen van detentie en het ondergaan van gevangenisstraf de recidive in het algemeen niet dempt. Integendeel, de kans dat je nog een strafbaar feit begaat als je een gevangenisstraf hebt ondergaan, is groter dan wanneer je geen gevangenisstraf hebt ondergaan. Als er vatbaarheid voor behandeling is, dan moet de rechter ernaar kijken. Uiteindelijk zal hij de samenleving daar ook een dienst mee bewijzen. Het punt is wel dat er ook straf opgelegd zal moeten worden vanuit een vergeldingsperspectief. Vanuit een oogpunt van generale preventie wil de samenleving dat. Het andere aspect is echter heel wezenlijk, omdat het op de langere termijn veel functioneler is.

De **voorzitter**: Als iemand toerekeningsvatbaar is, heeft de rechter dat instrument niet meer.

De heer **Vegter**: Dan heeft hij niet het instrument van tbs met dwangverpleging, maar dan blijven er in de wettelijke structuur nog wel mogelijkheden bestaan. Ik zeg uitdrukkelijk "in de wettelijke structuur" omdat de uitvoerbaarheid daarvan niet altijd heel eenvoudig is. In de wettelijke structuur kan de rechter een voorwaardelijke straf opleggen met als bijzondere voorwaarde poliklinische behandeling of zelfs – dat laat de wet toe – opname in een kliniek voor een maximum van de duur van de proeftijd. Dat is twee jaar. Daar zit dus wel een grens aan. Als de rechter niet voor tbs met dwangverpleging kiest, wil dat niet zeggen dat er geen behandeling mogelijk is. Als mensen vatbaar zijn voor behandeling of als het noodzakelijk is om mensen te behandelen, dan spreekt het vanzelf dat er in een veel eerder stadium, dus voordat de rechter eraan te pas komt, begonnen wordt met het opbouwen van dat traject. Ik wijs er maar op dat er in het kader van de schorsing van de voorlopige hechtenis, van het voorarrest, allerlei mogelijkheden zijn om mensen in een kliniek op te nemen.

De **voorzitter**: U zei dat de wettelijke mogelijkheden er wel zijn, maar dat de uitvoerbaarheid een probleem is. Waar loopt men tegenaan bij die uitvoerbaarheid?

De heer **Vegter**: De uitvoerbaarheid is een probleem. Wij hebben het dan over de categorie die niet in de gevangenis zit. Dat is natuurlijk een categorie apart. Dat is de categorie die eigenlijk het ggz-circuit in moet. Je zou je kunnen afvragen of je binnen de gevangenis zelf niet wat meer mogelijkheden moet creëren voor behandeling. Het ggz-circuit – laat ik het voorzichtig zeggen – staat in het algemeen niet te dringen om mensen die zich schuldig hebben gemaakt aan strafbare feiten binnen te halen. Voor een deel zijn het ook buitengewoon lastige mensen, die veel tijd en energie opslurpen. In het ggz-circuit hebben ze soms domweg de voorzieningen en de mensen niet om het binnen de perken te houden. Die mensen zijn zo arbeidsintensief. Het zijn lastige mensen, maar zij hoeven niet altijd naar een tbs-kliniek. Als zij voldoende toezicht hebben, kunnen zij redelijk functioneren, maar er is wel enige controle nodig en er moet wel behandeld worden. Zij moeten bijvoorbeeld wel medicatie hebben.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Marle, u had het over veranderingen in de ggz. Heeft dat geleid tot het feit dat die voorzieningen er niet meer zijn?

De heer **Van Marle**: Jazeker, het komt door de deïstitutionalisering. Dat wil zeggen dat de ggz gesloten afdelingen sloot. De ggz wilde de gevaarlijke mensen niet meer hebben, omdat men vond dat dit een zaak voor justitie was. Dat heeft geleid tot het afstoten van bedden, dus echte ruimte. Dat heeft er vervolgens toe geleid dat de deskundigheid op dit gebied binnen tien jaar helemaal weg was. Voor de jaren '80 waren algemeen psychiatrische ziekenhuizen zeer deskundig in het opvangen van moeilijke en agressieve patiënten. Als je die mensen een aantal jaren niet meer hebt, verdwijnt de deskundigheid van de verpleging. De verpleging is nu natuurlijk ook anders opgeleid. Op dit moment is er een achterstand van twintig jaar opgebouwd en als wij er niets aan doen, wordt het dertig jaar.

De **voorzitter**: Dat is een belangrijk probleem, waar ik later nog op terug wil komen. Ik wil eerst nog even terug

naar de capaciteitsproblemen. Dat is ook een probleem bij de uitvoerbaarheid. U zei dat er per jaar een oude tbs-kliniek bij komt.

De heer **Van Marle**: Ja, er komen zo'n 120 ter beschikking gestelden per jaar bij. Vroeger had een ideale tbs-kliniek 88 bedden.

De **voorzitter**: Dat leidt tot een ontzettend capaciteitsprobleem. Hoe wordt dat opgelost? De mensen krijgen een gevangenisstraf en vervolgens moet tbs-verpleging plaatsvinden. Hoe wordt dat opgelost?

De heer **Van Marle**: Er is op verschillende manieren geprobeerd om dat op te lossen. Als eerste gingen doorplaatsingen vanuit het gevangeniswezen naar de tbs-klinieken niet meer door. Twintig of vijfentwintig jaar geleden kwamen moeilijke patiënten uit het gevangeniswezen in de tbs-kliniek terecht om daar verder te worden behandeld. Daar is al helemaal geen ruimte voor. De tbs-klinieken zitten vol met ter beschikking gestelden. Vervolgens probeerden we de doorstroming te veranderen. Toen zijn er op het gebied van de forensische psychiatrische klinieken, de fpk's, uitbreidingen gekomen. In Eindhoven had je De Grote Beek, vroeger de rijks-psychiatrische inrichting, de rpi. Dat was ook een vergaarbak van moeilijke patiënten vanuit volksgezondheid. Daar is de eerste fpk in Nederland gekomen. Inmiddels hebben wij er nog één in Assen en één in Amsterdam. Vervolgens zijn er nog fpa's, forensisch psychiatrische afdelingen, gekomen binnen de algemeen psychiatrische ziekenhuizen, in de hoop dat op die manier de ter beschikking gestelden zouden doorstromen naar de ggz. Die waren natuurlijk in no time vol, want de moeilijke patiënten vanuit de ggz kwamen ook in die fpa's. Dat heeft dus niet geleid tot enig succes. Vervolgens hebben wij in 1997 een wetsverandering gehad, de Beginselenwet tbs. De voorwaardelijke beëindiging: de rechter kan drie jaar lang iemand uit de tbs halen en in de maatschappij plaatsen. Het was dus één grote lappendeken. Op dit moment, anno 2006, hebben wij ook de transmurale behandeling. Wij zijn daarmee in 2000 begonnen. Dat wil zeggen dat mensen vanuit de tbs-kliniek in de maatschappij gaan wonen, maar in de tbs-kliniek behandeld worden en werken. Zij krijgen dus te maken met maatschappelijke problemen, zoals burens. Het is dus een echt milieu in plaats van het kunstmatige kliniekmilieu. Zij krijgen wel strikte controle, onverwachte controles thuis, en natuurlijk wordt hun aanwezigheid op het werk verwacht. Dat is de laatste ontwikkeling die wij binnen de forensische psychiatrie hebben aangebracht volgens de lijnen van de wetenschap. De behandeltechniek is alleen gegarandeerd niet waterdicht. Collega Vegter kwam net met een verhaal over al die vertakkingen. Toen vroeg ik mij af of wij niet eens moeten doordenken voor wie de terbeschikkingstelling nu eigenlijk is. Wie zou je die terbeschikkingstelling moeten aanbieden? De tbs is in principe dwangverpleging. Ik kan mij heel goed voorstellen dat je speciaal personeel nodig hebt om deze moeilijke, agressieve, onvoorspelbare seksueel en lichamenlijk gewelddadige mensen te beheersen. Dat is sowieso al een tak van sport die ik forensische psychiatrie wil noemen. Daarnaast is er de behandelgroep. Daar moeten de mensen heen die te behandelen zijn. In artikel 37a zitten gedragskundig heel moeilijke zaken,

die psychiatrisch gezien eigenlijk niet te vertalen zijn. Voor de tbs moet je een ernstig delict hebben gepleegd met een stoornis ten tijde van het delict. Dat is soms heel moeilijk te bepalen. Ten tijde van is niet alleen een tijdsfactor. Volgens de Hoge Raad moet er ook iets causaals in zitten. De stoornis moet de oorzaak zijn van het delict in meer of mindere mate. Gedragskundig is dat al heel moeilijk. Als er geen oorzaak is, kom je niet in de tbs. Dat hebben een paar ernstige zaken ons wel geleerd. Er gingen mensen naar de gevangenis omdat er geen verband was tussen hun stoornis en het delict. Aan de andere kant staat er heel duidelijk in de wet dat het delict moet voortkomen uit een stoornis en dat die stoornis eventueel behandeld kan worden, zodat het delict zich niet meer voordoet. Je ziet een verwatering van het gevaarscriterium, ook vanwege moderne risicotaxatie. Mensen zijn ook gevaarlijk omdat zij in een slechte buurt wonen, omdat zij asociale ouders hebben gehad of geen werk. Het gevaarscriterium is dus uitgebreid. In het begin, tachtig jaar geleden, zeiden wij dat de stoornis aanleiding moest geven tot het delict. Nu zitten er in het gevaarscriterium al sociale en criminologische factoren. Artikel 37a heeft dus een aanzuigende werking gehad. Daarop moeten wij ons bezinnen. Wij zijn juridisch weliswaar goed bezig. Nogmaals, mijn hart gaat uit naar de rechtsgeleerdheid. Ik vind alleen dat wij over het gedragskundige aspect nog eens goed moeten nadenken. U als Tweede Kamer zegt bijvoorbeeld dat recidive cijfers zijn en dat gedragskunde meten en weten is. Dat is wat anders dan de toeleiding die via een juridische factor gaat. Ik denk dat wij daar een goed onderscheid in moeten maken.

De **voorzitter**: Om een stapje verder te gaan. U zei dat de belangrijkste, de overkoepelende doelstelling veiligheid is. U schetst een ontwikkeling, waarbij steeds meer mensen met steeds meer diverse stoornissen tbs krijgen. Je loopt alleen tegen het probleem van effectiviteit op, want niet iedereen is te behandelen.

De heer **Van Marle**: Precies.

De **voorzitter**: Begrijp ik het goed dat u zegt dat u meer mogelijkheden moet hebben? U schetst een hele reeks oplossingen. U schetst niet alleen fysieke voorzieningen, maar ook wettelijke voorzieningen die daar beter op aansluiten.

De heer **Van Marle**: Als wij duidelijk stellen wat rechtsgeleerdheid is en wat forensische psychiatrie, dan zou ik er zeker voor zijn dat wij wettelijk gezien duidelijke oplossingen vinden die aansluiten bij mijn visie op behandeling als forensisch psychiater. Dan praat ik natuurlijk ook namens mijn collega's. Neem bijvoorbeeld de voorwaardelijke beëindiging van de tbs. Die termijn van drie jaar is mooi, want die sluit mooi aan bij het Nederlandse rechtssysteem. Wij hebben overal blokjes van drie jaar en van zes jaar. Ik ben forensisch psychiater. Mijn probleem is een impulsieve jonge man met woede-uitbarstingen of een doortrapte seksueel delinquent. Ik moet op basis van mijn deskundigheid kunnen zeggen dat ik die mensen tien of in sommige gevallen vijftien jaar moet controleren. Mensen zeggen misschien dat de eerste drie jaar al mooi is, maar dan heb je een pretentie die je niet kunt waarmaken. Het gaat erom dat je deze mensen in de maatschappij houdt

zonder recidive, dus dat je ze geen herhalingsdelicten meer laat plegen. Drie jaar is daar veel te kort voor.

De **voorzitter**: U zegt dat u steeds bezig bent geweest met het zoeken naar oplossingen om de capaciteit te beheersen en dat u nu veel meer zoekt naar effectievere oplossingen. U wilt dus niet alleen de capaciteit beheersen en met pseudo-oplossingen komen. U wilt op een effectievere manier kunnen ingrijpen als het fout gaat, als mensen gevaarlijk worden.

De heer **Van Marle**: Ja, maar daar zit ook de crux. Ik ben behandelaar. Ik ben deskundig op het gebied van geestelijk gestoorde delinquenten. Wat ik de maatschappij kan verkopen, is waarschijnlijkheid. Ik verkoop geen zekerheid. Als behandelaar kan ik zeggen dat de kans groot is dat deze man op dit moment profiteert van die behandeling. Dat kan ik zeggen, maar ik kan nooit 100% garanderen dat hij er beter van wordt en geen herhalingsdelicten pleegt. Met mijn wetenschap kan ik zeggen dat je mensen twaalf of vijftien jaar onder controle moet houden. Hij hoeft niet elke dag op de psychoanalytische bank plaats te nemen, maar hij moet zich melden en hij moet werk doen dat te controleren valt. Hij kan verwachten dat er huiszoeking wordt gedaan. Als je dat maar lang genoeg volhoudt, scheidt het veel recidive. Je maakt de maatschappij daardoor echter niet opeens veilig, in die zin dat er geen recidive meer voorkomt. Gedragkunde is waarschijnlijkheid en dat is iets anders dan veiligheid en beveiliging. Je kunt wel klinieken en cellen erbij bouwen en de deur vervolgens op slot doen – binnen is binnen – maar dan moet je wel ieder jaar een tbs-kliniek bouwen.

De **voorzitter**: U onderscheidde veiligheid en waarschijnlijkheid. Dat geeft ons stof tot nadenken. Ik zal nu een kort ogenblik schorsen. Dan vragen wij de heer Van Soeren, psychiater van de FPD in Groningen, en de heer Wolters, officier van justitie in Groningen, erbij. Dan gaan wij over tot het tweede deel van het gesprek.

Het gesprek wordt enkele ogenblikken onderbroken.

De **voorzitter**: Ik heet graag de heren Wolters en Van Soeren welkom. Wij hebben het afgelopen uur een uitvoerig en diepgaand gesprek gehad over de achtergronden van tbs, de historische ontwikkelingen en doelstellingen. U hebt beiden veel ervaring op dat gebied. Wij hebben gesproken over de rol van de rechter, de achtergronden van de patiënten, zowel ten aanzien van de delicten als van de psychiatrische stoornis, de toename van het aantal patiënten en de aangrijpingspunten voor de rechter.

Ik wil het met u eerst over de rechtsgang hebben. De heer Van Marle had het over het causaal verband tussen stoornis en delict dat van belang is voor de toekenning van toerekeningsvatbaarheid. Mijnheer Wolters, wat is uw rol bij een verdachte met een stoornis? Hoe gaat dat in zijn werk?

De heer **Wolters**: Die rol begint al heel vroeg. Als ik wekdienst heb – of piket zoals wij dat noemen – kan ik een melding van de politie krijgen dat iemand zich vreemd gedraagt nadat hij een delict heeft gepleegd. Dat kan voor mij aanleiding zijn, mede gelet op de zwaarte van het delict, om contact op te nemen met de FPD met het verzoek om eens naar deze man of vrouw te kijken en

mij daarna te rapporteren over wat er verder moet gebeuren. In dat vroege stadium kan het al een rol spelen. Vervolgens is er een aantal mogelijkheden. Als de FPD een dubbelrapportage wil, kan het uiteindelijke resultaat op de zitting een tbs-advies zijn. In de regel wordt dit door het openbaar ministerie overgenomen.

De **voorzitter**: De heer Vegter heeft gezegd dat ook het toeval een rol kan spelen.

De heer **Wolters**: Het hangt een beetje van het type delict af. Ik durf te beweren dat naarmate het delict zwaarder is, het toeval een minder grote rol speelt. Bij zedendelicten en levensdelicten is het bij het openbaar ministerie te doen gebruikelijk om de FPD te vragen, een onderzoek in te stellen. Daaronder zit de categorie delicten in de geweldssfeer die net iets minder ernstig zijn, zoals roofovervallen. Daarbij hangt het af van de insteek van de desbetreffende officier van justitie of van de rechtbank of er uiteindelijk wordt gekozen voor een advies door de Forensisch Psychiatrische Dienst. Daar zit een ongewis aspect in.

De **voorzitter**: Wij hebben gehoord dat er een instrument wordt ontwikkeld om hier meer eenheid in te brengen.

De heer **Wolters**: Ik ben lid van de stuurgroep BooG (Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens). De nieuwe werkwijze is inmiddels in een vijftal arrondissementen uitgerold. 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 **voorzitter**: Om wat voor type vragen gaat het?

De heer **Wolters**: Die vragen verschillen naar gelang de instantie die ze moet beantwoorden. Aan de officier van justitie worden geen gedragsmatige vragen gesteld, maar natuurlijk wel aan de FPD. Mij wordt bijvoorbeeld gevraagd welk type delict het betreft. In welke mate is geweld gebruikt? Hoe heeft het geweld zich voltrokken? Dat zijn betrekkelijk eenvoudige vragen waarop de officier het antwoord aangereikt krijgt door de politie. De meer gedragsmatige vragen worden later door de FDP beantwoord.

De **voorzitter**: Uit het systeem rolt dan het advies dat in dit geval een psychiatrisch rapport moet worden opgemaakt.

De heer **Wolters**: Ja, of een psychologisch rapport of beide. Er kan zelfs geadviseerd worden dat een klinische observatie nodig is, bijvoorbeeld in het Pieter Baan Centrum.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Soeren, kunt u schetsen hoe dat verder in zijn werk gaat? Wat komt er bij zo'n rapportage allemaal kijken? Welk type rapportages zijn er?

De heer **Van Soeren**: Er verschillende soorten rapportages: monodisciplinair psychiatrisch of psychologisch, multidisciplinair, tripelrapportages, klinische rapportages in een ggz-kliniek of bijvoorbeeld in het Pieter Baan Centrum.

De **voorzitter**: Dat is nogal wat. Dan moet u beslissen welk type rapportage op de verdachte van toepassing is.

De heer **Van Soeren**: Ja, dat doe je op basis van de as van het delict en de as van de persoonlijkheid. De ernst van het delict is sterk bepalend voor de aard van de rapportage. De ernst van de psychiatrische stoornis is uiteraard ook erg belangrijk. Als je aan tbs denkt, moet er altijd een multidisciplinaire rapportage gemaakt worden. Als de diagnostiek bij de voorgeleiding erg onduidelijk is, kun je kiezen voor opname in een observatiekliniek. Voor een aanvraag op grond van artikel 37 – een strafrechtelijke krankzinnigverklaring – is altijd een multidisciplinair onderzoek noodzakelijk.

De **voorzitter**: Is er bij de allereerste vraag al het vermoeden dat het wel eens met tbs kan eindigen of ligt dat nog helemaal open?

De heer **Van Soeren**: Dat ligt nog open. Alleen bij een zeer ernstig delict kun je eraan denken als er een verband is tussen het delict en de psychiatrische stoornis.

De **voorzitter**: Hoeveel van dit soort rapportages worden er in Nederland per jaar gemaakt?

De heer **Van Soeren**: Er worden zo'n 5000 tot 6000 ambulante rapportages gemaakt. Die worden bemiddeld door de FPD.

De **voorzitter**: Dus in 5000 tot 6000 van de gevallen is er een verdachte die volgens de officier van justitie of de rechter-commissaris nader onderzocht moet worden vanwege twijfel aan zijn geestvermogens. Een aantal van die onderzoeken vindt dus plaats in het Pieter Baan Centrum.

De heer **Van Soeren**: Ja, maar dat laatste is een gering aantal.

De **voorzitter**: Waar moeten wij dan aan denken?

De heer **Van Soeren**: 150. Nee, inmiddels zijn het er 220.

De **voorzitter**: Kunnen beide types rapportage leiden tot een tbs-advies?

De heer **Van Soeren**: Inderdaad.

De **voorzitter**: Kunt u uitleggen welke overwegingen een rol spelen bij de advisering? Hoe gaat u op grond van uw expertise hiermee om? De rechter besluit op basis daarvan eventueel tot het opleggen van tbs. U moet het causale verband aantonen tussen het delict en de stoornis. Als dat er niet is niet is, is er überhaupt geen sprake van tbs. Is een en ander gestandaardiseerd? Maakt het niet uit waar het advies wordt opgesteld? Gebeurt dat overal op dezelfde manier?

De heer **Van Soeren**: Onderzoek wijst uit dat het wel uitmaakt waar dit gedaan wordt. De FPD heeft zich de afgelopen jaren zeer sterk gemaakt voor de rechtsgelijkheid op dit punt. De dienst streeft ernaar dat overal op dezelfde manier PJ-rapportages gemaakt worden. In Maastricht moet je dezelfde kans hebben om tbs te krijgen als in Amsterdam. Hiertoe worden de pro justitia-rapporteurs speciaal opgeleid en worden de rapportages aan een kwaliteitstoets onderworpen. Daarnaast wordt gestreefd naar een register van rapporteurs en zijn er intervisiebijeenkomsten voor pro justitia-rapporteurs. Zo proberen wij te bereiken dat de rapportages van dezelfde kwaliteit zijn en de rechtsongelijkheid verdwijnt.

De **voorzitter**: Wat staat er in zo'n pro justitia-advies?

De heer **Van Soeren**: Wij streven ernaar dat overal in het land dezelfde vragen gesteld worden. Dat is een van de kwaliteitsslagen die wij gemaakt hebben. Er is de diagnostische vraag wat er met de persoon aan de hand is. Is er sprake van een psychiatrische ziekte of een ziekelijke ontwikkeling van de geestvermogens? Vervolgens wordt gevraagd of die aandoening ook aanwezig was ten tijde van het delict. Die vraag is moeilijk te beantwoorden als je iemand pas lang na het delict onderzoekt. Dan wordt gevraagd of er een verband is tussen de psychiatrische stoornis of de ziekelijke ontwikkeling en het delict. Vervolgens wordt gevraagd of die ziekelijke stoornis de vrijheid van de persoon heeft beïnvloed. Is er sprake van ontoerekeningsvatbaarheid? Dan komt de vraag naar de recidivekans aan de orde en tot slot wordt gevraagd of er een advies is om de recidivekans te beïnvloeden.

De **voorzitter**: Dat advies kan zijn: tbs.

De heer **Van Soeren**: Ja.

De **voorzitter**: Houdt u er rekening mee of de persoon, gezien zijn stoornis, te behandelen is?

De heer **Van Soeren**: Op dit moment is tbs een maatregel ter bescherming van de maatschappij. Er worden wel uitspraken gedaan over behandelbaarheid, maar dat gebeurt niet standaard. Een van de volgende kwaliteitsslagen kan zijn om expliciet naar de behandelbaarheid te kijken. Tevens moet er dan sprake zijn van risicotaxatie.

De **voorzitter**: Er zijn vijf graden van – ik mag het woord "schalen" niet gebruiken – van toerekeningsvatbaarheid. Ik ben geen gedragskundige, maar het is duidelijk dat het geen wiskunde is. Is dat lastig vast te stellen of valt dat mee als je eenmaal goed bent ingewerkt?

De heer **Van Soeren**: In de Nederlandse rechtsomgeving is de vraag essentieel of iemand volledig ontoerekeningsvatbaar is. Alleen dan kan hij vrijgesproken worden van rechtsvervolgning en kan er sprake zijn van artikel 37. De betrokkene wordt dan niet meer vervolgd. Hij heeft geen schuld en krijgt geen straf, maar gaat naar een psychiatrisch ziekenhuis.

De verschillende graden spelen mee bij het bepalen van de strafmaat. Als iemand volledig ontoerekeningsvatbaar is, zal de strafoplegging minder zijn dan in het geval hij licht toerekeningsvatbaar is. Dat zijn de consequenties.

Het gaat overigens niet om een psychiatrisch begrip. De psychiater maakt een inschatting.

De **voorzitter**: Mijnheer Wolters, dan komt het advies bij u terug. Hoe gaat het dan verder?

De heer **Wolters**: Ik neem een zekere terughoudendheid in acht. Schoenmaker blijf bij je leest. Als de psycholoog en de psychiater een bepaald advies geven met betrekking tot de mate van toerekeningsvatbaarheid en het recidivegevaar, kom ik daar in principe niet aan. Dat neemt niet weg dat het soms op zittingen voorkomt dat deskundigen daarover verschillend denken. Dan zal ik een keuze moeten maken. De deskundige adviseert en de rechtsbank stelt vast. Het gebeurt wel eens dat een deskundige een mate van toerekeningsvatbaarheid aangeeft en dat de rechtbank daarvan afwijkt. Ik heb dat onlangs nog meegemaakt in een vrij geruchtmakende zaak. Ik vernam via-via dat een collega van de desbetreffende psychiater er een kwartslag anders over dacht. Ik heb deze psychiater op de zitting uitgenodigd om dit toe te lichten. Dan kun je kiezen voor een andere mate van toerekeningsvatbaarheid en dat doe ik ook wel eens.

De **voorzitter**: Als u weet dat er tegengestelde meningen zijn, nodigt u de desbetreffende psychiater uit en neemt zijn argumenten mee in uw overwegingen.

De heer **Wolters**: Ja. Voordat ik officier werd, ben ik advocaat geweest. In die tijd paste ik wel eens bewust de strategie toe om andere deskundigen te zoeken om iets tegenover de opinie van bijvoorbeeld het Pieter Baan Centrum te kunnen zetten. Op die manier ontstaat er een keuze voor de rechtbank.

De **voorzitter**: Hoe houdt u als officier van justitie rekening met de zwaarte van het delict versus de stoornis? Een zwaar delict, een geruchtmakende zaak, kan een grote schok in de samenleving teweeg hebben gebracht, maar daarbij kan er sprake zijn van een omvangrijke stoornis. Hoe gaat u om met de spanning tussen beide elementen?

De heer **Wolters**: Dat is een heel lastig punt. Iemand pleegt een buitengewoon ernstig delict dat de samenleving vergaand schokt. Als het advies ontoerekeningsvatbaar luidt, kan ik heel kort zijn over de straf, want dan heeft het OM geen mogelijkheid om een straf te vorderen. Dat kan weerstand oproepen in de samenleving in de trant van: dat is ook wat moois, iemand krijgt alleen tbs met dwangverpleging opgelegd en geen straf. Dat is lastig uit te leggen, maar in de regel volg ik de deskundigen wel. Het wordt natuurlijk anders als er een mate van toerekeningsvatbaarheid is vastgesteld. Bij sterk verminderd toerekeningsvatbaar moet ik er in de strafmaat vergaand rekening mee houden, dus de straf gaat dan in neerwaartse richting. Bij gewoon verminderd toerekeningsvatbaar voel ik meer ruimte om de straf te eisen die ik bij het delict vind passen. Men kan zich voorstellen dat de strafeis bij een levensdelict dan aanmerkelijk hoger uitvalt. Dan doet de combinatie tbs met dwangverpleging er op dat moment even minder toe. In de juridische wereld is daar overigens discussie over. Ooit hadden wij het zwarte ruiter-arrest, waarbij een enorm hoge straf werd gecombineerd met tbs met

dwangverpleging. Tegenwoordig is dat wat gebruikelijker geworden. Daar worden wel vragen over gesteld. Het is omstreden in de juridische wereld, maar geredeneerd vanuit de positie van het openbaar ministerie durf ik te stellen dat bij delicten die de samenleving ernstig schokken een hoge straf wordt geëist.

De **voorzitter**: Om tegemoet te komen aan wat er onder het publiek leeft.

De heer **Wolters**: Voor ons is de wet maatgevend. In de strafeis moeten de volgende elementen verdisconteerd worden: de mate van vergelding, de mate waarin de samenleving is geschokt, het recidivegevaar, de speciale preventie en de generale preventie. Dit proberen wij in alle zorgvuldigheid te doen. Bij feiten die de samenleving ernstig schokken, ga ik met de eis flink hoger zitten.

De **voorzitter**: Hoe staat u in een zaak waarin het advies luidt dat er geen sprake is van ontoerekeningsvatbaarheid, terwijl de verdachte wel een flinke stoornis heeft?

De heer **Wolters**: Dat is een lastig punt. Deze vraag is eigenlijk meer bestemd voor gedragsdeskundigen. Als ik in een rapport lees dat iemand ernstig gestoord is, maar tegelijkertijd volledig toerekeningsvatbaar, dan moet er een goede uitleg zijn, wil ik dat advies volgen. Als iemand volledig toerekeningsvatbaar is, kan ik ook bij heel ernstige delicten geen tbs met dwangverpleging vorderen, terwijl dat juist de maatregel is om de samenleving te beveiligen. Dat is een dilemma. Wil je iemand lang weghouden uit de samenleving, dan moet je een heel hoge straf eisen.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Soeren, hoe zit u als gedragsdeskundige in dit dilemma?

De heer **Van Soeren**: Het is inderdaad een groot dilemma. Er is wel een stoornis, maar die heeft geen verband met het delict. Het gevolg daarvan is dat iemand met een ernstige psychiatrische stoornis langdurig in de gevangenis terecht komt. Dat gebeurt overigens geregeld. Onderzoek wijst uit dat 80% van de Nederlandse gedetineerden een psychiatrische stoornis heeft, inclusief de mensen met een verslavingsproblematiek. 20% van de gedetineerden heeft een andere psychiatrische stoornis. Het gevangenisregime wordt steeds soberder en deze groep gedetineerden komt steeds meer in de problemen.

De **voorzitter**: Ik vraag dit omdat wij het in het vorige gesprek heel voorzichtig hebben gehad over de vraag of het aspect behandelbaarheid een rol moet spelen, mede gelet op de populatie van de tbs-klinieken. Je hoort wel vaker dat daar meer aandacht voor moet zijn.

De heer **Van Soeren**: Dat is een andere kwestie.

De **voorzitter**: Dat weet ik, maar ik heb ook gezegd dat dit voorzichtig aan de orde is gekomen. In het huidige juridische stelsel weegt het niet mee.

De heer **Van Soeren**: Welke kant wilt u belicht hebben: de psychiatrische stoornis in de gevangenis of de behandelbaarheid als criterium voor het opleggen van tbs?

De **voorzitter**: Ik vroeg het omdat de heer Wolters zei: ik ben geen gedragsdeskundige, maar daar zit wel een spanning. Hoe ervaart u die spanning als psychiater?

De heer **Van Soeren**: Als er geen verband tussen het delict en de stoornis is, dan geven wij dat aan. Dan zitten wij niet met een dilemma.

De **voorzitter**: Maar goed, daarmee is het probleem niet verholpen.

De heer **Van Soeren**: Het probleem is inderdaad niet verholpen. De kwestie van de behandelbaarheid is een groot probleem bij tbs. In mijn ressort doe ik de zesjaarsverlengingen, de kwaliteitstoetsing en een aantal rapportages. Je maakt mee dat mensen zes, twaalf of achttien jaar in een tbs-kliniek zitten, maar na afloop van die periode totaal niet veranderd zijn. Zij hebben geen baat gehad bij de behandeling. Het is essentieel dat hiernaar wordt gekeken. Er kan bijvoorbeeld binnen een jaar na de start van de tbs gezien worden of iemand behandeld moet worden of dat er een ander traject gevolgd moet worden. Degenen die niet behandeld kunnen worden, moeten geen behandelplaats blijven bezetten. Die plaatsen moeten vrijkomen voor de mensen bij wie de behandeling wel aanslaat.

De **voorzitter**: Ik zag de heer Wolters nee schudden.

De heer **Wolters**: Bij de oplegging van de tbs-maatregel staat de veiligheid van de samenleving centraal. Daarnaast wordt er wel degelijk gekeken naar het aspect van de behandelbaarheid. Uiteindelijk is het de bedoeling om het recidivegevaar door de behandeling terug te dringen. Bij de oplegging van de tbs is daar nog betrekkelijk weinig over bekend. Om heel eerlijk te zijn, vind ik dat op dat moment ook minder interessant. Ik vind dat een behandelkliniek de mogelijkheid moet krijgen om te kijken hoe ver men kan komen met Jantje of Pietje en dat kan door oplegging van tbs. Ik vind het van groot belang dat die kans wordt geboden. Ik zou het een slechte ontwikkeling vinden als al op voorhand de inschatting wordt gemaakt dat iemand niet behandelbaar is. Dan wordt er ook geen tbs opgelegd. Dat zou de rechterlijke macht ontdoen van een belangrijk instrumentarium.

De **voorzitter**: In het kader van de beveiliging?

De heer **Wolters**: Ja.

De **voorzitter**: Voor het volgende onderwerp, de beëindiging, kijk ik naar de heren Vegter en Van Soeren. Welke elementen spelen daar een rol? Er wordt gezegd dat mensen na zes jaar nog steeds niet opgeschoten zijn. Wat gebeurt er dan na die zes jaar?

De heer **Van Soeren**: Als de recidivekans erg groot is, dan adviseren wij verlenging van de tbs.

De **voorzitter**: Welke instrumenten staan u daarbij tot uw beschikking?

De heer **Van Soeren**: Diagnostiek en risicotaxatie.

De **voorzitter**: Dan kan het gaan om mensen die al zes tot acht jaar in de gevangenis hebben gezeten en daarna nog eens zes jaar in een tbs-kliniek.

De heer **Van Soeren**: Ja.

De **voorzitter**: Ik kijk even naar de heer Vegter. Dan moet de rechter beslissen of die termijn weer verlengd wordt.

De heer **Vegter**: 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. Is het vanuit een veiligheidsperspectief verantwoord om iemand los te laten? Je ziet in een aantal situaties zeer lange terbeschikkingstellingen. De langst zittende in dit land is 43 of 44 jaar ter beschikking gesteld. Dat zal ook niet anders worden. Die categorie neemt toe. Tien jaar geleden kende wij de categorie mensen die op een longstay afdeling komt formeel nog nauwelijks. Nu is dat een behoorlijke categorie van wel 200 personen. Dat is natuurlijk nogal wat. Een van de dingen waarover goed moet worden nagedacht, is wat voor faciliteiten, regime en oplossingen er zijn voor die categorie. Het betekent niet altijd dat die categorie heel acuut delictgevaarlijk is. Als je zo iemand loslaat, betekent dat niet meteen dat hij binnen een week een strafbaar feit pleegt. Er is vaak een opbouw, die soms maanden of jaren kan duren, voordat iemand weer tot een ernstig delict komt. Het gaat bij die categorie mensen ook vaak om het recidivegevaar op de middellange of wat langere termijn. Daarvoor zou je andere voorzieningen kunnen creëren dan longstay afdelingen. Je bent dan dus niet meer aan het behandelen, dat is evident. In wezen ben je – daar hebben wij eerder vanmorgen over gesproken – meer aan het controleren, aan het structureren.

De **voorzitter**: Hoe weegt de rechter het element van proportionaliteit in dat opzicht? Het gaat dan om mensen die zes tot acht jaar in de gevangenis hebben gezeten en dan zes jaar tbs opgelegd krijgen. Wij praten dan over twaalf tot veertien jaar voor een delict waar in eerste instantie niet die termijn voor staat.

De heer **Vegter**: 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. Dan gaat die overgang een heel grote rol spelen. Zijn er garanties dat de mensen goed worden opgevangen? Een beëindiging van een tbs betekent zeker niet altijd dat mensen volledig zelfstandig gaan wonen. Dan

komt het normale voorzieningenniveau weer in beeld. Ook dit soort mensen is soms aangewezen op de RIBW's, het begeleid wonen, of op de ggz. De overgang tussen tbs en ggz en tussen tbs en RIBW is een heel moeizame. Daar is, ook in de juridische structuur, nog wel wat te verbeteren. Het zou naar mijn idee mogelijk moeten zijn om tbs en bijvoorbeeld een BOPZ-machtiging gelijktijdig te laten lopen, zodat er helemaal niets tussen zit en de tbs onmiddellijk kan overgaan in de civiele machtiging. Voor een deel van de mensen is het niveau van stoornis er nog en komt er na de tbs een BOPZ.

De voorzitter: Mijnheer Wolters, hebt u als officier van justitie een rol of een verantwoordelijkheid bij het zoeken naar die overgang? Of is dat uw taak niet?

De heer Wolters: Jawel. Ik ben tbs-officier in Groningen. Dat houdt bijvoorbeeld ook in dat ik bij mensen bij wie de dwangverpleging onder voorwaarden is beëindigd – dus een vorm van beëindiging – driemaandelijks de rapportages bekijk die de reclassering overlegt aan het openbaar ministerie om te bekijken in hoeverre er voortgang is. Daar speelt wel een aantal lastige problemen, moet ik u eerlijk zeggen, bijvoorbeeld dat de termijn van drie jaar op voorhand in de wet vastligt. Het zou prettig zijn als het mogelijk werd om die termijn verder te verlengen. 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 voorzitter: 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 driemaandelijke 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 voorzitter: Voordat ik het woord geef aan mijn medecommissieleden, heb ik een laatste vraag aan de heer Van Marle. Wij hadden het net over het woord "categorie", over een "categorie patiënten". U schetste

een ontwikkeling binnen de tbs waarbij u zei: er zijn mensen die aanvankelijk atypische tbs-patiënten waren, maar die groep is veel groter geworden. Lijkt dit op de categorieën waarover de heer Wolters het heeft?

De heer Van Marle: Die atypische tbs'ers zijn inderdaad een categorie mensen met een psychose die vooral medicamenteus moet worden behandeld en die eigenlijk jaren en jaren onder controle moet blijven staan. Zij krijgen een behandeling en er moet voortdurend worden gecontroleerd of zij die behandeling wel blijven volgen. Dat klopt.

Mevrouw Albayrak: De heer Wolters zegt dat door middel van behandeling van tbs'ers wordt gepoogd om de kans op herhaling zo klein mogelijk te maken. Met die opmerking wil ik terug naar de heer Van Marle, die eerder in het gesprek aangaf dat je, als de behandeling niet aanslaat, toch niet moet stoppen met de tbs. Dat is in feite wat er op dit moment in de longstay gebeurt. Pleit u ervoor om deze groep inderdaad in de tbs-maatregel te houden? Dus dat mensen van wie is aangetoond dat de behandeling niet succesvol is door de stoornis of doordat zij niet meewerken, toch thuishoren in de tbs-maatregel? Of kunt u zich voorstellen dat de rol van het beheersen en het opsluiten wordt overgenomen, bijvoorbeeld door speciale units in gevangenissen?

De heer Van Marle: Tbs is een strafrechtelijke maatregel, die een verpleegdeel heeft in de vorm van dwangverpleging en een behandeldeel. De verpleging – denk aan een verpleegtehuis zonder drempels en dat soort zaken – is voor mensen met agressieve karakters die plotseling agressieve dingen kunnen doen. Die moet je dus goed bewaken. Als dat gaat op basis van een persoonlijkheidsstoornis zoals impulsiviteit, heb je daar een aangepaste omgeving voor nodig. Die mensen kun je niet gewoon in de gevangenis zetten. Het karakter van een gevangenis wordt gekenmerkt door beheersen, veiligheid, routine, soberheid. Deze mensen zijn qua persoonlijkheid te ingewikkeld, te impulsief, om in een detentiesysteem neergezet te worden. Dat vind ik ook tbs. Voor mij is tbs ook een opbergmaatregel voor moeilijk aan te pakken, agressieve delinquenten. Daarnaast heb je in de tbs het behandeldeel: de behandelklinieken, de dure bedden. Die moeten zo efficiënt mogelijk worden benut. Je moet een goede indicatie stellen om te bepalen wie wel en wie niet in die bedden terecht komt. De verpleging binnen de tbs, waar het gaat om mensen die verder niet zijn behandeld, kun je ook wel in een gevangenissetting doen, wat een beetje de teneur is van uw vraag. Je moet die gevangenissetting dan wel veranderen. Dan krijg je toch weer een soort psychiatrisch ziekenhuis dat de tbs voor deze onbehandelbare moeilijke patiënten is.

Mevrouw Albayrak: Stel dat wij ervoor zouden kiezen om de tbs'ers die niet behandelbaar zijn, in de tbs te houden. Is dat volgens u een semi-permanente vorm van opsluiting? Of denkt u: wij kunnen door de jaren heen, als wij het systeem flexibel maken, bijvoorbeeld als er voortschrijdend inzicht in de psychiatrie is, toch iets anders met deze mensen doen? Misschien is dat een reden om ze in de tbs te houden?

De heer **Van Marle**: Dat laatste ben ik helemaal met u eens. Er zijn mensen die niet behandelbaar zijn, maar wel moeilijke patiënten zijn. Die zet je binnen de strafrechtelijke maatregel tbs op een afdeling waar een soort gevangenisachtig, sober klimaat heerst wat de behandeling betreft, maar geschikt is om moeilijke patiënten aan te pakken. Vervolgens kun je altijd kijken of er veranderingen zijn, of er nieuwe medicijnen zijn. Mensen worden ouder. Daardoor worden impulsiviteit en agressiviteit vaak minder. Je kunt dan vervolgens zeggen: bestaat er enig moment waarop zij behandelbaar zijn? Dan kun je ze alsnog behandelen.

Dat geldt eigenlijk ook voor de longstay. Nu wordt gezegd: blijvend gevaarlijk, het zijn mensen die eigenlijk niet meer de maatschappij in kunnen. Maar dat is een mythe; er zitten een heleboel mensen bij die begeleid wel de maatschappij in kunnen, psychiatrisch gezien. Waar we op dit moment bij de longstay op stuiten, is een soort mythe van blijvend gevaarlijke ter beschikking gestelden die er echt niet uit mogen. De praktijk is dat deze mensen aan de hand wel in de richting van het dorp mogen lopen, wel in de richting van beschut wonen kunnen gaan. Je zou het eigenlijk moeten omdopen in longcare of wat dan ook, want psychiatrisch gezien kan het heel goed, mits je controleert. We moeten af van de behandelidee, zeker voor de langere termijn. Het komt neer op controle. Controle is natuurlijk een inbreuk op de privacy, vergt ook dat er dwang wordt toegepast met bepaalde interventies, zoals medicijnen, de plaats waar je woont, de plaats waar je werkt. Je moet er dus iets aan privacy voor inleveren. Dat zijn wel flexibele zaken waar je ook gedragsdeskundig wat mee kunt.

Mevrouw **Albayrak**: Eerder in het gesprek gaf u aan dat in de jaren zestig de tbs met voorwaarden populair was en dat er toen mensen waren die misschien eerder in aanmerking hadden moeten komen voor dwangverpleging. Op dit moment zien wij een omgekeerde situatie. Vindt u de tbs met voorwaarden op dit moment onderbenut? Zouden omgekeerd mensen die nu dwangverpleging hebben, eerder in aanmerking hebben moeten komen voor tbs met voorwaarden?

De heer **Van Marle**: Vroeger was er een voorwaardelijke tbr, nu een tbs met voorwaarden. Daar zit een nuanceverschil in. Even terug naar de actualiteit van nu. Op dit moment kan tbs met voorwaarden aan iemand worden opgelegd mits hij of zij het daarmee eens is. Dat is een belangrijke voorwaarde. Als de aspirant-tbs'er zegt dat hij niet wil meewerken, is die mogelijkheid er niet. Hij moet dan ook nog goed bij zijn verstand zijn om ja te kunnen zeggen. Het is terecht dat de Hoge Raad dat wil; als je meewerkt, moet je dat kunnen doen als een competent mens en niet als een verward persoon. Dat is dus een eerste punt. Mensen die zeggen niet te willen meewerken, krijgen geen tbs met voorwaarden.

Het tweede punt – en dat is voor de maatschappij cruciaal – is dat als de tbs met voorwaarden niet lukt doordat de voorwaarden worden geschonden, de persoon binnen een uur in hechtenis moet kunnen worden genomen en uit de maatschappij moet kunnen worden gehaald. Als je dat niet doet, wordt het een wassen neus. Dan krijg je brokken, die er ook al zijn geweest. Iemand schendt de voorwaarden van zijn tbs met voorwaarden, weet dat hij dan in de kraag gevat wordt, dus hangt nog een aantal dagen de beest uit of vlucht weg en is ongrijpbaar. Als je

dat niet goed regelt, heb je een gevaarlijk persoon gecreëerd en maak je het erger dan het is. Je moet dus de mogelijkheid hebben dat de politie iemand in hechtenis neemt, dat de officier van justitie een mandaat geeft voor BOPZ of tbs. Als je dat binnen dezelfde dag niet klaar hebt, is tbs met voorwaarden slechts vragen om problemen.

De heer **Van Soeren**: 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 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 **voorzitter**: U bedoelt een intake voordat de rechterlijke uitspraak is geweest?

De heer **Van Soeren**: Ja, voordat de rechter de uitspraak doet.

De **voorzitter**: Mijnheer Wolters, wat doet de officier van justitie op het moment dat de voorwaarden worden overtreden? Hoe snel kunt u ingrijpen? Ik hoor de heer Van Marle zeggen: zou moeten kunnen.

De heer **Wolters**: Ik kan bij wijze van spreken binnen een uur ingrijpen. Als ik bericht krijg van de reclassering dat een bepaalde ter beschikking gestelde zich op welke wijze dan ook heeft onttrokken aan de behandeling, kan ik de politie opdracht geven om hem aan te houden en kan ik hem binnen 24 uur voorgeleiden aan een rechter-commissaris. Naar mijn idee zit daar niet het probleem van de tbs met voorwaarden of de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging. Waar het probleem wel zit, en dat heeft te maken met een vraag die mevrouw Albayrak stelde, is bij de oplegging. Op het moment dat ik de keuze heb tussen een tbs met voorwaarden en een tbs met dwangverpleging, moet de betrokkene instemmen. Dat lijkt mij duidelijk.

Een ander probleem is dat er een categorie is die eigenlijk een beetje tussen de twee in valt. Dat zijn de mensen die op zichzelf een klinische behandeling nodig hebben, maar eentje die kort of middellang duurt, en dan via allerlei voorzieningen de weg naar de samenleving weer kunnen terugvinden. Om die wat korter durende klinische voorziening te vinden, loop ik tegen de grootst mogelijke problemen op. Allereerst zit ik met het punt van de dubbelrapportage die er in de regel is. Er komt dan een rapport van de dienst van de heer Van Soeren, waarin

beschreven staat dat mijnheer kortdurend of middellang durend in een forensisch psychiatrische kliniek zou moeten worden opgenomen en dat er nog een aantal andere voorwaarden kan worden gesteld. Die rapporten zijn meestal twee of drie dagen voor de zitting klaar, als ik mazzel heb. Dan kan ik in die paar dagen tijd eigenlijk geen goede voorziening of oplossing vinden. Dat intakegesprek bij de forensisch psychiatrische kliniek is dus fysiek bijna niet te regelen. Bovendien hanteren veel fpk's als beleid: eerst maar eens uitspraak van de rechter afwachten, want die legt de tbs met voorwaarden op, en dan kijken wij verder.

Ik kan u een voorbeeld geven uit mijn praktijk van de afgelopen maanden van iemand die drie jaar gevangenisstraf plus tbs met voorwaarden opgelegd kreeg. Na twee jaar gevangenisstraf – want tweederde deel van de straf moet worden uitgezeten – was er nog geen voorziening getroffen in een fpk. Hoe kwam dat? De fpk's hieven de handen in de lucht en zeiden: de FPD-deskundigen kunnen destijds wel hebben geadviseerd dat hij geschikt is voor onze kliniek, maar wij denken daar heel anders over. Dus was het voor mij drie maanden voor de afloopdatum van de gevangenisstraf niet mogelijk om iets te regelen in een fpk. De fpk's wilden hem niet. De man kwam begin januari jl. vrij en is dus zonder enige vorm van behandeling op straat gekomen, behalve een ambulante behandeling. Dan hoef ik u, denk ik, niet te schetsen welk risico de samenleving loopt. Een mogelijke oplossing is dat het openbaar ministerie een aanwijzingsbevoegdheid krijgt voor de psychiatrische ziekenhuizen en fpk's en misschien zelfs voor RIBW's, zodat ik gewoon kan zeggen: jullie nemen hem maar, de deskundigen hebben het destijds geadviseerd. Dan verwijst ik dus naar een type oplossing zoals beschreven in artikel 51 en 10 van de BOPZ. Als officier van justitie met BOPZ in mijn portefeuille heb ik die aanwijzingsbevoegdheid wel. De rechter doet een uitspraak en ik kan tegen een psychiatrisch ziekenhuis zeggen: een rechter heeft zich uitgesproken, u neemt hem maar. De rare situatie doet zich voor dat ik dit bij een tbs met voorwaarden niet kan doen.

Mevrouw **Albayrak**: Zijn dit incidenten of komt het regelmatig voor?

De heer **Wolters**: Ik heb het het afgelopen jaar twee keer meegemaakt.

Mevrouw **Albayrak**: Hebt u er zicht op hoe vaak dit in Nederland in totaal voorkomt?

De heer **Wolters**: Dat heb ik niet, maar ik durf te veronderstellen dat het vaker, veel vaker voorkomt. Dat is dus meteen een dilemma bij de oplegging van een tbs met voorwaarden gecombineerd met een klinisch traject, geadviseerd door de deskundigen. Als ik die zie, heb ik natuurlijk een veel sterkere neiging om een tbs met dwangverpleging te vorderen dan dat ik de grote onzekerheid van de tbs met voorwaarden wil aangaan.

De **voorzitter**: Mijnheer Vegter, ik zie dat u hier ook op wilt reageren.

De heer **Vegter**: Ja. Het landelijk beeld is heel diffuus, denk ik. Dat moet je toch vaststellen. Ook moet je vaststellen dat het aantal tbs'en met voorwaarden beperkt is. In een situatie dat de tbs met voorwaarden mislukt en

er alsnog een omzetting komt, heeft men ook weer de mogelijkheid van appel. Dat concentreert zich in Arnhem. Je ziet daar nogal wat gevallen van mensen die misschien wel willen, maar niet kunnen. Tbs met voorwaarden wordt weinig toegepast en de categorie mislukkingen is groot, zeer groot. Bij tbs met voorwaarden, anders dan de terminologie op het eerste gezicht doet vermoeden, gaat het bijna altijd om klinische behandelingen. Dat zijn allemaal opnamen in een kliniek. De heer Wolters heeft al veel gezegd over hoe moeizaam dat is.

Hij was iets te enthousiast, vond ik even, over het feit dat de officier van justitie kan ingrijpen als de tbs met voorwaarden mislukt. De officier kan inderdaad ingrijpen, maar dat betekent weinig. U moet zich realiseren dat dit betekent dat die mijnheer naar het huis van bewaring gaat en er de eerste twee jaar daarna niets gebeurt aan de behandeling. Dat is het scenario.

De **voorzitter**: Maar in termen van beveiliging is het wel...

De heer **Vegter**: In termen van beveiliging is het in orde, maar in termen van effectiviteit van behandelen is het natuurlijk buitengewoon slecht wat er gebeurt.

De **voorzitter**: Een belangrijk onderscheid.

Mevrouw **Joldersma**: Ik wilde even terug naar een opmerking van de heer Van Marle aan het begin van dit gesprek. Hij zei: de hoofddoelstelling van tbs is eigenlijk de beveiliging, en daarbinnen heb je de behandeling. Het leek erop dat hij bedoelde dat dit ook twee gescheiden circuits konden zijn, waarbij beveiliging onder Justitie valt en behandeling onder Volksgezondheid/VWS. Kunt u ons helderheid verschaffen over wat de behandeling in de tbs eigenlijk inhoudt en hoe behandeling en beveiliging zich tot elkaar verhouden als je het over de verlopen hebt?

De heer **Van Marle**: Terbeschikkingstelling, dat staat al in een heel oude nota, is beveiliging op de korte termijn door iemand gedetineerd te houden en beveiliging op de lange termijn door een behandeling aan te bieden. In feite kun je zeggen dat tbs dwangverpleging is. Iemand wordt gedwongen vastgehouden en kan niet zo maar de maatschappij in. Daarbinnen bestaat de mogelijkheid tot behandeling. Het is dus ook geen dwangbehandeling. In het buitenland ben je, als je bent opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of een tbs-achtige kliniek, direct onderworpen aan dwangbehandeling. Dat kennen wij in Nederland niet. Bij ons kun je behandeling weigeren. Dan blijf je gevaarlijk, dus dan blijf je ook binnen. Binnen de tbs is de behandeling dus optioneel. Mensen kunnen daarvan gebruikmaken, daarvan profiteren. Iedereen wordt om de twee jaar bekeken en berapporteerd door de rechter. Mensen die minder gevaarlijk zijn en steeds minder gevaarlijk worden omdat zij een behandeling volgen, kunnen dan geleidelijk aan weer de straat op, met begeleid verlot, onbegeleid verlot of transmuraal verlot. Degenen die geen gebruikmaken van de behandeling en degenen die worden behandeld maar onbehandelbaar blijven, blijven dus binnen. Je ziet dus dat de deskundigen, in casu de psychiaters en psychologen, de gunstige ontwikkelingen binnen de kliniek eruit moeten halen en dan ook nog moeten gaan extrapoleren en interpreteren hoe het buiten zou zijn. Het is al een hele gedachtetruc om te zeggen: iemand heeft zich aangepast

aan de kliniek, dus hij zal zich ook wel hebben aangepast aan de maatschappij. Dat hebben wij vroeger wel gedacht, maar dat is niet waar. Daarom hebben wij ook transmuraal verlof. Er wordt dus telkens gekozen: kan het wel of kan het niet?

Belangrijk in het onderscheid tussen behandeling en veiligheid is dat je op een gegeven moment zegt: onze minister van Justitie kan niet meer verantwoordelijk zijn voor de behandeling, want dat is zijn vak niet, maar hij is wel verantwoordelijk voor de veiligheid. Met andere woorden: eerst moet de veiligheid zijn gegarandeerd tot het moment dat iemand naar buiten gaat. De behandel-aars moeten daarover gaan, met de mogelijkheid en de waarschijnlijkheid van missers. Dat hoort bij behandeling. Daaraan zijn wij gewend, daarvoor zijn wij opgeleid. Maar het is niet iets voor justitie of voor een minister van Justitie om daarvoor verantwoordelijk te zijn. Je moet dus een soort waterscheiding aanbrengen tussen enerzijds detentie en een acuut gevaar voor de maatschappij en anderzijds het behandelen en de reïntegratie in de maatschappij. Op dit moment gaat dat dwars door het hele Ministerie van Justitie heen, waardoor de minister van Justitie in staat was om vorig jaar opeens alle tbs'ers van verlof terug te roepen. Dat heeft natuurlijk niets met behandeling te maken; het is zelfs raar, ik denk dat je er zelfs tegen in beroep kunt gaan. De vervlochtenheid tussen veiligheid en behandeling is te groot. Ik wil dus graag een waterscheiding tussen verpleging en behan-deling, zodat ieder zijn eigen vak kan uitoefenen. Dan denk ik bijvoorbeeld aan de mental health review tribunal die de Engelsen, Canadezen, Australiërs en Amerikanen hebben, die gewoon een commissie is.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u nog iets meer zeggen over de behandeling? Nu lijkt het alsof er een club mensen is die behandelt en geen rekening houdt met de veiligheid, en iemand die kijkt naar de veiligheid maar geen verstand heeft van behandeling. Wat gebeurt er in de behandeling? Hoe wordt daar rekening gehouden met de beveiliging van de samenleving?

De heer **Van Marle**: Iemand is binnen zolang hij gevaarlijk is voor de maatschappij. Je krijgt dan te maken met het verlofbeleid. Wanneer mag iemand op verlof? Er zijn sociale redenen om op verlof te gaan, omdat het goed is om contact te maken met de maatschappij en met familie. Er wordt behandeld volgens risicoprofielen. Wij hebben risicotaxatie-instrumenten. Daar zit niet veel theorie achter, maar wij weten welke factoren gunstig en ongunstig zijn met betrekking tot de recidivegevaarlijkheid. De "state of the art" van dit moment, dan praat ik over de laatste vijf jaar, is dat wij bij elke verpleegde kijken naar de risicofactoren. Die risicofactoren kunnen bij zijn persoon horen, zoals wanen, hallucinaties en impulsiviteit. Van alle risicotaxatie-instrumenten hebben ongeveer drie factoren te maken met psychiatrische persoonlijke variabelen. De rest betreft sociale en criminologische variabelen. Is er werk? Zijn er bindingen in de maatschappij? Is er motivatie voor behandeling? Is motivatie mogelijk? Hiernaast zijn er natuurlijk ook onveranderlijke dingen, zoals leeftijd bij het eerste delict en het aantal veroordelingen. Daar kun je nooit meer wat aan doen.

Ik moet eerlijkheidshalve zeggen dat de beste risicovoorspellers bestaan uit de risicofactoren waaraan wij niets kunnen doen. Dat is jammer voor het metier, maar ja. De

leeftijd bij het eerste delict, toegepast geweld, variaties in delicten, onbekend slachtoffer... het is allemaal geweest, je kunt er niets aan doen, maar deze factoren vormen voor bijna 80% de voorspellers van goed en kwaad wanneer iemand met verlof gaat. Wij zitten dus binnen een kleine marge. Wij pakken de risicofactoren aan waarop de persoon nog niet goed scoort. Het hebben van werk, een vaste relatie, een hobbyclub en een hond is mooi. Statistisch is dat mooi, maar de statistiek is gemeten aan de mensen die het kunnen houden. Het grote probleem bij onze patiënten is dat je ze een huisje, een relatie, een hond en een voetbalclub geeft, maar dan ziet dat zij de relaties niet kunnen onderhouden. De hond wordt agressief omdat hij verkeerd wordt opgevoed, de relatie loopt gillend het huis uit, het huis raakt verwaarloosd etc. Het is dus een relatieprobleem en niet een factorenprobleem. Het relatieprobleem moet worden ontwikkeld en getest. Daarvoor gaat iemand met verlof. Wij weten in de kliniek niet hoe iemand buiten zal zijn. Daarvoor wordt hij begeleid, krijgt hij begeleid verlof zodat wij kunnen kijken of wij kunnen bijsturen en of de maatschappelijke en criminologische risicofactoren veranderen. Daarvoor is dat verlof nodig. Doe je dat niet, dan kun je eigenlijk geen kant op. Dan kun je alleen zeggen: wij halen iemand uit de kliniek in de maatschap-pij, met natuurlijk alle aanpassingsproblemen en shockeffecten van dien, en gaan het geleidelijk aan proberen. Ik kan dan wel praten over risicofactoren, maar in een op de vijf gevallen zit ik ernaast. Gelukkig hebben wij controle en vangnetten in termen van de reclustering, dus het valt allemaal wel mee. Het is niet zo dat een op de vijf brokken maakt. Wij kunnen bijtijds ingrijpen. Zo gaat het dan meestal goed, gelukkig. Je ziet die een op de vijf gevallen door de jaren heen gemeten steeds terug. Wij hebben moeite met die laatste twintig procent.

Mevrouw **Vos**: Ik heb nog een vraag op dit punt, dat mij vrij cruciaal lijkt. Ik begrijp dat u zegt dat justitie zich vooral met de veiligheid zou moeten bemoeien en dat de behandeling bij de behandel-aars ligt. Stel dat iemand op verlof is en er gaat iets mis. Wat is dan de verantwoorde-lijkheid van justitie? Hoe wilt u dat justitie haar verantwoordelijkheid neemt om ook tijdens het verlof de veiligheid te kunnen waarborgen? Zou u kunnen aangeven hoe de verantwoordelijkheidsverdeling dan ligt tussen justitie enerzijds en de gezondheidszorg en de kliniek anderzijds?

De heer **Van Marle**: Mijn stelling is dus dat justitie daarvoor geen verantwoordelijkheid kan nemen. Het grote probleem als je behandelt, is dat je met waarschijn-lijkheid zit. De minister van Justitie garandeert veiligheid. Je bent veilig of je bent niet veilig. Als wij een beetje veilig willen zijn, is dat prima. Wat ik net heb betoogd, is het volgende. Op het moment dat je wilt gaan behan-delen, ga je risico's lopen. Ik moet mensen inschatten. Ik doe dat met een waarschijnlijkheid, op basis van deskundig-heid waarbij ik weet dat ik mijzelf ook voor de gek kan houden. Ik ga ook meten, ik ga af op mijn deskundigheid en op die van mijn collega's. Maar dat is allemaal waarschijnlijkheid. Als de maatschappij van justitie vraagt: "deze man heeft iets ernstigs gedaan, hij is in handen van justitie, daar heb je deskundigen en dan pas mag hij weer naar buiten toe" dan heb je altijd een toets nodig. Justitie kan die toets niet leveren. Dat is haar vak

niet. Het vak van justitie is beheren, controleren, vasthouden.

Mevrouw **Vos**: U vindt dus enerzijds dat de samenleving verwachtingen heeft van justitie die justitie niet kan waarmaken, en anderzijds dat er duidelijkheid moet komen over de verantwoordelijkheid van justitie en over de verwachtingen die wel kunnen worden waargemaakt.

De heer **Van Marle**: Precies. Dat vraag ik in feite ook aan de Tweede Kamer. Wanneer vindt de Tweede Kamer tbs succesvol en wanneer niet? Ook de maatschappij moet dat zeggen. Wat voor tbs willen wij? Willen wij een tbs met veel longstay patiënten? Als je niet behandelbaar bent en wij zijn bang om ons aan water te branden, tolereren wij niets meer: hup, longstay! Dat is ook weer een mythe, dat longstay gelijk is aan blijvend gevaarlijk en dat de betrokkenen nooit meer naar buiten komen. Dat is helemaal niet waar. Het geldt niet voor iedereen, maar natuurlijk komen deze mensen op een gegeven moment best weer eens buiten. Als hun moeder overlijdt, krijgen zij calamiteitenverlof. "Hij heeft al jarenlang niets gedaan op de longstay afdeling, mag hij niet eens een keer mee op verlof naar het dorp?" Als je als behandelaar ergens wilt werken, is dat je normale tendens. Daar heb je voor geleerd. Anders moet je zeggen: "Longstay? Blijvend delictgevaarlijk? Gewoon bewaarders erop, niks geen behandelaars meer!" Waarom zou je behandelen als iemand niet meer buiten komt? Dat zijn de mythes die je genereert en creëert. Wij willen het, wij moeten het. Longstay is blijvend gevaarlijk en daar doen wij niets meer aan. Dat is dus niet zo, maar de Tweede Kamer en de maatschappij vragen dat blijvend delictgevaarlijken binnen blijven. Maar zij blijven niet binnen. Als je ze binnen houdt, is het geen behandeling meer.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Wolters, u gaf net aan dat u in uw strafeis rekening houdt met de mate waarin de maatschappij geschokt is. Dat kan dus betekenen dat iemand met een ernstige psychiatrische stoornis voor een lange termijn in de gevangenis belandt en dus niet of amper wordt behandeld. Hebt u vanuit de adviezen die u krijgt enig zicht op de effecten die dat heeft op de latere behandeling? Duurt die daardoor langer? Zou de veiligheid van de samenleving daardoor misschien wel negatief beïnvloed kunnen worden?

De heer **Wolters**: Het begint natuurlijk met het advies. Als dat advies een mate van verminderde toerekeningsvatbaarheid plus recidivegevaar inhoudt, heb ik de mogelijkheid om naast een gevangenisstraf een tbs met dwangverpleging te vorderen. Ik doe dat in de regel ook. In de regel wordt dat ook wel geadviseerd. Het lastige punt zit hem bij mensen – ik moet eerlijk zeggen dat ik dat niet zo vaak tegenkom – die wel een stoornis hebben maar toch volledig toerekeningsvatbaar zijn en bij wie ook herhalingsgevaar is. Uiteindelijk is er dan geen ruimte om tbs te vorderen. De wet geeft mij die mogelijkheid dan niet en ik kan het dan ook niet vorderen. De enige mogelijkheid die dan resteert, is het vorderen van een gevangenisstraf. Ik kijk dan allereerst naar de zwaarte van het delict. Die moet maatgevend zijn. De wetgever heeft dat bepaald als zijnde maatgevend en ik neem dat dan ook in acht. Als het iemand is die een andere persoon om het leven heeft gebracht, ga ik bij voorbedachte rade, bij moord, aanmerkelijk hogere eisen dan bij doodslag,

wanneer de voorbedachte rade ontbreekt. Dan is dat maatgevend. Er wordt natuurlijk ook gekeken naar de wijze waarop het delict is gebeurd. De ene manier waarop een moord wordt gepleegd, is natuurlijk vreselijker dan de andere. Dat zijn allemaal factoren die in ons strafmaatoverleg, zoals wij dat noemen, aan de orde komen. Wij zitten als officieren van justitie een middag in de week bij elkaar. Dan bespreken wij de meervoudige strafkamerzaken van die week. Dan spelen dit soort factoren een rol. Het is voor ons natuurlijk handiger en beter wanneer er een duidelijk advies ligt van deskundigen.

Mevrouw **Van Velzen**: Op het moment dat een patiënt slechts gedeeltelijk toerekeningsvatbaar is, kunt u toch eisen dat hij voor een langere termijn de gevangenis in gaat omdat er maatschappelijke commotie is ontstaan door het gepleegde delict?

De heer **Wolters**: Maatschappelijke commotie is voor ons natuurlijk maar een van de factoren. Voor ons begint het met het advies van de deskundigen. Dat is voor ons het belangrijkste. Dat volgen wij in de regel op. Daarnaast speelt de ernst van het feit natuurlijk een rol. Dat kun je ook vertalen als de geschoktheid van de samenleving.

Mevrouw **Van Velzen**: Er is dus een groep patiënten die voordat zij in een tbs-kliniek komen, langdurig zonder behandeling in de gevangenis belanden. Hebt u of de heer Van Soeren enig idee wat de effecten daarvan zijn op de lengte van de behandeling?

De heer **Wolters**: Laat ik daar duidelijk over zijn. Een lange gevangenisstraf die voorafgaat aan een tbs met dwangverpleging zal de behandelbaarheid niet ten goede komen. De persoon in kwestie wordt jaren ouder. Het is bijna een feit van algemene bekendheid dat naarmate mensen ouder worden, de stoornis zich dieper invreet in de persoonlijkheid en dus de behandeling ook lastig wordt. Voor mij is behandelbaarheid echter niet de enige factor om een eis te formuleren. Ook de vergelding, de geschoktheid van de samenleving en de speciale en generale preventie zijn factoren waarmee ik rekening moet houden. Behandelbaarheid is daar maar een van.

Mevrouw **Albayrak**: Waaraan meet u als officier van justitie de geschoktheid van de samenleving af? Waaruit blijkt die geschoktheid voor u?

De heer **Wolters**: Allereerst gaat het om de vraag met welke straf het desbetreffende feit in het Wetboek van Strafrecht wordt beschreven. Een twaalfjaarsfeit is een feit waarvoor iemand in voorlopige hechtenis kan, omdat de samenleving geschokt is. Zo staat het gewoon in de wet. Dat is een aspect dat ik meeneem in mijn beoordeling. Het is niet een kwestie van een natte vinger in de lucht steken om te bepalen dat de ene bedreiging de samenleving wel schokt en de andere niet. Het kan ook zijn dat een betrekkelijk eenvoudig delict zoveel weerstand en rumoer in de samenleving oproept dat dit toch een factor van belang wordt. Dat nemen wij dan ook mee. Wij zitten daar natuurlijk niet namens onszelf, maar namens de samenleving. Geschoktheid en de mate van publiciteit zijn toch factoren die wij ook meenemen.

De **voorzitter**: Wij komen aan het einde van dit gesprek. U hebt in de afgelopen twee uur een breed scala aan

onderwerpen en invalshoeken vanuit verschillende disciplines naar voren gebracht, waarvoor veel dank. Ik wil u nog de gelegenheid geven om op een aantal dingen te reageren waar dat nog niet mogelijk is geweest, of om punten naar voren te brengen waarnaar wij nog niet hebben gevraagd. Zijn er zaken waarop u nog wilt reageren of die u nog naar voren wilt brengen?

De heer **Wolters**: Ik kreeg eerder wat televisiebeelden mee van het gesprek met mijn geachte collega's. Het ging toen even over de artikel-37-maatregel en de overgang tussen artikel 37 en de BOPZ. Voor mijn praktijk zit daar een lastig aspect, omdat de maatregel ex artikel 37 maar voor een jaar kan worden opgelegd en feitelijk geen verlengingsmogelijkheid kent, zij het dat een verlenging via de weg van de BOPZ kan plaatsvinden. Het probleem is alleen dat daarvoor heel andere criteria gelden. Ik zie in de praktijk nogal eens dat artikel-37'ers na een jaar gewoon buiten komen te staan. Daarbij speelt ook nog eens het probleem dat die mensen soms langdurig in een huis van bewaring hun behandeling afwachten en er van dat jaar behandeling ex artikel 37 maar heel weinig overblijft.

De **voorzitter**: U zegt dat u ze na een jaar weer buiten ziet staan. Aan wat voor mensen en wat voor delicten moet ik dan denken? Ziet u ze na verloop van tijd weer terug voor een ander delict?

De heer **Wolters**: Dat kunnen soms mensen zijn met zeer ernstige delicten, die door deskundigen als volledig ontoerekeningsvatbaar worden gezien. Er is dus geen mogelijkheid om een straf te eisen, behalve een jaar plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Als die behandeling dan niet het gewenste effect sorteert, zie ik deze mensen op termijn soms weer terug.

De **voorzitter**: Met een ander delict?

De heer **Wolters**: Ja.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Van Marle hierop wil reageren.

De heer **Van Marle**: De heer Wolters vertelde net dat hij de tbs met voorwaarden niet nodig had omdat hij goed zaken kan doen via de BOPZ. Is artikel 37 hier dan wel nodig? Kun je niet gewoon via de Wet BOPZ dit soort ontoerekeningsvatbaren meteen laten doorplaatsen in de psychiatrie? Als dat niet zo is, waar liggen dan de weerstanden? Die liggen volgens mij niet in het strafrecht, maar gewoon bij de voorzieningen van de ggz.

De heer **Wolters**: Ik maak het in de praktijk regelmatig mee dat politiemensen mij bellen en zeggen: wij zitten nu toch met een probleem, iemand zet de hele buurt op stelten en pleegt tal van kleine delicten, wij kunnen er helemaal niets mee, laat de ggz-psychiater er eens naar kijken. De ggz-psychiater komt dan op bezoek en zegt: het ligt niet op ons vlak, bij justitie moeten ze zich er maar mee redden, wij zien geen mogelijkheden om hem met dwang op te nemen. Dan zit ik in de praktijk dus met iemand voor wie de ggz-weg, de BOPZ-weg een lastige is gebleken, terwijl de gepleegde delicten dan weer niet ernstig genoeg zijn om hem via het strafrecht aan te pakken, bijvoorbeeld met een voorgeleiding. Dan is het in

de praktijk vaak wachten totdat iemand een zodanig ernstig delict pleegt dat je hem wel kunt aanpakken via de weg van het strafrecht en eventueel tbs. Dat lijkt mij toch niet de bedoeling van het systeem. Er zouden ruimere mogelijkheden moeten zijn om mensen ook in dit stadium aan te pakken.

De **voorzitter**: Dit is een belangrijk punt, maar weest u er gerust op dat de commissie hier ook nog met andere gesprekspartners op terugkomt.

Ik wil u bij dezen zeer hartelijk danken voor uw komst. De heer Van Marle heeft even het woord "mythe" genoemd. Onze opdracht van de Kamer is om niet naar mythes te luisteren maar om duidelijke opdrachten te formuleren waarmee gewerkt kan worden. Ik denk dat u voldoende input hebt geleverd om aan die opdracht te voldoen. Ik wil de heren Van Marle, Vegter, Van Soeren en Wolters hartelijk danken voor hun aanwezigheid en voor hetgeen zij met ons hebben gedeeld.

Sluiting 12.15 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op maandag 13 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Maandag 13 maart 2006

Aanvang 14.00 uur

Gehoord worden mevrouw dr. M.A. Abbenhuis, de heer R. de Bruine en mevrouw A.J.M. van Zeist

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma, mevrouw K. van Velzen en mevrouw M.B. Vos, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heet welkom mevrouw Abbenhuis, hoofd behandeling FPI de Rooyse Wissel, de heer De Bruine, hoofd Longstay FPC Veldzicht, en mevrouw Van Zeist, hoofd behandeling GGz Eindhoven.

Wij hebben vanochtend uitgebreid gesproken over de rechtsgang bij tbs, de rol van de officier van justitie, de rol van de rechter en het wettelijk instrumentarium. Daardoor hebben wij meer zicht gekregen op wat tbs nu is, wat het moet zijn, wat de doelstellingen zijn en hoe de populatie in de afgelopen jaren is veranderd. Bij de veranderingen in de populatie valt te denken aan de aard van de delicten, de patiënten en de stoornis van de patiënten.

Met u willen wij graag verder spreken over de uitvoering van de maatregel. U bent alledrie afkomstig uit de praktijk en heeft veel ervaring opgedaan met behandelen en behandelmethoden.

Mevrouw Van Velzen zal in dit gesprek het voortouw nemen.

Mevrouw Van Velzen: Mevrouw Abbenhuis, de commissie heeft de afgelopen weken verschillende besloten gespreken gevoerd met tbs-patiënten. Kunt u ons een beeld schetsen van de voorgeschiedenis en het delict van de typische tbs-patiënt?

Mevrouw Abbenhuis: Tbs-patiënten hebben vaak een uitgebreide voorgeschiedenis. Dat geldt zowel voor de delicten als de hulpverlening. Zij zijn vaak in een ernstig gestoorde situatie opgevoed. Door de ervaringen die zij tijdens hun opvoeding hebben opgedaan, hebben zij een heel andere blik op de wereld en andere mensen. Daardoor ontwikkelen zij stoornissen. Over het algemeen zijn dat persoonlijkheidsstoornissen. Verder zien wij veel patiënten die lijden aan as-1 stoornissen, mensen met een

psychotische problematiek en mensen die lijden aan stoornissen in het autistiforme spectrum.

Mevrouw Van Velzen: Wat bedoelt u met het autistiforme spectrum?

Mevrouw Abbenhuis: Het zijn mensen die lijden aan autistische stoornissen. Zij zijn heel vaak contactgestoord: zij kunnen sociale signalen niet begrijpen en zelf ook niet de juiste sociale signalen uitzenden. Het spectrum aan delicten is echt enorm breed. Het zijn per definitie delicten waarop een gevangenisstraf staat van vier jaar of meer. Het zijn ernstige en vaak veelsoortige delicten, variërend van diefstal met braak tot moord op meerdere personen en zedendelicten. Het hele denkbare spectrum aan ernstige delicten komt bij ons binnen.

Mevrouw Van Velzen: Uit eerdere gesprekken heb ik begrepen dat patiënten niet per se één stoornis tegelijkertijd hoeven te hebben. Kunt u ons een beeld geven van een patiënt die tegelijkertijd aan verschillende stoornissen lijdt?

Mevrouw Abbenhuis: Dat zijn mensen die zowel aan een psychotische stoornis lijden als aan een persoonlijkheidsstoornis. Het zijn vaak mensen met een lange geschiedenis van antisociaal gedrag. Dat houdt in dat ze zich niet conformeren aan de maatschappelijke normen. Deze mensen hebben sterke wanen zoals het idee dat ze achtervolgd worden of dat de wereld het op hen gemunt heeft. Deze mensen zijn moeilijk behandelbaar omdat zij lijden aan twee typen stoornissen.

Mevrouw Van Velzen: De sessie van vanochtend heeft een duidelijk beeld opgeleverd van de manier waarop iemand een tbs-maatregel opgelegd krijgt. Vervolgens gaan zij naar een van de verschillende type klinieken. U werkt zelf in een particuliere kliniek. Op grond waarvan wordt bepaald welke patiënt in welke kliniek terecht komt?

Mevrouw Abbenhuis: Sinds enkele jaren gaat dat aselekt. Voorheen bepaalde het Meijers Instituut aan de hand van de stoornis van de patiënt in welke kliniek hij het beste geplaatst kon worden. Aselekt plaatsing komt erop neer dat centraal besloten wordt waar een patiënt heen gaat. Klinieken zijn ook minder gespecialiseerd dan vroeger. Het resultaat van deze veranderingen is dat alle

klinieken allemaal ongeveer dezelfde populatie hebben. Slechts een klein aantal klinieken is echt gespecialiseerd, bijvoorbeeld in de opvang van vrouwen of van zwakbegaaft patiënten. Deze laatste groep wordt opgevangen in Hoeve Boschoord.

Mevrouw Van Velzen: Wie is verantwoordelijk voor de centrale toewijzing en hoe loopt de besluitvorming?

Mevrouw Abbenhuis: Hierover wordt beslist door de Landelijke Plaatsingscommissie, waarin vertegenwoordigers zitten van alle klinieken. Deze commissie bepaalt welke kliniek de kortste of de langste wachtlijst heeft. Aan de hand daarvan bepaalt zij waar een patiënt het beste geplaatst kan worden.

Mevrouw Van Velzen: Hoe bepaalt u als hoofdbehandelaar waar een patiënt het beste geplaatst kan worden? Ik vraag u dat, omdat u nu allerlei verschillende typen patiënten krijgt.

Mevrouw Abbenhuis: Het belangrijkste is het type stoornis waaraan de patiënt lijdt. Lijdt hij aan een psychotische stoornis of aan een persoonlijkheidsstoornis? Nieuwe patiënten worden eerst op een opnameafdeling geplaatst. Verder wordt bekeken welk beveiligingskader een patiënt nodig heeft. Als iemand extra beheersgevaarlijk of vluchtgevaarlijk is, wordt hij niet op de opnameafdeling maar op een afdeling voor intensieve zorg geplaatst. In de eerste periode wordt een uitgebreide diagnose opgesteld en bezien welke afdeling het geschiktst is.

Mevrouw Van Velzen: Wie onderzoekt in die eerste periode de patiënt?

Mevrouw Abbenhuis: Dat wordt gedaan door een multidisciplinair team. Het hoofd behandeling stuurt de behandeling. Daarnaast werken wij – dat is niet in iedere kliniek zo geregeld – met een afdeling diagnostiek. Op deze afdeling worden uitgebreide tests afgenomen onder andere met persoonlijkheidsvragenlijsten. Verder leggen de psychotherapeuten, vaktherapeuten en de psychiater hun diagnostische bevindingen naast elkaar. Na drie maanden wordt een indicatie opgesteld en besloten hoe de behandeling eruit zal gaan zien.

Mevrouw Van Velzen: De rechtbanken verwijzen patiënten door naar de klinieken. Mevrouw Van Zeist, u werkte vroeger met een selecte groep patiënten. Wat is het grote verschil met de huidige selecte toewijzing? Was het vroeger bijvoorbeeld gemakkelijker om te bepalen welke behandeling nodig was? Of is de huidige methode beter?

Mevrouw Van Zeist: Vroeger was iedere tbs-kliniek in haar eigen gebiedje gespecialiseerd. Dat werkte best ingewikkeld, omdat het nog niet zo gemakkelijk was om te bepalen welke patiënt waarheen moest. Dat was de reden dat patiënten eerst naar het Meijers Instituut gingen. Daar werden zij zes weken opgenomen en na afloop daarvan werd bepaald waar een patiënt het beste naartoe kon gaan. Daarbij werd geen rekening gehouden met de vraag of die kliniek misschien wel te kampen had met een lange of een korte wachtlijst. De patiënt werd op de wachtlijst

van de uitgekozen kliniek geplaatst. Het is beter om de patiënt die het langst wacht het eerst te plaatsen. Ik vind het wel handig dat dit systeem is afgeschaft en vervangen door een eenvoudiger systeem met slechts een paar criteria. Dat kan best een papieren procedure zijn, gezien de criteria als intelligentieniveau, geslacht en de vraag of het een psychotische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis is. De klinieken bepalen samen wie de langste wachtlijst heeft.

Mevrouw Van Velzen: Heeft u de afgelopen jaar de populatie zien veranderen?

Mevrouw Van Zeist: Mijn eigen ervaringen beperken zich tot de afgelopen acht jaar. Het is echter wel het beeld dat de ernst van de stoornissen en de delicten in de loop van de tijd sterk zijn toegenomen. Er komen veel meer gewone psychiatrische patiënten binnen die in de maatschappij of in de hulpverleningscircuits zijn vastgelopen en tot een delict zijn gekomen. Vroeger hadden wij veel meer te maken met pure persoonlijkheidsstoornissen. Deze groep komt ook het vaakst in de landelijke publiciteit. Iedereen kent de voorbeelden. Er komen dus veel meer gewone psychiatrische patiënten binnen, mensen die je ook in een gewoon psychiatrisch ziekenhuis tegen kunt komen.

Mevrouw Van Velzen: Mevrouw Abbenhuis, hoe ziet de behandeling eruit nadat de patiënt op een specifieke afdeling is geplaatst?

Mevrouw Abbenhuis: Centraal in de behandeling staat de delictbewerking. Dat is een behandeling die is toegespitst op het reduceren van het de recidivefactoren. Je begint met een onderzoek naar de vraag welke factoren hebben bijgedragen aan het delict. Daarvoor werken wij met een gestandaardiseerde procedure, de zogenaamde delictketenprocedure. In deze procedure wordt onder meer onderzocht welke achtergrondfactoren en welke situationele aspecten een rol hebben gespeeld, welke denkfouten een patiënt maakt en welke financiële factoren een rol hebben gespeeld.

Mevrouw Van Velzen: Wat verstaat u onder situationele aspecten?

Mevrouw Abbenhuis: U kunt daarbij denken aan de relatie van de patiënt. Heeft hij ruzie gehad met zijn partner? Wat zijn de specifieke kenmerken van die partner? Al deze aspecten zijn van belang om te begrijpen in welke situatie deze patiënt zijn delict heeft gepleegd. De delictketenprocedure vindt meestal plaats in een groep. Het is aangetoond dat dat het best werkt; mensen leren ook van elkaar. Als je bepaald hebt welke specifieke factoren een rol hebben gespeeld bij het delict van de patiënt, onderzoek je door middel van een andere gestandaardiseerde methode op welk stuk je kunt aangrijpen om te voorkomen dat hij opnieuw een delict zal plegen. Deze procedure duurt enkele jaren. Het heeft zijn tijd nodig. Gaandeweg blijkt of een patiënt in staat is om dusdanig te veranderen dat hij niet meer tot een delict zal komen. Er zijn patiënten van wie je moet vaststellen dat ze zelf geen controle kunnen hebben over hun recidive-reductie. Die controle zal dan van buiten moeten komen. Zo'n patiënt moet in een korset gehesen moeten worden

om te voorkomen dat hij of zij wederom een delict begaat.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe veel tijd is er nodig om te bepalen of iemand het zelfstandig kan of een korset nodig heeft?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat is sterk afhankelijk van de specifieke patiënt. Bij sommige patiënten kun je vrij snel vaststellen dat het in ieder geval langer zal duren dan gemiddeld. Ik denk dan aan ongemotiveerde patiënten of patiënten die hun delict niet erkennen. De behandeling van patiënten die wel gemotiveerd zijn en wel hun delict erkennen, is vaak aanzienlijk korter.

Uit de media kent u ongetwijfeld voorbeelden van patiënten met een psychopathische stoornis. De behandeling van psychopaten is een stuk ingewikkelder. De laatste ontwikkelingen bij de behandeling van deze groep patiënten is gebaseerd op de erkenning van het feit dat zij een intensievere behandeling nodig hebben dan gebruikelijk. Op dit moment is echter nog niet door middel van onderzoek bewezen dat een intensievere behandeling ook echt werkt. Over het algemeen duurt het dus behoorlijk lang voordat je kunt bepalen of een patiënt zelf leert of externe controle behoeft.

Mevrouw **Van Velzen**: Het is dus niet duidelijk of psychopaten wel of niet behandeld kunnen worden?

Mevrouw **Abbenhuis**: Tot op heden is dat niet duidelijk.

Mevrouw **Van Velzen**: En toch worden die mensen behandeld? Wat betekent dat zij op een gegeven moment ook met verlof gaan.

Mevrouw **Abbenhuis**: Ja. Sinds een aantal jaren werken wij met een gestandaardiseerde risicotaxatie. Daarbij maken wij onder meer gebruik van een psychopathie-vragenlijst. Vroeger konden wij nog niet zo goed de mate van psychopathie inschatten. Een aantal van deze patiënten kwam na een langdurig verblijf in de kliniek toch buiten. Tegenwoordig beschikken wij over andere instrumenten, maar dat laat onverlet dat wij niet weten hoe het deze patiënten zal vergaan als ze wel buiten komen. Daarover bestaan nog geen onderzoeksresultaten. Mevrouw De Ruiter heeft wel al het nodige onderzoek gedaan en daaruit is gebleken dat in ieder geval bij een subcategorie van deze patiënten het recidiverisico heel hoog is. In de klinieken en op het ministerie wordt daarmee duidelijk rekening gehouden en deze patiënten zal dan vaak ook geen verlofkader worden toegestaan. In ieder geval wordt het uitgesteld of ingekaderd.

Mevrouw **Van Velzen**: Het verlofkader is een onderdeel van de behandeling. Kunt u ons uitleggen welke verschillende vormen van verlof er zijn en hoe die passen in de behandelingsstrategie?

Mevrouw **Abbenhuis**: Er zijn meerdere vormen van verlof: begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en proefverlof. De eisen van het verlofkader zijn de laatste tijd flink aangehaald. Daarmee zijn wij binnen de kliniek niet zo blij mee.

Het verlofkader verloopt stapsgewijs. Begeleid verlof wordt aangevraagd wanneer hetgeen de patiënt in de behandeling heeft geleerd, in een natuurlijke context moet worden getoetst. Wij willen weten of de patiënt kan

toepassen wat hij of zij geleerd heeft. In het begin gebeurt dat onder begeleiding. Dat begin is overigens heel basaal. Zo bekijken wij of iemand zijn boodschappen kan doen of met de trein kan reizen. Na elke stap wordt bezien of het verantwoord is om de patiënt een volgende stap te laten zetten.

De volgende stap is het onbegeleide verlof. Daartoe wordt nogal eens overgegaan als de patiënt buiten de kliniek werkt. Ook hiermee zijn wij heel voorzichtig. Zo wordt in het begin gebeld naar de werkgever op het moment dat de patiënt de kliniek verlaat. De werkgever belt ons vervolgens terug wanneer de patiënt aangekomen is. Een ander reden voor onbegeleid verlof is het opzetten van een eigen huishouding.

Wanneer een patiënt weer min of meer zelfstandig kan gaan worden, wordt het transmuraal verlof aangevraagd en later het proefverlof. In deze fase wordt ervan uitgegaan dat de patiënt buiten de kliniek woont. De reclassering neemt vanaf dat moment dan ook een belangrijk deel van de begeleiding op zich.

Mevrouw **Van Velzen**: Wie neemt het besluit dat een patiënt gereed is om de stap te zetten naar een nieuwe vorm van verlof? Doet u dat zelfstandig of is het ministerie daar ook bij betrokken?

Mevrouw **Abbenhuis**: De kliniek geeft daartoe de aanzet in het multidisciplinaire team. Dit team beslist of de patiënt zover is dat verlof verantwoord is. Vervolgens wordt een uitgebreide verlofaanvraag opgesteld. Deze aanvraag wordt door een interne commissie getoetst op de vraag of de behandelaars de risico's voldoende hebben afgedekt. In deze verloftoetsingscommissie zitten niet alleen behandelaars, maar ook mensen die niet direct betrokken zijn bij de behandeling. Bij voorkeur zijn dat mensen die helemaal niet betrokken zijn bij de patiënt. Aangetoond is dat dat beter werkt, omdat behandelaars soms blinde vlekken hebben of zaken over het hoofd zien. Als de verloftoetsingscommissie verlof verantwoord vindt, wordt een aanvraag bij het ministerie ingediend. Daar beoordeelt men nogmaals of het verantwoord is. Het is dus in feite een drietrapstoetsing: het multidisciplinaire team, de verloftoetsingscommissie en het ministerie.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoeveel en wat voor mensen begeleiden een patiënt wanneer hij voor het eerst op verlof gaat? Wat gebeurt er binnen de kliniek met de patiënt als er iets mis gaat bij zijn verlof?

Mevrouw **Abbenhuis**: Het verlof wordt uitgebreid voorbereid. In de voorwaarden voor het verlof staat verder dat de sociotherapeuten en het hoofd behandeling op elk moment van het verlof kunnen beslissen dat het toch niet verantwoord is om een patiënt naar buiten te laten gaan. Als er iets mis gaat met een patiënt op de ochtend van zijn eerste verlofdag, wordt hij alsnog binnen gehouden.

Patiënten worden over het algemeen begeleid door sociotherapeuten. Er kan tijdens het begeleide verlof van alles misgaan, maar dat neemt niet weg dat er in het over-, overgrote deel van deze begeleide verloven helemaal niets gebeurt.

Als de patiënt weer terug is in de kliniek, wordt het verlof nabesproken. Daarbij wordt nagegaan of het doel van het verlof is gehaald en of de patiënt het ergens moeilijk mee heeft gehad. Een aan alcohol verslaafde patiënt die in een

winkelstraat een slijterij ziet, langs een café loopt of in de Albert Heijn drank ziet staan, kan het daar moeilijk mee hebben. Met zo iemand wordt daarom uitgebreid nabesproken of hij ergens last van heeft gehad, het wel aankon en of hij iets anders had kunnen doen. Om het begeleide verlof zit dus een hele mantel met toetsingsmomenten om te bepalen of het verlof verantwoord was en of bij een volgend verlof zaken anders moeten worden geregeld. De begeleiding is dus heel uitgebreid.

Mevrouw Van Velzen: Mevrouw Van Zeist, bent u als psychiater ook betrokken bij de beslissing om een patiënt op verlof te gaan?

Mevrouw Van Zeist: Ja.

Mevrouw Van Velzen: Wat betekent een verlof in de praktijk?

Mevrouw Van Zeist: In de praktijk is het heel veel werk om een patiënt op verlof te laten gaan. Voor de verlofaanvraag bestaat een uitgebreid format van het ministerie met zo'n twintig onderwerpen. Gemiddeld moet een behandelaar daarvoor ongeveer zes pagina's tekst schrijven. Vervolgens komt de interne verlofcommissie aan bod. In deze commissie zit ook een psychiater. Hij bestudeert samen met de commissie de aanvraag om te kunnen bepalen of het verlof voor deze patiënt verantwoord is, of het verlof goed is opgebouwd, of alles goed is beantwoord. Ik krijg bijna al mijn aanvragen wel een keer van de commissie terug, omdat er altijd wel inhoudelijke of tekstuele aanmerkingen zijn. Dat kost weer een paar weken werk. Als het mijn eigen patiënt is, moet een andere psychiater ook tekenen. Als het een patiënt is van een van onze psychologen, moet ik als psychiater mijn handtekening onder de verlofaanvraag zetten. Je bent meestal twee maanden onder weg voordat de aanvraag naar het ministerie wordt gestuurd. Als de aanvraag naar het ministerie is verstuurd, is het afhankelijk van de drukte daar hoe lang je op antwoord moet wachten. Er is dus veel administratie aan verbonden, maar het is dan ook een heel zorgvuldig proces. Ik heb daar een dubbel gevoel bij.

Mevrouw Van Velzen: Hoe lang verblijft een patiënt gemiddeld in de kliniek voordat voor het eerst verlof voor hem wordt aangevraagd?

Mevrouw Van Zeist: Dat is heel erg verschillend. Wij hebben psychotische patiënten in onze kliniek die al in de gevangenis goede medicatie hebben gekregen. Daardoor is hun psychose al voor een deel onder controle. Zij kunnen vaak al snel in een traject richting verlof. Een schizofrene patiënt kan soms snel naar een RIBW en dan kun je al met negen maanden een verlofaanvraag indienen. Er zijn ook patiënten bij wie dat na vier jaar nog steeds niet mogelijk is en sommige patiënten kunnen misschien wel nooit met verlof.

Mevrouw Van Velzen: Kent u patiënten die nooit met verlof zijn gegaan?

Mevrouw Van Zeist: Ja.

Mevrouw Van Velzen: Is dat een groot gedeelte van de populatie?

Mevrouw Van Zeist: Nee. Dat is gelukkig geen groot gedeelte. Dat zijn de patiënten voor wie er steeds meer longstay voorzieningen komen. Tot voor kort zaten deze mensen gewoon tussen de andere patiënten.

Mevrouw Van Velzen: Op een gegeven moment concludeert u als psychiater samen met de andere behandelaars dat een patiënt op verlof kan gaan. Hoe lang duurt het dan nog voordat u groen licht van het ministerie krijgt?

Mevrouw Van Zeist: Als alles meezit: drie maanden. Als het tegenzit: een maand of zes.

Mevrouw Van Velzen: In het afgelopen jaar is er veel commotie geweest over ontsnaptingen. Ik begrijp van mevrouw Abbenhuis dat dat aanleiding was om het verlofbeleid aan te scherpen. Duurt het hierdoor ook langer om toestemming te krijgen van het ministerie?

Mevrouw Van Zeist: Wij zijn er vooral zelf langer over gaan doen. Wij hebben namelijk nu die interne verlofcommissies. Het voordeel van deze commissies is wel dat verlofaanvragen die zij hebben goedgekeurd, binnen de afgesproken zes weken terugkomen van het ministerie.

Mevrouw Van Velzen: U steekt zelf meer tijd in de goedkeuringsprocedure?

Mevrouw Van Zeist: Ja, een aantal aanvragen wordt door de interne verlofcommissie afgewezen. Die komen vervolgens niet meer bij het ministerie terecht.

Mevrouw Van Velzen: Was uw eigen procedure in het verleden minder zorgvuldig of werkt u nu te zorgvuldig?

Mevrouw Van Zeist: Ik denk dat de waarheid in het midden ligt. Sommige beslissingen hadden in het verleden zorgvuldiger genomen moeten worden. Het is dan ook goed dat wij nu een multidisciplinaire verlofcommissie hebben. Soms worden er echter ook verlofaanvragen afgewezen, waarvan ik denk dat dat niet terecht is.

Mevrouw Van Velzen: Mevrouw Abbenhuis, hoe beoordeelt u dat?

Mevrouw Abbenhuis: Ik onderken dat het nodig was dat wij nog zorgvuldiger gingen werken dan in het verleden. Soms werken de nieuwe procedures echter ook contra-productief. Mevrouw Van Zeist zegt dat het soms zes maanden duurt voordat verlof wordt toegekend. Ik heb zelf meegemaakt dat dat een jaar duurde. Na de ernstige incidenten van vorig jaar is het beleid zo aangetrokken dat het erg moeilijk is om voor welke patiënt dan ook een verlofaanvraag goedgekeurd te krijgen. Een zorgvuldige toetsing is dus goed en noodzakelijk, maar de keerzijde daarvan is wel dat patiënten vaak onnodig lang niet naar buiten kunnen om te ervaren hoe het is om wat zij in de kliniek geleerd hebben, buiten de kliniek toe te passen. Ik ben ervan overtuigd dat dat bij sommige mensen contraproductief werkt. Patiënten van wie de verlofaanvraag steeds maar weer afgewezen wordt

omdat wij zo streng zijn geworden en het ministerie zo terughoudend, worden een soort hoge-drukketel. Patiënten die uiteindelijk toch naar buiten mogen, zouden wel eens naar buiten kunnen gaan met het idee: ik heb toch niets meer te verliezen, laat ik maar de benen nemen. Dat is mijn persoonlijke mening.

Mevrouw **Van Velzen**: Het verlofbeleid is aangescherpt om de maatschappij veiliger te maken. U bent echter van mening dat het tegendeel wel eens het geval zou kunnen zijn?

Mevrouw **Abbenhuis**: In sommige gevallen. Het verlofbeleid is voor alle patiënten aangescherpt, ook al is maar een kleine categorie patiënten verantwoordelijk voor ernstige incidenten. De andere patiënten lijden daaronder. De instroom en de uitstroom stukt hierdoor nog meer dan al het geval was en dat lijkt mij ook geen goede ontwikkeling. Een redelijk groot aantal patiënten wacht op een behandeling. Wij kunnen die mensen geen plaats aanbieden. Het aantal plaatsen is recentelijk flink uitgebreid, maar de wachtlijsten zijn daardoor niet korter geworden. Dat zijn volgens mij negatieve aspecten van het aangescherpte beleid.

Mevrouw **Van Velzen**: Er komen volgens u dus steeds meer patiënten bij, want u zegt dat er wordt bijgebouwd zonder dat daardoor de wachtlijsten afnemen. Wordt de tbs-maatregel volgens u misschien te snel opgelegd of verandert de maatschappij zo dat er snel meer gevaarlijke delinquenten bij komen?

Mevrouw **Abbenhuis**: De tbs-maatregel wordt vaker opgelegd. Dat is zeker zo, maar het hapert vooral aan de achterdeur. Dat is de belangrijkste reden voor de stagnatie bij de doorstroming. In de gezamenlijke notitie van de tbs-klinieken "De tbs in de middenpositie" staat dan ook terecht dat een aantal patiënten sneller kan doorstromen. Dat zijn – mevrouw Van Zeist noemde ze al – vooral de psychotische patiënten, want deze groep kan na een adequate behandeling veel sneller doorstromen naar de regulier ggz.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer De Bruine, u werkt met een slag patiënten van wie gezegd wordt dat de behandeling niet snel genoeg aanslaat. Wat moeten wij ons voorstellen bij een longstay afdeling? Wat voor patiënten stroomt daar binnen?

De heer **De Bruine**: Onze patiënten zijn afkomstig uit alle groepen. Ik kan niet zeggen dat een longstay patiënt altijd psychopatische of psychiatrische patiënten zijn. Wij zien eigenlijk alle ziektebeelden.

Mevrouw **Van Velzen**: Wanneer wordt besloten dat een patiënt beter op een longstay-afdeling geplaatst kan worden? Wie beoordeelt dat?

De heer **De Bruine**: Dat wordt beoordeeld door een landelijke commissie, het LAP. Zij onderzoeken of een patiënt voldoende behandeld is en of de behandeling wellicht kan worden verbeterd, bijvoorbeeld door de patiënt naar een andere kliniek over te plaatsen of door hem andere medicatie te geven. Als na een aantal jaren blijkt dat dat toch niet lukt, krijgt hij of zij de indicatie long stay. Daar kan jaren overheen gaan. Meestal zijn mensen

minstens zes jaar behandeld. Als de behandeling dan nog niet is aangeslagen, worden ze naar ons overgeplaatst.

Mevrouw **Van Velzen**: Pas na zes jaar constateert men dat de behandeling geen resultaat heeft? Wat is daarvan de oorzaak?

De heer **De Bruine**: Dat kan aan heel veel zaken liggen. Zo kan een patiënt bijvoorbeeld door drugsgebruik een reeks ernstige psychoses dermate defect zijn dat hij niet meer te behandelen is. Dat is natuurlijk een probleem voor een tbs-kliniek, want dan wordt de maatregel steeds maar weer verlengd zonder dat men vooruitgang boekt.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe ziet een afdeling en de dag eruit van mensen die niet meer behandeld kunnen worden?

De heer **De Bruine**: Op Veldzicht proberen wij een dagprogramma samen te stellen dat elementen bevat waardoor mensen zich ondanks alles toch een beetje trots kunnen voelen. Men kan bloemen en groente kweken, voor paarden en andere beesten zorgen. Wij hebben verder een uitgebreid programma voor vaardigheids-trainingen. Al die programma's vinden grotendeels plaats binnen de hekken van Veldzicht. Dat is eigenlijk het enige verschil.

Ons beleid heeft twee belangrijke speerpunten: de zelfstandigheid van mensen binnen de hekken van Veldzicht en de kwaliteit van leven. Wat binnen de hekken van Veldzicht gebeurt, is voor hen namelijk eigenlijk de hele maatschappij. Om de kwaliteit van leven zoveel mogelijk op peil te houden is het belangrijk dat mensen zoveel mogelijk dingen meemaken. De longstay patiënten van Veldzicht werken daarom binnen alle settingen van Veldzicht. Dat wil zeggen: bij de arbeidstherapie, bij de tuinderij, de boerderij, de civiele dienst, de personeels-kantine enzovoort. Wij proberen deze mensen dus nuttige bezigheden aan te bieden om te voorkomen dat ze de rest van hun leven langzaam wegwijnen.

Mevrouw **Van Velzen**: Longstay hoeft niet levenslang te zijn. Wie bepaalt of een patiënt terug een behandeling ingesluisd kan worden?

De heer **De Bruine**: In eerste instantie bepalen wij dat zelf door onze patiënten regelmatig te toetsen. Wij maken daarvoor elke veertien dagen een evaluatierapport op. Verder proberen wij elk jaar met het hele huis te bepalen of een patiënt veranderd is en of het nuttig is om zijn medicatie of dagprogramma te veranderen of om hem een vaardigheidstraining aan te bieden. Verder kijkt het LAP met ons mee en voert de rechtbank elke twee jaar een toetsing uit.

Mevrouw **Van Velzen**: Zijn er al mensen terug gegaan naar een behandelkliniek?

De heer **De Bruine**: Voor zover mij bekend zijn tot nu toe in het hele land twee mensen teruggegaan naar een behandelafdeling. Dat is niet erg veel op een totaal van zo'n zestig longstaypatiënten sinds 1999. Het afgelopen jaar zijn er bij Veldzicht 27 plaatsen bij gekomen. Ik heb verder begrepen dat De Rooyse Wissel ook met een longstay afdeling van twintig patiënten zal beginnen en dat de Pompekliniek haar longstay afdeling met nog eens

zestig patiënten zal uitbreiden. Het wordt dus een grote groep patiënten.

Mevrouw **Van Velzen**: Waarom komen opeens zo veel mensen op een longstayafdeling terecht? Is er in het verleden misschien te lang doorbehandeld?

De heer **De Bruine**: Ik kan u op die vraag geen precies antwoord geven. Het is mijn indruk dat de behandeling van de groep psychiatrische patiënten zo moeizaam verloopt dat een aantal klinieken daarom maar heeft besloten om ze aan te dienen bij het LAP. Dat zijn dus mensen die vaak zonder succes meer dan zes jaar zijn behandeld.

Mevrouw **Van Velzen**: Deze mensen konden niet worden uitgeplaatst. Uit de manier waarop u dat zegt, maak ik op dat u vindt dat ze eigenlijk ergens anders in de maatschappij ondergebracht hadden moeten kunnen worden.

De heer **De Bruine**: De reguliere zorg kan deze groep moeilijk opvangen, omdat deze patiënten niet alleen psychotisch zijn maar vaak een onderliggende psychopathie hebben. Dat is vaak moeilijk beheersbare problematiek. Het personeel van een tbs-kliniek kent volgens mij wel de trucjes die nodig zijn om met deze patiënten om te gaan. Dat is het grote verschil tussen de tbs-kliniek en de ggz.

Ik heb met het oog hierop voorgesteld om te gaan werken met woonhuizen die zich in het midden bevinden tussen de reguliere psychiatrie en de tbs-kliniek. Die huizen moeten bemand worden met personeel dat het kunstje wel beheerst, een soort RIBW, waarbij de R niet voor Regionaal staat maar voor Rijks. De overheid moet die mogelijkheid mijns inziens bieden.

Mevrouw **Van Velzen**: Een rijksproject voor begeleid wonen van moeilijk behandelbare patiënten?

De heer **De Bruine**: Ja. De overgang naar een reguliere instelling is op dit moment namelijk te groot. Het is een groot voordeel voor een tbs-patiënt dat hij na allerlei andere vormen van behandeling in het verleden eindelijk de kans krijgt om gedurende een lange periode van vier tot zes jaar dag in dag uit te worden behandeld. Een behandeling die mogelijk wordt doordat er heel veel personeel, toezicht en zorg is. Die zorg is misschien net iets te veel om een overgang naar een reguliere setting mogelijk te maken. Na een overplaatsing krijgt men minder behandeling en zorg en dat is vaak de oorzaak dat de overplaatsing een mislukking wordt.

Mevrouw **Van Velzen**: Wij spreken nu wel over patiënten die u zelf ook gevaarlijk noemt.

De heer **De Bruine**: Deze patiënten zijn in bepaalde situaties gevaarlijk. Ze zijn dus niet altijd gevaarlijk.

Mevrouw **Van Velzen**: Kunt u misschien nog wat uitweiden over uw ideeën voor begeleid wonen voor mensen met een psychische stoornis die een misdaad hebben begaan?

De heer **De Bruine**: Als deze patiënten stabiel zijn door medicatie, een redelijk dagprogramma kunnen volgen en een normaal dag- en nachtritme hebben, kunnen zij

worden overgeplaatst naar een setting met iets minder beveiliging. De overgang daarnaar is op dit moment te groot. Er is volgens mij daarom een tussenfase nodig in de vorm van een woonhuis met dagelijkse begeleiding door mensen die de patiënten goed kennen, de signalen op kunnen pikken die erop duiden dat het misgaat en op de hoogte zijn van de risicofactoren. Daardoor wordt de overstap iets gemakkelijker dan wanneer de overstap in een keer gemaakt moet worden.

Als de overgang te groot is, krijg je plannen voor proefverlof waarin staat: men mag geen alcohol gebruiken en men mag geen drugs gebruiken. Als een patiënt dat wel doet, ook al is het maar één keer, wordt het proefverlof onmiddellijk ingetrokken en wordt hij teruggeplaatst naar een tbs-kliniek met hele hoge hekken en een heel hoge dagprijs. Dat is niet nodig. Het is mogelijk om het geleidelijker te laten verlopen: een woonhuis, waarin men went aan iets minder aandacht.

Mevrouw **Van Velzen**: Wilt u daarop reageren, mevrouw Abbenhuis?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik sluit mij daarbij aan. Vaak blijkt de "uitstroom", de stap uit de kliniek naar buiten, erg groot; mensen hebben jaren binnengezeten. De stap is zo groot, dat men vaak misschien niet meteen recidiveert, maar terugvalt in druggebruik. Met dat laatste is nog niets gebeurd, maar het is wel een factor die je onder controle moet houden om recidive tegen te gaan. Als mensen vanuit een meer gestructureerd kader als een halfweg-situatie konden oefenen, zou dat zeer helpen. De reguliere psychiatrie is hier minder op ingericht omdat veiligheid daar minder speelt. Dit is inderdaad een specifiek kunstje van de tbs-klinieken. Het zou mooi zijn als we met dergelijke constructies de schotten wat konden weghalen.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe ziet u die overgang naar een half open, minder beveiligd huis voor patiënten die niet goed reageren op behandeling, in gegeven omstandigheden gevaarlijk zijn en langdurig niet meer op verlof zijn gegaan?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dit soort patiënten is in bepaalde situaties gevaarlijk en die situaties kun je onder controle houden. Dat bedoelde ik daarstraks met het externe korset dat eromheen zou moeten. Zo'n huis zou daar goed bij helpen.

Mevrouw **Van Velzen**: Terug naar de groep mensen die in de longstay komt, een groeiende groep. Begint er een beeld te ontstaan van de stoornissen van deze mensen?

De heer **De Bruine**: Zoals net gezegd, wij maken alle stoornissen mee, dus er is geen zekere differentiatie van specifieke longstay patiënten.

Mevrouw **Van Velzen**: Zijn het jonge mensen, of mensen die al zo lang in de kliniek zitten en op leeftijd zijn dat ze daardoor minder goed behandelbaar zijn?

De heer **De Bruine**: De gemiddelde leeftijd in Veldzicht is rond de vijftig jaar; enkele uitzonderingen zijn midden dertig en het gaat door tot eind zeventig. Seniorpatiënten dus, met een aantal uitzonderingen.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe kan het dat iemand op leeftijd nog als gevaarlijk wordt geïndiceerd?

De heer **De Bruine**: In het algemeen gaat het om oudere zwakbegaafde mannen, vaak met als stoornis een voorkeur voor jonge kinderen. De combinatie van die voorkeur met zwakbegaafdheid is moeilijk te behandelen; het is voor die mensen niet leerbaar om een ander leven te leiden. Die voorkeur blijft bestaan tot op zeer hoge leeftijd en dat is een groot probleem.

Mevrouw **Van Zeist**: Ik denk dat deze leeftijdsopbouw ook het gevolg is van het feit dat die longstay voorzieningen nog niet zo lang bestaan. In de tbs-klinieken zaten gewoon al een aantal oudere niet verder behandelbare patiënten, de oudsten vanaf 1960. Die zijn onmiddellijk naar de longstay voorzieningen gegaan. Ik merk dat wij nu patiënten voor longstay indiceren van vijfendertig, soms iets jonger. Ik zie daar ook een inhaalslag.

Mevrouw **Van Velzen**: Is het mogelijk om voor iemand die zo jong is, al te bepalen dat een behandeling later niet zal aanslaan? Hoe lang krijgen die mensen de tijd om te laten zien dat ze behandeld kunnen worden?

Mevrouw **Van Zeist**: Op zich zijn we daar altijd ruim in. Tot een paar jaar geleden hadden we de regel dat mensen zo'n zes jaar behandeld moesten zijn, in twee klinieken. Daar zijn we van teruggekomen, want dat is niet altijd nodig. Nu is er een soort vuistregel van liefst minstens twee jaar in twee verschillende klinieken. In die periode kun je veel zien; je kunt bijvoorbeeld bij schizofrene patiënten zien hoe ze op medicatie reageren, je hebt de tijd om het effectiefste middel te vinden en te bepalen hoe psychotisch ze zijn als ze zijn ingesteld op bepaalde medicatie. We hebben echter ook de hoop dat voor patiënten voor wie nu nog geen adequate medicatie bestaat, over vijf of tien jaar wel iets wordt uitgevonden.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik wil terug naar het begin van de behandeling. Vanochtend hoorden we dat er een groep tbs-patiënten is die eerst een gevangenisstraf uitzitten. Hoeveel van de tbs'ers die u behandelt, komen uit de gevangenis?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat is de grootste groep. Er zijn diverse niveaus in toerekeningsvatbaarheid. Slechts een kleine groep krijgt geen gevangenisstraf omdat ze volledig ontoerekeningsvatbaar is. Die mensen zijn floride psychotisch, van hen was duidelijk dat ze het delict hebben gepleegd in hun psychose. Dat is een kleine groep.

Mevrouw **Van Velzen**: Over hoeveel mensen hebben we het?

Mevrouw **Van Zeist**: Volgens mij loopt dat tegen de veertig procent. Overigens komen die ook uit de gevangenis, omdat ze daar een halfjaar hebben moeten wachten tot er in de kliniek een plek vrijkwam.

Mevrouw **Van Velzen**: Dat is op dit moment de wachttijd?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja.

Mevrouw **Van Velzen**: Kunt u als psychiater het effect van het verblijf in de gevangenis zien? Het zijn immers patiënten, mensen van wie de rechter heeft gezegd dat ze moeten worden behandeld. In de gevangenis ondergaan ze niet of nauwelijks een behandeling. Kunt u in de behandeling het effect merken van zo'n langdurige wachtpriode?

Mevrouw **Van Zeist**: Dat verschilt. Er zijn patiënten die het in de gevangenis slecht hebben getroffen en puur hebben zitten wachten en door de lange wachttijd zeer gefrustreerd zijn geraakt, vaak psychotisch zijn en boos. Je hebt ook patiënten die in de gevangenis beter terecht zijn gekomen en daar in ieder geval zijn ingesteld op medicatie. Die hebben soms een voorsprong. Klinieken kennen nu ook een "preklinische interventie": iedere kliniek heeft in een of twee gevangenissen een klein programma voor mensen die wachten op opname en daarin kunnen patiënten worden ingesteld op medicatie, ze kunnen worden voorgelicht en gediagnosticeerd. Dat is niet zo effectief als wanneer de patiënt al in de kliniek zou zijn, maar ze doen in ieder geval meer dan alleen maar wachten in de gevangenis.

Mevrouw **Van Velzen**: Zijn er in de gevangenissen dus tbs-patiënten die geen medicatie ontvangen, terwijl zij daar wel baat bij zouden kunnen hebben?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja, helaas zijn die er nog steeds.

Mevrouw **Van Velzen**: Wie neemt het besluit om bepaalde patiënten c.q. gevangenen medicatie te geven? Heeft een kliniek daar invloed op?

Mevrouw **Van Zeist**: Nee, want wij zien die patiënten als aanmelding, één keer. De medicatie en psychiatrische zorg wordt in de gevangenissen door de FPD's geregeld. Het hangt ervan af hoeveel psychiaters in die regio beschikbaar zijn en hoe actief die zijn en de patiënten selecteren die behandeling nodig hebben. Wat ze daar kunnen doen, is beperkt.

Mevrouw **Van Velzen**: De roep om veiligheid is groot, maar patiënten worden in een gevangenis gestopt zonder behandeling. Hoe accordeert dat?

Mevrouw **Van Zeist**: Dat accordeert niet en dat zouden we dus graag anders zien. In het rapport "De tbs in de middenpositie" is dit ook beschreven: we zouden heel graag naar een ander systeem willen. Als iemand een ernstig delict heeft gepleegd, is eigenlijk wel bij de eerste rapportages duidelijk dat er sprake is van een psychiatrische stoornis. Wij vinden dat die patiënt dan gelijk in een kliniek moet worden geplaatst en dat ondertussen het bewijsvoeringsproces moet lopen. Zet die persoon niet gelijk in de gevangenis, want zo'n proces kan lang duren, zet hem alvast in een kliniek en laat de behandeling beginnen.

Mevrouw **Van Velzen**: Het gaat om een aanzienlijke groep. Heeft u enig idee wat de gemiddelde gevangenisstraf is die tbs'ers wordt opgelegd en effectief wordt uitgezeten?

Mevrouw **Van Zeist**: Dat wisselt sterk. Psychotici krijgen in het algemeen geen gevangenisstraf, dat is zo'n veertig

procent van de tbs-groep. Voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis varieert het van een à twee jaar tot extremen van meer dan tien jaar.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik heb begrepen dat in het buitenland verdachten bij wie men een stoornis vermoedt, alvast in een kliniek worden geplaatst. Zou u daar voorstander van zijn? In Nederland gaan meteen de deuren dicht.

Mevrouw **Van Zeist**: Ja, heel duidelijk.

Mevrouw **Van Velzen**: Kunt u beschrijven in welke staat een patiënt uit zijn hechtenis binnenkomt? Ziet u verschillen tussen psychoten die zonder en na gevangenisstraf binnenkomen in termen van behandelingsduur, de tijd tot het eerste verlot, het aanslaan van de behandeling?

Mevrouw **Van Zeist**: Voor ons maakt het geen verschil of mensen in de gevangenis hebben gezeten voor straf of omdat ze op een plek moesten wachten; ze hebben er allemaal enige tijd gezeten. Wel maakt het erg veel verschil of daar al wat met hen kon worden gedaan, of ze zijn ingesteld op medicatie. Anders komen ze erg in de war binnen.

Mevrouw **Van Velzen**: Is er onderzoek gedaan naar de effecten van voorbehandeling?

Mevrouw **Van Zeist**: Nee, er is tot nu toe weinig systematisch onderzoek naar de effectiviteit van een dergelijke voorbehandeling. We hebben wel duidelijk de indruk dat die een positief effect heeft. We beginnen net met het opzetten van uitgebreide systematische onderzoeken.

Mevrouw **Van Velzen**: Mevrouw Van Zeist, u beschreef een groep mensen die eigenlijk eerder uit de gevangenis zou moeten komen. Mevrouw Abbenhuis, u pleitte er juist voor om een bepaalde groep eerder in een gevangenisachtige setting onder te brengen. Klopt dit? Welke groep vindt u eigenlijk niet in een tbs-kliniek thuishoren?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik geef graag eerst een aanvulling op het verhaal van mevrouw Van Zeist. Haar verhaal heeft met name betrekking op de psychotische populatie van onze patiëntgroep, maar voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, die hun straf vaak voor een groot deel uitzitten, vind ik het omwille van puur leertheoretische overwegingen ook niet gunstig dat zij zo lang in het gevang moeten verblijven. Je krijgt zo namelijk mensen binnen die het delict acht tot tien jaar geleden hebben gepleegd. Wij moeten dan gaan behandelen voor een delict dat al ver in het verleden is weggezaaid. Dat maakt het aanzienlijk ingewikkelder. Ik kan geen cijfers geven over hoeveel het zou schelen in de behandelingsduur, maar omdat het zo lang geleden is, is het in ieder geval veel ingewikkelder te behandelen. Ook voor de persoonlijkheidsgestoorde patiënten zou het dus veel gunstiger zijn als zij in een eerder stadium bij ons in behandeling zouden komen.

Mevrouw **Van Velzen**: Waarom pleitte u voor gevangenis voor een bepaalde groep patiënten?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik ben hoofd behandeling van een intensieve zorgafdeling. Ik merk dat juist mijn afdeling, voor mensen dus die intensieve zorg behoeven, min of meer verstopt raakt met mensen die eerder een intensieve beveiliging behoeven. Ik heb het over patiënten die men lange tijd heeft geprobeerd te behandelen, bij wie behandeling onvoldoende effect heeft gehad, bij wie geen sprake is van psychotische problematiek, maar die zo acuut delictgevaarlijk zijn, zelfs binnen de kliniek, dat zij niet op een normaal beveiligde afdeling kunnen verblijven – laat staan naar buiten kunnen met het eerder besproken “korset”. Dat is jammer, want er zijn voldoende patiënten die onze intensieve zorg behoeven. Ik vind dat deze categorie patiënten, evenals de uiterst ongemotiveerde patiënten, eventueel naar een verblijfsafdeling in de gevangenis kan, zij het met die aantekening dat de kwaliteit van leven moet zijn gewaarborgd; het blijven immers zieke, gestoorde mensen. Het is dus een andere categorie delinquenten dan degenen die volledig toerekeningsvatbaar zijn.

Mevrouw **Van Velzen**: Zegt u nu dat, in het algemeen, de tbs-kliniek een goede plek is voor mensen die meer zorg dan beveiliging nodig hebben, en dat mensen voor wie de nadruk ligt op beveiliging, moeten worden uitgeplaatst om meer plekken te creëren en meer doorstroming mogelijk te maken?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ja, met dien verstande dat er altijd mogelijkheden moeten zijn om terug te stromen in de behandeling als er wel motivatie ontstaat of als de intensieve beveiliging niet meer nodig is.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe zou dit er in de praktijk uitzien? Welk personeel is nodig voor de zorg voor die groep? Is dat personeel al aanwezig?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik heb dit niet precies voor ogen, maar je zou in ieder geval personeel moeten hebben dat gekwalificeerd is om zorg, in de zin van verpleging, te bieden. Ik kan me voorstellen dat daarnaast een categorie personeel is gespecialiseerd in beveiliging. Dit lijkt me voor een deel ook gebouwelijk op te lossen. In ieder geval moet er personeel zijn om zorg te bieden.

Mevrouw **Van Velzen**: Dit was een visie voor de toekomst, terug naar de praktijk van nu. Wat gebeurt er na de behandeling? Wie bepaalt of een tbs'er is uitbehandeld, hoe verloopt die beoordeling in de praktijk?

Mevrouw **Van Zeist**: Het laatste woord over de tbs heeft de rechter. De gang van een tbs-patiënt zoals wij die in de FPK Eindhoven graag zouden zien, is als volgt: van onze klinische afdelingen gaat deze over naar onze forensische woonafdeling, als het daar goed gaat volgt overplaatsing naar een RIBW in het kader van transmuraal verlot; in de RIBW krijgt hij een reclasseringsambtenaar en op een gegeven moment kan transmuraal verlot worden omgezet in proefverlot. In het stoppen van proefverlot zijn wij meestal vrij behoudend, want een van de risicofactoren bij psychotische patiënten is stoppen met medicatiegebruik. Zolang zij in proefverlot zitten, is de reclassering en in tweede instantie de kliniek, de baas over de medicatie. Heel vaak aarzelt de kliniek terecht om die controle op te geven; dat moment willen we graag uitstellen. De controle verdwijnt op het moment dat de

rechter de tbs beëindigt. Het komt voor dat wij zeggen dat de tbs nog moet worden voortgezet met proefverlof, of voorwaardelijk moet worden beëindigd, terwijl de rechter vindt dat die lang genoeg heeft geduurd, zeker als de patiënt gemotiveerd is.

Mevrouw **Van Velzen**: De rechter bepaalt dan dat de tbs niet doorgaat, terwijl u als deskundige vindt dat de patiënt nog niet helemaal klaar is? Betekent dit dat er een extra risico wordt genomen?

Mevrouw **Van Zeist**: Wij vinden van wel.

Mevrouw **Van Velzen**: Over hoeveel mensen hebben we het, op jaarbasis?

Mevrouw **Van Zeist**: Over de controversiële beëindigingen hoor je verschillende getallen: sommigen zeggen zo'n tien procent, anderen hebben het over dertig à veertig procent. Volgens mij ligt dit aantal lager, omdat daarin ook gevallen worden meegenomen waarin een kliniek twee jaar verlenging van de tbs adviseert en een rechtbank daar één jaar van maakt. Dat is geen ramp. Maar in principe beslist de rechter of een tbs wordt beëindigd. Wij als behandelaars vinden dat een eigenaardig kenmerk van het systeem, want een rechter is natuurlijk niet inhoudelijk deskundig; hij beoordeelt de juridische aspecten. Wij zouden het systeem op dat punt graag gewijzigd zien.

Mevrouw **Van Velzen**: U beschreef net de patiënten-uitstroom naar een vorm van begeleid wonen, de RIBW. Ik neem aan dat patiënten ook gebruikmaken van andere uitstroombmogelijkheden. Heeft u zicht op waar ex-tbs'ers belanden?

De heer **De Bruine**: Inderdaad zijn er vele mogelijkheden: Leger des Heils, een stichting de specifieke zorg biedt voor dergelijke patiënten, de ggz, de reguliere zorg.

Mevrouw **Van Velzen**: Kunnen mensen met een verslaving weer in de verslavingszorg belanden?

De heer **De Bruine**: Dat kan uiteraard.

Mevrouw **Van Velzen**: Het komt dus niet voor dat tbs'ers uitstromen die verder geen psychologische begeleiding krijgen?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat komt wel voor, maar dat is echt een kleine groep.

Mevrouw **Van Velzen**: Over hoeveel mensen hebben we het?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik ken geen definitieve getallen, maar in mijn tienjarige carrière heb ik het misschien een keer of vijf meegemaakt dat iemand zonder begeleiding buiten terecht kwam. Dat is afgezien van de contraire beëindigingen, de beëindiging door de rechter tegen het advies van de kliniek: als de termijn van het hoger beroep is verstreken, staat de patiënt gewoon buiten. Als kliniek kun je dan niets meer, je kunt ook niet meer de reclasering inschakelen. Bij maar een kleine groep mensen gaat de behandeling dus zo goed dat zij direct erna geen enkele begeleiding meer hoeven te krijgen.

Mevrouw **Van Velzen**: U had het net over problemen bij de uitstroom: de achterdeur zit dicht. Waar zitten de knelpunten die de uitstroom zo bemoeilijken?

Mevrouw **Abbenhuis**: Nu is een van de knelpunten het aangetrokken verlofkader – maar daarover hebben we het al uitgebreid gehad. Bij de uitstroom naar de reguliere ggz merken we dat daar een zekere drempel bestaat om tbs-patiënten op te nemen. Ik kan me daar zeker iets bij voorstellen, maar ja, daar stopt het wel. Vroeger had je van die mooie paviljoens, waar patiënten desnoods een leven lang konden verblijven in een prikkelarme omgeving. Sinds de zeventiger jaren is de trend anders. Het mag ook allemaal niet zo veel meer kosten; met name de reguliere ggz heeft daar veel last van. De stap van tbs-klinieken naar reguliere ggz is vaak ook erg groot. Hiermee komen we terug op het verhaal van collega De Bruine: je zou daar meer stapjes tussen moeten hebben. Het is ook wel voorstelbaar: als je zes jaar of langer uit de maatschappij bent geweest, de muren van de kliniek de grenzen van je bestaan zijn geweest, is de stap naar het gewone leven in de maatschappij erg groot. Dat zou veel geleidelijker moeten, met begeleiding. Het zou mooi zijn als dat gebeurde vanuit een soort tussenpositie, tussen ggz en tbs. De schotten moeten dus wat meer weg.

Mevrouw **Van Velzen**: Dit is dezelfde oplossing als waarmee de heer De Bruine kwam, maar dan voor een andere groep patiënten.

Mevrouw **Abbenhuis**: Ja.

Mevrouw **Van Zeist**: Een aanvulling. In de tbs hebben we er veel last van dat het aantal gesloten plaatsen en RIBW-plaatsen heel krap is. Onze patiënten staan, samen met allerlei andere reguliere psychiatrische patiënten, op lange wachtlijsten voor een plaats op een gesloten afdeling, waar inderdaad zeer weinig mensen doorstromen, of voor een RIBW-bed.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik begrijp dat er klinieken zijn die samenwerken met de ggz. Betekent dit een gemakkelijkere uitstroom?

Mevrouw **Van Zeist**: Wij zijn een fpk, dus onderdeel van een ggz. Onze patiënten hebben daarmee een zeker recht op ggz-bedden, maar dat is beperkt omdat tbs-patiënten landelijk worden geplaatst. De GGZ Eindhoven heeft een zorgplicht voor de patiënten uit de eigen regio, maar de tbs'ers komen ook uit Alkmaar, uit Franeker, overal in het land vandaan. Dat is voor ons lastig, want voor één patiënt uit Friesland en twee patiënten uit Rotterdam moeten we dan contact opbouwen met de RIBW's aldaar. Het zou handiger zijn als we regionale patiënten konden krijgen. Maar er zijn dus beperkte mogelijkheden. Onze ggz weet dat onze patiënten recht hebben op gesloten plaatsen aldaar, maar andere patiënten hebben daar ook recht op en er is niemand die zegt dat de tbs-patiënten voorgaan, omdat die op een heel duur bed zitten en daar iemand zou kunnen doorstromen.

Mevrouw **Van Velzen**: Dat is dus de kwestie van centrale regie. Een laatste vraag van mijn kant. Vanochtend spraken wij over risicotaxatie-instrumenten. Dergelijke instrumenten past u natuurlijk ook toe bij de verlofaanvragen. Mevrouw Abbenhuis, ik heb begrepen dat zo'n

tachtig procent van de factoren die worden meegenomen in zo'n risicoanalyse vaste factoren zijn, dus elementen die al vaststonden vóór de behandeling. Dat zet de behandeling en de resultaten daarvan in een heel ander perspectief. Klopt het dat voor patiënten al voor tachtig procent vaststaat wat de uitslag van zo'n risicotaxatie zou zijn en dat de behandeling daar maar een relatief klein effect op heeft?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik geloof niet dat dit wordt bedoeld met die tachtig procent. De risicotaxatie-instrumenten geven voor tachtig procent inzicht in de factoren die de kans op recidive groter maken. Die HCR's bestaan uit drie verschillende onderdelen: factoren in de levensgeschiedenis, delictgeschiedenis et cetera, dat zijn de vaststaande factoren; daarnaast zijn er de klinische factoren, heeft behandeling effect, is iemand gemotiveerd, zijn er stoornissen die nog een rol spelen; verder is er het onderdeel toekomstige factoren. Die drie tezamen maken dat je het risico voor tachtig procent kunt inschatten. Het klopt dus niet dat de stabiele factoren tachtig procent van het recidiverisico uitmaken.

Mevrouw **Van Velzen**: Dat is helder, dank u wel.

De **voorzitter**: Er is iets wat ik nog niet geheel begrijp, ik probeer daar nu wat zicht op te krijgen. Vanochtend spraken wij met de heer Van Marle over een aantal grote bewegingen in de achtergrond van de populatie: die is niet alleen toegenomen, maar ook de achtergrond is gewijzigd. De heer Van Marle zei dat iemand met een psychotische stoornis in de jaren zeventig en tachtig de atypische patiënt was; daarnet werd gezegd dat zij nu veertig procent van de populatie uitmaken. Is die toename van het aantal psychotici gepaard gegaan met een toename van de competenties en kennis van degenen in de tbs-klinieken die hen behandelen? Het was immers een ander type patiënt, dat een andere aanpak behoefde. Als mensen met een nieuw type stoornis in de kliniek arriveren die een andere aanpak vergen, moet je reageren.

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat klopt: je moet erop reageren op het moment dat het op je afkomt. Daar zit 'm de kneep. Dit kwam op ons af, daarom is die kennis ontwikkeld.

De **voorzitter**: Misschien kwam het onverwacht op u af.

Mevrouw **Abbenhuis**: Er kwam niet van de ene op de andere dag opeens een nieuwe groep binnen, dat ging geleidelijk.

De **voorzitter**: Ik vraag hiernaar, omdat de behandelduur zo is toegenomen, de verblijfsduur is toegenomen en de uitstroom is afgenomen. Vanochtend hoorden we dat je er ieder jaar bij wijze van spreken een nieuwe tbs-kliniek bij moet bouwen, omdat er tweehonderd tbs'ers per jaar bij komen en er maar tachtig uitstromen: een per saldo toename van honderdtwintig. Mevrouw Van Zeist hoorde ik zeggen dat zij nu mensen met stoornissen tegenkomt die vroeger in de gewone psychiatrie zaten. Je zou dan zeggen dat die eerder zijn behandeld, dat daar medicatie voor is. Ik zoek naar de reden: hoe komt het dat voor mensen met bekende stoornissen, die vroeger in de algemene psychiatrie zaten en nu in de tbs-klinieken, de behandelduur zo is toegenomen?

men? Waren we vroeger in vele opzichten misschien te optimistisch?

Mevrouw **Van Zeist**: Hierbij spelen verschillende dingen tegelijk. Ik denk dat we vroeger – begin jaren negentig en daarvoor – te optimistisch waren, dat we toen de indruk hadden 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. Een aantal van hen kan daarna in de maatschappij functioneren, maar het zijn geen mensen zonder problemen. Geleidelijk aan zijn we voorzichtiger geworden. Dat geldt voor de klinieken, maar ook het ministerie zegt ons telkens dat we moeten oppassen met de verlopen. De risicotaxaties zijn erbij gekomen. Het is dus niet puur die nieuwe psychotische groep. Die was voor de tbs wel nieuw, maar voor hen konden we gewoon een nieuwe groep psychiaters aannemen die vers van hun opleiding kwamen en hun nieuwe kennis meenamen. Dat was het probleem niet. Geleidelijk steeg het aantal afdelingen voor psychotici.

De **voorzitter**: U zegt dus dat de psychiatrie minder optimistisch is geworden en daardoor voorzichtiger in haar aanpak, maar ook in het toestaan van verlopen, het stoppen van behandelingen, het genezen verklaren – voorzover mogelijk. Ook het ministerie van Justitie is omwille van de veiligheid voorzichtiger geworden. Maar zou je ook kunnen zeggen dat de populatie op zich is veranderd omdat het type stoornis is veranderd, er meer sprake van combinaties van stoornissen is, mensen op zich moeilijker geworden zijn in vergelijking met vijftien, twintig jaar geleden? Je hoort wel zeggen dat bijvoorbeeld verslaving, drugsgebruik, bepaalde stoornissen op scherp zet, waardoor mensen sneller doorslaan. Kan dat een derde beweging zijn?

Mevrouw **Van Zeist**: Jazeker. Ook speelt mee dat in dezelfde periode de psychiatrie steeds meer de maatschappij in is gegaan, waardoor een heleboel patiënten die op psychiatrische afdelingen woonden, op straat zijn beland. In de tbs hebben we vele mensen die als psychotici op straat hebben geleefd, na een delict binnengekegen.

De **voorzitter**: Voorheen werden die binnengehouden, waren er voor hen faciliteiten om zaken beheersbaar te maken, maar nu niet meer.

Mevrouw **Van Zeist**: Precies. In een aantal landen is dit nog schrijnender dan bij ons, maar in Nederland zie je dat duidelijk ook. Eind vorig jaar zijn we op studiereis gegaan naar Canada: daar is, heel schrijnend, de gewone psychiatrie voor een groot deel wegbezuinigd, terwijl in de forensische psychiatrie nog wel veel geld en mogelijkheden zitten; daardoor worden patiënten af en toe oneigenlijk naar de forensische psychiatrie geloodst. In Nederland kom je er niet in door een baksteen door de ruit van een politiebureau te gooien, maar in veel andere landen wel.

De **voorzitter**: Er wordt dus in vergelijking met vroeger later ingegrepen, als mensen verder zijn in hun stoornis, verder los zijn geraakt en daardoor ook een ernstiger delict hebben gepleegd. Dat is een belangrijke ontwikke-

ling. Deze factoren bemoeilijken en verlengen tevens de behandeling.

Mevrouw **Van Zeist**: Dat is zeker het geval. Als je iemand die psychotisch is, snel kunt behandelen en op medicatie kunt instellen, is het effect zeker groter dan wanneer iemand al vier of vijf jaar psychotisch is; dan is de kans dat de medicatie niets meer doet, veel groter geworden.

De **voorzitter**: Toen u het had over de verloven, zei u dat u de nieuwe situatie goed vond, maar er ook veel tijd mee kwijt was. U had er een dubbel gevoel bij. Waar zit die dubbelheid in? In de realisatie dat de patiënten van vandaag moeilijker zijn en lastiger te behandelen, of in de beveiliging?

Mevrouw **Van Zeist**: Ik zou de groepen van patiënten graag wat meer kunnen scheiden: de psychotici van degenen met een persoonlijkheidsstoornis. De eersten kun je dan snel instellen op medicatie; als ze daar goed op reageren, is een heel stuk van de behandeling al gedaan. Dan kun je ook snel beginnen met begeleid verlot, want schizofrenen moet je niet te lang uit de maatschappij weghalen. Ze kunnen dan op een simpel niveau langzaam aan het stadsleven wennen. Een patiënt die zo bepaalde vaardigheden heeft geleerd, kan door een gewoon psychiatrisch ziekenhuis gemakkelijker en met minder risico's worden overgenomen. Bij persoonlijkheids-gestoorden moet dit op een andere manier worden aangepakt; die zitten anders in elkaar, kunnen je af en toe een rad voor ogen draaien. Je kunt echter dat onderscheid niet absoluut maken.

De **voorzitter**: Omdat soms sprake is van verschillende stoornissen tegelijk.

Mevrouw **Van Zeist**: Ja.

De **voorzitter**: Vanochtend is ook gezegd dat er onvoldoende aangrijpingspunten zijn voor gedwongen behandeling. In tijden van crisis kunnen echter wel gedwongen medicijnen worden toegediend.

Mevrouw **Abbenhuis**: Eerst even een aanvulling. Ik denk dat de invoering van de wet BOPZ een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan het feit dat een aantal psychotische patiënten te lang buiten de zorg vallen.

De **voorzitter**: De wet BOPZ was de opvolger van de Krankzinnigenwet.

Mevrouw **Abbenhuis**: Ja. Vroeger was er het bestwil-criterium, 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 hulpverlener bijna niets doen. Als zo iemand uiteindelijk een delict begaat, is hij al heel lang psychotisch geweest.

De **voorzitter**: 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.

De **voorzitter**: Hoe zit dat met medicatie? Moeten dan meer medicijnen worden toegediend, met een groter risico? Of is het uiteindelijk schadelijker voor de persoon als je zo lang wacht?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja. De hoeveelheid medicatie maakt niet het verschil. Wel als een psychose langer onbehandeld blijft, wordt de kans dat een patiënt goed op medicatie reageert, steeds kleiner. Als iemand jaren psychotisch rondloopt – dat geldt voor veel van onze patiënten, die hebben lang zonder medicatie rondgelopen – dan wordt de kans dat de psychose overgaat mét medicatie kleiner. Na verloop van tijd slaan medicijnen minder aan.

De **voorzitter**: Die mensen kom je tegen in de tbs? Bij mensen die lange tijd geen medicijnen hebben genomen, hebben willen nemen, zodat die niet meer aanslaan, slaan de knoppen door; dan plegen ze een delict en komt u ze tegen in de tbs?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja, terwijl er veel mensen bij zijn die daarvoor hulpverleningscontacten hadden. Uit onderzoek blijkt dat dit zo'n zestig procent is. Van die patiënten is bekend dat ze psychotisch worden als ze lange tijd zonder medicijnen zitten. Als bij hen beter kon worden ingegrepen, zou een deel van de delicten en de tbs-instroom worden voorkomen.

De **voorzitter**: Mevrouw Abbenhuis, als iemand bij u binnenkomt en een diagnose wordt gesteld, heeft u dan ook alle gegevens tot uw beschikking uit de voorfase?

Mevrouw **Abbenhuis**: Nee.

De **voorzitter**: Het is dus mogelijk dat iemand heel lang onder behandeling was. Iemand kan al heel lang bepaalde medicijnen hebben gebruikt en behandelingen ondergaan, maar u kunt niet over die gegevens beschikken?

Mevrouw **Abbenhuis**: In het algemeen niet. We kunnen aan de huizen van bewaring vragen of ze een verslag schrijven van de periode die de mensen in detentie hebben doorgebracht. Gegevens worden in de reguliere psychiatrie niet langer dan vijf jaar bewaard. Over vroegere opnames kunnen we sowieso geen gegevens krijgen. Buiten dat, het strafdossier waarin je de relevante gegevens zou verwachten, beslaat niet meer dan de beschrijving en de processen-verbaal van het indexdelict, het delict waarvoor de persoon is veroordeeld.

De **voorzitter**: Dus niet van de andere delicten? Als er een hele reeks delicten is, heb je daarover geen informatie? U weet dus niet of iemand een veelpleger is?

Mevrouw **Abbenhuis**: Je weet wel of iemand een veelpleger is, omdat je een uittreksel krijgt uit het centraal documentatie centrum, waar alle veroordelingen in zijn opgesomd. Een enkele uitzondering daargelaten, hebben

we geen andere specifieke informatie dan over het delict waarvoor iemand tbs heeft gekregen.

De **voorzitter**: Dat staat ook niet in de pro justitia-rapporten, waarover wij vanochtend spraken?

Mevrouw **Abbenhuis**: Als er in een eerder stadium pro justitia-rapporten zijn uitgebracht, beschikken we daar meestal wel over. In de wat oudere pro justitia-rapporten staat slechts een korte beschrijving van het vonnis. Afhankelijk van wie er rapporteert, staat er iets in van wat de patiënt zelf zegt over het delict. De pro justitia-rapportage is nu echter aanzienlijk verbeterd. Meer informatie hebben we niet. De processen-verbaal van de eerdere delicten zijn ook niet opgenomen. Met name van de categorie van patiënten die veelsoortige delicten hebben gepleegd, willen we wel die informatie hebben.

De **voorzitter**: Vanwege uw diagnose en behandelplan?

Mevrouw **Abbenhuis**: Precies. Je kijkt naar de risicofactoren voor het delict dat is gepleegd, maar bij veelsoortige delicten krijg je maar een onderdeel voor de behandeling; over de rest heb je geen specifieke informatie.

De **voorzitter**: Kan het gevolg daarvan zijn dat uw latere risicotaxatie onvolledig is, omdat u niet alles tot uw beschikking heeft? Wellicht bent u dan te optimistisch in de risicotaxatie, want wat je niet weet, kun je daarin niet meenemen?

Mevrouw **Abbenhuis**: Met name voor de behandeling levert het veel problemen op. Ik heb zojuist over situationele factoren gesproken: in deze situatie onder deze omstandigheden pleegt deze patiënt delicten. Op basis van het indexdelict kan je aangeven om welke situatie het gaat. Het is echter ook best mogelijk dat voor een ander delict een andere situatie heel erg kritiek is. Daar moet je dus informatie over hebben.

De **voorzitter**: Als een jong persoon bij u komt die met jeugdhulpverlening te maken heeft gehad en daardoor eerder opgenomen is, is daarover informatie beschikbaar? Of geldt dat pas vanaf de leeftijd van 18 jaar?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik ben in het strafdossier nog geen informatie tegengekomen over personen jonger dan 18 jaar.

De **voorzitter**: U wel, mevrouw Van Zeist?

Mevrouw **Van Zeist**: Nee, wel samengevat in een pro justitia rapportage.

De **voorzitter**: Zou u dat willen hebben? Zou dat noodzakelijk zijn voor uw plan van aanpak?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja, voor patiënten die in hun jeugd al in behandeling zijn geweest, is dat heel wezenlijke informatie.

De **voorzitter**: Voordat ik mijn collega's nog vragen laat stellen, kijk ik even naar de heer De Bruine. Ik begrijp namelijk iets niet. U zegt steeds: kijk naar de longstay, de mensen voor wie een lang verblijf geldt en bij wie de behandeling niet aanslaat. Dat betreft alle typen van

stoornissen en alle typen van achtergronden. Toch krijg ik het idee dat er een bepaald type psychotische stoornis met medicijnen redelijk beheersbaar is te maken. Ik gebruik bewust het woord "beheersbaar" en niet "verbeteren". Toch komt u alles tegen. Hoe kan dat?

De heer **De Bruine**: Ik heb daar geen idee van. Ik weet helemaal niet of het eerlijk is dat ik de volgende opmerkingen maak. Ik heb evenwel de indruk dat een psychiatrisch patiënt, die binnen de reguliere zorg vaak tientallen opnames gehad heeft, uiteindelijk dusdanig ernstige dingen doet dat die wordt opgenomen in een tbs-kliniek. Bij langdurige behandelingen van vijf, zes jaar blijkt bij de uitstroom dat dezelfde ggz zegt dat het een tbs-patiënt is. Dat is een groot probleem, lijkt mij. Eenzelfde psychiatrisch patiënt met eenzelfde ziektebeeld wordt dus op een gegeven ogenblik tbs-patiënt, maar hij blijft natuurlijk psychiatrisch patiënt.

De **voorzitter**: In de eerste plaats wel. Wij zitten nog met dat punt. De komende weken zullen wij daarop terugkomen.

Ik wil nog even naar het beeld van de longstay patiënt. U zegt dat u probeert om daar zo goed mogelijk mee om te gaan. De betrokkenen kunnen niet in een bepaalde omgeving komen. U schetste het beeld van de groep mensen van 50 jaar tot 70 jaar, die op zich niet echt gevaarlijk meer zijn. Nogmaals, u zegt wel: plaats ze niet in een bepaalde omgeving en niet in een bepaalde context. Toch neemt u mensen mee op trips, dagjes uit, et cetera. Is dat beheersbaar en veilig te maken en te houden?

De heer **De Bruine**: Ik vind van wel. Wij doen dat nu voor het zevende jaar. Wij organiseren honderden verloven per jaar. Tot nu toe gaat er eigenlijk niets mis. Ik realiseer mij heel goed dat je dit altijd een beetje moet afkloppen. Je kunt namelijk nooit in die koppies kijken. Je moet altijd zorgen voor veel beveiliging en begeleiding tijdens de uitstapjes. Mijns inziens is dat heel erg safe.

De **voorzitter**: Beschrijft u dat eens. Waar moet ik aan denken?

De heer **De Bruine**: Ik denk terug aan de vorige zomer, toen wij de voorpagina haalden van een groot dagblad, omdat wij met een aantal mensen, ongeveer vijf, zes mensen, onder begeleiding van negen personeelsleden een dagje gingen zeilen op een van de Friese meren. U moet zich voorstellen dat wij in een aantal busjes met heel veel beveiliging weggaan. Vervolgens stappen wij uit en gaan wij op de boot. Wij gaan naar een eilandje en daar lunchen wij. Wij varen daarna terug en stappen weer in de auto's. Mijns inziens kan daar helemaal niets fout bij gaan. Je praat dan bovendien over mensen die in zekere zin berusten in hun longstay status. Volgens mij hebben zij ook niet de neiging om weg te lopen. Zij genieten namelijk drie, vier keer per jaar van een dergelijk uitstapje. Dat noemen wij life events, waar wij allemaal mee te maken hebben en waar wij naar toe leven. Ik noem een kerstdiner, een vakantietje met de hele familie, een verjaardag, een bruiloft en dergelijke. Dat is volgens mij voor deze mensen ook belangrijk.

De **voorzitter**: U probeert iets soortgelijks te organiseren?

De heer **De Bruine**: Ja, juist.

De **voorzitter**: Dat geldt voor mensen die waarschijnlijk de rest van hun leven in de longstay zitten, mits wij nieuwe medicijnen of behandelmethoden vinden?

De heer **De Bruine**: Dat is juist. Ik denk wel dat daarnaast een groot deel van deze mensen daar misschien levenslang blijft wonen. Je kunt over mensen die zo ziek zijn niet zeggen: daar hebben wij nog geen medicatie of behandelmethode voor, dus die moeten wij maar gewoon opsluiten.

De **voorzitter**: Komt iedere longstayer in aanmerking voor zo'n uitje of gaat het om een groep binnen de groep voor wie u een uitje verantwoord acht?

De heer **De Bruine**: Het zal altijd gaan om een groep binnen de groep. Er zullen altijd mensen zijn van wie wij denken: tot aan de voordeur. Bij hen gaan wij nog even heel kritisch kijken; wij zeggen dan: dit gaat niet door, omdat er een bepaald alarmsignaal is, waardoor het volgens ons een beetje gevaarlijk is. Van de 28 patiënten die ik zelf heb, gaan er zes mensen een keer weg. De anderen gaan dus niet weg.

De **voorzitter**: Het gaat om zes van de 28 mensen die bij u in de longstay zitten.

De heer **De Bruine**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: Ik heb nog een paar vragen over de longstay. Mijnheer De Bruine, u bent hoofd longstay van Veldzicht. U weet dus goed wie daar precies zitten. U hebt daar al een en ander over opgemerkt. Ik wil graag kijken naar de beleving van veel mensen. De longstay patiënt is iemand tegen wie de samenleving langdurig beschermd dient te worden. De uitdrukking "long stay" geeft dat ook al aan. Er is een behandeling geprobeerd en die is niet aangeslagen; de mensen zijn langdurig in de longstay opgesloten. Toch hoor ik u hier vanmiddag pleiten voor het wel degelijk weer in de samenleving plaatsen van die longstay-patiënten, mits zij in een vorm van begeleid wonen terechtkomen, dus een woonvorm die voor hen geschikt is en met de juiste begeleiding.

De heer **De Bruine**: Daar ben ik zeker niet voor. Ik denk dat ik dit ook helemaal niet gezegd heb. Een aantal keren per jaar laten wij een groepje mensen begeleid dingen meemaken buiten de muren van Veldzicht. Ik pleit dus niet voor een begeleid-woonhuis voor een longstay patiënt. Mijn opmerkingen sloegen meer op een grote groep patiënten; nu is dat ongeveer 40%.

Mevrouw **Albayrak**: Psychotici.

De heer **De Bruine**: Specifiek psychiatrische patiënten.

Mevrouw **Albayrak**: Dit is dan een misverstand. Het leek er even op dat u als hoofd van de longstay afdeling vond dat de mensen die nu in de longstay zitten prima terug in de samenleving kunnen, omdat zij niet onder alle omstandigheden gevaarlijk zouden zijn.

De heer **De Bruine**: Dat is niet mijn bedoeling. Ik denk wel dat ik een bepaalde groep patiënten heb, die nu al

tussen 70 en 80 jaar oud is, die je wel in een woonhuis zou kunnen laten wonen, mits onder voldoende begeleiding. Die mensen worden steeds minder gevaarlijk door onder andere de heel hoge leeftijd. Die uitzondering zou ik wel willen maken.

Mevrouw **Albayrak**: Dat zijn onder anderen de zwak begaafde pedofielen die ook in de longstay terecht kunnen komen? Over hen sprak u?

De heer **De Bruine**: Precies. Als die mensen ouder worden, heb je te maken met heel zachte mensen die weliswaar een afwijking hebben die wij allemaal vreselijk gevaarlijk vinden. Dat is ook zo. Met het vorderen van de leeftijd, zwakt het acute gevoel echter af. Als je daar heel veel begeleiding op zet, zou je die mensen op die manier heel goed kunnen laten wonen.

Mevrouw **Albayrak**: Als wij die groep buiten beschouwing laten en als wij kijken naar de rest van de longstay-populatie, vindt u dat die mensen daar op hun plek zijn? Als wij het hebben over de ernstige psychopaten, mensen met een hoog herhaalrisico, vindt u dat die mensen elders langdurig vastgehouden zouden kunnen worden, bijvoorbeeld in gevangenissen en niet in de tbs-voorziening?

De heer **De Bruine**: In wezen niet. Een longstay patiënt is uiteindelijk een tbs-patiënt. Wij hebben gezegd dat die patiënt ziek is. Als jaren later na heel veel behandelingspogingen blijkt dat de ziekte niet overgaat, kan je zeggen dat die persoon levensgevaarlijk ziek is. Je moet die persoon niet naar een bajes overplaatsen. Dat lijkt mij niet terecht; dat is niet fair.

Mevrouw **Albayrak**: Laten wij ervan uitgaan dat de tbs bedoeld is om te behandelen en dat het beheersen in de longstay een vorm van behandelen is. U gaat heel erg uit van de voorzieningen in de gevangenissen op dit moment. Kunt u zich evenwel voorzieningen in gevangenissen voorstellen die de mogelijkheid tot uitgebreid beheersen en misschien van behandeling bieden, zodat mensen meer op hun plaats zijn in plaats van in een longstay afdeling in een tbs-kliniek?

De heer **De Bruine**: Ik heb al gezegd dat de beheersbaarheid van deze mensen vorm moet worden gegeven door mensen die daarvoor een opleiding hebben genoten. Dat kan niet gedaan worden door een bewaarder of een piw-er. Ik ben ervan overtuigd dat een goed opgeleide sociotherapeut dat moet doen. Het gaat namelijk niet alleen maar om mensen die vreselijk gevaarlijk zijn. Zij zijn vaak gevaarlijk vanwege een indrukwekkende angst, waardoor zij kunnen gaan wanen. Nogmaals, het gaat echt om indrukwekkende ziektebeelden. Mensen die daaraan lijden, kan je niet zo maar opsluiten.

Mevrouw **Joldersma**: Ik wil even terug naar het soort klinieken waar u vandaan komt en de verschillende tbs-klinieken die wij in Nederland hebben. Ik begrijp dat u, mevrouw Van Zeist, van de GGZ Eindhoven komt. Volgens mij is dat een kliniek zonder hek, om het maar even zo simpel te zeggen. De heer De Bruine komt van een rijkskliniek en mevrouw Abbenhuis komt van een particuliere kliniek. Kunt u de verschillen tussen de klinieken aangeven? Wat is er specifiek aan de klinieken?

Mevrouw **Van Zeist**: De kliniek in Eindhoven is inderdaad zonder een hek, nog wel. Wij hebben wel een gebouw van overal minimaal twee verdiepingen. Patiënten kunnen in de binnentuin verblijven en dan hebben zij wel overal "twee verdiepingen" om zich heen, die wel enige klimbeveiliging hebben. Wij zijn bezig met nieuwbouw. Als die gerealiseerd wordt, komt daar wel een hek van 5 m hoog omheen.

Mevrouw **Joldersma**: Is het hetzelfde als een gewone tbs-kliniek of is het toch anders?

Mevrouw **Van Zeist**: In fpk's worden toch iets andere patiënten geplaatst. Dat zijn patiënten van wie verwacht wordt dat zij uiteindelijk in de ggz belanden, dus meer patiënten met psychotische stoornissen. De gebouwen waar zij geplaatst worden, hebben iets minder beveiliging. Patiënten van wie wordt ingeschat dat zij proberen uit de gebouwen te ontsnappen, worden niet bij ons geplaatst. Dat zijn er in Nederland ook niet zo veel. Ik bedoel die letterlijk uit een gebouw ontsnappen.

Mevrouw **Joldersma**: Als een patiënt bij u wordt aangeboden, moet u hem ook accepteren of mag u hem weigeren?

Mevrouw **Van Zeist**: Als wij op grond van de genoemde criteria de indruk hebben dat die mijnheer onmiddellijk gaat proberen om het gebouw uit te klimmen, kunnen wij hem inderdaad weigeren. Alleen op grond van dat criterium kunnen wij weigeren. Dat onderscheidt ons namelijk van de gewone tbs-klinieken.

Mevrouw **Joldersma**: Wat betekent dit voor uw relatie met het Ministerie van Justitie en het ministerie van VWS? U valt onder VWS?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja. Voor ons gelden dezelfde regels als voor de overige tbs-klinieken. Wij krijgen de tbs'ers aangeleverd door het Ministerie van Justitie. Onze kliniek staat op het terrein van een ggz-instelling, dus wij vallen ook onder de wetten van VWS. Onze patiënten vallen onder de Wet BOPZ en niet onder de Beginselenwet tbs, zo lang zij binnen zijn. Als zij op verlof gaan, vallen zij weer onder de tbs-wetgeving. Dat is ingewikkeld. Dit is ook ingewikkeld voor onze patiënten. Zij zitten namelijk in een kliniek met patiënten met andere juridische titels.

Mevrouw **Joldersma**: Bij u in de kliniek zitten dus zowel "BOPZ-mensen" als tbs-ers door elkaar?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja. Onze kliniek heeft 145 bedden. Daarvan zijn nu 72 en straks 80 bedden bestemd voor tbs-gestelden. De rest is voor patiënten met andere juridische titels.

Mevrouw **Joldersma**: Mijnheer De Bruine, wat is het verschil tussen een rijkskliniek en een particuliere kliniek? Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **De Bruine**: Wat de hekken en de muren betreft, zie ik bij de Pompestichting en de Rooyse Wissel niet veel verschil. Rijksklinieken hebben wel een interne beveiligingsdienst, waardoor zij "zwaardere" tbs-patiënten kunnen opvangen.

Mevrouw **Joldersma**: Het gaat nu om de relatie met het ministerie van Justitie. Is die precies dezelfde? Wat is het verschil tussen een rijkskliniek en een particuliere kliniek?

De heer **De Bruine**: Dat weet ik niet precies. Daar heeft het hoger management veel mee te maken. Wel hebben wij vrij veel te maken met de Rijksgebouwendienst; misschien geldt dat voor een particuliere stichting wat minder. Dat leidt ertoe dat wij met de Rijksgebouwendienst vaak vreselijk ingewikkelde plannen moeten maken. Wij moeten ons namelijk houden aan specifieke bouwweisen. De hoogte van muren en de dikte van ramen zijn afhankelijk van de grootte van een celletje. Meer kan ik er eigenlijk niet over vertellen.

Mevrouw **Joldersma**: U hebt er verder geen voor- of nadelen van dat u in een rijkskliniek werkzaam bent of anders in een particuliere kliniek?

De heer **De Bruine**: Ik zou het absoluut niet kunnen zeggen.

Mevrouw **Joldersma**: Patiënten zeggen nog wel eens tegen ons dat zij niet alleen op de behandeling moeten wachten, maar soms ook, als zij in de kliniek zijn, op de behandeling of een bepaalde behandelmodule aldaar. Kunt u zeggen hoeveel dagen, uren per week een patiënt bezig is met de behandeling en hoeveel dagen, uren die patiënt gewoon rondloopt in de kliniek? Klopt het signaal dat de patiënten ons soms geven, dat zij moeten wachten op een specifieke module, bijvoorbeeld de verslavingsmodule? Kan mevrouw Abbenhuis antwoorden?

Mevrouw **Abbenhuis**: Voor een deel klopt dat. Er is bijvoorbeeld eerst een verslavingsgroep. Er kan ook sprake zijn van een individuele behandeling. Die groepen worden geleid door een psychotherapeute, een vaktherapeute, et cetera. Dat kan soms inderdaad duren, omdat bijvoorbeeld een of twee groepen volgestroomd zijn met patiënten die daarvoor in aanmerking komen. Het duurt enige tijd voordat zo'n groep het gestelde traject heeft afgerond en er weer plaats is.

Mevrouw **Joldersma**: Hoe lang is "enige tijd"? Is dat een paar maanden of een paar weken?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat varieert. Soms duurt het een paar maanden en soms duurt het een paar weken.

Mevrouw **Joldersma**: Krijgen de patiënten daarnaast andere behandelingen of is er alleen maar sprake van die ene behandelmodule?

Mevrouw **Abbenhuis**: De meeste patiënten komen in aanmerking voor meer behandelmodules. Ik heb al gezegd dat de centrale module de delictbewerking is. Die bestaat uit diverse onderdelen die elkaar opvolgen. Daarnaast ontvangen de meeste patiënten andere behandelmodules. De meeste patiënten hebben dus wel een of meer behandelmodules tegelijkertijd.

Mevrouw **Joldersma**: Hoeveel uur zijn zij daar per week mee bezig? Zijn dat drie dagen?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat varieert heel sterk. Sommige klinieken verstaan "arbeid" ook onder therapie. Andere

klinieken spreken dan meer over therapie in engere zin. Dat zijn de vaktherapieën en de psychotherapieën. Ik noem nog de psychiater. Het varieert dus heel sterk. Als je bijvoorbeeld arbeid meerekent, is een patiënt er gemiddeld twintig uur mee bezig, althans als hij dat aankan.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u aangeven, mevrouw Van Zeist, of het terecht is dat de patiënten zeggen dat zij moeten wachten op een behandeling?

Mevrouw **Van Zeist**: Soms wel. Patiënten vergeten er meestal bij te vermelden dat zij op één specifieke behandeling wachten. Dat is dan net een module die een vaste tijd loopt. Als die net begonnen is, moet je wachten tot de eerstvolgende gelegenheid. Intussen kunnen de patiënten gelukkig heel veel andere dingen doen. Er zijn ook therapieën waarvan patiënten zeggen: daar krijg je mij niet heen.

Mevrouw **Joldersma**: U kunt ze ook niet dwingen, als zij zeggen "ik kom niet"?

Mevrouw **Van Zeist**: Wij kunnen ze inderdaad niet dwingen. Arbeid is op het ogenblik bij patiënten heel populair, omdat zij daarmee hun zak- en kleedgeld kunnen aanvullen. Dat kan bij ons in de kliniek tot maximaal negen uur per week. Dat is weinig. Wij hebben nog niet meer arbeid beschikbaar. Daarnaast krijgt iedere patiënt een vrij uitgebreid therapieaanbod. Ik vind dat onze programma's er goed uitzien. Maar goed, een aantal patiënten wil weinig en heeft dan ook weinig te doen.

Mevrouw **Joldersma**: Wat gebeurt er dan? Bestaat een behandelprogramma uit een vaste set modules? Als een patiënt nu aangeeft dat hij niet geïnteresseerd is in een bepaalde module? Zegt u dan dat hij die moet volgen, omdat hij anders nooit weg komt? Hoe moet ik dat zien?

Mevrouw **Van Zeist**: Er is een aantal wezenlijke behandelvormen. Het gaat erom, lang en vaak genoeg uit te leggen dat, als men een traject wil ingaan naar verlossen, naar buiten, de maatschappij in, het belangrijk is dat die wezenlijke behandelvormen eerst gevolgd worden. Je kunt een patiënt daar niet letterlijk toe dwingen, maar de meeste patiënten denken na de uitleg: dan moet het maar. Maar goed, soms duurt het lang voordat zo'n besef er is. Daardoor kan er behandelijd verloren gaan.

Mevrouw **Joldersma**: Betekent dit dat het verlof voor hen soms een soort beloning is? Als de patiënt de module gedaan heeft, is het verlof dus een soort beloning?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja, heel duidelijk. Op die manier krijg je dingen gedaan bij patiënten.

Mevrouw **Joldersma**: Ik wil nog een vraag stellen over heel iets anders. U sprak allemaal over het kunstje van de tbs-klinieken. De reguliere geestelijke gezondheidszorg heeft dat kunstje eigenlijk niet in de vingers of heeft dat in de loop der tijd verloren. U hebt tegelijkertijd over de patiënten gesproken. In het kader van de tbs hebben wij het heel vaak over de behandelbaarheid. Is nu de patiënt behandelbaar? Ik vroeg mij opeens af: wat moet je constateren na zes, zeven jaar? Is het de patiënt die niet

behandelbaar is of moet u de hand in eigen boezem steken en zeggen dat de behandeling misschien niet effectief is? Is het mogelijk om daarin onderscheid te maken of maak ik de wereld nu te simpel?

Mevrouw **Van Zeist**: Beide komt voor. Vandaar ook dat een patiënt bij voorkeur in twee klinieken moet zijn geweest, voordat er geconcludeerd wordt dat iemand voor de longstay geïndiceerd is. Soms kan de ene kliniek met een bepaald soort patiënten meer bereiken dan de andere kliniek. Onze klinieken zijn namelijk nog niet allemaal precies hetzelfde.

Mevrouw **Abbenhuis**: Veel patiënten over wie je dit soort opmerkingen hoort, hebben ook al diverse afdelingen binnen de kliniek doorlopen. Zij komen dan iedere keer op hetzelfde punt vast te zitten. Je mag dan gevoeglijk aannemen dat dit niet aan het aanbod van de kliniek ligt.

Mevrouw **Joldersma**: Maakt u die patiënten soms mee? Het onderscheid is moeilijk te maken: is de behandeling niet effectief of ligt het aan de patiënt met wie bijvoorbeeld vanwege zijn verleden, niets te doen is? Zit u wel eens met de handen in het haar, omdat u niet weet wat u die patiënt moet aanbieden?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat soort patiënten zijn er zeker. Dat is het verschil. Het is tbs met dwangverpleging en geen tbs met dwangbehandeling. Een ongemotiveerde patiënt kun je niet dwingen om een bepaalde module te doorlopen.

Mevrouw **Joldersma**: Zegt u hiermee dat een dergelijke dwang ook geen zin heeft?

Mevrouw **Abbenhuis**: Dat klopt; vaak werkt het heel erg ontwrichtend in een groep, als een deelnemer met een ongeïnteresseerde blik kijkt en niet bijdraagt aan het proces van de rest. Dat soort mensen kan je dan ook beter niet in een groep hebben.

Mevrouw **Joldersma**: Als u spreekt over dwangbehandeling, doelt u vooral op dwangmedicatie? In de andere therapievormen is iemand er namelijk heel moeilijk toe te verplichten om de een of andere sessie te volgen.

Mevrouw **Abbenhuis**: Ja, dat heeft ook geen zin. Een dwangbehandeling in medicamenteuze zin is als het ware een ingreep van buitenaf. Wil je iemand tot inzicht kunnen bewegen, dan heb je een zekere motivatie, reflectie en dergelijke nodig. Je kunt eindeloos op iemand inpraten. Vroeger had je wel eens van die mooie films waarin de patiënt gehersenspoeld werd. Dat doen wij nu niet meer.

Mevrouw **Vos**: Ik heb nog een vraag over de toename van het aantal gewone psychiatrische patiënten. Ik heb althans begrepen dat er steeds meer gewone psychiatrische patiënten in de tbs belanden. Het gaat vaak om mensen die in de psychiatrische behandeling eerder zijn vastgelopen. Vanmorgen hebben wij gehoord dat 70% van de mensen die nu in tbs zitten, een geschiedenis heeft gehad in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe kunnen wij voorkomen dat het zo ver komt? U gaf net aan dat de Wet BOPZ een knelpunt bevat, omdat die wet alleen ingrijpen mogelijk maakt, wanneer er sprake is van gevaar. Mijn vraag aan mevrouw Van Zeist is: zit er volgens u met

name in de wetgeving een probleem? Zo ja, kunt u dat nader duiden? Zijn er volgens u ook andere factoren waaraan iets gedaan moet worden om te voorkomen dat er zo'n grote groep mensen of een aantal van hen uit de geestelijke gezondheidszorg doorstroomt naar het delict, dus de tbs?

Mevrouw **Van Zeist**: Voor ons zit er inderdaad een heel grote haak in de wetgeving. In veel andere landen bestaat de mogelijkheid om patiënten die nog helemaal in de maatschappij staan en daar psychotisch rondlopen, in de maatschappij dwangmedicatie te geven. Dat is een heel mooi systeem. In Nederland is het wat andersom geregeld: wij kunnen patiënten makkelijker opnemen, zelfs makkelijker in een gewoon psychiatrisch ziekenhuis in de separeer zetten en langdurig in de separeer houden dan dwangmedicatie geven. Eigenlijk vinden wij het veel menselijker dat iemand met medicatie buiten functioneert en niet zo lang ergens onbehandeld binnen zit. Maar goed, dat laat onze wetgeving op dit moment niet toe.

Mevrouw **Vos**: Ik wil daar graag nog een vraag over stellen. Wat moet ik mij daarbij voorstellen? Stel dat onze wetgeving dwangmedicatie wel toelaat, dan doet zich de volgende situatie voor. Er is iemand bij wie u een bepaalde stoornis vaststelt. U stelt ook vast dat medicatie nodig is en kan helpen. U zou dan dwangmedicatie aan die persoon voorschrijven. Kunt u daarvan een voorbeeld geven bij een psychose?

Mevrouw **Van Zeist**: Onze psychotische patiënten waren vaak kortdurend opgenomen op een gesloten afdeling. Zij hebben daar medicatie gehad en zijn met medicatie met ontslag gegaan. Vervolgens kwamen zij weer alleen op straat te staan en namen de medicatie niet meer. Er was ook geen dwangkader, dus kon er ook geen hulpverlener achteraan gaan. Je ziet zo'n patiënt dan steeds meer aan lager wal raken. Op een gegeven moment pleegt die patiënt weer delicten.

Mevrouw **Vos**: Hoe zou zo'n dwangkader eruit moeten zien? Ik doel op een dwangkader voor een patiënt die buiten leeft en die gedwongen wordt tot bepaalde medicatie. In welke vorm moeten wij dat toepassen? Moet er een hulpverlener regelmatig op de stoep staan? Hoe moet ik mij de uitvoering voorstellen?

Mevrouw **Van Zeist**: Een hulpverlener zal sowieso met de medicatie op de stoep moeten staan. De hulpverlener heeft een actieve rol daarin. Eerst zal vastgesteld moeten worden dat het belangrijk is dat de patiënt medicatie krijgt, omdat de dingen anders verkeerd gaan lopen. Er moet dus een moment zijn waarop dit vastgesteld wordt. Vervolgens moet er een hulpverlener zijn die een keer per twee weken of een keer per maand kort hulpverleningscontacten aanknoopt met de patiënt en hem of haar opzoekt en medicatie geeft. In diverse buitenlandse landen zijn er systemen waarin dat eigenlijk wel goed werkt.

Mevrouw **Vos**: Wat verzet zich in Nederland tegen een dergelijk systeem? Waarom hebben wij die wet dus niet? Kunt u dat aangeven?

Mevrouw **Van Zeist**: Volgens mij hebben wij heel lang 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. Wij hebben er een soort hiërarchie in gemaakt: dwangmedicatie is het laatste wat je een mens aandoet. Eigenlijk komen wij daar de laatste tijd van terug. Wij zeggen nu: het is onmenselijk dat patiënten zo lang in een kliniek opgesloten zitten en dat er met hen niets gebeurt; wij hebben wel de middelen voor hen, maar wij mogen ze niet behandelen. Dat willen wij niet.

Mevrouw **Vos**: U gaf aan dat het een probleem in de wetgeving is, dat gedwongen medicatie voor mensen die nog niet opgenomen zijn, niet mogelijk is. Zijn er nog andere problemen in de wetgeving die u verhinderen om veel eerder in te grijpen?

Mevrouw **Van Zeist**: Daarnaast hebben wij voor patiënten die kleinere delicten plegen een veel beperktere wetgeving. In onze kliniek hebben wij ook veel patiënten die ingevolge artikel 37 zijn opgenomen. Dat betreft een maatregel voor een jaar. Wij hebben veel patiënten die door wachttijden en juridische procedures op het moment dat zij opgenomen worden, nog maar vijf maanden over hebben. Die patiënten mogen wij dus nog maar vijf maanden behandelen. Daarna vallen alle juridische kaders weg. Vaak overbruggen wij dat door voor die patiënten een rechterlijke machtiging aan te vragen. Dat is dus een heel ander kader. Eigenlijk zouden wij willen dat artikel 37 anders gebruikt kon worden. Wij willen dat artikel als een soort behandelwet gebruiken. Na een jaar kunnen wij dan bekijken of een langere behandeltime nodig is.

Mevrouw **Vos**: Op dit moment verhindert het wettelijk kader dat. U pleit dus voor uitbreiding daarvan?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja.

Mevrouw **Vos**: Zijn er nog andere punten die u ons zou kunnen meegeven op dit terrein?

Mevrouw **Van Zeist**: Wij merken dat er een tekort is aan psychiatrische plaatsen. Er zijn weinig gewone psychiatrische gesloten afdelingen over. Er zijn te weinig RIBW-plaatsen. Daar zouden onze patiënten naar kunnen doorstromen, als er dus meer van die plaatsen voorradig waren.

Mevrouw **Vos**: Het komt regelmatig voor dat mensen die behandeling niet krijgen, omdat er geen plaatsen zijn?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja.

Mevrouw **Vos**: Ik wil nog een vraag stellen aan mevrouw Abbenhuis. Vanmorgen hebben wij met professor Van Marle gesproken. Die vindt dat het werk van Justitie en dat van VWS, de behandelkant, meer ontvlochten moeten worden. Hij vindt dat Justitie de koepel is die over de veiligheid gaat; de veiligheid moet dus gegarandeerd worden. De behandeling zou vervolgens eigenlijk een zaak moeten zijn van de behandelaars. Op een gegeven moment ging het over de vraag hoe dat in de verloffase moet. De stelling van professor Van Marle is dat de behandelaars eigenlijk over verlop zouden moeten beslissen (al dan niet verlop en intrekken van verlop). In het huidige systeem beslist Justitie daarover. Wat vindt u van een systeem waarin de behandelaar, wellicht samen met

een review board, zelf bepaalt of het verantwoord is dat iemand al dan niet met verlof gaat?

Mevrouw **Abbenhuis**: Daar ben ik helemaal voor, kort en bondig. Op het moment heeft de minister de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor verloftoekenningen. Ernstige incidenten, zoals wij die verleden jaar en het jaar daarvoor hebben meegemaakt, hebben ernstige consequenties voor de behandeling van alle patiënten. Het wordt een politiek spel. De minister is namelijk verantwoordelijk voor de verlopen. Een parole board, zoals de heer Van Marle die beschrijft, zou veel gunstiger werken. In die board zitten onafhankelijke behandelaars, dus niet de eigen behandelaars. Dit laatste houdt weer een zeker risico in. Onafhankelijke behandelaars bekijken of verlopen al dan niet toegekend kunnen worden. Ik ben er helemaal voor om dat los te koppelen van de ministeriële verantwoordelijkheid.

De **voorzitter**: Op deze onderwerpen zullen wij in de komende weken nog uitgebreid terugkomen. Ik heb nog een vraag naar aanleiding van de dagelijkse praktijk op de werkvloer. Vanmorgen hebben wij nog gesproken over de rol van het toeval of de willekeur: wie uiteindelijk wel en niet tbs krijgen. Vanochtend is een aantal keren opgemerkt dat het toeval is voor wie wel de pro justitia rapportage aangevraagd worden. Er is gezegd dat er een veel duidelijker onderscheid moet zijn tussen mensen die "mad", ziek, en mensen die "bad", misdadig, zijn. Als ik goed geluisterd heb, betekent dit dat u beide categorieën in uw klinieken tegenkomt, dus niet alleen degenen die ziek zijn, maar ook degenen die misdadig zijn. Sommige gehoord hebben vanmorgen aangegeven dat een aantal tbs'ers dan ook eigenlijk niet in de tbs-kliniek thuishoren. Herkent u dit beeld en ziet u dit ook? Kunt u een indicatie geven van de wijze waarop dit zich tot elkaar verhoudt? Of is dit laatste te lastig? Ik kijk naar mevrouw Abbenhuis voor de beantwoording.

Mevrouw **Abbenhuis**: Naar mijn mening hebben wij per definitie juist een combinatie.

De **voorzitter**: U ziet dus beide categorieën?

Mevrouw **Abbenhuis**: De combinatie, ja.

De **voorzitter**: Ook door elkaar heen?

Mevrouw **Abbenhuis**: Ze zijn "bad", omdat ze "mad" zijn, per definitie, maar misschien begrijp ik uw vraag verkeerd.

De **voorzitter**: Vanochtend werd er gezegd dat er mensen zijn die onbehandelbaar zijn, omdat zij bepaalde stoornissen hebben, waardoor zij puur slecht zijn. Er is ook gezegd dat je niet moet proberen om die mensen te behandelen. Die mensen moeten daar weggehaald worden. Het idee was om je in de toewijzing van het systeem te richten op mensen die voornamelijk ziek zijn. Voor hen is de tbs bedoeld: veiliger door behandelen. Misschien kan die tweedeling niet gemaakt worden, maar ik vraag het toch even. U zit op de werkvloer en u ziet de mensen om wie het gaat dagelijks.

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik denk dat dit onderscheid niet zo zuiver binnen de tbs gemaakt kan worden. De "bad" zitten namelijk in de gevangenis.

De **voorzitter**: Dus u zegt dat het selectiesysteem dan wel goed werkt. Mijnheer De Bruine?

De heer **De Bruine**: Ja, ik denk het ook; zeer zeker.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Zeist?

Mevrouw **Van Zeist**: In onze fpk's hebben alle patiënten forse psychiatrische problemen. Er zijn echter ook patiënten die daarnaast duidelijk criminele neigingen hebben, zeker, ook voordat er van enige psychiatrie sprake was. Die mensen zijn er.

De **voorzitter**: Het aangrijpingspunt is in eerste instantie altijd om te behandelen?

Mevrouw **Van Zeist**: Ja. Je kunt in de psychiatrie gelukkig meestal minstens een deel behandelen. Dan blijven er nog wel problemen over op grond waarvan je moet concluderen dat het niet om een modelburger gaat.

De **voorzitter**: Bij mij kwam de vraag of de vorm van "behandelbaar" niet eerder als criterium moet gelden, zodat u de mensen krijgt met wie u echt wat kunt bereiken. De kritiek is soms dat er in het systeem van de toewijzing iets zit waardoor men met mensen te maken krijgt met wie men eigenlijk niets kan. Vandaar het verschil tussen "mad" en "bad".

Mevrouw **Van Zeist**: In die discussie gaat het om mensen met wie wij nu nog minder kunnen. Mevrouw Abbenhuis noemde al de ernstige psychopaten. Wij weten niet welke behandeling voor hen goed werkt. Die mensen zou je als het ware zolang ergens kunnen parkeren tot wij het wel weten. Je moet dan wel erg goed kijken hoe en waar wij iemand parkeren.

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat het om een minderheid gaat.

Mevrouw **Van Zeist**: Zeker.

Mevrouw **Abbenhuis**: Ik ben van mening dat altijd geprobeerd moet worden om de "mad" en de "bad" die samen in het systeem terecht komen, te behandelen. Er moet worden nagegaan of een behandeling mogelijk is. Natuurlijk speelt dan in eerste instantie de vraag ook een rol of patiënten onder andere gemotiveerd zijn. Zo lang ze niet gemotiveerd zijn, mag je ze best in een wat schraler klimaat zetten. Dit klinkt wat oneerbiedig.

De **voorzitter**: Ik begrijp wat u bedoelt.

Mevrouw **Abbenhuis**: Je moet dus altijd proberen om de stoornis te behandelen; je moet dus altijd nagaan of die behandelbaar is, of het nu om een strikt psychiatrische patiënt gaat of om de behandeling van een persoonlijkheidsgestoorde patiënt. Je moet het dus altijd proberen.

De **voorzitter**: Dit is een duidelijk statement tot slot. Zijn er nog vragen die niet gesteld zijn en die u wel aan de

orde wilt hebben? Wilt u nog een mening aan onze commissie meegeven? Ik constateer dat dit niet het geval is.
Ik dank u voor uw komst en voor datgene wat u met ons gedeeld hebt.

Sluiting 16.05 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 15 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Woensdag 15 maart 2006

Aanvang 10.00 uur

Gehoord worden de heren dr. W.F. van Kordelaar, dr. P.J.A. van Panhuis en mr. dr. J.M.L. van Mulbregt

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma, mevrouw K. van Velzen en mevrouw M.B. Vos, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering van de tijdelijke onderzoekscommissie tbs en heet welkom de heer Van Panhuis, de heer Van Kordelaar en de heer Van Mulbregt. Wij hebben als commissie gekeken naar het hele stelsel, van rechtsgang tot oplegging van tbs en uitvoering van de maatregel van tbs in klinieken; daarover hebben wij gesproken met behandelaars. Wij zijn daarbij een aantal zaken tegengekomen waarop wij willen doorgaan. Vanochtend willen wij in het bijzonder ingaan op zaken die het allereerste begin van het tbs-traject betreffen, in het kader van het totale stelsel. Dit betreft de rechtsgang zelf, met onderwerpen zoals de pro justitia-rapportage en het element toerekeningsvatbaarheid, de doelgroepen en de vraag hoe het verwerkt is in de huidige regelgeving. Dat is de thematiek waarvoor wij u hebben uitgenodigd en waarover wij graag verder met u willen spreken. Voordat wij daar dieper op ingaan, zou ik u het volgende willen vragen. U heeft allen een specifieke kennis, achtergrond en werkervaring op het gebied van tbs en ik verzoek u om kort aan te geven wat uw relatie op dit moment met het werkveld is en ook wat uw achtergrondervaring is, op het gebied van onderzoek enz.

De heer **Van Panhuis**: Mijn huidige werk is dat ik coördinator ben van de Forensisch Psychiatrische Dienst in het zuiden van Nederland en lid van de directieraad FPD/PBC; dat is één gefuseerde organisatie. Daarnaast adviseer ik op het ministerie voor de verlopen van de tbs. Dat zijn mijn Justitiefuncties. Mijn voorgeschiedenis is dat ik begonnen ben in de gewone psychiatrie, vooral psychotherapie, longstay psychiatrie en chronische psychiatrie; na mijn overstap naar de forensische psychiatrie heb ik een proefschrift geschreven over de psychotische patiënt in de tbs.

De **voorzitter**: Met FPD en PBC bedoelt u de Forensisch Psychiatrische Dienst en het Pieter Baan Centrum?

De heer **Van Panhuis**: Ja.

De heer **Van Kordelaar**: Ik ben psycholoog, verbonden aan de Forensisch Psychiatrische Dienst in Den Bosch; "ressortpsycholoog" heet dat. Ik ben daar betrokken bij de rapportagebemiddeling rond de pro justitia rapportages. Daarnaast ben ik projectleider van het project BooG, dat bedoeld is om de indicatiestelling wat beter te standaardiseren. BooG is een instrument in de keten en staat voor: beslissingsondersteuning onderzoek geestvermogens.

De **voorzitter**: Dat is het instrument dat officieren van justitie en rechters-commissarissen bij de beoordeling ter zijde staat?

De heer **Van Kordelaar**: Ja, de officieren van justitie, de rechters-commissarissen, de psychiaters van de FPD en in het jeugdstrafrecht de Raad voor de Kinderbescherming. Daarnaast ben ik lid van de LAP, de Landelijke Adviescommissie Plaatsingen, voor de tbs. Voorts ben ik plaatsvervangend raad bij de penitentiaire kamer van het Hof in Arnhem, waar de beroepen spelen rond de tbs-verlenning. Tot mijn achtergrond behoort dat ik vijftien jaar als psycholoog werkzaam ben geweest in het Pieter Baan Centrum, van 1973 tot 1988; daarna in het gevangeniswezen en twee tbs-klinieken en uiteindelijk bij de Forensisch Psychiatrische Dienst. In 2002 ben ik gepromoveerd op een onderzoek betreffende BooG, betrekking hebbende op de indicatiestelling voor het onderzoek naar de geestvermogens en op verbeteringen rond die indicatiestelling.

De **voorzitter**: Daar zullen wij later op terugkomen.

De heer **Van Mulbregt**: Ik werk als hoofd van de juridische afdeling in het Pieter Baan Centrum. Ik ben daar negen jaar geleden begonnen als stafjurist en inmiddels ben ik sinds zes jaar hoofd van de beroepsgroep. Dat houdt in dat ik voor een deel in het management van de organisatie zit en ook in de stuurgroep die de fusie met de Forensisch Psychiatrische Dienst coördineert. Daar moeten allerlei dingen afgestemd worden tussen beide organisatieonderdelen. Voor de andere helft van mijn werk doe ik wat mijn collega-juristen ook doen. Dat houdt in dat ik onderzoeksteams voorzit; daarin hebben de

juristen een coördinerende rol wat betreft de informatievoorziening. Wij proberen er ook op toe te zien dat de rapportage voor de rechtbank begrijpelijk is en ingaat op juridisch relevante problemen die daar spelen. Voorts hebben wij een soort toetsende rol, in de zin dat de jurist probeert vanuit het perspectief van de verschillende procespartijen gaten te schieten in een conceptrapport om te zien of het daartegen bestand is en of de deskundigen een uitleg hebben in antwoord op bepaalde vragen die je in het strafproces kunt verwachten.

De **voorzitter**: Wij hebben dus een psychiater, een psycholoog en een jurist voor ons en daarmee hebben wij, als wij praten over tbs, eigenlijk alle expertisevelden bij elkaar. Dat lijkt mij heel nuttig en goed.

Ik geef het woord aan mevrouw Albayrak om een aantal aanvullende vragen te stellen.

Mevrouw **Albayrak**: Ik wil vanochtend met u beginnen over het voortraject van de tbs. Ik denk dat u alle drie, als het gaat om dit voortraject, daar veel deskundigheid over bezit. Op het moment dat een ernstig delict is gepleegd, kan om een onderzoek worden gevraagd naar de geestvermogens, het pro justitia onderzoek. Kunt u een algemene beschrijving geven van wat dat onderzoek precies inhoudt, wie erom vraagt en in welke gevallen? Niet bij elk ernstig delict wordt om een dergelijk onderzoek gevraagd. Om hoeveel gevallen gaat het? Waar wordt het onderzoek verricht?

De heer **Van Kordelaar**: Als het gaat om het aantal onderzoeken, dan is dit iets wat je moet afmeten aan het aantal zaken dat door de meervoudige kamers in de arrondissementen wordt afgedaan. Je hebt daarnaast de enkelvoudig rechtsprekende rechter: de politierechter, de kantonrechter. Daar is soms wel eens iets aan de orde waarvan een officier zegt: hier zou iemand onderzocht moeten worden. Maar dat is een zeldzaamheid en dan wordt zo'n zaak toch doorverwezen naar de meervoudige kamer (MK). Het gaat dus om zaken met een zekere ernst, omdat daar een strafdreiging op zit via de meervoudige kamer. Dat was voorheen ten minste een half jaar en nu, naar ik meen, een jaar. Wat betreft het aantal zaken dat voor de meervoudige kamers dient: dat waren er over 2004 zo'n 14.000, bijna 15.000. Dat is heel veel. Het is met een kwart toegenomen sinds 2000, want toen waren het er 12.000. In de rechtspleging zie je dus dat er geweldig veel meer zaken aan de orde komen.

Als je vervolgens kijkt naar het aantal zaken waarin besloten wordt tot een onderzoek naar de geestvermogens, dan valt op dat door de jaren heen, gerekend vanaf 2000 t/m 2004, altijd in ongeveer 27% van het aantal MK-zaken wordt besloten tot een dergelijk onderzoek. Dat is een tamelijk constant gegeven, waarbij het aantal zelf door de jaren heen wel steeds hoger wordt, doordat het aantal MK-zaken elk jaar toeneemt. Het aantal onderzoeken neemt dus toe doordat de rechtspleging in omvang toeneemt. Ik heb het hierbij steeds over het strafrecht voor volwassenen en niet over het jeugdstrafrecht, want dat is weer een verhaal apart. Je komt dan, als je kijkt naar die 14.000 zaken in 2004, op ongeveer ...

Mevrouw **Albayrak**: Dat zouden er dan om en nabij de 3000 moeten zijn?

De heer **Van Kordelaar**: Ja, wij rekenen dat later nog wel even precies uit. Uitgaande van ongeveer 25% betreft het bijna 4000 zaken, waarin onderzoek wordt gedaan. Als je vervolgens kijkt naar het type onderzoek dat plaatsvindt, zie je dat in ongeveer tweederde van die 4000 zaken enkelvoudig gedragsdeskundig onderzoek wordt gedaan. Dat wil zeggen: een psychiatrisch onderzoek dan wel een psychologisch onderzoek. Van de 4000 zijn dit een dikke 1200 à 1300 psychologische onderzoeken en iets minder psychiatrische onderzoeken, omdat er minder psychiaters beschikbaar zijn om dit soort van onderzoek te doen. In ongeveer een derde deel wordt een multidisciplinair onderzoek gedaan. Dat kan zijn een onderzoek door een psychiater én een psycholoog of door een psychiater, een psycholoog en een milieuonderzoeker van de reclasse-ring; het kan voorts zijn een klinische observatie in het Pieter Baan Centrum of in één van de ggz-instellingen die dit soort van observaties doen. Het zijn eigenlijk alleen die onderzoeken die kunnen leiden tot een maatregel, te weten het opleggen van de maatregel van tbs of van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Immers, de wet zegt dat je minstens een dubbel onderzoek moet hebben, wil je tot zo'n maatregel kunnen komen. Je hebt dan toch een behoorlijke portie waarin een dubbel onderzoek wordt gedaan en waarin in principe een maatregel opgelegd zou kunnen worden.

Als je vervolgens kijkt naar de maatregelen zelf, dan valt op dat een constant deel van de zaken leidt tot de maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat is ongeveer 1% van het totale aantal MK-zaken. Dit percentage blijft opmerkelijk constant; het onderliggende aantal groeit mee met het aantal zaken dat wordt afgedaan. Ongeveer 1,3% leidt tot een tbs-oplegging en ook dit aantal groeit mee met de groei van de strafrechtspleging. Voorts heb je de variant van tbs met voorwaarden; daar zie je wat variatie in door de jaren heen. Dat is wat er kwantitatief aan de orde is. Daar moet aan toegevoegd worden dat er een heleboel zaken zijn waarin onderzoek wordt gedaan naar de persoon of naar de geestvermogens, die helemaal niet leiden tot een tbs. Daarvan zou je wellicht kunnen zeggen dat dit overbodig onderzoek is. Dat zou zo zijn als je alleen onderzoek zou doen, als je een maatregel nodig zou vinden. Echter, een heleboel van die zaken leiden tot andere adviezen, die op een andere manier leiden tot behandeling, begeleiding, training of wat dies meer zij. Ongeveer 10% van het aantal MK-zaken leidt tot een advies om iemand te laten begeleiden of behandelen in het kader van een gecombineerde straf. De rechter zegt dan bijvoorbeeld: ik ga u drie jaar opleggen, maar u hoeft maar twee jaar echt te zitten en één jaar hoeft u niet te zitten, maar dan moet u wel dat en dat programma of die en die behandeling volgen; als u dat niet doet, loopt u de kans dat u teruggehaald wordt om dat andere jaar uit te zitten. Het is op zichzelf goed om aldus aan te geven dat onder in die puntzak of in die taartpunt een overigens een heel kleine maar heel belangrijke en buitengewoon kostbare groep van tbs-gestelden zit.

Mevrouw **Albayrak**: Maar uiteindelijk is het dus het pro justitia-onderzoek dat adviseert over de combinatie delict en stoornis, en over de vraag of die combinatie bij de betrokken persoon moet leiden tot de tbs-maatregel met dwangverpleging? Dat is het puntje van die zak?

De heer **Van Kordelaar**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: Kunt u ook iets zeggen over de vraag wie besluit of er wel of geen pro justitia onderzoek wordt ingesteld?

De heer **Van Kordelaar**: Dat was tot februari 2002 altijd de rechter-commissaris. Die had de bevoegdheid te besluiten dat er een onderzoek zou plaatsvinden naar de geestvermogens van een verdachte. In februari 2002 is het Wetboek van Strafvordering aangepast en toen heeft de officier van justitie de bevoegdheid gekregen om een onderzoek te laten doen naar de persoonlijkheid van een verdachte. Dat zijn precies dezelfde onderzoeken; er wordt alleen een andere terminologie gebruikt. De meest recente stand van zaken is deze. Wij hebben 20 arrondissementen, waarbij ik Lelystad even meetel als een apart arrondissement. In 11 arrondissementen besluit de officier van justitie tot het onderzoek en in 9 arrondissementen doet de rechter-commissaris dit nog. Daar zitten dus al verschillen in de praktijk. Waar dat vandaan komt, weet ik eerlijk gezegd niet. Dat moet u vragen aan de mensen die dit op zo'n arrondissementsniveau besluiten.

Mevrouw **Albayrak**: Wat heeft dat voor effect gehad? Ik doel op de wijziging dat vanaf 2002 ook de officier van justitie om een onderzoek kan vragen.

De heer **Van Kordelaar**: Je zou kunnen zeggen dat het aantal rechters-commissarissen dat besluit tot zo'n onderzoek, een betrekkelijk overzichtelijke groep is. Zeg twintig keer drie – tegenwoordig wat meer – dan kom je op zestig tot zeventig rechters-commissarissen die zo'n besluit nemen. De officieren van justitie vormen een veelvoud van dat aantal. Het betekent dat bij hen de expertise om de afweging te maken – wel of geen onderzoek nodig – veel meer verdund wordt. Immers, als je veel meer mensen dit besluit laat nemen, komt het veel minder vaak in hun praktijk aan de orde. Het heeft ertoe geleid – zeker in het begin; het is nu wat genormaliseerd – dat in sommige arrondissementen officieren van justitie misschien soms voor de zekerheid dachten: ik wil hier een onderzoek naar de persoonlijkheid hebben. Zij gaven dan die opdracht, waardoor vraag en aanbod vastliepen op sommige arrondissementen, doordat er veel meer vraag was dan dat er deskundigen waren die de onderzoeken konden doen. Dat is wat genormaliseerd en dat heeft sterk te maken met de rol van de forensisch-psychiatrische diensten.

De FPD's – er zijn 19 FPD's, in elk arrondissement één – hebben, naast hun hoofdtaak om psychisch gestoorde gedetineerden te behandelen, ook een rapportagebemiddelende taak. Dat wil zeggen dat zij de beslissers bijstaan in de indicatiestelling rond het onderzoek naar de geestvermogens, het PJ-onderzoek. Zij adviseren de beslissers over de wenselijkheid van een onderzoek en over het type onderzoek dat nodig zou zijn. Wat de forensisch-psychiatrische diensten voorts doen en waar zij zich sinds 1996 in hebben geprofessionaliseerd, is dat zij pools van deskundigen onderhouden, psychiaters en psychologen die allemaal verschillende specialisaties hebben, naar wie zij vragen voor onderzoek kunnen doorbemiddelen. Vervolgens houden zij de logistiek rond die onderzoeken in de gaten; zij proberen dat zo goed mogelijk te doen. Ook bewaken zij de kwaliteit van de rapportage. Daarnaast leiden zij rapporteurs, deskundigen, op in dat forensische gebied. Dat gebeurt op cursussen, maar het gebeurt ook door interventie en dat

soort van zaken meer.

Er is aldus een behoorlijke kwaliteitsslag gemaakt in die hele voorkant van de rapportagebemiddeling. Dat heeft er naar mijn idee toe geleid – dat is eigenlijk het antwoord op uw vraag – dat de verschillen die ontstonden toen officieren van justitie gingen besluiten tot het onderzoek naar de persoonlijkheid, niet meer zijn terug te vinden in de cijfers. Dat is redelijk genormaliseerd, zo zou je kunnen zeggen.

Mevrouw **Albayrak**: Dan heeft u het ook over de regionale verschillen?

De heer **Van Kordelaar**: Dan heb ik het over verschillen tussen rechters-commissarissen en officieren van justitie. Ik heb het niet over verschillen tussen arrondissementen wat betreft de mate waarin onderzoek wordt gedaan.

Mevrouw **Albayrak**: Dat zijn kwalitatieve verschillen, maar als wij regionaal kijken, zien wij dan ook kwantitatieve verschillen?

De heer **Van Kordelaar**: Ja, zeker.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is voor u mede de aanleiding geweest om daar onderzoek naar te doen, om te kijken hoe je het komen tot een pro justitia-rapportage kunt standaardiseren. Dat heeft het BooG instrument opgeleverd, waar kort al even over is gesproken. Kunt u de aanleiding voor dat onderzoek nog eens toelichten: wat was er verkeerd in Nederland en wat was het effect daarvan op de kans om wel of geen tbs te krijgen?

De heer **Van Kordelaar**: Ik zal het kort, stapsgewijze vertellen. Het verhaal begint eigenlijk met het samengaan van de 19 afzonderlijke forensisch psychiatrische diensten in één landelijke dienst. Daardoor werd expertise uitgewisseld en ontstond de behoefte om eens na te denken over de vraag: wat zijn nu indicaties voor onderzoek? Toen is er werkgroepje gevormd, samen met het Pieter Baan Centrum, om die indicaties na te gaan. Dat heeft geleid tot een rapport en wat wel vaker gebeurt met rapporten, is dat eenkwart ervan misschien tot bloei komt, dat de helft verdwijnt in een la en dat misschien een kwart gebruikt of misbruikt wordt voor andere doeleinden. Er was een rapport gemaakt door vooral onze eigen beroepsgroep, psychiaters en psychologen; er zat ook een jurist in van het Pieter Baan Centrum. Maar de gebruikers zouden de rechtsplegers moeten zijn, rechters-commissarissen en officieren van justitie. Het leidde ertoe dat de gedachte opkwam: dit rapport heeft een hoog la-gehalte; laten wij eens kijken hoe wij dat kunnen implementeren. Toen ben ik gaan kijken hoe het zit in de arrondissementen met het besluit om onderzoek te doen naar de geestvermogens. Je zag toen, ook nu nog, dat die verschillen heel groot zijn.

Je zou het als volgt wat plastisch kunnen weergeven; dan wordt het misschien ook het meest helder. Je zou kunnen zeggen dat als je een ernstig delict wilt plegen en daarnaast ook nog wat mankeert waar je eindelijk aan geholpen wilt worden, je het beste zou kunnen gaan naar het ene arrondissement, omdat daar de kans dat je onderzocht wordt, geweldig groot is, alsmede de kans dat dit een dubbel onderzoek is dat vervolgens een tbs-advies en een tbs oplevert. Maar als je bijvoorbeeld van je baas af wilt en verder geen sores aan je hoofd wilt hebben, dan

zou je naar een ander arrondissement moeten gaan, want daar zijn die kansen allemaal veel kleiner: je komt eraf met een flinke straf, maar hebt verder geen gezeur aan je hoofd. Die verschillen zijn heel groot.

Mevrouw **Albayrak**: Dan heeft u het eigenlijk over twee zaken. Eén is dat de kans dat men onderzoek verricht naar de geestvermogens van die persoon, in het ene arrondissement groter was en nog steeds groter is dan in het andere ...

De heer **Van Kordelaar**: Ja, dat is nog steeds zo.

Mevrouw **Albayrak**: Maar ook betreft het de kwalificatie die daar vervolgens bij wordt gezet: de kans dat men uiteindelijk tbs krijgt naar aanleiding van het onderzoek, was en is ook groter in het ene dan in het andere arrondissement?

De heer **Van Kordelaar**: Ja, die kans is nog steeds in het ene arrondissement belangrijk groter dan in het andere arrondissement.

De heer **Van Mulbregt**: De verschillen tussen de arrondissementen zullen voor een deel ook zitten in de twijfelgevallen: wel of geen onderzoek doen? Ik waag te betwijfelen of ten aanzien van de zware gevallen, waar de tbs serieus in beeld komt, de verschillen ook zo groot zijn. De kans op rapportage is niet automatisch hetzelfde als de kans op tbs en ik waag te betwijfelen of er ook dezelfde verschillen zijn tussen de arrondissementen wat betreft op kans op tbs.

De heer **Van Panhuis**: Mijn collega heeft al duidelijk gemaakt dat het om een heel klein puntje van de taart gaat. Je kunt natuurlijk zeggen dat het bij het ene arrondissement misschien een beetje meer is dan bij de andere, maar wat zal dat in de praktijk voor het geheel uitmaken? Misschien betekent het op landelijk niveau 10 of 5 meer of minder. U bent nu erg aan het kijken of het per arrondissement veel zou verschillen, maar je praat natuurlijk maar over 200 van zulke opleggingen per jaar. Als je dat deelt door 19 en dan zegt dat er een beetje verschil is – nu ja, wat doet het ertoe?

Mevrouw **Albayrak**: Zeker, maar toch bent u met het BooG-instrument gekomen, betreffende beslissings-ondersteuning onderzoek geestvermogens. Dat is wel een oplossing voor een probleem dat u zag?

De heer **Van Kordelaar**: Ja, het is natuurlijk niet alleen de oplossing voor verschillen in de tbs-oplegging; het is een oplossing voor de verschillen in het gebruik van het rechtsmiddel PJ-rapportage. Je kunt zeggen dat dit vooral een rechtsmiddel is om te kijken: mankeert iemand iets, werkt dat door in het delict en wat moet dit allemaal betekenen voor de verdere rechtspleging in een bepaalde zaak? Daar waar het het puntje van de zak betreft, kun je zeggen dat dit op zichzelf maar een heel klein puntje is waar je je niet zo druk over moet maken. Echter, dat puntje is het puntje van een veel groter geheel. Het aantal onderzoeken bedraagt nog steeds, landelijk gezien, 26% van het aantal MK-zaken en per arrondissement is dat sterk verschillend.

De **voorzitter**: Wij hebben nu 200 opleggingen per jaar. Als alle arrondissementen zo streng waren als het strengste, zouden het er dan 300 zijn geweest?

Mevrouw **Albayrak**: Is dat überhaupt zo te zeggen?

De heer **Van Kordelaar**: Ik denk het niet; ik zou het niet weten. Je ziet wel dat in de kleinere arrondissementen het aandeel tbs-opleggingen wat groter is dan in de grote "rechtsfabrieken" zoals Rotterdam en Amsterdam, waar dit aandeel een stukje kleiner is.

Mevrouw **Albayrak**: Het BooG-instrument, de standaardisatie, wordt nog niet toegepast? Dat gebeurt vanaf april?

De heer **Van Kordelaar**: Ja. BooG is niet bedoeld om de toegang tot de tbs te structureren, maar om meer standaardisatie te brengen bij het onderzoek naar de geestvermogens. Dat wil zeggen dat de verschillen tussen de arrondissementen zodanig groot waren en zijn, dat dit als een probleem moet worden aangemerkt, een probleem rond rechtsgelijkheid meer in zijn algemeenheid. Dat dit problematisch is, is erkend en opgepakt door de Raad voor de rechtspraak, meer speciaal door het landelijk overleg van voorzitters van strafsectoren. Het is ook opgepakt door het parket-generaal, waarbij gezegd is: het is niet goed; daar moeten wij iets aan doen. Vervolgens heeft dit geleid tot de ontwikkeling van het instrument BooG. Ik zal kort proberen te zeggen hoe dat in elkaar zit.

Twee vormen van richtlijnontwikkeling zijn met elkaar vermengd bij het ontwikkelen van het instrument BooG. Aan de ene kant is gevraagd aan experts, zowel in het domein van de forensische psychiatrie en forensische psychologie, als in het domein van de rechtsplegers: wat zijn naar jullie idee redenen om onderzoek te doen naar de geestvermogens? Wat zou moeten leiden tot onderzoek naar de geestvermogens? Dat gaat dan over delicten, over ernst en soorten van delicten; het gaat over psychiatrische voorgeschiedenis, over psychotraumativering, de voorgeschiedenis van traumatisering, en dat soort dingen meer. De literatuur is er ook op nageplozen. Het heeft geleid tot een heel lange lijst van redenen om onderzoek te doen. Deze lange lijst is in 2000 uitgezet in vijf arrondissementen om eens te kijken wat hij waard is. Er is gevraagd aan beslissers en adviseurs: leg nu eens die lijst naast je overwegingen en geef eens aan wat je van belang vindt. Dat hebben wij verzameld en uitgewerkt en vervolgens hebben wij gekeken: zijn er nu dingen die voorspellend zijn, dingen die zo sterk verband houden met het besluit om een onderzoek te doen, dat je ze op de een of andere manier altijd mee moet wegen? Dat heeft geleid tot een prototype van het BooG-instrument. In 2004 is er een digitaal instrument gemaakt, waarbij wij in vijf arrondissementen, en wat betreft het jeugdstrafrecht in zeven arrondissementen, datzelfde nog eens herhaald hebben, maar nu gericht op het zoeken naar heel veel zaken en heel veel afwegingen, omdat je dan tot goede statistiek kunt komen. Dat hebben wij gedaan en dat heeft het afgelopen najaar geleid tot een vaststelling van voorspellers voor het doen van onderzoek, met inbegrip van het gewicht van die voorspellers en hoe zij met elkaar samenhangen. Dat kun je in een instrument onderbrengen. Dat is nu gebeurd en zal geïmplementeerd worden in het land. Dan ziet u ook de werking ervan. Er komt een zaak binnen via de politie; er wordt vastgesteld

dat het een zware zaak is, dat wil zeggen voor de eenvoudige kamer, en er vindt een voorgeleiding bij de rechter-commissaris plaats in verband met een vordering tot inbewaaringstelling. Er zit dan al een zekere ernst aan en er wordt door het instrument gevraagd in te geven wat de hoofdverdenking is. Dat levert een signaal op uit de gegevens die in het instrument zitten: dit gaat boven een bepaalde drempelwaarde; hier moet je het instrument verder gebruiken om de zaak af te wegen. Als het daaronder blijft, is het signaal: hier is heel weinig reden om onderzoek te doen, tenzij er een heleboel rumoer mee komt in een zaak.

Als het een signaal oplevert in de zin van: ga maar door met het instrument, dan gaat dit naar de officier toe. Die kan het openen op zijn computer en weegt de zaak af. Daarbij weegt hij een aantal criteria af, die te maken hebben met ernst en soort van het delict. Hij krijgt dan een advies en dat advies kan zijn: doorgaans wordt hier geen onderzoek gedaan, of: besluit maar tot een onderzoek want het is een heel zware zaak. Er is een middengebied waarin het advies luidt: raadpleeg de FPD, want het kan best zijn dat er een psychiatrische reden is om onderzoek te doen. Dan gaat er een signaal, bijvoorbeeld via de webapplicatie, naar de FPD toe. De FPD heeft een eigen module en heeft ook weer een aantal voorspellers; de FPD doet een consult, kijkt in BooG en krijgt een advies. Als je dat landelijk invoert en kunt inbouwen in de werkprocessen van FPD, rechter-commissaris en OM, dan krijg je een zekere standaardisatie. Dat gaat vanaf april gebeuren.

Mevrouw **Albayrak**: U legt het goed uit. Ik vat het samen, als u het mij toestaat, met de woorden dat het een checklist of misschien ook een softwareprogramma is, dat officieren van justitie en rechters-commissarissen kunnen gebruiken om de kans op verschillen te verkleinen op het punt óf er een onderzoek plaatsvindt en wat daar vervolgens de uitslag van zou kunnen zijn. De kans op regionale verschillen wordt daardoor kleiner.

De heer **Van Kordelaar**: Ja, het is iets meer dan een checklist, omdat al die overwegingen weer worden bewaard, doordat het een digitaal, intranetinstrument is. Die bewaarde overwegingen kunnen wij weer gebruiken om het instrument te verbeteren; dat is één kant van de zaak. Het is voorts een instrument om werkprocessen wat meer te standaardiseren. Verder kun je met de bezitters van het instrument, het OM, de FPD, de Raad voor de Kinderbescherming en de Raad voor de rechtspraak, afspreken waar je je grenswaarden legt: zijn wij boven een bepaalde grens of onder een bepaalde grens, dan doen wij het niet. Dat is een beleidsmatige keuze die je maakt. Wat dat betreft heeft het wat meer dimensies dan een checklist.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt: wij passen het toe en wij gaan het meten, opdat wij weten of het wel of niet werkt en opdat wij het nog beter kunnen toepassen straks.

De heer **Van Kordelaar**: Precies.

Mevrouw **Albayrak**: Als er om een pro justitia onderzoek wordt gevraagd, kan het twee kanten opgaan: het kan zijn een klinisch onderzoek in het Pieter Baan Centrum, te weten zeven weken observatie; of het kan ambulant zijn,

door de Forensisch Psychiatrische Dienst. Wat bepaalt of men in het ene dan wel het andere traject komt?

De heer **Van Mulbregt**: Er is straks al iets gezegd over die friteszak of taartpunt. Uiteindelijk is het aantal onderzoeken dat jaarlijks in het Pieter Baan Centrum wordt gedaan, nog weer een klein onderdeel daarvan. Wij hebben een capaciteit van ruim 200 zaken per jaar. Het betekent dat met de zaken die je overhoudt uit die heel grote groep waar wij zo-even mee begonnen, vaak iets bijzonders aan de hand is. Je kunt wel een aantal criteria stellen, maar zij zijn niet heel eenduidig. Er is een grensgebied met de ambulante rapportage, zeker waar het gaat om triple-onderzoeken, onderzoeken waarin ook de reclassering meedoet. Daar zit een zeker grijs gebied, waarin het twee kanten op kan. Ik beschik niet over zo'n mooi systeem als de heer Van Kordelaar, maar als ik kijk hoe ik in het Pieter Baan Centrum mensen tegenkom, dan onderscheid ik een aantal criteria die een rol kunnen spelen in de plaatsing. In de eerste plaats is een klinisch onderzoek veel intensiever dan een ambulant onderzoek, doordat je veel meer tijd hebt om onderzoek te doen. Het kan zijn dat er in de aard van de problematiek die er vermoed wordt bij de indicatiestelling, een reden ligt om te zeggen: dat moet klinisch uitgezocht worden, want deze meneer heeft een combinatie van problemen die ingewikkeld is, waarbij heel goed gekeken moet worden hoe die problemen met elkaar samenhangen en wat oorzaak en gevolg is. Je kunt je voorstellen dat iemand psychotisch is en een persoonlijkheidsstoornis heeft; dan kun je met zo'n klinisch onderzoek, waarbij je meer tijd hebt, proberen op beide aspecten van de problematiek wat meer zicht te krijgen, ook door medicatie voor te schrijven. Nu, dat is één groep.

Verder is er een categorie waarvan je kunt zeggen dat het over het algemeen om zware zaken gaat en dat er grote juridische belangen op het spel staan. Het kan zijn dat in het huis van bewaring de onderzoekscondities niet optimaal zijn; zeker in heel publiciteitsgevoelige zaken kan dat spelen. Het kan ook zijn dat er heel zware beveiligingsmaatregelen zijn genomen, waardoor de onderzoeksconditie bij ambulant onderzoek niet optimaal is; dat kan dan een reden zijn voor een klinisch onderzoek.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt dat de publiciteitsgevoeligheid een reden kan zijn voor plaatsing in het Pieter Baan Centrum. Kunt u dat iets nader toelichten? U heeft daarover geschreven in een artikel. De andere criteria die u noemt, zijn iets objectiever. Hoe weegt voor u de publiciteitsgevoeligheid van een zaak mee?

De heer **Van Mulbregt**: Wij stellen niet zelf de indicatie. Het kan zijn dat er in het huis van bewaring – bij zaken waar veel publiciteit omheen is, is dat sterker het geval – extreme veiligheidsmaatregelen genomen moeten worden. Iemand heeft ook een bijzondere positie, doordat zijn medegedetineerden weten wij hij is. Dat kan soms een atmosfeer scheppen, waarvan de ambulante psychiater die de indicatie stelt, zegt dat dit eigenlijk geen goede atmosfeer is om betrokkene goed te onderzoeken. Het Pieter Baan Centrum is er wat meer op ingericht om die beveiliging meer om de leefgroepen heen te organiseren, waardoor je daar bij het onderzoek zelf minder hinder van ondervindt. Het is dus niet zozeer een criterium dat wij stellen, maar het is in ieder geval een categorie die ik zie.

Een belangrijke categorie betreft voorts de mensen die ambuland niet willen meewerken aan een onderzoek. Ik zeg dit nog even in aanvulling op het gesprek van zo-even over de vraag: wie geeft de opdracht tot een onderzoek? Bij het klinisch onderzoek is het eigenlijk zo dat standaard altijd de rechter-commissaris of de rechtbank – die kan het ook nog doen in een later stadium – de opdracht geeft. De rechter heeft uiteindelijk de mogelijkheid om, als iemand niet blijkt mee te werken aan zo'n onderzoek, een bevel te geven, zodat wij een titel hebben om iemand zeven weken lang op te nemen en te observeren. Wij hebben eigenlijk met de officieren van justitie geen opdrachtrelatie, want daar zit een risico aan als mensen het onderzoek blijken te weigeren.

Mevrouw **Albayrak**: Maar dat kunnen zij ook doen tijdens het verblijf in het Pieter Baan Centrum.

De heer **Van Mulbregt**: Ja, zeker. Dat lijkt mij ook een belangrijk aspect in het vervolg van de discussie, want dit is een groep die door de jaren heen toeneemt. Ik zie daarbij een relatie met de sfeer en de commotie rondom de tbs. Je ziet dat daardoor het belang dat verdachten erbij hebben om niet onderzocht te worden, groter wordt. Je merkt ook dat advocaten overleggen met hun cliënt over vragen als: hebben wij een belang bij een onderzoek en hoe moet je je gedragen? Dat is voor het Pieter Baan Centrum reden geweest om nog eens te kijken naar de manier waarop de weigeraars onderzocht kunnen worden. De kliniek heeft begin jaren negentig de aanwijzing gekregen van een inrichting voor observatie bestemd. (vgl. art. 196 WvSv). Dat betekent dat mensen daar naartoe overgeplaatst kunnen worden, ook als zij dat niet willen.

Bij de aanwijzing door de staatssecretaris was de boodschap: wij willen niet dat een van de procespartijen, de advocaat, bepaalt wie er wel en niet onderzocht wordt; dat moet de rechter uiteindelijk kunnen bepalen. Voorts was de boodschap: wij geven het Pieter Baan Centrum een inspanningsverplichting om daarbij naar vermogen een onderzoek te doen. Daar werd bij gezegd dat een onderzoek niet tot elke prijs plaats hoeft te vinden. Het idee was dat als op een gegeven moment, na bijvoorbeeld twee weken, blijkt dat helemaal niet met iemand in gesprek te komen valt, hij weer wordt teruggestuurd naar het huis van bewaring, waarbij er geen onderzoek komt.

Mevrouw **Albayrak**: En dus ook geen advies tot tbs? Of is de kans dat geadviseerd wordt om toch tbs te geven, groter bij iemand die weigert?

De heer **Van Mulbregt**: Juridisch is het zo dat in principe de rechter de mogelijkheid heeft om bij een weigering wel een tbs op te leggen. Echter, het probleem schuilt daar vaak in het feit dat een jurist niet is opgeleid om zelf een diagnose te stellen. Daarmee zit er in de wettelijke regeling een punt dat in de praktijk ertoe leidt dat mensen een kleinere kans lopen op een tbs-maatregel.

Mevrouw **Albayrak**: Want u kunt als deskundige op dat moment om inhoudelijke redenen niet zeggen: deze persoon zou tbs opgelegd moeten krijgen? U ziet dan af van het advies van het Pieter Baan Centrum?

De heer **Van Mulbregt**: Dat is de consequentie, omdat je geen antwoord kunt geven op de vraag: heeft deze

mijnheer of mevrouw een stoornis en heeft die stoornis in het delict waarvan betrokkene verdacht wordt, ook een rol gespeeld? Vervolgens is er eigenlijk ook geen titel om iets te zeggen over het gevaar dat die stoornis, waarvan wij nog niet eens weten of hij hem heeft, voor de samenleving op zou leveren. Daar zit een professioneel probleem. Wat de rechter daar vervolgens mee doet in de strafmaat, is een andere vraag. Dat betreft wel een consequentie die eraan kan zitten, dat soms een hogere straf wordt opgelegd omdat een eventuele stoornis hierbij niet kan worden meegewogen.

Ik wil er iets over zeggen hoe in de loop van de jaren negentig het beleid rond de weigeringen vorm heeft gekregen. Eigenlijk zie je door de jaren heen dat naarmate de sfeer meer is verhard, het steeds meer een soort trucje leek te worden: je gaat naar het Pieter Baan Centrum, je stelt je netjes voor, je blijft aardig, je gaat twee weken televisie kijken en dan mag je weer weg. Dat heeft ertoe geleid dat wij begin vorig jaar hebben gezegd: wij willen een beetje uit dat conflict stappen dat er tussen de verdachte en de rechtbank is. Wij zeggen nu: als iemand in het Pieter Baan Centrum wordt opgenomen, dan zijn er eigenlijk twee dingen zeker. Het eerste is dat hij de volledige zeven weken zal blijven. Wij beginnen gewoon een onderzoek te doen. Daarbij kun je een milieu-onderzoek voor een deel vormgeven zonder medewerking van de verdachte. Dan ben je er wel afhankelijk van of referenten willen meewerken, maar daar kun je in ieder geval een poging toe doen. Voorts kun je proberen dingen in de groep te observeren. Ondertussen gaan de gedragskundigen steeds proberen, ook aan de hand van wat er aan schriftelijke bronnen bekend is, om met iemand in gesprek te komen. Dat leidt niet in alle gevallen ertoe dat wij na zeven weken een volledige beantwoording van de vraagstelling kunnen geven, maar je kunt in ieder geval proberen om, ook als je niet tot een diagnose komt, de rechter handvatten te geven, bijvoorbeeld bij de vraag: kan ik de aanwezige oude rapportage in deze strafzaak gebruiken en wat zijn daar de risico's van? Want dat is een wettelijke consequentie: rapportage is een jaar geldig is, maar op het moment dat iemand een nieuw onderzoek weigert, mag de rechter alle rapportage die in het persoonsdossier zit, in principe weer betrekken bij de vraag of in dit geval een maatregel zou moeten worden opgelegd. Wij proberen in zulke gevallen om meer beschouwend iets te zeggen over de oude rapportage, eventueel zonder dat wij zelf een diagnose hebben kunnen stellen.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt in feite dat u de werkwijze van het Pieter Baan Centrum probeert aan te passen aan de, zoals u het noemt, verharde sfeer?

De heer **Van Mulbregt**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: Kunt u er iets meer over zeggen wat die verharde sfeer is? Is dat de maatschappelijke sfeer, de manier waarop over tbs gesproken wordt en het effect daarvan op de medewerking?

De heer **Van Mulbregt**: Je ziet dat de angst voor tbs bij de mensen die onderzocht worden, heel groot is. De uitleg die wij vaak krijgen bij mensen die niet onderzocht willen worden, is dat men liever de volle mep aan straf neemt en dan in ieder geval weet wanneer de straf weer ophoudt.

Mevrouw **Albayrak**: Want tbs is in hun beleving oneindig?

De heer **Van Mulbregt**: Een onzeker avontuur, waarvan je niet weet of je daar ooit nog uit komt.

Ik wil hierop nog een aanvulling geven. Het is zeker waar dat wij proberen de werkwijze in zekere mate aan te passen aan de verharde sfeer, vanuit het idee dat de rechter uiteindelijk degene is die de opdrachten geeft en niet de andere procespartijen. Er zit wel een risico aan en dat is iets waar wij op dit moment zelf druk onderzoek naar aan het doen zijn. Je moet je voorstellen dat je op een gegeven moment toch weer in een soort conflictsituatie kunt zitten met iemand die eigenlijk niet in de kliniek wil zijn, die op het moment dat je hem spreekt het gevoel heeft dat alles wat hij zegt, tegen hem gebruikt kan worden en die misschien wat wantrouwend is dan gemiddeld en ook wat minder goed tegen kritiek kan. Welnu, dat zijn allemaal aspecten waarvan je je als gedragskundige steeds moet afvragen: zegt dit nog iets over de persoonlijkheid van deze meneer of ben ik eigenlijk bezig om een conflictsituatie te pathologiseren? De onafhankelijkheid als onderzoeker is dus een belangrijk aandachtspunt, als het gaat om de vraag hoever je die druk kunt opvoeren.

Mevrouw **Albayrak**: Mijnheer Van Panhuis, mag ik u om een reactie vragen op dit laatste?

De heer **Van Panhuis**: Ik heb er een paar dingen over op te merken. Misschien zijn de forensisch psychiatrische diensten in dit opzicht altijd al hard geweest. Vooropgesteld dat wij zelf de rapporten niet maken maar dat het freelancers zijn die dit doen, is het al jaren gewoonte om bij weigeraars niet zonder meer te zeggen: wij brengen geen rapport uit. Er wordt dan gekeken of er eerder gerapporteerd is. Een doorslaggevende reden voor deze opstelling is geweest: het in beeld komen van de kennis rond risicotaxatie en de instrumenten daarbij; mevrouw De Ruiter zal daar veel meer over kunnen vertellen. Op het moment dat je de vragen gaat beantwoorden of iemand het weer zal doen en wat je eraan kunt doen om te zorgen dat hij het niet weer doet, kijk je veel meer naar een voorgeschiedenis van geweld. Je kijkt veel meer naar een voorgeschiedenis van allerlei criminologische factoren dan dat je nu erg naar die diagnose kijkt. Hoe leuk het ook is om als psychiater of psycholoog een mooie diagnose te kunnen maken, het is in wezen in een gevaarstaxatie een klein ding. Als je vervolgens een advies erover wilt geven of er wat te doen is aan het voorkómen van gevaar, dan doe je dit meestal ook door het nalopen van al die risicofactoren en door te kijken of de risicofactoren die er zijn, te managen zijn. Dan worden het risicomanagementfactoren en daar zal je behandeladvies op stoelen. Dat kan voor een deel soms geschieden zonder dat iemand nu zo heel erg meewerkt. Je zult dan de beperkingen in je rapport moeten aangeven; je zult moeten aangeven in hoeverre iemand beperkt met je gepraat heeft of helemaal niet. Je kunt die dingen in ieder geval aangeven, waarbij bovendien aangemerkt zij dat als je praat over psychiatrische pathologie, het eigenlijk net is als bij een auto-immuunziekte. Het komt soms weer op en het gaat weer weg, zoals reuma, maar het gaat niet over. Dus, als iemand het tien jaar geleden had, heeft hij het nu nog – posttraumatische stress-stoornis daargelaten, maar dat is een heel kleine categorie, evenals de angststoornis, een

heel klein domein dat je zelden ziet in de forensische psychiatrie. Het gegeven dat de psycho-pathologie niet verdwijnt, geldt ook voor persoonlijkheidspathologie of persoonlijkheidsstoornissen: dat zijn, net als een gebrek aan IQ, gebreken die niet veranderen. Je kunt dus ook op diagnostisch vlak, zonder te pretenderen volledige uitspraken te doen, wel degelijk een heleboel zeggen in een rapport zonder veel medewerking. Daarbij komt dat een rechter ook zonder rapport een tbs kan opleggen. Zo verschrikkelijk belangrijk moeten wij ons daar dus niet in maken.

Mevrouw **Albayrak**: Zegt u daarmee dat het Pieter Baan Centrum zich te snel neerlegt bij het niet meewerken en daarmee afziet van een rapport?

De heer **Van Panhuis**: Nee, nu niet meer, maar vroeger wel. Dat is veranderd.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is, omdat zij hun werkwijze hebben aangepast?

De heer **Van Panhuis**: Ja, zij hebben hun werkwijze aangepast.

Mevrouw **Albayrak**: Het is niet omdat zij, zoals u zegt, op basis van het verleden argumenten kunnen gebruiken om wel tot een rapport te komen, of het nu gaat om het delict, de omstandigheden van het delict of een stoornis?

De heer **Van Panhuis**: Dat geldt ook voor het Pieter Baan Centrum. Daarnaast denk ik dat voor het PBC ook meer het aspect van risicotaxatie en inschatting van risicomanagement een rol is gaan spelen. Dat is in de hele forensische psychiatrie het geval.

De heer **Van Mulbregt**: Ik wil hier iets over opmerken, waarbij ik constateer dat wij nu eigenlijk aan het einde van de vraagstelling beginnen, want wij hebben het stuk van de toerekeningsvatbaarheid nog niet gehad.

Mevrouw **Albayrak**: Daar komen wij nog op.

De heer **Van Mulbregt**: Goed, maar dan reageer ik toch maar even op de voorgaande uitspraak. Het is ongetwijfeld zo dat je als gedragskundige, ook zonder dat je iemand gesproken hebt, op basis van allerlei voorinformatie een heleboel kunt zeggen over problemen die betrokkene heeft gehad in het verleden en kunt aanwijzen waar mogelijke risicofactoren liggen. Op dat punt zijn wij het niet oneens. Als het evenwel gaat om de tbs, is er een belangrijk probleempunt, want het juridische ankerpunt voor zo'n maatregel zit in het feit dat iemand niet volledig verantwoordelijk te stellen is voor wat hij heeft gedaan. Het strafrecht is er niet in de eerste plaats voor bedoeld om mensen beter te maken of om hulp te verlenen; dat is niet het uitgangspunt. Strafrecht is het sluitstuk een handhavingssysteem, waarbij wij straffen opleggen waarvan iedereen weet dat zij in het beste geval niet werken en in veel gevallen zelfs averechts werken. De rechter stuurt mensen naar de gevangenis, terwijl hij weet dat zeven van de tien weer terugkeren. Dat is bij een stoornis niet anders; de risicofactoren liggen voor heel grote groepen verdachten hetzelfde. Bij de tbs evenwel gaat het er specifiek om dat iemand vanwege een stoornis er niet of niet volledig wat aan kan doen dat hij een delict

heeft gepleegd, terwijl wij tegelijkertijd als samenleving vinden dat die stoornis ons het recht geeft om hem uit de samenleving te houden zolang daar een gevaar uit voortvloeit dat wij niet kunnen accepteren. Daarbij laat je een belangrijk juridisch principe los, namelijk de proportionaliteit tussen het delict en de sanctie die je oplegt. Dit rechtvaardig je door te verwijzen naar de aanwezige stoornis. Daar zit mijns inziens een belangrijk probleem.

Mevrouw **Albayrak**: Ik wil nog even ingaan op de werkwijze van het Pieter Baan Centrum. U onderscheidt een aantal stappen in de zeven weken die u heeft om te observeren. Kunt u concreet aangeven wat die stappen precies zijn en hoe toerekeningsvatbaarheid daar een plaats in heeft? U sprak al over stoornis en de doorwerking ervan in het delict. Daarmee raak je al aan de toerekeningsvatbaarheid. Kunt u dat voor ons schetsen?

De heer **Van Mulbregt**: Ja, ik denk wel dat de gedragskundigen daar op een gegeven moment ook iets over moeten zeggen, want het probleem van de toerekeningsvatbaarheid is eigenlijk dat het een juridisch begrip is, maar dat de rechter er geen invulling aan kan geven, zonder dat de gedragskundige er ook een mening over geeft.

Mevrouw **Albayrak**: Daar wil ik de heer Van Panhuis straks een aantal zaken over vragen. Nu wil ik weten hoe het Pieter Baan Centrum concreet die stappen afloopt.

De heer **Van Mulbregt**: Misschien moeten wij het niet beperken tot het Pieter Baan Centrum, want dit is zoals er ook ambulante in principe gewerkt wordt. Ik zal niet het hele onderzoeksproces beschrijven. Specifieke dingen in het Pieter Baan Centrum zijn dat er een onderzoek wordt gedaan in teamverband, waarbij behalve de psycholoog en de psychiater ook een milieuonderzoeker een onderzoek doet. De milieuonderzoekers gaan naar buiten om onderzoek te doen: zij gaan referenten spreken uit familie, scholen, werkgevers. Er wordt ook op de afdeling geobserveerd en daar wordt door iemand van de groepsleiding een verslag van gemaakt. Dat zijn elementen die de psycholoog en de psychiater kunnen betrekken bij hun eigen onderzoek. Je kunt je voorstellen dat uit het milieuonderzoek heel andere dingen naar voren komen dan de onderzochte zelf aan de psycholoog of psychiater heeft verteld. Het is dan aardig om dat in je onderzoek te betrekken en hem daarmee te confronteren. Het idee is dat je door zo'n brede aanpak heel veel verschillende kanten van iemands gedrag kunt onderzoeken: hoe heeft hij buiten detentie gefunctioneerd en hoe doet hij het in detentie? Je hebt testonderzoeken en je hebt medisch onderzoek. Je hebt een hele verzameling van gegevens die in de loop van die zeven weken bijeen worden gebracht. Wij hebben dan een aantal overlegmomenten en aan het eind van de rit gaan wij kijken: wat kun je aan de hand van al die gegevens nu zeggen over de vragen die de rechter ons stelt? Ik beperk mij even tot een viertal vragen; in de praktijk zijn dit er meer, maar zij komen toch wel een beetje op die vier punten neer. De eerste vraag waar wij naar kijken, is: is er met deze mijnheer of mevrouw iets aan de hand? Heeft hij of zij een stoornis? Daar valt verder voor een jurist niet zoveel over te zeggen, want dat is een gedragskundige beoordeling.

Belangrijk is evenwel dat een rechter ook begrijpt hoe die stoornis eruitziet en wat de specifieke problemen zijn binnen die stoornis. Een stoornis is op zichzelf geen reden om te zeggen: je bent ontoerekeningsvatbaar. Dat hangt er heel erg van af wat voor delict iemand gepleegd heeft en hoe de stoornis daarin zichtbaar te maken is. Je kijkt eerst of iemand nu een stoornis heeft en dan probeer je te kijken naar het moment van het delict. Dat is heel moeilijk, want daarmee komt er een element van retrospectie in je onderzoek. Je bent er niet zelf bij geweest en je moet dus heel voorzichtig zijn, als het gaat om het invullen van dingen. Je gaat heel goed kijken naar wat er in het strafdossier staat en naar wat iemand zelf zegt. Je gaat na: wat weet ik over dat delict? Bij sommige stoornissen kun je aannemen dat als iemand die nu heeft, bijvoorbeeld zwakzinnigheid, dit drie maanden geleden ook zo was. Er zijn stoornissen waarvan je weet dat zij een chronisch karakter hebben. Er zijn ook stoornissen waarvan je kunt zeggen dat die veel grilliger zijn. Bij iemand die psychotisch is, kan het heel erg wisselen. Het kan ook zijn dat iemand in reactie op een delict een stoornis heeft ontwikkeld: iemand is bijvoorbeeld depressief geworden. Dan kun je dat niet als verklarende factor voor het delict meewegen, maar op het moment van het onderzoek heeft hij die stoornis wel. Je moet dus eerst de vraag beantwoorden: is de stoornis die wij nu zien, dezelfde stoornis als die welke er was ten tijde van het delict?

Als je dat kunt beargumenteren, ga je kijken wat de specifieke problemen zijn die in dat delict tot uitdrukking komen. Dan hangt het heel erg af van wat je weet over het delict. Ik noem een simpel voorbeeld: iemand die psychotisch is en een brood steelt. Dat is op zich niet een delict waarvoor je in het Pieter Baan Centrum komt, maar ik geef het even om de gedachten te bepalen. Welnu, daarbij maakt het verschil of hij het brood steelt omdat hij honger heeft en niet op een andere manier aan geld kan komen, dan wel of hij dat brood steelt omdat hij denkt dat daar allerlei zenders in verborgen zitten en hij afgeluisterd wordt. Als je een duidelijk waanverhaal daaruit kunt destilleren, is het verband met de stoornis veel sterker. Dat is eigenlijk wat je probeert uit te drukken in de mate van toerekeningsvatbaarheid.

Mevrouw **Albayrak**: Zegt u daarmee ook dat u een oordeel geeft over de tbs-waardigheid van een delict?

De heer **Van Mulbregt**: Dat komt in het tweede stuk van de vraagstelling aan de orde. Wat betreft de tbs-waardigheid van een delict gelden er in de eerste plaats wettelijke criteria. Voor delicten waarop een gevangenisstraf staat van minder dan vier jaar, kan het in principe niet, met een aantal uitzonderingen. Op zichzelf is met een antwoord op de toerekeningsvatbaarheidsvraag echter niet automatisch gezegd dat iemand gevaarlijk is. Je kunt zeggen: in een bepaalde context heeft dit delict kunnen plaatsvinden en daar heeft de stoornis ook een rol in gespeeld, maar tegelijkertijd is de context zo uitzonderlijk dat de kans dat het opnieuw tot zo ernstige feiten komt, niet zo groot is. Dat zijn twee verschillende vragen.

Aan de hand van wat je weet over de stoornis en hoe die stoornis een soort patroon laat zien in iemands leven, probeer je te na te gaan, in combinatie met een heel uitgebreide delictanalyse, wat nu de specifieke situaties zijn waarin het gevaar bestaat dat hij opnieuw delicten

gaat plegen. Daarbij probeer je de rechter er een idee van te geven of dat een acuut gevaar is of een gevaar op middellange of lange termijn. In die zin adviseer je ook over de tbs-waardigheid van het gevaar. Op zichzelf is dat niet zozeer een conclusie, want wij beslissen daar niet over. Het is vooral belangrijk dat de rechter kan zien langs welke redeneringen je tot zo'n advies komt.

Mevrouw **Albayrak**: U vindt dus dat u een oordeel kunt geven in dat proces, ook over het herhalingsgevaar?

De heer **Van Mulbregt**: Ik niet zozeer als jurist ...

Mevrouw **Albayrak**: Maar wel de gedragsdeskundigen die meewerken aan het onderzoek?

De heer **Van Mulbregt**: Daar ga ik van uit. Misschien is dat echter een vraag om even aan de beide andere heren te stellen.

Mevrouw **Albayrak**: Dat lijkt mij goed. Ik richt mij tot de heer Van Panhuis. Als wij spreken over de toerekeningsvatbaarheid en met name over de vijf gradaties die daarin onderkend worden, is dat dan iets waar de rechter wat mee kan? Kan de rechter zijn strafmaat en zijn oordeel over wel of geen tbs-maatregel goed laten aansluiten op het advies dat uit het pro justitia onderzoek komt?

De heer **Van Panhuis**: Om te beginnen wijs ik erop dat die vijf gradaties nergens in het Wetboek van Strafrecht vastliggen; ik weet ook niet waar die vandaan zijn gekomen.

Mevrouw **Albayrak**: Het zijn op een gegeven ogenblik de psychiaters, de gedragsdeskundigen geweest, die dit hebben vastgesteld?

De heer **Panhuis**: Nee, het is een conventie die al in de jaren vijftig is ontstaan in de Utrechtse school, onder andere in het Pieter Baan Centrum, maar waar eigenlijk nooit een wetenschappelijk fundament voor gevonden is. Ik meen in de besloten verhoren het volgende al over de toerekeningsvatbaarheid te hebben gezegd. Je kunt spreken van een vrij harde, cognitieve batterij van criteria aan de hand waarvan je iemand wel of niet verantwoordelijk kunt stellen, in relatie tot een stoornis. Die batterij is internationaal ook bijna overal terug te vinden. Wat wij echter hier in Nederland doen, is uniek in de wereld. In het huidige perspectief, waar je bijvoorbeeld onlangs nog in een artikel leest dat dissociatie misschien wel helemaal niet zoveel te maken heeft met traumatisering maar veel meer met slecht slapen, zou ik geneigd zijn om veel voorzichtiger te zijn met het toerekeningsvatbaarheidsbegrip. Ik denk aan onze critici als Van Koppen, Merckelbach en De Ruiter. Dat zijn mensen die in de wetenschap zitten, die publiceren en onderzoek doen. Zij gaan in op wat wij zeggen over wat er op een bepaald moment in iemands hoofd gebeurt en verwijzen dan naar bijvoorbeeld het toepassen van een fMRI-scan. Een fMRI-scan is een röntgenbeeld van het functioneren van de hersenen met behulp van een computer. Dit betreft niet een weergave van golven. Het is een anatomische voorstelling, waarin je functiedefecten kunt zien. Daarnaast heb je de methode van een event related potential; dat betreft de golven, aan de hand waarvan je kunt zien of bepaalde hersengebieden bepaalde stoornissen vertonen,

samenhangend met een bepaald gedrag op een bepaald moment. Er zijn wiskundige methodes ontwikkeld om al dergelijke gegevens te combineren. Als dat praktisch zou worden, dan geloof ik in het aanbrengen van gradaties in toerekeningsvatbaarheid. Op dit moment sta ik niet achter het spreken over vijf gradaties, gegeven ook dat de neurowetenschap er eigenlijk geen aanleiding meer toe geeft om dit vol te houden. Ik ben echter geen jurist en in de beslissing van een rechter om toe te rekenen of niet toe te rekenen, vind ik het prima, want dat is een normatief proces. Ik kan aangeven op basis van een harde batterij cognitieve criteria of iemand wel of niet verantwoordelijk te stellen is. Eventueel wil ik nog wel zeggen dat er ergens iets tussenin zou zijn, alhoewel het daarmee al grijs en ongrijpbaar wordt en heel vatbaar voor kritiek. Liever doe ik dit dan ook niet.

Mevrouw **Albayrak**: Mijnheer Van Kordelaar, mag ik van u een reactie vragen op wat de heer Van Panhuis zegt en überhaupt op de manier waarop toerekeningsvatbaarheid op dit moment in de praktijk in Nederland wordt toegepast, wanneer het gaat om tbs?

De heer **Van Kordelaar**: Dat zal ik proberen en wel aan de hand van het gegeven dat wij praten over twee domeinen. Wij hebben het domein van de rechtspleging. Dat is een normatief domein; daar zijn allerlei dingen geregeld die wij met elkaar democratisch hebben afgesproken. Onder meer hebben wij afgesproken dat je een aantal gedragingen niet mag plegen en dat je wordt gestraft als je het toch doet. Wat wij daarin ook hebben afgesproken, is dat het niet gepast is om mensen die iets mankeren en daardoor tot gedrag komen dat niet mag, de volle schuld te geven en dus ook de volle mep van de straf. Dat hebben wij vastgelegd in het Wetboek van Strafrecht, artikel 39, en heet deftig: een schuld-uitsluitingsgrond. Het komt hierop neer: mankeer je iets, in de zin van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis, en heeft dat een rol gespeeld in een wetsovertreding, dan kun je daarop een beroep doen of de rechter kan daarmee rekening houden in het opleggen van straf. Dat is de afspraak en dat is het domein van de rechtspleger.

De rechtspleger wil, omdat hij daar niet voor doorgeleerd heeft, wel even weten of de verdachte inderdaad de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis heeft. Hij haalt dus iemand uit het domein van de gezondheidszorg, de gezondheidswetenschappen, erbij om de verdachte te onderzoeken en hem voor te lichten over het feit of deze iets mankeert, namelijk of sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis. De gedragsdeskundige gaat aan de gang en probeert met zijn instrumentarium zoveel mogelijk te objectiveren of iemand iets heeft. Vervolgens moet hij proberen te objectiveren – daarop wezen Van Mulbregt en Van Panhuis al – of dat ook het geval was toen die persoon het delict pleegde. Verder zal hij iets willen zeggen – daar is hij toe uitgenodigd door de rechtspleger – over de invloed van die stoornis op het delictgedrag. Dan krijg je het concept van de toerekeningsvatbaarheid, want de rechter heeft, om te kunnen toerekenen, de wetenschap nodig of er invloed is geweest op dat gedrag.

Nu, daar heb je dat begrip al van het toerekenen en dan krijg je misschien een beetje een woordenspel. De vraag is: in hoeverre is nu die persoon toerekeningsvatbaar? Dan krijg je vraag vanuit het ene domein aan het andere

domein over toerekeningsvatbaarheid. Nu is er geen enkele goede manier om te onderzoeken dát er toerekeningsvatbaarheid is bij een bepaalde stoornis. Toerekeningsvatbaarheid is geen symptoom van een stoornis, want dan zou dat wel in de psychopathologieboeken staan. Dat kun je niet uitzoeken. Toerekeningsvatbaarheid is ook niet een kenmerk van een bepaald delict. Je hebt het dus eigenlijk over een oordeel, een oordeel over het verband tussen een stoornis en delictgedrag. Dat oordeel kan een gedragsdeskundig oordeel zijn. Dat is moeilijk, achteraf, maar je kunt oordelen geven. Je kunt zeggen: er is een zodanige invloed geweest dat je daar als rechter wel rekening mee zou moeten houden.

Ik heb de ontwikkeling een beetje meegemaakt, vanaf de jaren zeventig. Toen had je niet die vijf trappen, maar toen drukte de deskundige zich uit in zijn eigen taal, in de zin van: dat is ietwat van invloed geweest. Zeg maar: licht verminderd toerekeningsvatbaar. Of: de stoornis is toch wel van een heel grote, overweldigende invloed geweest. Dan zit je al in het sterk verminderd toerekeningsvatbaar zijn. Die taal is een soort gestandaardiseerde taal, omdat de rechter graag wil weten wat de deskundige bedoelt met de invloed die hij wil uitdrukken. Je ziet een conventie die ontstaan is, zoals Van Panhuis zei, en dat zijn vijf trappen geworden. Als je dat probeert empirisch te onderzoeken, loop je vast, want het is geen empirie. Wat je eventueel wel empirisch kunt onderzoeken, is hoe de deskundige in zijn hoofd een afweging maakt. Dat is een heel ander type onderzoek. Dan ga je beoordelingskunde onderzoeken en niet iets wat in de werkelijkheid bestaat. Je zou het voorbeeld van buitenlanden kunnen volgen en kunnen zeggen: wij willen af van dat geneuzel tussenin en wij gaan gewoon werken met twee categorieën zoals ieder mens dat doet: het is ontoerekeningsvatbaar of toerekeningsvatbaar; toerekeningsvatbaar is straffen en ontoerekeningsvatbaar is iets anders. Zo kun je dat doen.

Mevrouw **Albayrak**: Maar dan blijf je ook helemaal weg bij die straf; dan ga je meer in de richting van behandelen?

De heer **Van Kordelaar**: Precies. Persoonlijk denk ik dat dit niet overeenkomstig de werkelijkheid is, want de werkelijkheid is wel dat een stoornis van invloed kan zijn op functies die je hebt en door kan werken in keuzes die je maakt of die je niet maakt, ook wat betreft delictkeuzes.

Mevrouw **Albayrak**: Zou het risico dat u schetst, weggenomen kunnen worden door er nog een categorie tussen te zetten, zoals de heer Van Panhuis zegt: verminderd toerekeningsvatbaar? Dan houd je er drie over in plaats van vijf?

De heer **Van Kordelaar**: Dat maakt op zichzelf niet zo uit

De heer **Van Panhuis**: Het heeft niet mijn voorkeur.

De heer **Van Kordelaar**: Nee, het is niet de voorkeur van collega Van Panhuis. Mijn voorkeur is het wel om dat grijze gebied, dat in werkelijkheid naar mijn gevoel wel bestaat, te behouden. Het betekent dat geprobeerd wordt de deskundigen een uitspraak te laten doen over de doorwerking van een stoornis in het delict. Vervolgens

kan de rechter zeggen: ik moet dat gaan kwantificeren, want wij hebben afgesproken dat iemand die niet vol verantwoordelijk is, niet de volle straf kan krijgen. De rechter gaat het dan kwantificeren en omzetten in een strafmaat en eventueel in een maatregel.

De heer **Van Panhuis**: Ik realiseer mij dat ik misschien expliciet moet zeggen dat als ik nu rapporteer, ik het Nederlandse systeem volg, want daar werk ik in. Wij zitten hier echter niet voor een rechtbank die op basis van wetten uit het verleden iets aan ons vraagt; wij zitten hier in een situatie waarin over de toekomst nagedacht moet worden. Vandaar dat ik deze opmerking maak, want anders wek ik een verkeerde indruk en denk straks de hele rechterlijke macht dat ik maar wat doe.

Mevrouw **Albayrak**: Die indruk heeft u bij ons niet gewekt.

De heer **Van Panhuis**: Dit is hier een andere situatie, naar mijn gevoel. Wij praten over hoe het in de toekomst wenselijk zou zijn en zou aansluiten bij de internationale praktijk.

Mevrouw **Albayrak**: Als ik u allen zo hoor, dan lijkt de conclusie gewettigd dat u in de paar weken die u heeft voor het onderzoek, eigenlijk al heel veel probeert te doen en te zeggen. Dat betreft de relatie delict-stoornis, maar waarschijnlijk betreft het ook al een blik in de toekomst, als het gaat om de behandelbaarheid en om de vraag of de tbs-maatregel voor die persoon de oplossing zou kunnen zijn, met de behandelingen die daarbinnen mogelijk zijn. Is dat allemaal gekoppeld aan het begrip toerekeningsvatbaarheid? Het advies over wel of geen tbs is toch ook een vorm van behandeladvies?

De heer **Van Kordelaar**: Als je iets hebt gezegd over de doorwerking van een stoornis in het gedrag, krijg je vervolgens de vraag hoe groot de kans is dat het gedrag weer optreedt als de stoornis blijft bestaan. Je krijgt dan een prognose. Vervolgens krijg je de vraag hoe je een ongunstige prognose kunt beïnvloeden en wat je zou kunnen doen om die te beïnvloeden. Pas daar speelt de vraag naar de behandelbaarheid. Dan kun je als deskundige zeggen: je zou dat en dat kunnen doen, je zou medicatie zus of je zou met cognitieve therapie zo of wat dies meer zij. Je kunt ook zeggen: hier valt niet zo vreselijk veel te behandelen, de dingen zijn zoals ze zijn en zijn niet erg veranderbaar, maar je zou iemand kunnen onderbrengen in een situatie waarin de buitenkant er als het ware voor zorgt dat er geen enge dingen meer gebeuren.

De heer **Van Panhuis**: Drugs en alcohol vermijden.

De heer **Van Kordelaar**: Bijvoorbeeld.

De heer **Van Panhuis**: Drugs en alcohol vermijden is nog helemaal niet genoemd. Iemand kan een stoornisje hebben dat zich uit in gek gedrag, maar dat helemaal niet tot gevaarlijk gedrag leidt. Als daar drugs bij komen, cocaine, amfetamine, speed of xtc, kan dat ineens leiden tot een explosieve situatie. Voor alcohol geldt hetzelfde. Als die er niet was, zaten wij hier vermoedelijk niet met zijn allen. Dat is vaak de factor die de doorslag geeft bij de stoornis, omdat de hele hersendynamiek dan in de fruit raakt, om het maar in gewoon Nederlands te zeggen. De

stoornis wordt vaak zo overbenadrukt als sturende factor van agressief gedrag. De internationale vakliteratuur geeft dat ook aan.

De heer **Van Mulbregt**: Ik ben jurist, dus ik benader het van die kant. Het kernprobleem zit hem in de vraag wat je als rechter legitimeert om te zeggen: ik ga deze meneer niet straffen, ik ga hem een maatregel opleggen, ik laat de proportionaliteit met het delict los. Het delict geeft de grenzen aan waarbinnen je een oordeel moet geven. Het gevaar dat door de stoornis wordt gevormd, is de reden om te zeggen: wij houden u van de straat. Daar zit de legitimatie van de tbs in mijn ogen. Ik zou er dus voor willen pleiten om in de discussie een heel scherp onderscheid te maken tussen de legitimatie van de maatregel op zich en de manier waarop je deze uitvoert. Het is natuurlijk zonneklaar dat het geen zin heeft om behandelingen op te zetten waarvan je van tevoren weet dat ze niets opleveren. Ik zou dat dus ook niet bepleiten. Ik denk wel dat het heel belangrijk is om de legitimatievraag daarvan te scheiden, want de behandelbaarheid is niet de reden om iemand de tbs in te sturen. De disproportionaliteit wordt gerechtvaardigd door het gevaar vanuit de stoornis. Dat is een belangrijk punt om aan vast te houden.

Ik ben geen deskundige op het gebied van behandelbaarheid, maar ik heb inmiddels wel wat rapporten daarover gelezen. Ik vraag mij af of je hierover al te snel een oordeel moet geven als er nog geen behandeling of begeleiding heeft plaatsgevonden. Je bent iemand niet aan het genezen van een blindedarmontsteking. Je weet dat je iemand die zwakbegaafd is, niet zo kunt behandelen dat hij hoogbegaafd uit de tbs komt. Dat neemt niet weg dat je met stoornissen vaak toch best een hoop kunt doen om te voorkómen dat er situaties ontstaan die tot delicten leiden. Daar richt de tbs zich uiteindelijk op. Ik zou enige voorzichtigheid willen bepleiten om hierover in een heel vroeg stadium uitspraken te doen. Daarvoor bestaat nog een andere reden, die samenhangt met de weigeringen waarover ik het zo straks had. Als de tbs inderdaad een soort instituut wordt waarvan het idee bestaat dat je opgeborgen wordt en er nooit meer uit komt, denk ik dat er een heel grote groep verdachten zal ontstaan die zorgen dat ze ontkomen aan zo'n onderzoek. In veel gevallen zullen zij een tijdelijke gevangenisstraf krijgen. Daar worden wij uiteindelijk ook niet beter van.

Mevrouw **Albayrak**: Dat hebben wij goed gehoord. Over de behandelbaarheid praten wij straks verder. Mag ik van u alledrie kort het antwoord op de vraag of u vindt dat de tijd die wij in Nederland op dit moment nemen voor het voortraject en de pro justitia-rapportage, toereikend is om op al deze vragen een antwoord te geven en om een op dit moment als definitief ervaren maatregel op te leggen?

De heer **Van Panhuis**: Er worden meer dan 6000 rapporten gemaakt. Dat betekent dat er een heleboel mensen zijn die niet in de tbs terechtkomen, maar vaak wel wat mankeren, die een psychiatrische ziekte of een persoonlijkheidsstoornis hebben. Vaak is het nog niet eens zozeer de tijd in absolute zin, maar de onmogelijke omstandigheden waaronder de onderzoeken moeten plaatsvinden. Freelancers moeten dagen van tevoren opbellen naar gevangenen. Freelancers moeten uitkijken dat zij niet in bloktijden terechtkomen. Er zijn gevangenen die eraan meewerken, er zijn ook

gevangenen die dat niet doen. Er zijn gevangenen waar rapporteurs tegenwoordig al om 16.00 uur naar huis moeten omdat het personeel de mensen wil insluiten. De mensen worden vaak overgeplaatst. Eren ander voorbeeld van belemmering: een patiënt pleegt een delict in Den Bosch en wordt vervolgens in Rotterdam geplaatst. Dat betekent dat een rapporteur dat stuk al moet gaan reizen. U weet wat dat betekent met de files. Die afspraken zijn in Rotterdam toevallig niet te maken. Daar zeggen ze: kom maar en kijk maar of hij beschikbaar is. Als u vraagt of de tijd toereikend is, is mijn antwoord dat er heel wat voor te zeggen zou zijn als mensen in gevangenen zaten waar rapporteurs terecht kunnen wanneer zij willen, bijvoorbeeld in de vroege avond. De mensen zitten daar uiteindelijk ten behoeve van het gerechtelijk vooronderzoek.

Ik zie het overigens niet als onwil van de gevangenen. Ik denk dat het allemaal met grotere problemen te maken heeft. De praktijk is dat wij al jaren proberen te onderhandelen over bloktijden, over de toegankelijkheid en over de zaterdagsmorgen. Daar zit dus een heel, heel grote beperking. Stelt u het zich het volgende voor. Iemand moet worden gezien door een arts-assistent. Dat betekent dat op een gegeven moment er een supervisor samen met de arts-assistent naar de gevangenis moet komen. Die arts-assistent moet ook worden opgeleid, want anders heb je straks helemaal geen rapporteurs meer over. Je moet dan drie agenda's bij elkaar krijgen, terwijl er niets aan flexibiliteit kan. Als je binnenkomt, gaat dat via de ingang voor "gewoon" bezoek, word je gevisiteerd en moet je je legitimeren. Dat duurt ook weer een halfuur. Voordat de betrokkene tegenover je zit, duurt het vaak ook weer een halfuur. U kunt zich voorstellen hoeveel vertraging dat oplevert. Of je komt ter plekke en iemand is gelicht. Dat wordt niet van tevoren verteld aan de rapporteurs. Dus u kunt zich voorstellen dat het allemaal veel vlotter en efficiënter zou kunnen als het systeem aan dit gebeuren meer prioriteit toekende.

De heer **Van Kordelaar**: Afgezien van de zaken die Van Panhuis noemt, waarmee ik het eens ben, is het zo dat je, naarmate er grotere belangen vastzitten aan het onderzoek, onbelemmerd moet zijn in de tijd die je mag nemen voor dat onderzoek. Het ene onderzoek is het andere natuurlijk niet. Daar zit ook een beperking. Het aantal uren dat een deskundige kan declareren voor een onderzoek is gelimiteerd, beperkt. Hij moet het doen binnen de tijd die hem gegeven is. Ik weet uit de praktijk dat het aantal uren dat ambulante deskundigen besteden aan hun onderzoek, belangrijk groter is dan het aantal uren dat zij daarvoor betaald krijgen.

De heer **Van Mulbregt**: In het Pieter Baan Centrum ligt het in die zin anders dat de aard van het onderzoek juist heel intensief is. Ik wil niets afdoen aan de problemen die op het ambulante vlak spelen. Ik kan die ook niet beoordelen, want wij hebben die problemen niet. Mevrouw Albayrak vroeg of alle vragen in die zeven weken kunnen worden beantwoord. Het probleem dat je in kaart probeert te krijgen, is uiteindelijk natuurlijk redelijk overzichtelijk. Het is niet altijd nodig om iemand tot in de finesses te leren kennen, of om alles van hem te weten. Als iemand op een gegeven moment wordt behandeld, kan de diagnostiek verder worden verfijnd. Uiteindelijk zijn de juridische maatstaven betrekkelijk grof. Dat is niet helemaal het goede woord, maar ze scheppen

een heel duidelijk kader om in die tijd goed onderzoek te doen.

Mevrouw **Albayrak**: Via het pro justitia-onderzoek kan iemand op basis van artikel 37a in de tbs met dwangverpleging terecht komen. Laten wij kijken naar de groepen die nu dat traject afleggen en in de tbs terecht komen. Mijnheer Van Panhuis, kunt u schetsen wie wij daarin onderscheiden? Op maandag hebben wij daar ook al het een en ander over gehoord. Kunt u daarbij meteen uw oordeel geven? Wat vindt u van mensen met psychoses in de tbs? Wat gebeurt er met hen? Wat vindt u van mensen met een psychopathische aandoening in de tbs?

De heer **Van Panhuis**: Ik heb het maandag niet kunnen volgen, omdat ik toen uitgeschakeld was. Is er iets relevants dat u mij moet meegeven?

Mevrouw **Albayrak**: Het was toen erg beschrijvend. U hoeft dus niet uit te weiden over de stoornissen. Het verschil tussen mensen met een psychose en mensen met een persoonlijkheidsstoornis, waaronder de psychopaten, de groep zwakzinnigen en de autistici, is wel voldoende beschreven. Misschien moet ik u direct vragen of u vindt dat al deze groepen op dit moment op hun plaats zijn in de tbs-maatregel.

De heer **Van Panhuis**: Ik heb daar verschillende keren over geschreven. De groep mensen met een psychotische stoornis is in ieder geval slecht op zijn plaats in de tbs-maatregel. Dus niet op bepaalde afdelingen van bepaalde klinieken waar uitstekende behandelingen plaatsvinden, maar wel in de maatregel. Het gaat vaak om mensen bij wie wel een zeker verband bestaat tussen stoornis en delict. Het gaat om mensen van wie de psychose na interventie met medicatie niet meer actief is en bij wie de agressiviteit daardoor minder wordt. Wanneer je zorgt dat zij geen drugs kunnen gebruiken, haal je tevens een heel belangrijke factor weg om agressiviteit of cognitieve misverstanden die uit de psychose voortkomen, dus verwarringen, te laten escaleren in agressieve delicten. Als je die twee dingen over een heel lange termijn kunt beheersen met een zo los mogelijke teugel – dat hoeft echt niet de geslotenheid van de tbs-klinieken te zijn, zeker niet wanneer een behandeling eenmaal gestart is – is er veel meer mogelijk. Bovendien heeft onderzoek aangetoond dat de geweldsdelicten die door psychotici worden gepleegd, vaak van een heel andere aard zijn. Statistisch lijkt het hetzelfde, namelijk een levensdelict, maar het blijkt in veel meer gevallen te gaan om bedreiging met leven of een poging tot. Hetzelfde geldt voor mishandeling. Dat is in internationaal en nationaal onderzoek aangetoond. Die groep kwam vroeger ook helemaal niet in de tbs, maar werd door middel van ik geloof artikel 37 – ik ben geen jurist, ik ben veel minder juridisch geschoold dan mijn buurman – in psychiatrische ziekenhuizen geplaatst door de strafrechter.

Mevrouw **Albayrak**: Wij hebben het over artikel 37 Sr, de opvolger van de Krankzinnigenwet.

De heer **Van Panhuis**: Precies. Dat is voor de strafrechter een zijdeurtje naar de ggz, naar de psychiatrische inrichtingen. Die zorgden vroeger eigenlijk wel voor de rest, dat wil zeggen verlengingen via de Krankzinnigen-

wet. Dat deurtje is in het strafrecht gaandeweg de jaren zeventig en tachtig steeds meer gesloten geraakt. Dan komen er dus heel veel van dit soort mensen in de tbs terecht, terwijl zij met een ander regime en een beter op hen toegesneden maatregel, waarbij zonedig medicatiedwang een rol zou kunnen spelen, veel beter en veel consistentier in een beveiligingskader te krijgen zouden zijn. Daarbij komt nog dat deze mensen in een eenpersoonsrecht komen – de tbs – waar ook mensen met psychopathie terecht komen, bijvoorbeeld met zedendelicten. Bij het kijken naar verlopen is echt iedereen betrokken. Er wordt nog weer eens naar gekeken, er wordt nog weer eens een second opinion gedaan. Toch is dat de groep van psychopathische zedendelinquenten waaruit bijna alle buitengewoon ernstige recidives voortkomen. Door deze groep is er een veel strakker beleid gekomen dan voor de totale populatie nodig is. Doordat wij bij het opleggen niet duidelijk kiezen voor wel of niet verantwoordelijk, maar alles in een soort middengebied gooien – de tbs als beveiligingsmaatregel – zitten er nu groepen in die de heer Van Marle "bad" heeft genoemd: de mensen aan wie eigenlijk vaak niet zoveel te veranderen is. Er zitten ook mensen in die gewoon psychiatrische patiënten zijn, die weliswaar ook iets aan hun persoonlijkheid hebben, maar bij wie dat ondergeschikt is aan hun psychose. Zo ontstaat er een onhelder beeld over de tbs, omdat het om zeer verschillende groepen gaat. De hele discussie over de forensische psychiatrie dreigt bovendien nu te gaan alleen over de 1300 tbs'ers, terwijl in de gevangenissen duizenden mensen zitten met een psychotische, autistiforme of zwakbegaafde stoornis die weliswaar niet al te ernstige delicten hebben gepleegd, maar wel vaak langere tijd vastzitten. Daardoor krijg je eenzelfde soort vertekening van verkeerde bedproblematiek als nu met die kleine tbs-groep. Binnen die tbs-groep krijg je dat ook nog eens een keer door dat hele kleine groepje mensen dat bij ons onderling "de grote engers" wordt genoemd.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt nu heel veel tegelijk. Mag ik dat ontleden? U zegt dat er een groep ernstig zieke mensen is die nu in de tbs-maatregel zit en die daar eigenlijk niet in zou moeten zitten. Dat zijn mensen die je weliswaar goed beveiligd in een psychiatrische inrichting, eventueel met dwangmedicatie ...

De heer **Van Panhuis**: Of in een tbs-kliniek, maar onder een ander regime, of in de maatschappij met medicatie, zonder dwang en met structuur.

Mevrouw **Albayrak**: Dat maakt feitelijk niet veel uit voor de situatie waarin die mensen zitten, lijkt mij. Maar op dit moment zijn de voorzieningen in Nederland niet zodanig dat je die groep er zo maar uit kunt halen en de behandeling kunt geven die u voorstaat. Kunt u daar iets over zeggen? Wat zouden wij nodig hebben om mensen met zware psychoses anders te behandelen?

De heer **Van Panhuis**: De oude paviljoens Mannen Onrust van de psychiatrische inrichtingen. Het handigste en het snelste zou zijn om te werken met een aantal tbs-klinieken en fpk's die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van mensen met een psychose en die aparte afdelingen of dependances op ggz-terreinen hebben. Dat is als het ware een "jurassic park" van de oude, grote psychiatrie. Als je dat zou stimuleren, om

vanuit de tbs te "kolonialiseren", om van daaruit deze groep patiënten langzamerhand met lange teugels te resocialiseren of half in de maatschappij te houden, zou je op een goede weg zijn. Het is op dit moment geen haalbare kaart om het vanuit de ggz te doen. De ggz heeft te weinig mogelijkheden voor dwang, identificeert zich niet met het gebied van paternalisme, met custodiale/ bewakende zorg, met het feit dat het een taak van de psychiatrie is om dat te kunnen waarmaken. Je zou dat als het ware moeten restaureren vanuit de tbs-klinieken die dat al aan het ontwikkelen zijn. Daarvoor is een van het begin af werkzaam wettelijk kader speciaal voor deze mensen nodig.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt dat het om ernstig zieke mensen gaat, maar u zult toch niet ontkennen dat dit ook een groep is waartegen de samenleving moet worden beschermd. Dat kan volgens u langs dwangmedicatie, maar het zal ook gewoon langs beveiliging moeten. Hoe ziet u dat in de praktijk voor u, als dat niet in een tbs-instelling zou zijn?

De heer **Van Panhuis**: Beveiliging betekent in deze gevallen heel vaak basaal een behandelrelatie met verpleging, een behandelrelatie die het mogelijk maakt om er medicatie in te krijgen. Soms is dat in eerste instantie gedwongen nodig, omdat mensen zichzelf niet ziek vinden. Als je die stap hebt genomen en het loopt eenmaal, dan blijkt het vaak wel te kunnen zonder opsluiting.

Mevrouw **Albayrak**: Voor de duidelijkheid: de wet staat ons op dit moment niet toe om op die manier dwangmedicatie toe te passen.

De heer **Van Panhuis**: Dat weet ik maar al te goed. Ik pleit er ook erg voor om dat te veranderen.

Mevrouw **Albayrak**: Pleit u dan voor het veranderen van de BOPZ?

De heer **Van Panhuis**: Neen. Ik pleit wel voor het vervangen van de BOPZ, want dat doet de hele Nederlandse psychiatrische gemeenschap. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is voorstander van een dwangbehandelingwet, waarin dit allemaal netjes gecontroleerd kan worden gedaan. Met mij denken veel collega's dat het een belangrijke tijd zal duren voordat dit wordt gerealiseerd, omdat je dan eventueel ook praat over een 18-jarige debutant met schizofrenie die nog geen vlieg kwaad heeft gedaan. Hoezeer dit het ziekteproces in gunstige zin ook kan beïnvloeden, vind ik het in dat geval een andere overweging om gedwongen antipsychotica te geven dan bij iemand die in het strafrecht komt, meestal al een hele voorgeschiedenis heeft en een geweldsdelict heeft gepleegd. Ik kan mij voorstellen, zowel als psychiater als maatschappelijk gezien, dat de stap in het tweede geval kleiner is om te nemen. Ten eerste beveiligt het en ten tweede zorgt het ervoor dat het ziekteproces beter verloopt.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt dus dat wij, in afwachting van de discussie over het aanpassen van de BOPZ op dit punt, het acute probleem van de forensische psychiatrie kunnen wegnemen door nu met een aanpassing al dwangmedicatie mogelijk te maken.

De heer **Van Panhuis**: Een noodwet om artikel 37 Sr zodanig aan te passen dat dwangmedicatie mogelijk is en dat het voor deze groep langer dan een jaar kan worden opgelegd door de strafrechter en dat het niet meer alleen afhankelijk is van ontoerekeningsvatbaarheid. De Nederlandse toerekeningsvatbaarheid luistert heel nauw, in tegenstelling tot die in het buitenland. In het buitenland is zij veel ruimer, omdat er maar twee categorieën zijn. Je moet daar goed bij stilstaan. Gelukkig zie ik u knikken, want dit nieuwe artikel 37 moet opgelegd kunnen worden afhankelijk van pathologie, niet van toerekeningsvatbaarheid.

Mevrouw **Albayrak**: Als wij knikken aan deze kant van de tafel, betekent dat vaak dat wij u begrijpen en nog niet dat wij het met u eens zijn!

De heer **Van Panhuis**: Nee, nee, het gaat mij om het begrip.

Ik heb het dus over het aanpassen van artikel 37, waardoor het mogelijk wordt om deze groep af te splitsen zodat er een dwangbehandeling kan worden opgelegd. Het is een groep die vaak niet behandeld wil worden, hetgeen uit de ziekte voortkomt. Dat is iets anders dan een pedoseksueel die geen hormonen wil. Dat is een keuze die je moet respecteren. Dat is een heel andere keuze dan een psychoticus die zegt: ik ben niet ziek, ik wil geen medicijnen. Vervolgens zou je deze groep in een vrij kort klinisch traject – de ervaring in Canada is hooguit een jaar of drie, veel korter dan hier – moeten gewennen aan een structuur. Ik begon mijn betoog met te zeggen dat je een behandelrelatie moet hebben op basis waarvan je medicijnen kunt geven. Je kunt geen medicijnen geven als je geen fatsoenlijke relatie hebt. Je moet dus een behandelrelatie hebben. Je geeft medicijnen. Dan ontstaat er wat meer helderheid en zijn er geen verdraaiingen meer. Dan kun je aan psycho-educatie gaan doen, wat inhoudt dat iemand leert snappen dat hij een ziekte heeft en daarmee leert omgaan. Ook moet hij leren omgaan met drugs. Daar zijn onze tbs-klinieken echt heel knap in, echt top of the bill.

Daarmee zou je de betrokkenen met een lange teugel, maar nog wel in een behoorlijke structuur, kunnen resocialiseren, hetzij in gesloten fpa's, hetzij – als het goed gaat – in halfopen fpa's, hetzij in RIBW's. Dat moet wel allemaal onder regie van deze maatregel gebeuren, omdat je ze op het moment dat het niet goed gaat, eventueel kunt terugtrekken. Omdat er nu zo'n ontzettende proportionaliteit in de tbs zit, die op verlengingszittingen altijd tot heel veel gedoe leidt, krijg je bij deze mensen na een jaar of acht altijd de discussie of je moet gaan opheffen. Maar als je opheft, ben je ook je stok achter de deur kwijt voor wat voor structuur dan ook. Het grootste slachtoffer zou dan de patiënt zijn, maar vervolgens ook de maatschappij, omdat alles wegvalt wat die patiënt met zijn kliniek heeft bereikt. Hij neemt weer zijn cannabissigaretje, hij laat zijn medicijnen staan, het begint allemaal te vervagen. Dan gaat het van kwaad tot erger. Dat is overigens ook de titel van mijn proefschrift over dit onderwerp. Dat is triest, ook voor de behandel-aars en voor de familie die er omheen zit.

Ik wil hierbij ook opmerken dat een behandeling vooral mensenwerk is. Er wordt vaak geprobeerd om netwerken van mensen weer te revitaliseren dan wel te creëren, want heel veel binnen die mensen veranderen, behalve met medicatie en psycho-educatie, kun je vaak niet. Het gaat

vaak voor een groot deel om dit soort dingen. Daarvoor heb je een lange teugel nodig. Er moet een soort zoomlens zijn die zo ver moet kunnen uitschuiven als nodig is om iemand beveiligd te houden, maar ook zoveel vrijheid kan bieden als nodig is. Nu zitten wij eigenlijk in een gefixeerd systeem, waarin wij geen kant op kunnen.

Mevrouw **Albayrak**: U zet deze groep heel duidelijk af tegen de andere groep die in de tbs zit, namelijk de psychopaten zoals wij ze kort gezegd hebben genoemd. Daarbinnen gaat het echter om veel meer aandoeningen; ook daar zijn er veel complexen en combinaties. U doet nu net alsof deze groepen te scheiden zijn. Is dat in de praktijk ook zo?

De heer **Van Panhuis**: Er wordt gedaan alsof die groepen niet te scheiden zijn. Dat is een artefact dat voortkomt uit ons classificatiesysteem. Wij diagnosticeren volgens de DSM-IV. Dan hebben wij het bijvoorbeeld over een psychose, maar ook over een persoonlijkheidsstoornis en zwakbegaafdheid. Je moet het je dan zo voorstellen dat de psychose de longontsteking is en de persoonlijkheidsstoornis de allergie. Om iemand in leven te houden, is het behandelen van de longontsteking absoluut essentieel. Dat geldt ook voor het behandelen van de psychose, vaak een veel invloedrijker factor. Die dingen lopen dus wel door elkaar. Zeker verslaving loopt als een brede band door alles heen. Die zul je altijd moeten proberen te controleren, maar ik denk dat het wel of niet aanwezig zijn van een psychiatrisch ziektebeeld een essentieel verschil maakt in de aanpak en het kader dat je aanlegt. U spreekt over psychopaten. Psychopathie is een apart concept. Het is een andere manier van kijken naar een persoonlijkheidsstoornis die sterk aan criminaliteit is gelieerd. Er zijn zeker onbehandelbare mensen met een persoonlijkheidsstoornis of een psychopathie, maar er zitten ook behandelbare mensen bij. Het gaat alleen om een heel ander soort behandelingen, omdat het niet zozeer psychiatrische behandelingen zijn, maar psychotherapieën, sociotherapieën, praatbehandelingen en leertherapieën. Die hebben een wat andere waarde in de zin dat het wel of niet bestaan van een stoornis minder verschil uitmaakt dan bij een psychose. Een psychose kun je met medicijnen echt rustig krijgen. Een persoonlijkheidsstoornis blijft er natuurlijk toch altijd.

Mevrouw **Albayrak**: Is die laatste groep volgens u geschikt voor de tbs-maatregel zoals wij die nu kennen?

De heer **Van Panhuis**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: Afgelopen maandag waren er deskundigen die zeiden dat je deze mensen in een beheersomgeving, zoals een gevangenis, langdurig kunt bewaren. Misschien met een vorm van behandeling, maar niet gericht op genezen, want dat zal nooit gebeuren.

De heer **Van Panhuis**: Dat is niet voor iedereen, zeker niet voor de gehele groep te zeggen. Om te beginnen kun je de behandelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen heel moeilijk van tevoren voorspellen. Hooguit kun je er wat over zeggen als er al veel behandelingen zijn geweest die allemaal zijn mislukt. Je zou dus kunnen zeggen dat je die mensen ook een kans behoort te geven. Ik kan mij voorstellen dat je dat in gevangenissen doet, maar ook dat vanuit die gevangenissen bepaalde trajecten toch in

klinieken moeten gebeuren en dat bepaalde trajecten in een dagkliniek kunnen gebeuren. Ik kan mij ook voorstellen dat er mensen zijn naar wie een jaar is gekeken en van wie je zegt: hier zit het er niet in. Dan is het niet meer aan de deskundigen maar aan de maatschappij om te kiezen hoe je dat wilt beveiligen, of dat nu is door opsluiting in een kliniek die eigenlijk niets toevoegt of meer in een opsluitmilieu. Ik denk echter dat wij dat laatste niet zonder meer meteen moeten doen, want dan schrijven wij toch mensen af van wie ik denk dat wij er wat mee kunnen, zij het dat het niet een heel grote groep is. Het is niet zo'n grote groep als de mensen met een psychose. Mijn ideeën sluiten hier sterk aan bij die van de heer Korvinus die sterk de motivatie van de betrokkene beklemtoont.

Mevrouw **Albayrak**: Mag ik de heren Van Kordelaar en Van Mulbregt vragen om op dit laatste onderdeel te reageren? Het is het laatste onderdeel omdat wij het einde van deze sessie naderen en mijn collega's ook nog een aantal vragen willen stellen. Wilt u uw mening geven over de groepen die in de tbs zitten en de wettelijke mogelijkheden die wij op dit moment hebben om met psychisch gestoorden om te gaan? En wilt u reageren op datgene wat de heer Van Panhuis heeft gezegd?

De heer **Van Kordelaar**: Ik wil daar wel op reageren. De heer Van Panhuis en ik zijn het over heel veel dingen eens. Op bepaalde onderdelen zijn wij het niet eens. Dat levert op den duur meestal wat goeds op!

Mevrouw **Albayrak**: Voor ons in ieder geval!

De heer **Van Kordelaar**: Dat kan ik niet helemaal beloven. Het idealisme van Van Panhuis is natuurlijk bewonderenswaardig, maar hij schetst in mijn visie een tenuitvoerleggingsvariant van een maatregel die gelegitimeerd moet zijn doordat er een risico vastzit aan een stoornis. Die legitimatie moet worden afgegeven door de rechter, want die is daarvoor aangesteld. Mijn gedachtegang is eigenlijk veel meer dat je een aantal elementen nodig hebt als je wilt ingrijpen in het leven van mensen, in hun vrijheid en wat dies meer zij. Je hebt een aanleiding nodig. De aanleiding is zowel voor de BOPZ als voor het strafrecht over het algemeen "gevaar". Voor het strafrecht geldt eigenlijk dat er ook een gerealiseerd delict moet zijn. Ook moet er een stoornis zijn. Als dat allemaal ernstig genoeg is, kan een rechter zeggen: hier is voldoende reden om iemand niet alleen maar in een gevangenis te zetten, maar om ook te kijken of je hem minder gevaarlijk kunt maken door de stoornis te behandelen. Dan kom je in de tenuitvoerleggingsvariant terecht, waarbij er – en daarover zijn wij het helemaal eens – een groep tbs-gestelden is waarvan de rechter heeft gezegd dat kan worden ingegrepen in hun leven. Je zou dan veel beter en gemakkelijker te werk moeten kunnen gaan in je behandeling. Dan zou je inderdaad van alles moeten kunnen doen met dwangmedicatie, want dat is alleen maar goed voor die mensen. Aan de andere kant is er een groep waarvoor je in de tenuitvoerlegging van de maatregel een heel ander arsenaal aan interventies moet optrekken. Er blijft een groep over – door de ontoegankelijkheid van de ggz-voorzieningen behoort jammergenoeg een groot deel van de groep van de heer Van Panhuis daartoe – bij wie het niet lukt om het gevaar te verminderen. Over die mensen is de laatste jaren afgesproken dat je er niet eindeloos

mee moet doorgaan. Je moet ze eigenlijk verzorgen, verplegen en parkeren. Als er aanleiding is om weer te behandelen of als het gevaar minder is geworden, moet je die kans onmiddellijk aangrijpen. Ik vind sowieso al niet dat je de groep met een psychose in een gevangenis-milieu moet neerzetten. Zij hebben een ggz-omgeving nodig, een forensisch psychiatrische omgeving. Je houdt dan een groepje over die je zou kunnen onderbrengen in een gevangenisomgeving. Daaraan kleven in mijn opvatting grote risico's, risico's van verwaarlozing, van vergeten, van niet alert zijn op signalen van verandering en meer van dat soort zaken. Je moet het dan zo organiseren dat de gevangenis toch een beetje een kliniek is, een verblijfsomgeving waar een tbs-gestelde op een goede manier kan zijn, maar ook wordt verzorgd. Ik zou ervoor pleiten om dat onder de regie te plaatsen van klinieken die de expertise in huis hebben om signalen op te vangen, een behandelingsaanbod te doen en zaken te evalueren. Dan zit je toch weer in een soort tenuitvoerleggingsvariant van de maatregel.

Mevrouw **Albayrak**: Wat zou het voordeel zijn als de klinieken elders hetzelfde werk doen? Dat het goedkoper is in een gevangenis?

De heer **Van Kordelaar**: Het is gecreëerd om een aantal redenen. Enerzijds is het duidelijk dat er een beperkt aantal tbs-gestelden is waarover je je hart blijft vasthouden, die blijvend delictgevaarlijk zijn. Het is niet te voorzien dat daarin op korte termijn verandering komt. Wat voor behandelingspogingen er ook worden gedaan, het lukt niet. Anderzijds is er een zekere druk ontstaan op de klinieken om met meer voortvarendheid te behandelen. Als je dat wilt doen, houd je toch een groep over waarbij dat niet lukt en die een status aparte krijgt. Dat is inmiddels ook gebeurd: de longstay-afdelingen. Die status aparte brengt ook mee dat het voorzieningenniveau lager is dan in het behandelgedeelte. Dat is dan ook goedkoper. Je slaat dus als het ware drie vliegen in een klap. Ik ben het van harte met Van Panhuis eens dat dit keuzes zijn die je niet vanuit je vak als psycholoog of psychiater maakt, maar die je maakt omdat de samenleving heeft gezegd dat wij er zo mee omgaan. De samenleving brengt uiteindelijk de bekostiging en de prioriteitsstelling op van wat wij doen met gevaarlijke mensen.

De heer **Van Mulbregt**: Met dat laatste ben ik het in grote lijnen eens, dus daar wilde ik niet op ingaan. Ik wilde nog even terugkomen op de vraag: wat is nu gevaar en welke mensen komen in de tbs terecht? Als jurist denk ik te zien dat er binnen de tbs toch op een andere manier met dit begrip wordt omgesprongen dan een aantal jaar geleden. Dat gebeurt op goede gronden; de heer Van Panhuis had het al over risicomangement. Dat is eigenlijk wat de klinieken op dit moment doen. Het is ook heel begrijpelijk dat je, als je verlopen toekent en mensen naar buiten stuurt, alle soorten risico's in kaart brengt en niet alleen kijkt naar de stoornis. Dat begrijp ik dus. Ik wil daarbij wel even terugkomen op het onderscheid tussen straf en maatregel. Bij tbs-verlengingen wordt er nog wel eens een risicoprofiel gemaakt aan de hand van de risico-taxatielijsten, waaruit uiteindelijk een groot gevaar blijkt voor recidive maar waarbij de link met de stoornis niet altijd meer even duidelijk is. Hierover is maandag ook gesproken. Als jurist vind ik dat een probleem, omdat er

factoren worden meegewogen die voor veel "gewone" gedetineerden even hard opgaan.

Ik noem een voorbeeld. Vanuit de criminologie is ongetwijfeld te onderbouwen – het is ook een factor die meedoet in de risico-instrumenten – dat als je iemand zo maar op straat zet vanuit een kliniek terwijl hij geen steunkader heeft waarop hij kan terugvallen in de vorm van werk of familie, dit een factor is die statistisch een verhoogde kans geeft op delicten. Ik vind ook dat je daar wat mee moet. Maar als legitimatie om de tbs te laten voortduren is het toch een onzuiver criterium. Bij de gevangenisstraf gelden dat soort problemen namelijk evenzeer. Eigenlijk zou zo'n element in mijn ogen alleen mogen meewegen bij de verlenging van de tbs als je zegt: deze man heeft een stoornis waarbij juist zijn structuur-behoefte – hij kan slecht op eigen benen staan – een van de problemen is die moet worden behandeld. Ik zie daar een soort onzuiverheid in het systeem optreden die het risico van rechtsongelijkheid met zich meebrengt.

Mevrouw **Joldersma**: Ik probeer de dingen die u gezamenlijk heeft gezegd op mij te laten inwerken en dan een blik op de toekomst te werpen. Ik hoor de heer Van Kordelaar een onderscheid maken tussen de tenuitvoerlegging van de maatregel en de maatregel an sich. Ik zou graag van u alledrie horen wat tbs voor u nu eigenlijk is. Is tbs een behandelmaatregel? U hebt al iets gezegd over de proportionaliteit in relatie tot de straf. Het beeld is toch dat tbs plaatsing in een tbs-kliniek betekent. Als er verschillende tenuitvoerleggingen zijn, moet ik dan ook begrijpen dat u vindt dat er zowel in de maatregelen als in de tenuitvoerleggingen meer differentiatie moet zijn? Is het mogelijk om dat onderscheid te maken of vindt u dat het toch met elkaar is verweven? Als de rechter iets oplegt, betekent dat dan ook dat de betrokken persoon daar en daar terecht moet komen?

De heer **Van Kordelaar**: In mijn visie is de tbs een beveiligingsmaatregel. Je hebt een stoornis nodig, een voldoende ernstig delict en een prognose dat het gevaarlijk blijft. Dat leidt ertoe dat de rechter zegt: dan grijp ik in op jouw leven, niet door twee jaar te geven zoals ik meestal doe, maar door een tbs te geven, want ik wil dat gevaar niet hebben. Dat is het kader. Vervolgens wordt de tbs in de tenuitvoerlegging een heel palet aan interventies dat erop is gericht om iemand toch weer op een veilige manier buiten te krijgen. Dan komt het element van behandelen, in de zin van genezen of in de zin van iemand voldoende controlemogelijkheden geven of noem maar op. Wij hebben twaalf klinieken die buitengewoon thuis zijn in dat traject. Je gaat daarin keuzes maken: wat ga ik doen om deze persoon, die een beveiligingsmaatregel opgelegd heeft gekregen, zo veilig te krijgen dat hij naar buiten kan? Dan krijg je de heel grote variatie van dwangmedicatie tot uiteindelijk, als het niet lukt, een longstay indicatie.

Mevrouw **Joldersma**: In de punt van de puntzak waarover wij het steeds hebben, is er vervolgens dus een waaiër aan mogelijkheden om er uitvoering aan te geven. Mijnheer Van Mulbregt?

De heer **Van Mulbregt**: In grote lijnen zijn wij het eens over het uitgangspunt van de maatregel. Ook ik vind het in de eerste plaats een beveiligingsmaatregel. Ik heb ook al gesproken over waar wat mij betreft de legitimatie ligt

om de proportionaliteit met het delict los te laten. Die zit in het gevaar op basis van de stoornis. Het is natuurlijk een heel ingrijpende maatregel. Ik vind dat dit ook voor de overheid een verplichting schept om serieus te proberen om mensen op een gegeven moment weer uit de tbs te krijgen. Het feit dat de tbs in het slechtste geval je verdere leven kan voortduren, is natuurlijk heel ingrijpend. Dat betekent dat er serieuze inspanningen moeten worden geleverd om iemand er weer uit te krijgen. Volgens mij zegt ook de heer Van Kordelaar dat in de tenuitvoerlegging, en zeker in de afstemming met de reguliere ggz, veel meer differentiatie mogelijk is dan nu het geval is. Als wij een tbs met voorwaarden willen adviseren, zien wij vaak dat het vaak buitengewoon ingewikkeld is om mensen ergens onder dak te krijgen. Als je naar de profielen van de desbetreffende mensen kijkt, zijn de verschillen vaak niet eens zo groot, dus daar valt zeker nog wel een hoop te doen.

De heer **Van Panhuis**: Ik zie de tbs op dit moment ook als een beveiligingsmaatregel. Zo is zij ook ontstaan. Maar ik denk dat wij hier toch vooral zitten voor de toekomst en niet voor het verleden. Ik stel dan vast dat de hele maatregel in deze eenentwintigste eeuw stoelt op negentiende-eeuwse principes van opsluiting. In wezen is opsluiting het enige middel dat als echte beveiliging in de tbs is opgenomen. Ik denk dat het veel voor de hand liggender zou zijn om een beveiliging te maken die efficiënter gebruikmaakt van de mogelijkheden die de psychiatrie en de psychologie bieden om te beveiligen bij gestoorde mensen. Ik denk dat dit niet moet gebeuren op uitvoeringsniveau, maar dat het verankerd moet worden in een wettelijke basis die aangepast is aan de mogelijkheden van deze eeuw en dus niet alleen maar als een opsluitmaatregel beschreven is. Dwangbehandeling, lange teugels, structuur en controle op drugs zijn dus allemaal dingen die wij in een wet en in een kader kunnen vastleggen als parameters op basis waarvan een rechter, of een overheidscommissie die daarop toeziet, kan kiezen hoe de beveiliging vorm moet krijgen. Ik denk dat rechters daarbij vrijheidsbeneming moeten toetsen, commissies geleid door een rechter maar bemand door deskundigen kunnen behandel- en beveiligingsplannen toetsen. Dat zou een stap naar voren zijn omdat je dan nog wel beveiligt, maar veel meer aansluit bij wat er nu mogelijk is op het gebied van behandeling en interventie.

Mevrouw **Joldersma**: Dus eigenlijk een soort van differentiatie in beveiligingsmaatregelen?

De heer **Van Panhuis**: Eigenlijk zou het daarop kunnen neerkomen.

Mevrouw **Vos**: Ik zou graag een vraag stellen over de toepassing van tbs met voorwaarden. Ik hoor van u een pleidooi om tot meer differentiatie in de uitvoering te komen. Er is een aantal wettelijke beperkingen zoals artikel 37, waarin staat dat er geen dwangmedicatie of dwangbehandeling mogelijk is. Wij horen vaak dat tbs met voorwaarden heel weinig wordt opgelegd. Sommigen zeggen dat dit hem ook in een soort wettelijk probleem zit. Anderen zeggen weer dat het blijkbaar moeilijk is om in de praktijk situaties te realiseren waarin voldoende kan worden tegemoetgekomen aan de voorwaarden en aan het schetsen van duidelijke voorwaarden. Wat zou er moeten veranderen om de tbs

met voorwaarden beter en uitgebreider te kunnen toepassen?

De heer **Van Mulbregt**: Mijn beide buurmannen kunnen wellicht meer zeggen over de uitvoeringsproblemen. Ik denk dat de tbs met voorwaarden in ieder geval erg te lijden heeft onder een oud imago van een voorganger van deze maatregel: de tbs met aanwijzingen. Dat merk je toch als je mensen probeert te plaatsen. Vaak is er een soort huiver: kunnen wij wel de maatregel wel snel omzetten in een bevel tot verpleging als het misgaat en iemand zich niet aan de voorwaarden houdt? Wettelijk zijn die mogelijkheden er, maar ik heb de indruk dat het vertrouwen er in de praktijk niet is dat dit ook echt gebeurt. Het belangrijkste verschil tussen de oude en de nieuwe maatregel is nu juist dat de omzettingprocedure enorm vergemakkelijkt is. Ik zie het in eerste instantie dus niet als een juridisch probleem. Er kan in zoverre een juridisch probleem zijn dat er een beperking is tot gevangenisstraffen van maximaal drie jaar. Aangezien je bij tbs-waardige delicten al praat over een categorie waarvoor vier jaar gevangenisstraf of meer mogelijk is, vallen heel veel delicten al af omdat de strafmaat die de rechter gaat opleggen de drie jaar overschrijdt. Dan hoeft je dus helemaal niet meer te praten over voorwaarden, terwijl de gedragskundigen vaak wel degelijk mogelijkheden zien om met een minder ingrijpend kader iets te doen als zij naar de persoon van de verdachte kijken. Voor een deel zou daar dus een probleem kunnen liggen. Voor een ander deel is het een kwestie van een betere afstemming met de instellingen waarin mensen onder voorwaarden geplaatst zouden kunnen worden.

De heer **Van Kordelaar**: Het ontbreekt, denk ik, aan voldoende follow-upgegevens om te bepalen of de tbs met voorwaarden succesvol is of niet. Het komt op casuïstisch niveau nogal eens een keer voor dat een tbs met voorwaarden als het ware gearrangeerd wordt. Dat is ook echt een arrangement met de betrokkene zelf, met de reclassering en met een voorziening die een behandeling kan bieden. Iedereen kan er op dat moment echt achterstaan, maar er kan vervolgens al vrij snel een situatie optreden waarin of de instelling die een behandeling biedt dat niet meer kan doen, of de betrokkene afhaakt. Dan wordt er een proces in gang gezet waarbij een zorgvuldige opgebouwde constructie wordt afgebroken, op een manier die eigenlijk slecht is, en er een omzetting komt naar een tbs met bevel tot verpleging, zodat de betrokkene alsnog pakweg anderhalf jaar als passant zit te wachten op opname in een tbs-kliniek. Aan de voorkant wordt er soms dus heel erg luchthartig omgegaan met de tbs met voorwaarden. Dat ligt naar mijn gevoel ook aan de basis van een aantal mislukkingen. Daarbij komt dat de redeneringen, ook van deskundigen, vaak verkeerd om zijn. Je gaat nadenken over wat er nodig is en je adviseert het voornemen om een tbs op te leggen. Vervolgens moet je gaan bedenken of dat met verpleging moet gebeuren of dat er wellicht voorwaarden zijn te creëren waardoor verpleging kan worden vermeden. Je moet dus de bocht van de zwaarste maatregel nemen om te komen tot een lichtere maatregel. Het komt nogal eens voor dat deskundigen zeggen: ik denk aan een gecombineerde straf met bijzondere voorwaarden, maar de stok achter de deur moet wat dikker worden, dus ik kies voor tbs met voorwaarden. Dat

wordt dan geadviseerd in een zaak waarin een tbs met verpleging eigenlijk nooit zou worden geadviseerd. Het wordt dan via een mislukking – dronken van een verlof terugkomen of vervelend zijn of wat dies meer zij – alsnog een tbs met bevel tot verpleging. Daar zit dus iets in wat heel tricky is.

De heer **Van Mulbregt**: Ik herken dit. Daarnaast kan ik nog vertellen dat toen de maatregel nog niet zo heel lang was ingevoerd, wij in het Pieter Baan Centrum een soort evaluatie hebben gedaan van de eerste periode waarin wij adviezen voor tbs met voorwaarden hebben gegeven. Wij hebben gekeken hoe vaak de adviezen werden overgenomen en hoe vaak het succesvol was verlopen. In de eerste plaats bleek dat het advies vaak, in ongeveer de helft van de gevallen, niet werd overgenomen. Van de gevallen waarin het wel werd overgenomen, mislukte ook weer eens de helft. Een van de verklaringen die naar voren kwam, was dat de rechterlijke macht eigenlijk hogere eisen stelde aan de gemotiveerdheid van de verdachte voor een behandeling dan de onderzoekers, in de zin dat je ook gemotiveerd kunt zijn om uit een tbs-inrichting te blijven zonder dat je echt ziekte-inzicht en behandel-motivatie hebt. Je zag dat er verschil van inschatting was over de haalbaarheid van de maatregel.

Mevrouw **Vos**: Mijnheer Van Panhuis, misschien kunt u kort iets zeggen over de groep mensen waarover u het net had.

De heer **Van Panhuis**: Net zoals voor de straf gecombineerd met voorwaarden, geldt ook voor de tbs met voorwaarden dat als je haar als stok achter de deur beschrijft, je haar als stokje ter grootte van een luciferhoutje moet beschrijven. De tbs met voorwaarden is opgezet in de tijd van de ontwikkeling naar de BOPZ, is daar ook helemaal tegenaan geschreven, vertoont in dat opzicht wel wat overeenkomsten met een zelfbindingscontract en werkt dus ook niet. Zij is niet bedacht vanuit een idee van custodiale psychiatrie. De maatschappij is veranderd en wij moeten iemand beveiligen, in de grip houden. Dat kan bijvoorbeeld ook ambulante, maar wat hebben wij daarvoor nodig? Bijvoorbeeld een heel strikte controle op drugs. En dat niet indirect met tussenkomst van officieren van justitie en allerlei andere kanalen maar direct. De tbs met voorwaarden is geschreven vanuit een maatschappijmoment en -visie dat iemand gemotiveerd moet zijn voor behandeling en dan misschien ook wel kan verbeteren. Motivaties zijn in de forensische psychiatrie een vrij zeldzaam goed, dat is in de gehele psychiatrie al een probleem. Als je als onderzoeker hierover met de reclassering overlegt, wordt vaak letterlijk gezegd: doe mij dat niet aan, want ik ben er verantwoordelijk voor en ik kan het niet waarmaken, en ik heb geen enkele stok achter de deur om te voorkómen dat iemand weer wat gaat doen. Ik heb iemand gehad met een tbs met voorwaarden voor verschillende pedoseksuele delicten, die in een dagkliniek werd behandeld en tegen wie in de bus allemaal jongetjes aan vielen. Dat gebeurt ons nooit, maar hem wel. Hij had een tbs met voorwaarden, dus de officier van justitie was radeloos. Die wist niet wat hij moest doen om er weer grip op te krijgen. De betrokkene is naderhand ook gerecidiveerd. De tbs met voorwaarden is dus niet geconstrueerd vanuit het idee van "grip krijgen op". En daar gaat de hele beveiliging om, dat je het moet construeren vanuit het idee hoe je grip krijgt op bepaalde

mensen en categorieën, dat je die categorieën onderscheidt en bekijkt hoe je het vorm geeft, niet alleen in de praktijk maar ook in de onderliggende wetgeving. Daar faalt de tbs met voorwaarden volledig.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Van Mulbregt, u beschreef zonet de onderzoeksmethoden en de observatie in het Pieter Baan Centrum. U had het over een groep mensen die onder druk van het ontstane negatieve beeld over tbs – en soms op instructie van de advocaat – weigert om mee te werken aan het onderzoek en de observatie. Als ik u goed begrijp, is dat een groep patiënten die potentieel een stoornis heeft maar in ieder geval een zwaar delict heeft gepleegd. Dat is de reden van de tijdelijke plaatsing. Hebt u er zicht op waar deze mensen uiteindelijk belanden, aangezien zij toch een potentieel risico voor de maatschappij vormen? U sprak over plaatsing in een gevangenis. Wordt er vanuit het Pieter Baan Centrum dan nog een advies meegegeven om deze mensen in de gaten te houden en eventueel terug te plaatsen in een vorm van behandeling? Of is het eigenlijk een groep die los rond wandelt en dus, nadat de gevangenisstraf is uitgezeten, een groter risico vormt dan degenen aan wie u wel een tbs-advies kunt meegeven?

De heer **Van Mulbregt**: Het antwoord is: ik weet het niet. U begon met de mensen te kwalificeren als patiënten. Dat is natuurlijk nog even de vraag. Natuurlijk is er een indicatiestelling voorafgegaan aan een plaatsing in het Pieter Baan Centrum. Daarin kunnen aanleidingen zitten om te denken: er moet nog eens goed naar die man of vrouw worden gekeken. Het is echter niet zeker dat de betrokkene een stoornis heeft. Ik moet het probleem tegelijkertijd misschien ook iets relativeren. Als iemand zegt niet met ons te willen praten, zeggen wij niet automatisch: dan schrijven wij verder niets op. Er zijn ook mensen die een zodanig ernstige stoornis hebben dat zij eigenlijk niet in staat zijn om aan die weigering vorm te geven. Als mensen heel erg in de war zijn en vanuit allerlei paranoïde ideeën überhaupt met niemand willen praten, vat ik dat niet op als een weigering. Die mensen willen niet met je praten, maar laten zoveel zien dat je daar gewoon een rapport over kunt schrijven. De categorie mensen om wie het gaat, zijn dus eigenlijk mensen die op zich redelijk aanspreekbaar zijn, maar die ook heel goed hun procesbelangen in de gaten proberen te houden en precies weten tot hoe ver ze met je in gesprek willen gaan.

Mevrouw **Van Velzen**: De groep waarover u geen heldere diagnose kunt geven, kan potentieel dus gewoon in de gevangenis belanden zonder dat ooit helder wordt of zij een stoornis hebben en of die eigenlijk zou moeten worden behandeld.

De heer **Van Mulbregt**: Ik zou er zelfs van uitgaan dat dat in principe de consequentie is. Zij krijgen een straf, die misschien hoger is dan wanneer er wel een diagnose was gesteld, maar zij keren op enig moment onbehandeld weer terug in de maatschappij. Ik zeg dit even afgezien van het feit dat er in detentie op zichzelf behandel-mogelijkheden zijn als mensen gemotiveerd zijn, maar dat gebeurt weinig.

Mevrouw **Van Velzen**: Voor een tweede groep mensen hebt u gekeken of er een causaal verband, een relatie

bestaat tussen het delict en de stoornis waarop u observeert. Dan is er dus een mogelijkheid dat u zegt: wij zien wel een stoornis, misschien wel een zware stoornis, maar geen relatie met het delict.

De heer **Van Mulbregt**: Dat kan.

Mevrouw **Van Velzen**: Zo'n persoon komt in de regel niet in een tbs-kliniek. Waar komt hij dan wel terecht? Er is toch sprake van een stoornis. Kunnen wij ervan op aan dat die mensen wel adequaat worden behandeld?

De heer **Van Mulbregt**: Voor zover het gaat over de zorg, zou ik de vraag graag willen doorspelen. Als het gaat over de gevaarstaxatie, is er het probleem dat je eigenlijk geen onderbouwde verwachting kunt uitspreken over het gevaar dat die meneer of mevrouw vormt. Omdat je zegt dat hij niet zozeer handelt vanuit een stoornis, moet je er eigenlijk van uitgaan dat hij in staat is om de delicten niet te plegen. Wij weten natuurlijk dat het recidivepercentage heel hoog is, maar dat is überhaupt zo, ook in de gevangenis. Daar doet de stoornis op zich niet zozeer terzake. Dat is niet de oorzaak van het feit dat mensen gevaarlijk zijn. Het is een heel breed probleem dat je eigenlijk voor de gehele detentie zou moeten bekijken. Je zou ook kunnen zeggen dat iemand eigenlijk niet eens een delict hoeft te plegen om een risicoanalyse van hem te maken. Dat kan bij u of mij ook. Als je zo gaat redeneren, zou je eigenlijk de gehele detentiepopulatie in kaart moeten brengen om te kijken waar de risico's liggen en waar mensen moeten worden behandeld. Dat is wel een heel ander systeem dan wij nu hebben.

Mevrouw **Van Velzen**: Is dat wat u bepleit?

De heer **Van Mulbregt**: Ik ben er niet tegen, maar ik ben wel heel erg voor een duidelijk juridisch kader en een duidelijk criterium wanneer je de proportionaliteit met het delict gaat loslaten. Dat heb ik zonet uitgelegd.

De **voorzitter**: Ik heb nog een paar korte laatste vragen voor u alledrie. Ik richt mij eerst tot de heer Van Kordelaar. Wij hebben een paar keer gesproken over een aantal langetermijnbewegingen binnen de psychiatrie, binnen de tbs, binnen de achtergrond, binnen de populatie etc. U hebt daar ook onderzoek naar gedaan. Wij hebben het nog niet gehad over een andere verandering in de Nederlandse samenleving. Wij begrijpen dat steeds meer mensen met een andere culturele achtergrond tbs krijgen, veroordelingen krijgen of worden onderzocht door psychiaters en psychologen. Kan dat worden meegenomen of zijn die diagnoses gebaseerd op onze eigen culturele achtergrond, waardoor het risico groot is dat je een verkeerde diagnose stelt van iemand die uit een andere cultuur komt?

De heer **Van Kordelaar**: Dat is een moeilijke vraag waarop ik niet meteen een loepzuiver antwoord zou kunnen geven. Ik zie dat de heer Van Panhuis dat wel kan.

De **voorzitter**: Wij kunnen de vraag ook direct doorspelen naar de heer Van Panhuis.

De heer **Van Panhuis**: Wat mensen met een grote psychiatrische ziekte betreft, is op basis van transcultureel psychiatrisch onderzoek gebleken dat schizofrenie in

Ethiopië, Zuid-Amerika en Rusland hetzelfde is als bij ons. Dat geldt echt alleen voor de grote As-1-stoornissen.

De **voorzitter**: Dus wel voor de psychiatrische aandoeningen, maar niet voor de persoonlijkheidsstoornissen?

De heer **Van Panhuis**: Daar kan ik niets over zeggen, nee.

De **voorzitter**: Is er onderzoek gedaan naar de invloed die dat heeft en naar een eventuele relatie tussen de diagnose en de uitkomst?

De heer **Van Kordelaar**: Op casuïstisch niveau gebeurt dat nog wel eens. In een bepaalde casus, gepleegd door iemand met een andersculturele 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 **voorzitter**: De kennis bij de psychiaters en psychologen die het onderzoek doen?

De heer **Van Kordelaar**: Ja. Maar wij hebben een dikke 500 deskundigen, psychiaters en psychologen, die de ambulante onderzoeken doen. Daar zitten te weinig deskundigen bij met andere culturele achtergronden waarop een beroep wordt gedaan.

De heer **Van Mulbregt**: Mag ik daar een aanvulling op geven? 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 **voorzitter**: Mijnheer Van Panhuis, ik ga weer even terug naar die grote bewegingen. Daarover hadden wij het afgelopen maandag ook. De heer Van Marle gebruikte de term antipsychiatrie, die van invloed was vanaf de jaren zeventig. Hij zei dat dit zijn effecten heeft gehad in de wetgeving die daarna is gevolgd en in de praktijk. Je ziet nu mensen die vroeger atypisch waren voor de tbs opeens in groten getale instromen in de tbs. U heeft in dit gesprek gezegd: wij als psychiaters zijn het er in het algemeen over eens dat een aantal wetten moet veranderen. Ik noem de behandelwetten en de verandering van de BOPZ. Nu hebben wij in het verleden naar psychiaters geluisterd en de wetgeving veranderd, met averechts effect. Nu zegt u weer: wij psychiaters adviseren u om de wetten te veranderen. Hoe krijgen wij nu de garantie dat u het dit keer wel goed ziet?

De heer **Van Panhuis**: Die kan ik u wel geven ...

De **voorzitter**: Ik hoop het!

De heer **Van Panhuis**: ...omdat de BOPZ en het verminderen van gesloten bedden niet uit de koker van psychiaters zijn voortgekomen. Het is overigens juist een van de conclusies uit mijn proefschrift geweest dat die mensen met psychiatrische ziekten zijn ingestroomd in de

tbs. Wat daarbij ook duidelijk is geworden, is dat de eerste Krankzinnigenwet onder invloed van Schröder van der Kolk, een psychiater, tot stand is gekomen. De tweede wet van 1884 die het zo lang heeft uitgehouden en die het zo goed deed, stond onder invloed van Ramaer, een psychiater. In 1959 lag er een nieuwe Krankzinnigenwet die voornamelijk werd gemaakt door de commissie-Kraus, maar de werkelijke denker erachter was Querido, ook een psychiater. Querido had die wet zo geschreven – er waren toen nog nauwelijks psychofarmaca – zoals mijn verhaal is, namelijk als een heel lange teugel van toezicht naar de maatschappij toe, ambulante, om mensen vanuit de psychiatrie custodisch te begeleiden met zoveel vrijheid als mogelijk was. Het is het gehannes geweest van alle wetgevingsjuristen die eindeloos over de BOPZ hebben gedaan, dat dit op zich samenhangende plan naar de knoppen heeft geholpen. Ik heb daar een heel duidelijke mening over. Er is nooit een wet geweest die effectief was voor psychiatrische patiënten waaraan juist niet de psychiaters een belangrijke bijdrage hebben geleverd. De BOPZ is dus een uitzondering, maar die is ook niet onder invloed van psychiaters tot stand gekomen. Onder invloed van maatschappelijke bewegingen, zoals je dat op scholen had in de vorm van medezeggenschapsraden in de psychiatrie, patiëntenraden, ouders, Corry van Eijk-Oosterholt ... Ik ben ook "antipsychiater" geweest, heel lang geleden, met lang haar, maar dat was toen.

De voorzitter: Daarom vraag ik erop door. Wij hebben het woord antipsychiatrie gehoord. Dat heeft toch grote invloed gehad.

De heer Van Panhuis: Dat is geen wet geweest die uit de communis opinio van de psychiatrie is voortgekomen. Dat is het ding van Querido. Dat is in een la verdwenen.

De voorzitter: Haal het weer uit de la, zegt u.

De heer Van Panhuis: Ja, en hang er een dwangbehandeling aan en je hebt je nieuwe wetgeving, bij wijze van spreken.

De voorzitter: Ik kom bij de heer Van Mulbregt. Tbs heeft een dubbeldoelstelling: beveiligen en behandelen. U hebt alledrie gezegd dat beveiligen de paraplu erboven is, maar dat behandelen een essentieel onderdeel is. Nu horen wij adviezen om er een aantal groepen uit te halen die behandelbaar zijn, om die in een andere omgeving te plaatsen – dat kan nog steeds onder de paraplu van de tbs zijn – en om de moeilijke groep met het hoge beveiligingsniveau erin te houden. Krijg je dan niet de situatie dat de tbs "in haar tegendeel aan het verkeren is" en dat het louter een beveiligingsmaatregel wordt? Hoe verhoudt zich dat tot het juridische argument dat er een proportionaliteit is tussen delict en straf? Je houdt mensen over die alleen nog maar levenslang worden bevestigd in een vaste omgeving.

De heer Van Mulbregt: Ik vind het moeilijk om daar antwoord op te geven omdat ik de behandelmogelijkheden niet goed kan beoordelen, maar dit is eigenlijk precies de reden waarom ik pleit voor een heel scherp criterium om de rechter uiteindelijk te laten bepalen: u bent zo gevaarlijk door een stoornis waaraan u niets kunt doen, wij kunnen u niet straffen voor het feit dat u een stoornis hebt, maar wij zien hierin wel aanleiding om u

desnoods uw hele leven vast te houden, als het heel erg tegenzit.

Ik snap dus wel wat u zegt, maar ik herhaal toch weer dat de tbs een beveiligingsmaatregel is. De behandeling is een serieuze inspanningsverplichting voor de overheid, maar als het niet kan, dan kan het niet. In die maatregel ligt besloten dat de legitimatie wordt gevormd door het gevaar vanuit de stoornis.

De voorzitter: Het zit hem in de legitimatie. Het kan dus gebeuren dat mensen die een klein delict hebben gepleegd maar een zware stoornis hebben, levenslang achter slot en grendel komen. Hoe weegt een rechter dan de legitimatie van een maatregel? Hoe voorkom je dat hij die opheft?

De heer Van Mulbregt: Dat is een interessante vraag. In de rechtspraak zie je een zekere tendens dat het uitgangsdelict na verloop van tijd, ook in de tbs-verlengingen, toch een rol gaat spelen bij de vraag of de duur van de tbs nog in enige verhouding staat tot wat er oorspronkelijk is gebeurd. Dat hangt natuurlijk wel weer af van het concrete gevaar dat er op dat moment wordt gezien. Maandag werd de langzittende tbs'er genoemd. Die zit geloof ik 44 jaar. Die mijnheer zit voor ontucht. Als hij daarvoor een gevangenisstraf had gekregen, had hij misschien binnen een jaar weer vrij rondgelopen. Kennelijk zijn er in die zaak ook voor de rechter argumenten om te zeggen: dit gaan wij niet riskeren. Je ziet echter wel degelijk dat die vraag ook bij tbs-verlengingen op een zeker moment aan de orde komt.

De voorzitter: Ik dank u alledrie hartelijk voor uw komst.

Sluiting 12.15 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 15 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Woensdag 15 maart 2006

Aanvang 14.00 uur

Gehoord worden mevrouw mr. J.M. van der Vaart en de heren mr. C.F. Korvinus en H. Epskamp

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma, mevrouw K. van Velzen en mevrouw M.B. Vos, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heet u allen welkom.

Wij hebben afgelopen maandag en hedenochtend gesproken over tbs in breder verband. Maandag hebben wij de hele keten van tbs en tbs-veroordelingen, alsook de behandeling onder de loep genomen. Wij zijn daarbij op een aantal vraagpunten gestuit, die te maken hebben met de rechtsgang, in het bijzonder de pro justitia-rapportages, de wettelijke (on)mogelijkheden voor tbs of een ander soort maatregel, in het bijzonder tbs met voorwaarden.

Over deze zaken willen wij verder met u spreken. Misschien is het goed, als u uw bemoeienis en ervaring met tbs in het heden en het recente verleden aangeeft.

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik ben vice-president en strafrechter in Amsterdam. De laatste tien, twaalf jaar ben ik onder meer een van de drie voorzitters van de Raadkamer waarin over verlengingen van tbs beslist wordt. Wij leggen natuurlijk ook wel eens een tbs op. Daarnaast heb ik jaren in de sectie tbs gezeten van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. Daar heb ik ook de beroepsrechtspraak gedaan. Op het ogenblik ben ik nog de schorsingsvoorzitter, die moet beslissen of een verzoek geschorst kan worden, hangende de beslissing van de beroepscommissie zelf.

De heer **Korvinus**: Ik ben 28 jaar strafrechtadvocaat in Amsterdam. Ik heb mij in het verleden gedurende tijden heel veel met de tbs bezig gehouden. Toen deed ik zo'n 50, 60 verlengingszittingen per jaar, als het er niet meer waren.

Ik heb mij heel lang geleden, nog voordat de rechtspositieregeling tbs-gestelden werd ingevoerd, ook bezig gehouden met kort gedingen tegen tbs-klinieken. Dat was indertijd de enige mogelijkheid om voor de rechtspositie

van de mensen iets te bereiken.

Ik ben ooit nog lid geweest van een comité ter belangenbehartiging van tbs-gestelden en ex-tbs-gestelden. Ik praat over 15, 20 jaar geleden. In de loop van de tijd ben ik mij persoonlijk minder gaan bezig houden met de tbs. Ik doe nog wel een aantal tbs-verlengingen per jaar. Dat zijn er misschien minder dan tien. Ik ken nog steeds een aantal tbs-cliënten met wie ik regelmatig contact heb, ook nadat zij eenmaal uit de tbs ontslagen zijn. Mijn kantoor doet nog 40 à 50 verlengingszittingen. Die worden vooral door mijn medewerkers gedaan.

Ik heb in het kader van mijn ervaring met de tbs en met alle klinieken, alsook met alle mensen uit het veld, regelmatig "meegesproken", ook op beleidsniveau, over de wijze waarop de tbs verbeterd c.q. veranderd zou kunnen worden. In dat kader heb ik ook contact gehad met de groep van twaalf behandelingsdirecteuren, die een rapport hebben opgesteld over de middenpositie van het tbs-veld. Dat rapport is ook naar uw commissie gezonden.

De **voorzitter**: Wellicht komen wij daar later vanzelf over te spreken.

De heer **Epskamp**: Ik heb elf jaar in de forensische psychiatrie gewerkt in een tbs-kliniek in Utrecht. Daar ben ik sociotherapeut geweest. Sinds 2001 werk ik bij de reclassering. Ik rapporteer over cliënten, ik doe onderzoek over cliënten en ik begeleid een aantal cliënten.

De **voorzitter**: Een jaar of vijf rapporteert en adviseert u?

De heer **Epskamp**: Vanaf 2001 tot heden.

De **voorzitter**: Er zijn verschillende invalshoeken en aanvullende typen van ervaring op het gebied van tbs, tbs-veroordelingen, alsook de voorwaarden die daarbij gesteld worden. Ik geef graag het woord aan Marijke Vos.

Mevrouw **Vos**: Wij hebben een aantal vragen voorbereid. Ik wil graag beginnen met de pro justitia-rapportage, dus de rapportages die worden opgesteld om de rechter te adviseren over de geestvermogens, zoals dat heet, van betrokkene. Allereerst wil ik in dit verband een aantal vragen stellen aan de heer Korvinus. Kunt u iets vertellen over uw rol in het advies van een pro justitia-rapportage? Kunt u iets zeggen over uw ervaringen daarmee en de rol die u daarbij speelt, alsook het advies dat u in dat verband aan uw cliënt uitbrengt?

De heer **Korvinus**: Over de rol van de advocaat?

Mevrouw **Vos**: Om te beginnen.

De heer **Korvinus**: Ik moet even enkele inleidende opmerkingen maken. Zo'n 25 jaar geleden tot ongeveer 10 jaar geleden bleef het aantal tbs-gestelden redelijk stabiel: er waren ongeveer 100 tbs-plaatsingen per jaar. Er stroomden ongeveer 100 tbs-ers uit. Het gemiddelde aantal tbs-ers dat in behandeling was, was 550. De behandelingsduur was 4,5 tot 5 jaar.

Dat is dus een lange periode zo geweest. Daarbij werden over het algemeen de adviezen voor een onvoorwaardelijke tbs door het Pieter Baan Centrum gegeven. Daar waren de mensen ter observatie opgenomen. Die adviezen werden voor een deel door de rechter opgevolgd. Er waren ook wel contra-expertises. Er waren ook observandi. Dat betrof personen die weigerden mee te werken aan een onderzoek. Wanneer zij een gemotiveerde weigering hadden en in de ogen van de leek niet duidelijk gek waren, volgde er over het algemeen een advies van het Pieter Baan Centrum, waarin stond dat men geen advies zou kunnen uitbrengen. Die periode duurde grofweg tot 1990.

Vervolgens is in de wetgeving opgenomen dat, wanneer er geen advies over iemand was, er geen tbs opgelegd kon worden. Dat deed de rechter ook meestal niet. In feite was er sprake van consolidatie van wat er aan de hand was. Er werden ook strengere eisen gesteld aan de leeftijd van een eventuele rapportage: die mocht niet ouder zijn dan zes maanden en later niet ouder dan een jaar. Die wetgeving was gedurende vijf jaar van kracht.

Volgens critici van die wetgeving was het opvallend dat het aantal weigerende observandi toenam. Ik sta even stil bij de positie van de raadsman. Straks zal ik er echter uitvoeriger op ingaan. Het lag natuurlijk voor de hand dat in die periode en in de daaraan voorafgaande periode de positie van de verdachten, aan wie de rechter-commissaris had opgedragen dat zij een onderzoek zouden moeten ondergaan, ten opzichte van de positie van de weigerende observandi ook door de raadsman met betrokkene werd doorgenomen. Zo kon de raadsman zeggen: stel dat u daar niet aan wenst mee te werken, dan zou u in de positie kunnen komen van weigerende observandus; dat zou kunnen betekenen dat aan u in elk geval geen terbeschikkingstelling wordt opgelegd. Ik vermeld dit, omdat dit toen ingevolge de wetgeving mogelijk was.

Na 1995 is die wetgeving door de Tweede Kamer teruggedraaid en vervangen door andere wetgeving. In feite is er gezegd: een weigering om mee te werken aan een onderzoek in het Pieter Baan Centrum kan niet per definitie opleveren dat er geen tbs opgelegd kan worden; de rechter moet in principe die mogelijkheid hebben. Deze hele procedure is toen ontworpen. De betrokkene wordt de mogelijkheid voorgelegd dat hij zelf iemand aanwijst. Doet hij dat niet, dan kan de rechter teruggrijpen op oude rapportage over de betrokkene of tot een eigen oordeel/afweging komen. Op grond daarvan kan de rechter, ook bij ontbreken van een rapportage, een eigen oordeel c.q. afweging maken. Op grond daarvan kan de rechter, ook als er een rapportage ontbreekt, toch een tbs opleggen. Dit is de huidige stand van zaken.

De rol van de advocaat is om de rechtspositie van de verdachte aan betrokkene uit te leggen. Ook de eventuele gevolgen van beslissingen moet de advocaat uitleggen.

De rol van de advocaat is dus ook om aan betrokkene uit te leggen wat het gevolg is, als hij meewerkt aan een onderzoek.

Uiteraard bepaal ik niet de uitkomst van dat onderzoek.

De advocaat legt ook aan de betrokkene uit wat onder de omstandigheden de uitkomst van het onderzoek kan zijn, alsook wat de rechter met de uitkomsten van dat onderzoek zou kunnen doen. Met name kan voor de meeste betrokkenen de vraag van belang zijn: kan ik wel of geen tbs krijgen? Over het algemeen is in dit veld voor de meeste verdachten tbs toch een schrikbeeld. De meeste verdachten willen, als zij veroordeeld worden, dus geen terbeschikkingstelling, omdat zij een grote angst hebben voor de eindeloosheid van de maatregel. Een terbeschikkingstelling kan in principe via het traject van twee behandelingspogingen vervolgens leiden tot plaatsing in de long stay. Bij een delict waarvoor een tijdelijke straf mogelijk is, blijft men dan uiteindelijk levenslang gedetineerd op een long stay-afdeling in een tbs-kliniek.

Stelt u zich het volgende eens voor. Op een delict als bedreiging staat een gevangenisstraf van maximaal twee jaar. Het wordt gezien als een inbreuk op de integriteit van personen. Dit betekent geen beperkte tbs. Het is dus een tbs die is opgelegd voor het delict van bedreiging.

Daarvoor kan een gevangenisstraf van maximaal twee jaar opgelegd worden, in combinatie met een terbeschikkingstelling. Dit kan er in theorie toe leiden dat de verdachte via plaatsing op een long stay-afdeling toch een vorm van levenslange gevangenisstraf krijgt voor een delict dat maximaal bestraft behoort te worden met twee jaar gevangenis. In die situatie wordt het delict maximaal bestraft, omdat wij het die persoon volledig toerekenen. Met aftrek vi zit men maximaal een jaar en een paar maanden vast. Nogmaals, dit geldt voor iemand die volledig toerekeningsvatbaar geacht wordt.

Ik schets even deze tegenstelling om duidelijk te maken wat het schrikbeeld van veel verdachten is bij het woord "terbeschikkingstelling". Tegen die achtergrond vragen betrokkenen altijd aan ons advocaten: wat is mijn positie, wat kan ik doen en wat zijn mijn mogelijkheden? Wij leggen het scala aan mogelijkheden voor, zoals die zijn vastgelegd in de verschillende wettelijke regelingen. Dit betekent dat men onder de huidige omstandigheden bij plaatsing in het Pieter Baan Centrum nog steeds kan weigeren mee te werken. Wanneer die weigering consequent is, is sinds een jaar het nieuwe beleid bij het Pieter Baan Centrum dat iemand toch zeven weken in dat centrum verblijft. Uiteindelijk wordt er een rapport opgemaakt. Afhankelijk van de mate van medewerking en het inzicht dat de observatoren hebben gekregen, wordt er een rapport gemaakt waarin een advies aan de rechter besloten ligt.

Dit is de huidige situatie. Veel verdachten die in een dergelijke situatie verkeren, dus waarbij door het OM of de rechter-commissaris een dergelijk onderzoek wordt voorgesteld, zijn vanwege hun vrees voor de tbs geneigd om te weigeren, mee te werken aan een multidisciplinair onderzoek, bij voorbeeld een ambulantenonderzoek, dan wel een onderzoek in het Pieter Baan Centrum. Daar kan je je iets bij voorstellen.

Mevrouw **Vos**: U hebt uitgebreid geschetst waaruit die vrees bestaat en waar die vandaan komt bij veel van de cliënten. Kunt u aangeven hoe u uw rol als advocaat invult op het moment waarop het verzoek tot de

rapportage, het onderzoek, er ligt? Immers, u adviseert uw cliënt. Betekent dit altijd dat u de angst van de cliënt volgt? Kunt u uw cliënt ook op een andere wijze adviseren, bijvoorbeeld dat het in sommige gevallen wel wenselijk is om mee te werken? Kunt u hier iets over zeggen? Hoe kleedt u uw advies in?

De heer **Korvinus**: Dat was ik net aan het afronden.

Mevrouw **Vos**: Excuses. Ga uw gang.

De heer **Korvinus**: Uiteraard houd je mensen ook de andere kant van de medaille voor. Dat is het geval waarin een rapport gunstig uitvalt: geen tbs-advies, maar wel een aantal constateringën waarmee de rechter mogelijk rekening zal houden. Dat kan voor hen dus ook gunstig aflopen.

Wij houden de mensen ook voor dat, wanneer zij in sommige gevallen weigeren mee te werken, het risico bestaat van een zeer langdurige gevangenisstraf. Ik spreek dan met name over de zeer ernstige zeden- en levensdelicten. Daarbij kan het immers van belang zijn, bijvoorbeeld wanneer er een straf dreigt van 20 of tegenwoordig 30 jaar c.q. levenslang voor moord, dat het volgende gezegd wordt. Medewerking zou kunnen opleveren dat er een in tijd beperkte gevangenisstraf wordt opgelegd in combinatie met een terbeschikkingstelling. Mijn advies kan zijn: als u dat afzet tegen eventueel bij niet-meewerken, levenslang, is het in uw geval waarschijnlijk heel verstandig om te kiezen voor medewerking aan het onderzoek. Ook al zou er een tbs uitkomen, dan kan tbs oneindig zijn, maar in principe kan tbs, als de behandeling aanslaat, leiden tot een invrijheidsstelling op enig moment; dat zit er dus niet in bij levenslang en bij 30 jaar weet u dat u in elk geval 20 jaar moet zitten. Kortom, het speelt in de sfeer van de dreiging met lange en zeer lange straffen. Daarbij speelt dus wel degelijk een positieve advisering voor de mensen een rol, in die zin dat er gezegd wordt: de uitslag kan voor u juist in uw voordeel zijn.

Met betrekking tot de gemiddeld kortere straffen wegen de risico's van een langere vrijheidsberoving via de tbs-maatregel voor betrokkenen vaak zwaarder. In die gevallen geeft men toch vaker de voorkeur aan niet-meewerken. Ik moet eraan toevoegen dat dit geldt voor zowel mensen die met echt psychiatrische stoornissen te maken hebben, maar bij momenten ook weer heel helder zijn, als mensen van wie wordt gedacht dat zij in de sfeer van de persoonlijkheidsstoornissen zitten.

Mevrouw **Vos**: Als ik u goed begrijp, zegt u: cliënten die mogelijk een zeer langdurige straf opgelegd krijgen, adviseren wij juist vaak wel tot medewerking, maar bij de lichtere straffen is dat verschillend. Kunt u gevallen aangeven waarbij u denkt dat medewerking voor een cliënt wel iets kan opleveren?

De heer **Korvinus**: Allereerst wil ik zeggen dat wij slechts op de risico's wijzen. Men maakt dus zelf de keuze om al dan niet mee te werken. Nogmaals, wij kunnen slechts op de risico's wijzen die men loopt bij medewerking en bij niet-medewerking. Uiteindelijk zal men zelf een keuze maken. Door cliënten wordt mij vaak de vraag gesteld: wat zou u doen in mijn geval? Ik antwoord dan: ik ben niet in die situatie; u moet echt zelf een keus maken; het een kan dit en het ander kan dat betekenen.

Bij de lichtere categorie wordt de mogelijkheid wel eens besproken dat het ook een voorwaardelijke tbs kan opleveren of een voorwaardelijke straf met een kortdurende dagbehandeling als voorwaarde. Het is echter niet op voorhand te garanderen dat die varianten uit een dergelijk onderzoek komen. Bij die cliënten bestaat er soms wellicht een lichte voorkeur voor dat zij eerst door een onafhankelijk psychiater gezien worden, die bij wijze van spreken de indicatie kan geven: het moet wel gek lopen, maar in uw geval zou het die of die kant uit moeten gaan. Mensen vinden het wel een uiterst riskant traject, nogmaals, vanwege het grote risico van langdurige vrijheidsberoving.

Mevrouw **Vos**: Ik wil u nog een vraag stellen over de kwaliteit van de pro justitia-rapportages en de invulling ervan. Ik heb in ieder geval de specifieke vraag aan u of u vindt dat er voldoende aandacht bestaat voor culturele aspecten, culturele identiteit, van ouders. Misschien kunt u daar een reactie op geven. Wordt dat voldoende meegenomen en krijgt dat voldoende waarde in de pro justitia-rapportages? Wellicht hebt u nog andere opvattingen dan wel kritiekpunten.

De heer **Korvinus**: Ik ga eerst op de eerste vraag in. Ik denk dat het misschien iets beter is dan vroeger, maar dat het nog steeds vrij gebrekkig is.

Mevrouw **Vos**: Waar ligt dat aan?

De heer **Korvinus**: Over het algemeen is er toch te weinig kennis. De meeste psychiaters zijn blank en Nederlands, om het zo maar te zeggen. Zij hebben niet gewerkt in gebieden waar de betrokkenen vandaan komen.

Mevrouw **Vos**: Welke consequenties kan dat hebben? Tot welke fouten leidt dat?

De heer **Korvinus**: Het kan tot allerlei foute inschattingen leiden, bijvoorbeeld tot de neiging om sneller een narcistische persoonlijkheidsstoornis voor betrokkene neer te leggen. Wanneer dat aan een andere psychiater zou worden voorgelegd die afkomstig is uit de cultuur waar de betrokkene vandaan komt, zal die psychiater zeggen: daar is geen sprake van. Er zijn meer van dit soort voorbeelden. Mijn standpunt is dat dit sterk verbeterd moet worden; er is wat dat betreft veel te weinig know how.

Ik ben jurist en geen psychiater of psycholoog. Ik heb wel veel ervaring op dit terrein. Ik heb veel met psychologen en psychiaters gesproken die werkzaam zijn op dit terrein. 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.

Mevrouw **Vos**: Ik wil nog een aantal vragen aan mevrouw Van der Vaart stellen. U krijgt natuurlijk de pro justitia-rapportages. Een belangrijk onderdeel daarvan is de mate van toerekeningsvatbaarheid van de verdachte. Juist daarover is er discussie. Vanochtend hebben wij met een aantal mensen hierover gesproken. Volgens de huidige indeling zijn er vijf categorieën van toerekeningsvatbaarheid. Met name over de categorieën die staan tussen "volledig toerekeningsvatbaar" en "niet toereke-

ningsvatbaar" is nogal wat discussie. De vraag is in hoeverre je op die categorieën kunt varen. Hoe bepaalt u de mate van toerekeningsvatbaarheid en hoe werkt u met de categorieën die daarvoor gebruikt worden?

Mevrouw **Van der Vaart**: Doorgaans kan ik goed uit de voeten met die categorieën. De uiteindelijke beslissing of iemand toerekeningsvatbaar is en de mate waarin dat het geval is, is uiteindelijk aan de rechter. Wij laten ons daarover echter adviseren. Die categorieën nemen wij vaak over. Daarin worden wij dus goed geadviseerd; dat wordt duidelijk uitgelegd.

Mevrouw **Vos**: U vindt ook dat in de rapportages de onderbouwing van de categorieën afdoende is? Ik vraag dit, omdat vanochtend door onder anderen de heer Van Panhuis is gezegd: er wordt nu wel gewerkt met die constructie van categorieën, maar de wetenschappelijke onderbouwing daarvan is ver te zoeken. Hij was er dus tamelijk kritisch over. Vindt u dat die categorieën goed onderbouwd zijn en dat zij voor u richtinggevend (kunnen) zijn in de mate waarin u toerekeningsvatbaarheid toekent?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik heb de heer Van Panhuis vanmorgen ook gehoord. Hij adviseert ook wel in die zin. De vraag is 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.

Mevrouw **Vos**: U zegt niet: dit kan tot te arbitraire beoordelingen en zelfs tot willekeur leiden.

Mevrouw **Van der Vaart**: Nee, die indruk heb ik bepaald niet.

Mevrouw **Vos**: U krijgt die rapportages voor u. Ik begrijp dat u zegt dat daarin de categorieën helder worden weergegeven en dat u daar goed mee kunt werken.

Mevrouw **Van der Vaart**: Ja, en desnoods stellen wij op de zitting daarover vragen aan deskundigen. Als wij een rapportage deels niet begrijpelijk vinden of daar nader over voorgelicht willen worden, nodigen wij de deskundige(n) uit. Wij kunnen daarover dan vragen stellen. Soms worden de dingen duidelijker op de zitting.

Mevrouw **Vos**: In hoeveel gevallen kiest u deze werkmethode, dus dat u inderdaad deskundigen op de zitting uitnodigt om nog een en ander toe te lichten? Is dat zeer gebruikelijk of is dat incidenteel?

Mevrouw **Van der Vaart**: Het is meer of minder incidenteel.

Mevrouw **Vos**: Eigenlijk zegt u dat het meer incidenteel is dat u dit doet?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ja.

Mevrouw **Vos**: Meestal hebt u op basis van de rapportage voldoende houvast om tot een oordeel te komen over de toerekeningsvatbaarheid?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ja.

Mevrouw **Vos**: Nu even specifiek de rapportages van het Pieter Baan Centrum. Neemt u die in het merendeel van de gevallen over?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik denk even hard terug aan mijn eigen zaken en wat ik heb gehoord van collega's in de rechtbank. Ik denk dat wij die doorgaans overnemen. Wanneer zijn er problemen? Dat is altijd bij moeilijke zaken, zoals heel ernstige delicten. Ik noem ook een al dan niet heel duidelijk beschreven stoornis en zaken waarbij de advocaat om een contra-expertise heeft gevraagd. Als die van mening of oordeel verschillen, zijn dat inderdaad zaken waarbij deskundigen op de zitting gevraagd worden. Die situaties komen echter niet dagelijks voor.

Mevrouw **Vos**: Kunt u aangeven hoe vaak het gebeurt dat u een advies niet overneemt?

Mevrouw **Van der Vaart**: Dat is ook incidenteel. Bij rapportage van zowel het Pieter Baan Centrum als van de FPD's, door twee deskundigen, zeker in die zaken waarbij het gaat om een relatief ernstig delict, dus niet de echt heel ernstige delicten, en waarbij er sprake is van een verminderde toerekeningsvatbaarheid, zijn wij nogal eens geneigd om toch een gevangenisstraf op te leggen in plaats van een terbeschikkingstelling. Die adviezen komen vaker voor. Ik bedoel dat men geen voorwaardelijke tbs voorstelt en geen geel voorwaardelijke gevangenisstraf met als voorwaarde opname in een psychiatrische inrichting of plaatsing in een dagbehandeling via een polikliniek. Op het ogenblik is men meer geneigd om toch een tbs te adviseren, ook bij een niet al te ernstig delict en een niet al te ernstige stoornis. En daar wijken wij dus wel eens van af.

Mevrouw **Vos**: Ik probeer even de redenen te vatten voor afwijking. Het is met name bij de relatief ernstige delicten, dus niet de zeer ernstige delicten dat u vindt dat er ten onrechte een tbs wordt geadviseerd.

Mevrouw **Van der Vaart**: Zeker als dan sprake is van een advies van een verminderde ontoerekeningsvatbaarheid.

Mevrouw **Vos**: Kunt u iets preciezer aangeven waarom u dan toch niet het advies volgt van de Forensisch Psychiatrische Dienst om tot tbs over te gaan? Wat is dus de reden dat u een andere keuze maakt?

Mevrouw **Van der Vaart**: Er zijn een paar redenen. De ene is dat wij de maatregel dan vaak niet proportioneel vinden in verband met het feit en eigenlijk evenmin de stoornis. Een aantal jaren geleden is er een vrij grote druk gekomen op de rechterlijke macht. Dat was na IBO 2 en de aanvullende rapportages daarop. De druk op de rechterlijke macht was om minder tbs-en op te leggen vanwege de ondercapaciteit (de overvolle klinieken). Ook dat speelt dan bij ons mee. Het gaat er dus om dat de beschikbare capaciteit gebruikt wordt voor de echt grote delicten en de ernstige stoornissen.

Mevrouw **Vos**: U refereerde even aan IBO 2, een interdepartementaal beleidsonderzoek. U zegt dat dit ook tot de conclusie heeft geleid dat er te veel tbs wordt opgelegd terwijl er ondercapaciteit is.

Mevrouw **Van der Vaart**: In ieder geval kunnen wij die conclusie op dit moment niet naleven. Als er een gerechtvaardigd tbs-advies ligt, nemen wij dat over.

Mevrouw **Vos**: Wat betekent het voor u als rechter dat er uit zo'n beleidsonderzoek in feite de beleidsconclusie komt dat er niet voldoende capaciteit is om alle mogelijke tbs-cliënten op te nemen. Betekent dit voor u als rechter dat u uw oordeel verandert?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik denk dat wij wel wat kritischer zijn gaan kijken. Als wij per jaar een aantal tbs-en opleggen, moeten wij er inderdaad rekening mee houden dat niet iedereen (tijdig) geplaatst zal worden. De wachttijden waren indertijd ook enorm lang. Dit is ook een reden die meespeelt bij onze beslissing om toch geen tbs op te leggen. Stel dat iemand een straf krijgt van 2 of 2,5 jaar voor bijvoorbeeld een ernstige bedreiging, dan zou die persoon na ongeveer 1,5 jaar vrij komen. Vervolgens blijft hij als passant in het huis van bewaring. Zeker een aantal jaren geleden moesten mensen daar soms twee jaar wachten op plaatsing in een kliniek. Met die twee jaar komt er dan nog een "straf" van drie jaar bij voorafgaand aan de tbs. Dat vinden wij dan niet meer proportioneel.

Mevrouw **Vos**: In feite zegt u ook als rechter: die straf is niet meer proportioneel, dus maken wij een andere keuze. Dat doet u dus op die momenten.

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik wil dit graag nog even aanvullen. Als er dan mogelijkheden zijn om een deels voorwaardelijke straf te geven met de voorwaarden van behandeling, al dan niet ambulante, geven wij daar de voorkeur aan.

Mevrouw **Vos**: Dan is mijn vraag aan u: welke alternatieven hebt u op dat moment? U spreekt over een deels voorwaardelijke straf met een behandeling, al dan niet ambulante. Dat is dus een mogelijkheid. Kunt u nog andere mogelijke straffen aangeven die u in plaats van tbs oplegt?

Mevrouw **Van der Vaart**: Meestal blijft de gevangenisstraf over. Er is natuurlijk nog de mogelijkheid van een tbs met voorwaarden. Dat is trouwens een maatregel en geen straf. Daar maken wij echter niet veel gebruik van.

Mevrouw **Vos**: In hoeverre is voor u de aanwezige capaciteit bepalend? Wij hebben het zojuist al over de tbs-capaciteit gehad. Ik denk ook aan de mogelijkheden om bijvoorbeeld in de ambulante zorg plaatsen te vinden voor cliënten. Is dat ook bepalend voor u bij de wijze waarop u een maatregel of een straf oplegt?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ja, maar die mogelijkheden zijn niet zo ontzettend voorradig. Dat is de bekende discussie over het niet willen of kunnen opnemen in de algemene psychiatrie van delinquenten die een ernstig delict hebben gepleegd en een stoornis hebben. Het zou dus heel aantrekkelijk zijn, als daar meer ruimte was of meer

mogelijkheden waren. Die mogelijkheden zijn dus zeer beperkt.

Mevrouw **Vos**: Ik zal hier straks met u nog even op doorgaan. Vooraf wil ik u nog een vraag stellen. Nu wordt er bij de tbs-oplegging van uitgegaan dat er een relatie moet bestaan tussen de stoornis van een persoon en het delict dat gepleegd is. Kunt u aangeven wat dat voor u als rechter betekent en voor de mogelijkheden die u hebt om een straf en/of behandeling op te leggen?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik denk dat ik uw vraag niet helemaal goed begrijp.

Mevrouw **Vos**: Wij hebben meer mensen horen spreken over het huidige uitgangspunt dat er altijd een relatie dient te zijn tussen het gepleegde delict en het feit dat de persoon op het moment van het delict aan een stoornis leed die een rol heeft gespeeld bij het plegen van het delict. Dit is van betekenis om een tbs te kunnen opleggen. Er zijn ook critici die zeggen: dit beperkt ons in de wijze waarop wij maatregelen kunnen opleggen. Wat vindt u van het feit dat die relatie dient vast te staan? Wat betekent dit voor u in uw rechtspraak?

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik denk dat het heel belangrijk is dat er een relatie moet bestaan. Op het ogenblik is het systeem ook zo. Er moet ook nog een relatie bestaan met de kans op herhaling.

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 moeten worden. Die discussie speelt op het ogenblik. Vanmorgen kwam die ook naar voren. Ik denk dat dit wettelijk bepaald moet worden. Dat is overigens een kwestie van de wetgever. Dat speelt bij iemand die gevaarlijk is. De kans dat de persoon uit het voorbeeld weer een verkrachtingsdelict pleegt, is nagenoeg nihil. De kans dat die persoon nog eens een bankoverval gaat plegen, is aanwezig. Men wil dat de rechter in dat geval ook een tbs moet kunnen verlengen. Op het ogenblik kunnen wij dat mijns inziens niet.

Mevrouw **Vos**: Dat is een heldere opvatting. Ik vraag de heer Korvinus om hierop te reageren.

De heer **Korvinus**: In het huidige systeem zou ik daar absoluut niet voor zijn. Het opleggen van tbs-en is belangrijk. Dat is toch al booming business, zoals deze commissie al zal weten. Het gaat erom, de tbs-en zo veel mogelijk te beperken. In de praktijk merken wij nog niet zo veel van de beperking die de rechters zich opleggen bij het uitspreken van tbs. Elk jaar groeit de instroom van het aantal tbs-gestelden namelijk met 125. Zoals het nu is, betekent dit elk jaar een kliniek erbij. Zeker onder de huidige omstandigheden ben ik daar dus zeker geen voorstander van.

Denkbaar is wel een geheel ander systeem. Ik heb daar al eerder iets over gezegd. Als de commissie daar straks

naar vraagt, zal ik het gaarne uitleggen. Bij dat systeem zullen dan heel andere criteria gaan gelden. Er is dan veel meer sprake van een combinatie tussen de mogelijkheden van gevangenisstraf en behandeling. Dat gebeurt op een heel andere manier, die veel meer tegemoetkomt aan proportionaliteit en aan de rechtspositie van betrokkenen. Dit systeem zal de mogelijkheden voor de klinieken verbeteren om mensen te behandelen. Ik herhaal dat ik er straks desgewenst op terugkom. In het huidige systeem ben ik absoluut geen voorstander van de uitbreiding die mevrouw Van der Vaart voorstelt.

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik dacht niet dat ik een dergelijke uitbreiding voorstelde. In ieder geval ben ik er geen voorstander van.

Mevrouw **Vos**: Misschien kunt u dat nog even toelichten. Naar wat ik heb begrepen, hebt u wel gezegd dat er wat u betreft een wettelijke verandering zou kunnen komen. Nogmaals, zo heb ik u begrepen. Als ik u niet goed heb begrepen, is het een misverstand.

Mevrouw **Van der Vaart**: Dat is niet "wat mij betreft", maar het ging er meer om dat dit wettelijk geregeld zou moeten worden.

Mevrouw **Vos**: U zegt dus: als men de relatie stoornisdelict wat ruimer zou willen kunnen opvatten. Bijvoorbeeld iemand heeft een verkrachting gepleegd en heeft daarvoor tbs opgelegd gekregen. Dat kan afgerond zijn, maar de persoon is mogelijk nog wel gevaarlijk in verband met andere delicten. Als men het mogelijk zou willen maken om die persoon daarvoor vast te houden, moet het volgens u op zijn minst wettelijk geregeld worden. Dat is dus uw stelling.

Mevrouw **Van der Vaart**: Ja.

Mevrouw **Vos**: Hartelijk dank. Nu wij het toch over de wettelijke mogelijkheden en de wettelijke maatregelen hebben, wil ik nog even nagaan welke mogelijkheden er bestaan in het kader van de huidige wettelijke maatregelen. Ik wil hierover weer bij mevrouw Van der Vaart beginnen. U kunt natuurlijk diverse wettelijke maatregelen nemen. U kunt ook een straf opleggen of een straf met tbs, alsook een tbs met voorwaarden. Bovendien is artikel 37 er nog. Vindt u de huidige wettelijke mogelijkheden afdoende of wilt u meer maatwerk leveren dan wel de wettelijke mogelijkheden ofte wel wettelijke maatregelen op een aantal punten anders ingevuld zien?

Mevrouw **Van der Vaart**: Hier is ook eerder over gesproken. Ik denk dat met name de artikel-37-maatregel verder uitgebouwd zou kunnen worden. Plaatsing in een krankzinnigengesticht, zoals dat officieel genoemd wordt, is nu alleen mogelijk bij mensen die volledig ontoerekeningsvatbaar geacht worden. Die wordt voor een jaar opgelegd. Er is geen rechterlijk toezicht op, zoals wel het geval is bij de maatregel van de terbeschikkingstelling, alsook die met voorwaarden.

Hier is al eerder over geschreven. Ik denk echter dat er veel voor te zeggen is om artikel 37 ook op te leggen in die gevallen waarin mensen niet helemaal ontoerekeningsvatbaar zijn. Ik denk dan vooral aan de groep van psychotische mensen. Dat zou bijvoorbeeld tot twee jaar verlengd kunnen worden. Er zou dan een rechterlijk

toezicht zijn op de uitvoering van een dergelijke maatregel. Dit zou het volgende betekenen. De ggz kent geen echt gesloten instellingen meer. Psychotische mensen worden dan niet meer, zoals vroeger, opgenomen. Die mensen horen echter inderdaad eerder thuis in een algemeen psychiatrische kliniek dan in een terbeschikkingstellingsinrichting.

Mevrouw **Vos**: U zegt in feite dat er nu een groep mensen in een terbeschikkingstellingsinrichting zit die beter op hun plek zou kunnen zijn in een ggz mits daar voldoende rechterlijk toezicht op mogelijk is.

Mevrouw **Van der Vaart**: Die waren daar vroeger ook op hun plaats. De heer Van Panhuis heeft vanmorgen beschreven dat juist de toename van het aantal opleggingen er veel mee te maken had dat de algemene psychiatrie aan deze mensen geen zorg meer kon bieden. Dit is ook maandag aan de orde geweest. Die mensen zijn dus bij ons binnengekomen, omdat de gesloten inrichtingen dicht gingen. Wat mij betreft, zou dat weer opgebouwd moeten worden. Dat vind ik ook juister dan dat er een strafrechtelijke maatregel wordt opgelegd. In ieder geval moeten zij daar na een behandeling in een terbeschikkingstellingsinrichting naar kunnen terugstromen. Het moet niet zo zijn, zoals nu gebeurt, dat deze mensen doorstromen naar een long stay-afdeling.

Mevrouw **Vos**: Op dat punt wenst u dus in ieder geval een wettelijke aanpassing? Begrijp ik het goed dat dit u ook in staat zou stellen om voor een bepaalde groep mensen een mogelijkheid te kiezen die u nu eigenlijk niet voorhanden hebt? Zijn er nog andere wettelijke maatregelen waarvan u enige wijziging wenselijk acht?

Mevrouw **Van der Vaart**: Misschien kunt u een suggestie doen.

Mevrouw **Vos**: Bijvoorbeeld tbs met voorwaarden. Is dat zo'n maatregel? Overigens gaan wij daarbij straks nog wat verder de diepte in. Als wij puur kijken naar de wijze waarop dat nu in de wet is opgenomen, dus de mogelijkheid om straffen niet langer dan drie jaar op te leggen, biedt u dat voldoende ruimte of wilt u daarin wijzigingen aangebracht hebben?

Mevrouw **Van der Vaart**: Dat biedt heel weinig ruimte. In Amsterdam wordt die voorwaardelijke tbs-maatregel niet vaak opgelegd. Dat betreft een maatregel waarmee de dan nog verdachte het eens moet zijn. Die moet ook bereid zijn om zich te onderwerpen aan een bepaalde vorm van behandeling. Die is evenwel vaak niet voorhanden. Die is zeker niet voorhanden over een termijn van twee jaar. Als iemand dus een straf van drie jaar moet uitzitten, weet je niet hoe iemand er tegenaan kijkt na twee jaar. Het is dan ook heel moeilijk voor ons om dat voor te bereiden. Wij leggen die maatregel alleen maar op, als wij ook van plan zijn om een korte straf op te leggen, zodat er op de terechtzitting met de reclassering en met een bepaalde polikliniek of psychiatrische kliniek kan worden afgesproken dat de betrokkene zich daar laat opnemen. Er moet ook een intake zijn geweest, waarbij de kliniek zich bereid heeft verklaard om daaraan mee te doen. In dat geval kunnen wij een vonnis zo bepalen dat

wij erop uitkomen dat iemand op het moment dat deze vrij komt, onmiddellijk naar zo'n kliniek kan overgaan. Dat is een probleem. Bij straffen van langer dan een jaar vind ik het ontzettend moeilijk worden. De officier van justitie Wolters uit Assen heeft al uitgelegd dat mensen op een gegeven moment niet geplaast kunnen worden. Zij komen vrij en zij moeten naar een kliniek, maar dat is helemaal niet geregeld. Iemand loopt dan vrij op straat. Wij vinden dat dus niet effectief. Ik weet niet of daaraan wettelijk iets gedaan kan worden. Er is nu een tbs met voorwaarden, daarvoor was er een tbs met aanwijzingen en daarvoor weer een voorwaardelijke tbs. Die maatregel is altijd omstrede geweest. Daardoor is die ook telkens gewijzigd. De huidige maatregel biedt toch niet echt veel mogelijkheden.

Mevrouw **Vos**: Ik wil aan u, mijnheer Korvinus, ook vragen of u vindt dat er in de huidige wetgeving wijzigingen zouden moeten worden aangebracht, zodat er wat meer maatwerk komt. Ik zie u al glunderen. Blijkbaar hebt u daar zeer uitgesproken opvattingen over. Ik wil u in ieder geval in de gelegenheid stellen om daarop kort – dit zeg ik met nadruk – uw visie te geven.

De heer **Korvinus**: Ik zal kort en in grote lijnen mijn visie daarop geven. De hele behandelingssetting deel inmiddels mijn diepe wens dienaangaande. Met alle behandelingsdirecteuren van de tbs-klinieken is daarover uitvoerig gesproken. Het ging erom, te komen tot een geheel ander systeem bij de combinatie van straffen en behandelen. Uiteraard hebben wij niet alleen in Nederland, maar ook "all over the world" met dit soort problematiek te maken. Die problematiek is dat mensen delicten plegen en dat er bij een aantal van die mensen sprake is van een stoornis die een zekere relatie heeft tot het gepleegde delict. Dit betekent natuurlijk dat er zowel in het buitenland als in Nederland nagedacht is over de vraag hoe daar het beste mee omgegaan kan worden. Nederland heeft jarenlang, nu ongeveer 80 jaar, het tbs-systeem gehad. Geen van de ons omringende landen heeft ons tbs-systeem overgenomen. Het is namelijk toch een beetje een hybride systeem is. Het zou goed zijn, als wij in Nederland van de hele tbs af kwamen. Allereerst is die geweldig beladen. Er is ook steeds minder maatschappelijke acceptatie. Voorts barst, gezien de huidige toeloop, de hele tbs-structuur een beetje uit haar voegen. Die is ook uit haar krachten gegroeid. Niet in de laatste plaats is het een systeem dat grote vrees aanjaagt bij degenen die het moeten ondergaan. Dat heb ik al in mijn inleiding aangegeven. Je kunt ook grote vraagtekens zetten bij de rechtvaardigheid van het systeem en bij de mate van willekeur ervan. Aan al deze punten behoort een strafrechtelijke maatregel in een rechtsstaat eigenlijk niet onderhevig te zijn. Met andere woorden: in een rechtsstaat zou je behoren te weten waar je aan toe bent, zowel bij straffen als bij maatregelen. Inmiddels is de tbs tot een voornamelijk veiligheidssysteem geworden, veel meer dan een behandelingssysteem. 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. Hiervan is sprake bij een groot aantal delicten waar ingevolge ons Wetboek van Strafrecht slechts een tijdelijke straf op staat.

Dat kan niet de bedoeling zijn van een tbs-systeem. Dit was voor mij al jaren geleden de reden om aan te geven dat dit systeem in zijn kern fout en onrechtvaardig is. Dit zou eigenlijk door een geheel ander systeem vervangen moeten worden. Ik zal kort uitleggen wat dit andere systeem is. Het sluit aan bij wat mevrouw Van der Vaart heeft gezegd en wat door psychiaters hier eerder naar voren is gebracht. De mensen die wij nu ontorekeningsvatbaar of sterk verminderd toerekeningsvatbaar achten, hebben over het algemeen klassieke psychiatrische stoornissen dan wel zeer beperkte verstandelijke mogelijkheden. Die zou je eigenlijk niet verder in het strafrechtelijke circuit moeten houden, wanneer zij een (ernstig) strafbaar feit gepleegd hebben. Uiteraard loopt dat via de route van de strafrechter. De rechter geeft een oordeel. Die geeft aan dat de maatregel wordt opgelegd dat de betrokkene wordt opgenomen ter behandeling van zijn of haar ziekte en dat die geen straf krijgt, wanneer het feit bewezen wordt verklaard. Die mensen zouden eigenlijk meteen in het begin, hooguit na een korte tijd van voorlopige hechtenis, terecht moeten kunnen komen in een psychiatrische setting die op hen is toegesneden, om het zo maar te zeggen. Dat kan natuurlijk een dagbehandeling zijn, maar het kan ook een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis zijn of een speciale afdeling van een forensisch psychiatrische kliniek. Het kan zelfs een speciale, op de klassieke psychiatrische stoornissen gerichte afdeling van een huidige tbs-kliniek zijn. Kortom, al die mogelijkheden zijn er.

Voor de meeste van deze ziektebeelden zijn er behandelingsmogelijkheden. Sommige duren korter en andere langer, afhankelijk van de vraag of er nog allerlei andere, verschillende psychiatrische ziektebeelden zijn. De mensen zouden op die manier in een behandelings- en zorgcircuit terecht moeten komen. In elk geval horen zij niet thuis in het gevangeniswezen.

Alle anderen voor wie dit niet geldt, zijn in beginsel volledig toerekeningsvatbaar. 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. Daarbij wijs ik er nogmaals op dat onze Hoge Raad in het verleden heeft uitgemaakt dat, welk advies de rechter ook krijgt (verminderd, licht verminderd of sterk verminderd toerekeningsvatbaar), dit niet uitmaakt voor de mate van schuld. Met andere woorden: de rechter kan gewoon de maximumstraf opleggen, ook al heeft hij het advies gekregen van sterk verminderde toerekeningsvatbaarheid. Dat kan onder omstandigheden ook gebeuren. Daar is de rechter dus niet aan gehouden. Mevrouw Van der Vaart zal zeggen: meestal houden wij daar wel rekening mee. Dat weet ik wel, maar uiteindelijk is het de facto juridisch, dogmatisch geen relevante categorie. Nogmaals, alle anderen zijn in beginsel gewoon toerekeningsvatbaar.

Het kan zijn dat de rechter er toch behoefte aan heeft dat er een rapportage over iemand verschijnt, bijvoorbeeld

gelet op de ernst van het delict of dit in combinatie met het lange strafblad van betrokkene dan wel vanwege de bizarheid van het delict in combinatie met eerdere opnames in de psychiatrie. De rechter kan dan de behoefte hebben om voorgelicht te worden over een eventuele stoornis bij de betrokkene. De voorlichting zou daaruit moeten bestaan dat eerst bekeken wordt of er bij de betrokkene sprake is van een stoornis in psychiatrische zin. Dat kan een persoonlijkheidsstoornis zijn of een klassieke psychiatrische stoornis. De voorlichting moet ook gaan over de behandelingsmogelijkheden, state of the art-behandeling. Met andere woorden: het moet niet zo zijn dat er maar wat wordt geprobeerd bij de mijnheer of mevrouw met die stoornis. Het moet ook niet zo zijn dat men denkt: wij weten niet wat wij eraan kunnen doen. De behandelaar moet er in dat geval ook verder niets mee willen, zo is mijn standpunt. Er moeten dus wel duidelijke behandelingsindicaties en -mogelijkheden zijn bij de psychiatrie. Men kan een aantal dingen; men kan evenwel bepaald niet alles. In dat rapport zou ook moeten staan in hoeverre een eventueel succesvol afgeronde behandeling van invloed zou kunnen zijn op de mate van recidivegevaar bij de betrokkene.

De rechter zou deze adviezen alleen moeten vragen in die zaken waarbij het om meer of minder ernstige delicten gaat. De rechter bepaalt namelijk alleen nog maar een straf. Daarbij kan de rechter de aanbeveling meegeven dat, wanneer betrokkene zich onder behandeling laat stellen en die behandeling succesvol wordt afgerond, dit kan leiden tot vermindering van de opgelegde straf. Dit speelt natuurlijk alleen maar in die zaken waarbij in beginsel de wat hogere straffen worden uitgesproken, tenzij er sprake is van heel kortdurende behandelingen of interventies. Dit laatste is theoretisch ook mogelijk. Dit is overigens van beperkte invloed op de eventuele strafkorting.

Het uitgangspunt bij dit systeem is dus het volgende. Wanneer mensen zich onder behandeling laten stellen – dat kan zijn in een tbs-kliniek of een fpk, wanneer dat wordt aanbevolen, en eventueel in een dagbehandeling – kan er een aanmerkelijke strafkorting verdiend worden, als de behandeling succesvol wordt afgerond. Dit is een buitengewoon belangrijke prikkel voor de betrokkene en voor de behandelingsklinieken om iets te kunnen doen met gemotiveerde mensen, wat kan bijdragen aan het beperken van het recidiverisico. Als dat slaagt, moet de betrokkene met een goed advies van de kliniek naar de rechtbank terug kunnen gaan die of het hof dat de straf heeft opgelegd, wat zou kunnen leiden tot een kortere straf, omdat iemand kan terugkeren in de samenleving. U zult zeggen dat lang niet iedereen daarvoor geporteed zal zijn. Sommige mensen zullen zeggen dat zij ervoor geporteed zijn, maar doen niets en blijven even gevaarlijk. Het kan ook zijn dat mensen wel iets doen en iets proberen, maar dat de behandeling niet echt aanslaat. De kliniek kan dan niet met de betrokkene verantwoord terug naar de rechter met de mededeling dat strafvermindering voor die persoon mogelijk is. Die categorie mensen zal opnieuw bekeken moeten worden door een multidisciplinair team, voorafgaand aan de eventueel voorwaardelijke invrijheidsstelling. De rechter kan dan in het kader van de voorwaardelijke invrijheidsstelling besluiten dat betrokkene alsnog een vorm van (dag)behandeling moet ondergaan dan wel dat dit niet meer nodig is. In mijn visie zal voor de personen die zeer ernstige delicten hebben gepleegd, waarvoor gevangenis-

straffen van 8 jaar of meer mogelijk zijn, moeten gelden dat er in het kader van de vi gedwongen opnames in een tbs-kliniek mogelijk zijn, omdat zij zich niet eerder hebben laten behandelen en daardoor nog steeds ongekend gevaarlijk geacht worden. Ik denk hierbij aan werkelijke gevaren van het plegen van ernstige delicten. In die gevallen zou het niet verantwoord zijn dat deze mensen naar de samenleving zouden terugkeren.

De betrokkenen hebben dus een tweede kans. Wanneer iemand daar uiteindelijk toch niet in slaagt en het echt om zeer ernstige delicten gaat, kunnen mensen eventueel na ommekomst van de vi in een specifieke categorie met een specifieke maatregel terecht komen. Dat zou in beginsel neerkomen op eerst behandeling en later een long stay-voorziening. Dit geldt evenwel uiteindelijk voor een zeer beperkte categorie van zeer gevaarlijke mensen, over wie gerapporteerd is dat in de loop der jaren gebleken is dat zij zeer gevaarlijk zijn en dat gebleven zijn en bij wie behandeling het recidivegevaar op zichzelf niet doet afnemen. Ik denk dan niet aan de mogelijkheid dat zij gevaarlijk zijn voor het plegen van een vorm van mindere delicten, maar wel aan delicten in de geweldsfeer.

Mevrouw Vos: Ook in uw systeem zal er dus een groep zijn die uiteindelijk niet of nooit meer op vrije voeten gesteld kan worden, omdat die nog steeds gevaar voor de samenleving vormt.

De heer Korvinus: Ja, maar dat is wel een zeer beperkte groep, die steeds door de rechter gecontroleerd wordt. Dat wordt ook steeds gekoppeld aan de proportionaliteit: rechtvaardigt het soort delicten waardoor betrokkene in het strafrechtelijke systeem terecht is gekomen dat er zo'n langdurig beperkende en soms levenslang beperkende maatregel wordt opgelegd?

Mevrouw Vos: Wij hebben niet heel veel tijd. Ik stel u echter toch de volgende vraag. Ook nu wordt op een bepaald moment getoetst in hoeverre het in het kader van beveiliging van de samenleving noodzakelijk is om iemand vast te houden. Verschilt uw systeem op dat punt wezenlijk van het huidige tbs-systeem? U zegt een prikkel in te bouwen voor mensen, zodat zij gemotiveerd meewerken aan hun behandeling. Dat zou een verschilpunt kunnen zijn. In hoeverre leidt uw systeem ertoe dat het aantal mensen dat zeer langdurig of zelfs levenslang vastzit sterk zal verminderen?

De heer Korvinus: Het systeem heeft een belangrijke prikkel in zich, namelijk de algemene maat voor behandelingsinstellingen. Het grootste deel van de mensen zal zich vanwege de prikkel bereid verklaren voor behandeling in een behandelingsinstituut. Het zal in ieder geval een aantal gemotiveerde mensen opleveren. Het bevordert ook de doorstroom. Uiteraard blijft een categorie over. Die categorie personen wordt sterk getoetst op proportionaliteit en ernst van het delict door de rechter. In het huidige systeem is door de bank genomen de proportionaliteit veelal losgelaten bij tbs-verlenging, tenzij het zo extreem en zo in het oog lopend is dat het niet anders kan. In beginsel is de proportionaliteit bij verlenging van de tbs een zeer ondergeschikte categorie geworden. Beveiliging van de samenleving staat voorop, bij de beslissing van de rechters en bij de beslissing van de klinieken. Het huidige systeem houdt in zich dat het zijn eigen longstayers

creëert, namelijk gedemotiveerde mensen die al langer in de tbs zitten. Met die mensen schiet het niet op. Met die mensen komt men niet verder. De tbs wordt echter jaar op jaar verlengd, ook omdat de rechter onder invloed van de maatschappelijke discussie liever een safety-firstbeslissing neemt. Hetzelfde geldt voor het departement. Dat stelt in principe maar geen verlot, omdat er toch risico's aan iemand zijn verbonden. Zo kan verlenging van de tbs jaar op jaar plaatsvinden, waarbij de betrokkene op een gegeven moment zo gehospitaliseerd kan zijn dat het nauwelijks meer verantwoord is om die niet in een langdurige voorziening te plaatsen.

Mevrouw Vos: U bent heel helder. Mijn volgende vraag is voor mevrouw Van der Vaart. De heer Korvinus is nogal stellig in zijn mening dat de proportionaliteit volstrekt zoek is bij de verlenging. Kunt u daarop reageren?

Mevrouw Van der Vaart: Het is in ieder geval een groeiend probleem. Ik doel op gevallen waarin het advies van de klinieken is om de tbs te verlengen en waarbij er al een hele poos niets is gebeurd op resocialisatieniveau. Het wordt dan problematisch.

Mevrouw Vos: Waarom is dat nu een sterker probleem dan in het verleden?

Mevrouw Van der Vaart: In het verleden was dit ook al een probleem. Het probleem wordt extra nijpend met de long stay-mogelijkheden die er formeel sinds 1999 zijn. Er heeft altijd een handvol mensen in de klinieken gezeten die er niet meer uitkwamen. Nu is het geformaliseerd met aparte inrichtingen. Het aantal longstay-plaatsingen groeit hand over hand.

Mevrouw Vos: Ik onderbreek u. Zegt u nu dat omdat de long-staymogelijkheid formeel geregeld is ...

Mevrouw Van der Vaart: ... en omdat die al vrij snel naar voren komt. Eerst kon het pas na zes jaar. Nu kan het eerder. De mogelijkheid doet zich thans veel eerder voor. Uiteindelijk zijn er ook mensen wiens terbeschikkingstelling wordt beëindigd vanwege de proportionaliteit. Bij mensen waar het om een levensdelict gaat, ligt dat een stuk moeilijker.

Mevrouw Vos: Zegt u nu dat de rechters, omdat de long stay-regeling geformaliseerd is, eerder daartoe overgaan dan vroeger het geval was? Dat een verlenging tot long stay eerder wordt opgelegd?

Mevrouw Van der Vaart: Die longstay-plaats komt eerder in beeld dan vroeger het geval was. In 1999 begon Veldzicht met 20 plaatsen, waarvan 18 zedendelinquenten. Het aantal gaat nu naar 250 plaatsen. Dat gaat heel hard.

Mevrouw Vos: Het oordeel van de heer Korvinus zo-even was heel scherp. Die stelt dat het niet meer proportioneel is. Deelt u die mening of niet?

Mevrouw Van der Vaart: In een aantal gevallen is het niet proportioneel meer.

Mevrouw Vos: Kunt u daar een voorbeeld van geven in heel algemene zin?

Mevrouw Van der Vaart: Niet zo lang geleden was er een geval van een behoorlijk ernstige bedreiging door een persoon met een strafblad met meerdere feiten in die richting. Die is op een gegeven moment geresocialiseerd en is naar een andere, particuliere, kliniek voor algemene psychiatrie gegaan. Na een half jaar ging het een beetje mis omdat er blikjes bier op zijn kamer zijn gevonden. Die persoon is toen, wat op zich niet ongebruikelijk is, teruggeplaatst naar de kliniek. Vroeger kreeg zo iemand een nieuwe kans en nog een nieuwe kans. Dan ging het een paar keer mis, maar uiteindelijk gingen die mensen uit de tbs richting een beschermde woonvorm. Nu wordt gezegd: de resocialisatie lukt niet. Deze persoon zit al zes jaar in de tbs, dus helaas moeten wij naar een long stay-plaatsing kijken voor deze mijnheer.

Mevrouw Vos: Vanwege een aantal potjes bier?

Mevrouw Van der Vaart: Ja. Een proefverlof, een woonverlof of een transmuraal verlof zijn bedoeld om iemand stapsgewijs te leren terug te gaan. Iemand moet fouten mogen maken om ervan te leren. Die moet ook een nieuwe kans krijgen. Dat gebeurt op het ogenblik te weinig.

Mevrouw Vos: U leest als rechter het dossier. U ziet dan toch ook welke fouten iemand heeft gemaakt, in dit geval drank gebruiken terwijl dat niet is toegestaan. Is dat voor een rechter reden om te concluderen dat het niet werkt en dat iemand de long stay in moet?

Mevrouw Van der Vaart: Nee. Wij kunnen alleen een vordering tot een verlenging van een terbeschikkingstelling afwijzen of toewijzen. Wij kunnen niet de vordering van twee jaar toewijzen, die wordt geadviseerd door de kliniek, en vervolgens stellen dat deze mijnheer weer geresocialiseerd moet worden. Op zo'n moment kan zo'n man de maatschappij niet in. Om die daarheen te geleiden moet die verder geresocialiseerd worden. Wij kunnen op dat moment niet zeggen de vordering niet toe te wijzen. Dat zijn onze beperkingen.

Mevrouw Vos: Is dit een gebrek aan wettelijke mogelijkheden? Waar zit het knelpunt in dit geval?

Mevrouw Van der Vaart: Het knelpunt is dat betoogd wordt dat de kans op herhaling van een delict nog steeds groot is, er zijn immers blikjes bier gevonden. Er wordt een verlenging van twee jaar gevorderd. Het is de bedoeling dat die mijnheer naar een long stay-afdeling gaat. Er is duidelijk gevaar voor herhaling. Wij kunnen die vordering dan niet afwijzen, maar wij zouden idealiter zien dat iemand dan wordt geresocialiseerd.

Mevrouw Vos: U heeft geen gronden op dat moment om de vordering af te wijzen?

Mevrouw Van der Vaart: Dat is ons probleem. Het is in ieder geval mijn probleem. Naar mijn indruk worden te weinig resocialisatiepogingen voortgezet. Onder druk van het departement en onder druk van het grote aantal wachtenden, gaan een aantal mensen naar de long stay die vroeger vaker voor hernieuwde resocialisatiepogingen in aanmerking zouden komen.

Mevrouw **Vos**: Ik ga naar de heer Epskamp. Wij spreken over de wettelijke mogelijkheden en of die voldoende maatwerk bieden. Kunt u hierover iets zeggen vanuit uw praktijk?

De heer **Epskamp**: Ik wil vooraf melden dat ik reclasseringswerker in Utrecht ben. Ik kan over de situatie in Utrecht wat vertellen. Als het gaat over de rest van het land, moet ik het hebben van wat ik allemaal heb gehoord. Ik neem aan dat u doelt op de tbs met voorwaarden-maatregel.

De vraag is of de reclassering voldoende mogelijkheden biedt. Het gaat om een maatregel die maximaal vier jaar kan duren en die in eerste instantie voor twee jaar wordt opgelegd met de mogelijkheid om die met een of twee jaar te verlengen. Wij kunnen daar op zich mee uit de voeten. Er kunnen weliswaar problemen ontstaan als de klant aan het einde van het traject zeer risicovol gedrag laat zien. Dan stopt de maatregel. Je zou echter willen dat die doorgaat. De maatregel zou dan verlengd moet worden, omdat er gedrag te zien is dat uitermate risicovol is. Dat kan helaas niet. Dan wordt het voor de reclassering vrijwilligerswerk. Wij proberen dan om de klant ergens in de vrijwillige hulpverlening onder te brengen.

Mevrouw **Vos**: Mevrouw Van der Vaart heeft gezegd dat de tbs met voorwaarden niet zo heel vaak wordt opgelegd omdat het in veel gevallen moeilijk is om de voorwaarden precies in te vullen en ook zodanig dat die dwingend zijn en grip geven op de situatie. Kunt u daarop reageren?

De heer **Epskamp**: De reclassering kan de voorwaarden formuleren. Wij doen ten slotte onderzoek en wij kunnen zeggen dat de klant ambulante of klinische behandeling moet worden. Wij kunnen ook zeggen dat er urinecontroles moeten plaatsvinden omdat iemand drugs gebruikt.

Mevrouw **Vos**: Kunt u afdwingen dat er urinecontroles plaatsvinden?

De heer **Epskamp**: Als ik in de gelegenheid ben om een maatregelenrapport op te stellen – wat niet altijd het geval is, ik doel dan op een onderzoek naar tbs met voorwaarden – dan leg ik dat dwingend op. Met andere woorden, ik vind bijvoorbeeld dat er een urinecontrole moet komen om die en die reden. Ik kijk dan naar de voorgeschiedenis van de cliënt. Ik kan bijvoorbeeld zeggen dat er een dagbesteding moet komen of iets op het vlak van vrijetijdsbesteding of ik wil zijn financiën in kunnen zien. Ik kan nog een aantal voorwaarden noemen. Die voorwaarden kan ik formuleren. De discussie daarover met de klant heb ik liever voordat de tbs met voorwaarden ingaat dan op het moment dat de maatregel is uitgesproken en de reclassering er geen bemoeienis mee heeft gehad.

Mevrouw **Vos**: En als het gaat om medicatie? Heeft u middelen om af te dwingen dat een cliënt medicatie dient in te nemen?

De heer **Epskamp**: Ik neem wel eens als voorwaarde op dat de klant contact moet houden met zijn behandelend psychiater. Dat betekent ook dat die medicatie moet innemen. Als dat niet meer gebeurt, kan dat voor de reclassering reden zijn om weer naar de rechter te gaan. Deze mijnheer wil zijn medicatie immers niet meer

innemen. Wij denken dat het niet goed is voor hem en dat er risico's aan kleven. Misschien dat wij om die reden moeten stellen geen toezicht meer te kunnen houden of deze klant niet meer te kunnen begeleiden.

Mevrouw **Vos**: Wat zou uw verzoek bij de rechter zijn? Tot welke gevolgen zal dit leiden?

De heer **Epskamp**: In het uiterste geval zeggen wij geen toezicht meer te kunnen houden en dat de zaak wat ons betreft stopt. Dat kan betekenen dat een omzetting plaatsvindt naar dwangverpleging.

Mevrouw **Vos**: Begrijp ik goed dat tbs met voorwaarden voor een periode van vier jaar kan worden opgelegd?

De heer **Epskamp**: Maximaal.

Mevrouw **Vos**: U vindt dat de reclassering in die periode voldoende mogelijkheden of bevoegdheden heeft om op de voorwaarden toe te zien en om ervoor te zorgen dat die dusdanig worden ingevuld dat zij tot effect leiden bij de cliënt en dus tot meer veiligheid?

De heer **Epskamp**: Ja. De meeste cliënten die ik begeleid zijn met twee, drie jaar klaar. Dan stopt de maatregel. Zij zijn dan voldoende geresocialiseerd of zij zijn ondergebracht bij hulpverlening die doorgaat met een cliënt.

Mevrouw **Vos**: Stel dat u na die periode van maximaal vier jaar niet helemaal gerust bent dat het goed gaat? Wat kunt u dan doen?

De heer **Epskamp**: Daar wringt nu net de schoen. Er kan zich een situatie voordoen waarin het door moet gaan. Stel je voor dat de klant aan het eind van het vierde jaar zeer risicovol gedrag laat zien, maar de maatregel stopt. Met andere woorden, het reclasseringstoezicht stopt officieel. Wij proberen dan vrijwillige hulpverlening te regelen en de klant daar onder te brengen. Wij realiseren ons dat het gaat om vrijwillige hulpverlening. De reclassering kan op vrijwillige basis toezicht houden. Er is echter geen enkel justitieel kader. Wij willen in voorkomende gevallen de mogelijkheid hebben tot verlenging. Vier jaar is vier jaar. Het kan best zijn dat de situatie zich voordoet dat het veel langer moet zijn.

Mevrouw **Vos**: Stel nu dat u na vier jaar vrijwel zeker weet dat het niet goed komt. U merkt bijvoorbeeld dat u er bij uw cliënt bovenop moet zitten dat de medicatie goed wordt ingenomen of dat er ongelofelijk streng gecontroleerd moet worden op drankgebruik. Het dreigt voortdurend mis te gaan. Wat kunt u, in de huidige situatie, na die vier jaar doen bij zo'n cliënt?

De heer **Epskamp**: Alleen maar regelen dat er voor deze cliënt hulp is. Die moet bij de verslavingszorg terecht kunnen, de ggz en ga zo maar door.

Mevrouw **Vos**: U heeft geen andere mogelijkheden?

De heer **Epskamp**: Nee, wij hebben geen andere mogelijkheden. Absoluut niet. Wij zouden die graag willen. Die zijn er echter niet.

Mevrouw **Vos**: Ik keer terug naar de periode daarvoor. U zegt dat de reclassering bij het goed opstellen van de voorwaarden afdoende mogelijkheden heeft voor controle. Toch horen wij bij de rechterlijke macht vaak dat men tbs met voorwaarden niet vaak oplegt. Daar bestaat juist het beeld dat het lastig is om de voorwaarden dusdanig op te leggen dat er grip op de cliënt bestaat. Begrijp ik van u dat die zorg bij de rechterlijke macht niet nodig is?

De heer **Epskamp**: Nee. Als de reclassering in de gelegenheid wordt gesteld om de voorwaarden te formuleren, als wij een maatregelenrapport mogen uitbrengen en onderzoek mogen doen, kunnen wij die voorwaarden ook formuleren. Wij kunnen er ook op controleren. Mocht het gaandeweg het traject nodig zijn, de voorwaarden aan te scherpen of nieuwe voorwaarden te formuleren, dan kan dat aan de officier van justitie voorgesteld worden. Dat wordt uitgebreid onderbouwd en toegelicht op de zitting waarom wij vinden dat er een voorwaarde bij moet komen of dat een voorwaarde bijgesteld moet worden. Ik ga ervan uit dat de officier van justitie dan ook een vordering indient.

Mevrouw **Vos**: Werkt dat in de praktijk ook zoals u dat zou willen. Kunt u op deze manier doeltreffend en snel de voorwaarden aanpassen?

De heer **Epskamp**: Ja, dat kan. Dat is geen probleem.

Mevrouw **Vos**: Stel, u merkt dat een cliënt geen medicatie aanneemt. Dat is een probleem. U heeft zo-even gezegd in het uiterste geval terug naar de rechter te kunnen stappen om het toezicht terug te geven. Zijn er nog tussenoplossingen voor deze rigoureuze stap aan de orde komt?

De heer **Epskamp**: Het is de laatste stap. De laatste stap is dat wij zeggen het niet meer te doen.

Mevrouw **Vos**: Wat doet u in de tussenperiode?

De heer **Epskamp**: Wij gaan met de cliënt in overleg over de redenen dat er geen medicatie meer ingenomen wordt of dat die de medicatie anders inneemt dan de psychiater voorschrijft. Wij zullen hem zeker helpen herinneren aan de voorwaarden die zijn opgesteld, namelijk dat hij zich houdt aan de voorschriften van de psychiater. Hij moet de medicatie innemen zoals wordt voorgeschreven. Ik zal ook met de psychiater overleggen en eventueel met andere hulpverleners die zich met deze cliënt bezig houden. Ik zal de cliënt uiteindelijk op het hart drukken dat er een voorwaarde ligt die met hem is besproken. Er ligt een aanwijzing van een psychiater die zegt dat hij deze medicatie nodig heeft en moet gebruiken. Ik ga ervan uit dat de cliënt het dan weer gaat doen zoals is afgesproken.

Mevrouw **Vos**: Kunt u iets vertellen over uw ervaringen? Lukt het bij intensief contact tussen reclasseringsmedewerker en cliënt goed om de voorwaarden te vervullen? Of zijn er regelmatig gevallen waarin het een probleem is?

De heer **Epskamp**: Het is een probleem als de FPD een tbs met voorwaarden adviseert maar dat niet met de reclassering kortsluit. De rechtbank kan dan beslissen om tbs met voorwaarden op te leggen. Er is dan helemaal geen onderzoek gedaan door de reclassering. Wij krijgen

dan een klant op de stoep met de aanwijzing dat de reclassering hulp en steun moet verlenen en dat die zich te houden heeft aan de aanwijzingen van de reclassering. Dan beginnen bij ons echt de problemen. Dat betekent veel discussie met de klant. Ik wijs op de urinecontrole. Wij hebben bijvoorbeeld het vermoeden van drugsgebruik en willen een urinecontrole. De klant zegt dan dat de rechter dat niet heeft opgelegd en dat dit niet is bedoeld. Die discussies moeten wij niet hebben. Die moeten gevoerd worden voordat een maatregel van tbs met voorwaarden wordt opgelegd. Als wij in de gelegenheid worden gesteld om een maatregelenrapport uit te brengen en daarover gesprekken met de cliënt te voeren, levert dat in mijn ervaring eigenlijk geen probleem op. Men weet anders goed dat wie niet wil meewerken aan een tbs met voorwaarden-traject er wel eens tbs met dwangverpleging kan overblijven. Eigenlijk zeggen al mijn klanten toch maar tbs met voorwaarden te willen en dolgraag met de reclassering samen te willen werken.

Mevrouw **Vos**: Hoe vaak komt het voor dat u niet vooraf gekend bent in de opgelegde voorwaarden en dat buiten u om een dergelijk rapport wordt opgesteld?

De heer **Epskamp**: Gelukkig sporadisch.

Mevrouw **Vos**: Heeft u voldoende menskracht om het toezicht goed uit te oefenen? Het gaat ook gewoon om uren die u moet besteden aan een cliënt.

De heer **Epskamp**: De reclassering krijgt 30 uur per half jaar voor een begeleiding, of dat nu een heel gemakkelijke of moeilijke klant is. Ook voor de tbs-clienten heb ik 30 uur per half jaar. Als het allemaal volgens het boekje loopt, red ik het met die 30 uur. Ik kom daar dan wel mee weg. Er zijn vaak allerlei problemen. Dan moet er snel gehandeld worden en moet er heel veel overleg gepleegd worden. Dan red je het absoluut niet in 30 uur. Dat betekent dat ik ergens anders klanten moet afzeggen omdat ik geen tijd heb om met hen te spreken. Ik heb dan een prioriteit waarmee ik aan de slag moet.

Mevrouw **Vos**: Ik begrijp goed dat u prioriteit geeft aan de tbs-er met voorwaarden?

De heer **Epskamp**: Ja, absoluut.

Mevrouw **Vos**: Maar dat kan ten koste gaan van het andere werk.

De heer **Epskamp**: Dat gaat ten koste van het andere werk.

Mevrouw **Vos**: Even terug naar de medicatie. U zegt dat als afgesproken is dat iemand medicatie dient in te nemen, dit besproken wordt met de cliënt. Ook is er contact met de psychiater. U kunt het echter niet afdwingen. Dwangmedicatie is op dit moment niet mogelijk toch?

De heer **Epskamp**: Nee. Ik kan wel tegen hem zeggen dat als hij zich niet aan de voorwaarden wenst te houden en de reclassering en de behandelend psychiater vinden dat het moet, er wat mij betreft al reden is om terug te gaan naar de rechtbank.

Mevrouw **Vos**: Ik keer terug naar mevrouw Van der Vaart. Ik begreep zo-even dat u vindt dat er een aantal beperkingen zijn om tbs met voorwaarden op te leggen. U hoort het verhaal van de reclassering. Zegt u nu dat er inderdaad veel voorwaarden zijn op te leggen die ook nageleefd worden of ziet u daar praktische problemen?

Mevrouw **Van der Vaart**: Het voorbeeld van de heer Epskamp is dat er ineens iemand bij de reclassering op de stoep staat. Om die reden leggen wij in Amsterdam alleen een tbs met voorwaarden op als het van tevoren goed is geregeld. De reclassering komt altijd bij ons op de zitting om de voorwaarden te bespreken. Voorwaarden kunnen overschreden worden. Als het van tevoren goed is geregeld, komt de reclassering er vaak wel uit met een cliënt en de instelling. Ik noem bijvoorbeeld De Waag in Amsterdam of een psychiatrische kliniek. Op een gegeven moment krijgt men het wel goed. Het komt ook voor dat men naar de officier van justitie gaat omdat iemand de voorwaarden niet naleeft om de opdracht terug te geven. Dat wordt op een zitting gebracht. Ook daarbij komt het wel eens voor dat er op de zitting toch onderhandeld wordt, dat er opnieuw voorwaarden worden vastgesteld en dat de reclassering de opdracht weer oppakt. Het gaat hier om incidentele gevallen.

Mevrouw **Vos**: Hoe komt het dat bij mij en bij vele anderen het beeld bestaat dat tbs met voorwaarden weinig wordt opgelegd en dat het een middel is dat weinig wordt toegepast? Zit 'm dat in de juridische beperkingen, de moeizame uitvoering in de praktijk of klopt mijn beeld niet?

Mevrouw **Van der Vaart**: Dat beeld klopt, in ieder geval voor de Amsterdamse praktijk. Ik ben zo-even vergeten nog een reden te noemen waarom wij schaars zijn met het opleggen van tbs met voorwaarden. Het kan misgaan, zodat de reclassering terecht een opdracht teruggeeft en er een omzetting wordt gevorderd. De tbs met voorwaarden kan echter juist opgelegd zijn omdat wij geen redenen zagen om tbs met dwangverpleging op te leggen. Die modaliteit zien wij naast een onvoorwaardelijke tbs voor minder ernstige delicten bij mensen met een minder lange recidive en een minder ernstige stoornis. Op het moment dat zo'n opdracht terug wordt gegeven, wat op zich heel gerechtvaardigd kan zijn, en op de zitting niet opnieuw overeenstemming bereikt kan worden tussen terbeschikkinggestelde en de reclassering en eventuele andere behandelaren, is het soms heel moeilijk om een echte tbs op te leggen. Ik doel op omzetting naar een volwaardige tbs, waar ook weer anderhalf jaar wachttijd om de hoek ligt. Ook dat is een reden om heel voorzichtig te zijn met een tbs met voorwaarden. Als het kan, moet eerder nagedacht worden over een gedeeltelijk voorwaardelijke gevangenisstraf met voorwaarden die neerkomen op reclasseringstoezicht en een al dan niet ambulante behandeling daarnaast.

Mevrouw **Vos**: Ik heb nog een vraag van andere aard. Kunt u ons in het kort uitleggen wat een contraire beëindiging is en hoe vaak het voorkomt? Daar is onderzoek door het WODC naar gedaan.

Mevrouw **Van der Vaart**: Wij hebben het daar eerder over gehad. Een contraire beëindiging vindt plaats als volgt. Een kliniek adviseert bijvoorbeeld een verlenging

met nog één jaar omdat er nog steeds een recidiverisico is en de resocialisatie nog afgerond moet worden. De officier vordert dan ook de verlenging met een jaar. Wij denken echter dat het lang genoeg heeft geduurd. De proportionaliteit begint dan een rol te spelen. Wij beëindigen nu. Dat is een contraire beëindiging. 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, maar stelt dat de tbs nog een keer verlengd moet worden met één jaar en de tbs nu nog niet 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 eigenlijk met elkaar eens dat de tbs kan eindigen. Dat is een schijn-contraire beëindiging.

Mevrouw **Vos**: Wat is dan de reden dat de kliniek niet aangeeft dat het tijd is om de tbs-maatregel te beëindigen? Wat zit daar voor een probleem?

Mevrouw **Van der Vaart**: In de afgelopen jaren zijn er een paar ernstige incidenten geweest, met veel media-aandacht en de maatregel van het intrekken van alle verloven. Een kliniek is daardoor soms wat huiveriger om die stap te nemen. Die laat het aan ons over.

Mevrouw **Vos**: Gezien de maatschappelijke druk is het dus voor de kliniek lastig om dit besluit te nemen en laat men het dus liever over aan de rechter. Hoe ervaart u dat als rechter? Hoe ervaart u dat u in feite de beslissing voor de kiezen krijgt?

Mevrouw **Van der Vaart**: Wij zijn daar ook voor, denk ik. Ik geef een voorbeeld. In het najaar was er een verlengingszitting over een man die al een aantal jaren in een resocialisatieproject liep, met vallen en opstaan. De laatste tijd was het echter meer opstaan. Net voor het schrijven van het verlengingsadvies was er een klein incident. Toen kwam het advies om weer met één jaar te verlengen omdat er toch nog een kans op herhaling was. Er werd ook op de risicotaxatie gewezen. Het advies bouwde daar naartoe. De officier vorderde dat ook. Op de zitting draaide de deskundige, de psychiater, helemaal om. Hij zei dat er in de kliniek nog eens over was nagepraat. Hij vond eigenlijk dat de vordering van de officier afgewezen moest worden. Hij vertelde dat men zich had gerealiseerd dat mijnheer nooit een modelburger zou worden. Dat hoefde ook niet. Hij zou misschien best nog eens met het strafrecht in aanraking komen. Hij zou misschien iemand nog eens een klap geven of een winkeldiefstal plegen of wat onzorgvuldig rijden in het verkeer. Wat de kliniek betreft was er geen risico op herhaling van een tbs-waardig delict. Ik heb daar ontzettend lang over nagedacht. De tbs is beëindigd. Dat is een geval waarin een kliniek zich eindelijk heeft samengeraapt en heeft gezegd: oké, laten wij fair zijn en laten wij zeggen wat wij echt vinden dat er moet gebeuren. Over dat voorbeeld hebben wij eerder gesproken. De reclassering was daarbij op de zitting. Dit

kwam als verrassing op de zitting. Ik vroeg aan de reclasseringsmedewerkster: als mijnheer naar u toekomt om toch nog eens te praten, want hij komt relatief onverwacht ineens vrij, kunt u hem dan daarin bijstaan? Zij zei: mevrouw, dat spijt mij ontzettend. Wij zouden graag willen, maar wij kunnen dat niet. Daar worden wij niet voor betaald. Wij mogen dat niet. Dat vind ik een ontzettend tekort.

Mevrouw **Vos**: Heeft het invloed op uw beslissing als de reclassering aangeeft die persoon niet bij te kunnen staan?

Mevrouw **Van der Vaart**: Nee. Ik denk dat de heer Epskamp ook best, net zoals de mevrouw in kwestie, met de man wil praten om te proberen hem in een ander circuit te krijgen. Er is ook de discussie dat de minister vindt dat dit soort nazorg betaald moet worden door de gemeente of een andere instelling en niet door justitie. Het is juist voor terbeschikkinggestelden ontzettend belangrijk dat zij contact kunnen blijven houden met iemand die hen kent en die hen een paar jaar heeft gevolgd. Ik vind dat justitie dat moet betalen. Justitie moet dat mogelijk maken.

Mevrouw **Vos**: U vertelt dit voorbeeld in het licht van een schijn-contraire beëindiging. De kliniek was er in dit voorbeeld aan toe. In bepaalde maatschappelijke situaties, zeker als er veel ophef is over tbs, durft men die beslissing soms net niet te nemen. U neemt die beslissing dan als rechter. U zegt daar ook voor te zijn. Is dat zwaar voor u? U bent als rechter immers onderhevig aan de maatschappelijke druk om u heen. Is dat iets wat u beïnvloedt in de beslissing?

Mevrouw **Van der Vaart**: Wij denken er in ieder geval wel over na, maar wij laten ons daar niet door leiden.

Mevrouw **Vos**: U zegt erover na te denken. Wat betekent dat?

Mevrouw **Van der Vaart**: Wij nemen het mee. Wij zijn ons bewust van de hoge druk, ook op de kliniek. Uiteindelijk proberen wij toch naar eer en geweten, ook gezien het hele dossier, de beslissing te nemen die ons juist lijkt.

Mevrouw **Vos**: Ik geef het over aan de voorzitter.

De **voorzitter**: Toen de heer Epskamp sprak over 30 uur per half jaar, zag ik mevrouw Van der Vaart en de heer Korvinus elkaar zeer verbaasd aankijken. U wist dat dus niet. Denkt mevrouw Van der Vaart nu niet dat een aantal keren voorwaarden zijn gesteld en opgelegd die niet binnen die 30 uur per half jaar te controleren waren?

Mevrouw **Van der Vaart**: Nee. De meeste voorwaardelijke beëindigingen hebben als voorwaarde dat iemand zich laat behandelen, bij een ambulante of een intramurale instelling. Vaak treedt de reclassering daarbij enigszins terug. De reclassering houdt periodiek contact met de instelling. Men moet dat ook rapporteren aan het Openbaar Ministerie. Het directe contact en het directe toezicht ligt dan bij de ambulante instelling, de kliniek of de verslavingsinstantie. Meestal komt er een moment, als iemand de onderdelen heeft afgerond, dat alleen de

reclassering overblijft. De heer Epskamp zegt er in sommige gevallen mee toe te komen en in andere gevallen niet. Dat zijn geluiden die wij meer horen. Ik denk dat het mogelijk moet zijn dat als iemand meer tijd vergt, die tijd er komt en ook wordt betaald.

De **voorzitter**: U wist niet dat het 30 uur was. U zou daar rekening mee moeten kunnen houden. Het verbaasde mij dat u verbaasd was over die 30 uur.

Mevrouw **Van der Vaart**: Ik was niet zozeer verbaasd. Ik hoorde 30 uur in Utrecht. Ik las ergens dat iemand een uur per week per cliënt had. Ik denk dat de reclassering wel zou klagen in de rapportage of bij ons als men er niet genoeg aan zou hebben.

De **voorzitter**: Laten wij het aan de heer Epskamp vragen.

De heer **Epskamp**: Ik mag 30 uur declareren.

De **voorzitter**: U heeft 30 declarabele uren. 30 uur is de norm.

De heer **Epskamp**: Of ik nu zestig uur aan die klant besteed, tachtig uur of tien uur, wij krijgen 30 uren betaald.

De **voorzitter**: Ik keer terug naar het opstellen van de voorwaarden waarbij u betrokken wilt zijn. In het ideale geval bent u daarbij betrokken vanaf het advies van de FPD. Wat maakt voor u de voorwaarden waarover net is gesproken met Marijke Vos handhaafbaar en naleefbaar?

De heer **Epskamp**: Ik heb het dossier gelezen. Ik heb de klant gesproken. Ik heb met de collega's overlegd. In Utrecht hebben wij een tbs-commissie. Ik sta dus niet alleen. Ik spreek met mijn collega's en met mijn werkbegeleider over de casus. Wij gaan dan nadenken over wat wij voor deze klant kunnen betekenen en wat wij voor deze klant willen betekenen. Welke voorwaarden zijn nodig. Ik maak daarvoor als rapporteur een eerste opzet. Dat ga ik bespreken met mijn collega's.

De **voorzitter**: Is dat wat u kunt of wat de persoon in kwestie, de cliënt, kan naleven en wat bij hem past?

De heer **Epskamp**: Het is uiteraard afgestemd op de mogelijkheden en de beperkingen van de cliënt.

De **voorzitter**: En de mogelijkheden en beperkingen van uzelf?

De heer **Epskamp**: Uiteraard.

De **voorzitter**: Mijnheer Korvinus, is de advocaat betrokken bij die voorwaarden. Zo-even is gesproken over onderhandelingen over voorwaarden. Adviseert de advocaat daarbij?

De heer **Korvinus**: Dat zou kunnen. De reclassering, de psychiater en de psycholoog die tot een voorwaardelijke tbs adviseren, hebben nog niet echt de attitude om voor overleg met de raadsman te kiezen. Dat zou meer mogen gebeuren. Wellicht is dit in de Utrechtse situatie beter ontwikkeld. Ik denk eerlijk gezegd van niet. Ik denk dat het

ook daar beperkt is. Het zou feitelijk goed zijn als het zo was.

De **voorzitter**: Het gebeurt nu feitelijk pas bij de zitting? Er wordt iets van voorwaarden aan de rechter voorgelegd en de advocaat kan daarop de cliënt iets zeggen.

De heer **Korvinus**: Het hangt ervan af of de cliënt zegt met zijn advocaat te willen bespreken dat de voorwaarden voor hem niet haalbaar zijn. Dan krijg je een soort discussie. Het initiatief moet dan van de betrokkene, de verdachte uit gaan.

Ik maak daar nog een opmerking bij. Mevrouw Van der Vaart spreekt van de situatie in Amsterdam en de heer Epskamp van de situatie in Utrecht. Ik vermoed het volgende over het opleggen van voorwaardelijke tbs door rechters. Enerzijds wordt dat bepaald door de mate van ernst van het delict en de mate van ernst van de stoornis. Anderzijds wordt dat bepaald door de populariteit van de voorwaardelijke beëindiging als instrument. Dat instrument kan nuttig zijn in de strafmodaliteiten. Ik vermoed dat de populariteit sterk afhankelijk is van de plaatselijke situatie. Kennelijk is er in Utrecht vanuit de reclassering en de forensische psychiatrische dienst een sterke portee voor die mogelijkheid van voorwaardelijke tbs, gelet op het aanbod aan dagklinieken en verslavingszorg in die regio. In Amsterdam is het veel moeilijker om mensen geplaatst te krijgen. Het is bekend dat de rechtbank daar veel terughoudender mee is. Er is geen enthousiast forum onder de FPD of de reclassering om daarmee iets te doen. Er zijn dus regionale verschillen te zien. Ik kan mij voorstellen dat een kleinere rechtbank in een arrondissement met veel meer mogelijkheden vaker toepassing van deze maatregel zal laten zien dan in grote rechtbanken zoals Amsterdam. Dat is een relevant punt. De advocatuur wordt slechts in beperkte mate bij het opstellen van de voorwaarde betrokken. Dat gebeurt alleen als betrokkene aangeeft er niet uit te komen met de reclassering en dus zijn raadsman in het gesprek wil betrekken.

De **voorzitter**: Het lijkt mij dat de raadsman heel weinig betrokken is bij het adviseren van de voorwaarden. Je kunt ook zeggen: Hoe minder voorwaarden er opgesteld worden, hoe minder je er kunt overtreden.

De heer **Korvinus**: Dat zou kunnen. Het kan onder omstandigheden voor de betrokkene weldegelijk van belang zijn om succesvol binnen het kader van de voorwaardelijke beëindiging te functioneren. Het is dan duidelijk waar die zich aan te houden heeft. Duidelijkheid is voor de betrokken mensen in dit soort situaties elementair. Geen vage dingen, maar heel duidelijke voorwaarden. De mensen weten goed dat zij een probleem hebben als zij die overtreden.

Mevrouw **Albayrak**: De heer Korvinus heeft goed nagedacht over een alternatief systeem voor het tbs-stelsel zoals wij dat op dit moment kennen. U zegt dat eerst gekeken moet worden naar de toerekeningsvatbaarheid. Mensen die ontoerekeningsvatbaar blijken, moeten naar een psychiatrische ziekenhuis voor een behandeling.

De heer **Korvinus**: Indien nodig.

Mevrouw **Albayrak**: Exact. Ik ga ervan uit dat het ook in uw alternatief gaat om een beveiligde omgeving omdat het mensen zijn die strafbare feiten hebben gepleegd.

De heer **Korvinus**: Indien de mensen dat nodig hebben. Bij veel mensen is dagbehandeling of een andere vorm van begeleiding voldoende. Veel mensen hebben het niet nodig.

Mevrouw **Albayrak**: Nu de andere groep, de mensen die wel toerekeningsvatbaar zijn gebleken. Voor die mensen moet een prikkel ingebouwd worden door die te behandelen ...

De heer **Korvinus**: Als zij daarvoor in aanmerking komen.

Mevrouw **Albayrak**: Als zij er verder mee kunnen komen en vooral ook als zij willen meewerken. Dat zou de prikkel zijn. Bent u niet bang dat uw alternatief voor mensen met een gebleken psychopathie in deze laatste groep een versnelde manier kan blijken om weer in de samenleving te komen? Wij weten dat mensen die psychopathisch zijn vaak ook manipulatief zijn en vaak ook goed kunnen veinzen mee te werken. Zij krijgen daarmee strafvermindering en het blijkt uiteindelijk een snelle manier te zijn om volledig buiten het beeld van de psychiatrie om de samenleving weer in te gaan.

De heer **Korvinus**: Ik begrijp het niet zo goed. Het moet afgezet worden tegen de groep die nu een combinatie krijgt opgelegd van gevangenisstraf plus tbs. Voor doodslag krijgt men gemiddeld rond de zes jaar aan gevangenisstraf opgelegd. Het is een straf tussen de vijf en de zeven jaar. Dat is het gemiddelde. Mensen die volledig toerekeningsvatbaar zijn, krijgen zes jaar opgelegd waarvan men er vier jaar uitzit. Dan is men vrij. Hoe het verder met die mijnheer of mevrouw zit, daar weten wij maar heel weinig van. Wij weten ook niet of er weer wat gebeurt. Mensen waarvan gezegd wordt dat er sprake is van een stoornis en van vrees voor herhaling, krijgen een gevangenisstraf opgelegd. Dat kan zes jaar, vijf jaar of vier jaar zijn. De rechter kan enigszins rekening houden met de verminderde toerekeningsvatbaarheid. Hij geeft dan een iets kortere straf, maar met de maatregel-tbs. Vervolgens zit betrokkene die drie of vier jaar uit, waarna voor hem of haar anderhalf jaar wachttijd begint voordat die in een tbs-kliniek komt. Dan begint een interne tbs-behandeling die jaren kan duren. Het gaat om het delict doodslag. Er is sprake van een ernstige situatie. De proportionaliteit komt niet zo gauw in het geding. Mensen kunnen uiteindelijk twaalf, veertien of vijftien jaar van hun vrijheid beroofd zijn. Tegenwoordig zitten zij dan al in een long stay-voorziening en dan komen zij er nooit meer uit. In mijn systeem gaat het als volgt. De rechter zal lang niet in alle gevallen van een doodslagveroordeling vinden dat iemand in een behandelingssetting terecht moet komen. Net als nu zullen een groot aantal mensen volledig toerekeningsvatbaar worden geacht. Er is dan geen sprake van een stoornis. Het is weliswaar gebeurd, maar het ging om liefdesverdriet of extreme jaloezie als reden om een partner om het leven te brengen. Of het ging om andere redenen, zakelijke redenen waarom er een levensdelict heeft plaatsgevonden. Bij een aantal mensen zal gezegd worden dat er sprake is van een stoornis die, gelet op eerdere veroordelingen van deze mijnheer, goed te behandelen is en die leidt tot een

vermindering van het delict risico. Die behandeling zal daar en daar uit bestaan. Dat is een mogelijkheid. Het is denkbaar dat de rechter zegt het over te nemen en een straf op te leggen. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden dat als hij zich laat behandelen, de straf korter uitvalt. Dat kan uiteindelijk betekenen dat eventueel met een langer of korter durende interventie betrokkene eerder van de behandelingsmogelijkheid gebruik maakt. De vraag van mevrouw Albayrak is of daar geen mensen tussen zitten, psychopaten, die wij nu wel onderkennen en dan niet. Dat ligt natuurlijk hetzelfde. Die psychopaten kunnen wij dan net zo goed onderkennen als wij die nu onderkennen. Die zouden de boel echter in een behandelingssituatie kunnen manipuleren. Dat kunnen zij nu ook. In het algemeen is men niet gevoelig voor die manipulatie. Men onderkent de problemen bij de klassieke psychopaten. Dat zal niet anders zijn in mijn systeem. Die mensen waarvan gezegd worden dat zij notoir gevaarlijk blijven, mensen die zich aanpassen terwijl er onderhuids van alles en nog wat zit, zullen ook in die situatie mogelijk langer blijven zitten. Dan zal men de rechter het advies blijven geven dat betrokkene toch zeer gevaarlijk is. Men kan dat onderbouwen. De vrees van mevrouw Albayrak is ongegrond als er sprake is van een kundige en goede behandeling.

Mevrouw Albayrak: Dat laatste wat u zegt is niet onbelangrijk. Over de juiste behandelbaarheid van aandoeningen zoals persoonlijkheidsstoornissen zijn er duidelijke meningen. Wij hebben helaas geen tijd om over deze zeer interessante kwestie met u door te praten. Ik heb een laatste vraag voor mevrouw Van der Vaart. Als rechter ligt er op uw schouders een grote druk om de maatschappij te beschermen tegen blijvend gevaarlijke mensen. Op dit moment staat u de tbs-maatregel ter beschikking en niet meer dan dat als het gaat om de combinatie van een ernstig delict en een psychische stoornis. Had u graag gezien dat u meerdere juridische titels had op basis waarvan u de maatschappij zou kunnen beschermen tegen blijvend gevaarlijke mensen?

Mevrouw Van der Vaart: Ik kan er niet zo gauw een bedenken, naast een levenslange gevangenisstraf.

Mevrouw Albayrak: De ene variant is strafverzwaring voor delicten. Er zijn varianten denkbaar zoals bijvoorbeeld in Engeland en Duitsland, waar er in het Wetboek van Strafrecht artikelen staan die niet bedoeld zijn als strafverzwarringsgrond. Stel, iemand pleegt een moord en krijgt daar zes jaar voor. De strafmaat is zes jaar op dat moment. Daarbovenop komt er bijvoorbeeld een langere of zelfs levenslange straf ter bescherming van de maatschappij. Dat is niet gekoppeld aan het delict dat is gepleegd. Het is bedoeld als bescherming van de maatschappij. Dit is een voorbeeld. Ik zie de heer Korvinus al zijn wenkbrauwen fronsen. Kunt u zich voorstellen dat er meerdere justitiële titels mogelijk zijn om de maatschappij te beschermen?

Mevrouw Van der Vaart: Nee, ik kan mij dat niet voorstellen. Ik begrijp ook niet wat de reden is in Duitsland om iemand levenslang vast te houden en dat geen straf te noemen.

Mevrouw Albayrak: Misschien moet ik mijn vraag anders stellen. U heeft het niet gemist in de afgelopen jaren?

Mevrouw Van der Vaart: Nee.

Mevrouw Albayrak: U heeft niet gedacht: had ik maar een andere mogelijkheid behalve de tbs?

Mevrouw Van der Vaart: Nee.

Mevrouw Albayrak: Wij gaan hierop nog terugkomen de komende dagen.

Mevrouw Joldersma: Mijn vraag sluit hierop een beetje aan. Mevrouw Van der Vaart gaf een aantal voorbeelden. Gun ze de kans om mis te gaan. Mensen moeten fouten kunnen maken. U noemde zo een aantal dingen. U sprak er ook over wat de afweging moet zijn als iemand voor het ene delict tbs heeft gekregen en hij delictgevaarlijk is op andere delicten. Ik merk dat in uw overweging proportionaliteit een heel belangrijke factor is. Een andere factor is de blijvende delictgevaarlijkheid. U zei de indruk te hebben dat de klinieken de neiging hebben om de rechter de beslissing te laten nemen. Zij hoeven het dan niet te doen. Zij vinden iemand dan blijkbaar niet meer delictgevaarlijk, maar durven dat niet hardop te zeggen. Heb ik dat goed begrepen?

Mevrouw Van der Vaart: Dat is wat er op papier staat. Mijn voorbeeld was de zaak waarin de kliniek zich eindelijk hernam en stelde dat iemand geen modelburger hoeft te worden. Dat is niet het doel van de terbeschikkingstelling. Er zal best nog wel eens een delictje gepleegd worden. In ieder geval is de kans dat er weer een ernstig delict wordt gepleegd heel sterk verminderd.

Mevrouw Joldersma: Betekent dit dat als u een verlenging uitspreekt u soms twijfels heeft bij het advies van de instelling. Schakelt u soms een externe deskundige in om dat te beoordelen? Hoe houdt u daar rekening mee? Hoe weegt u de blijvende delictgevaarlijkheid mee in het verlengingsadvies? Kunt u dat beoordelen? Of zegt u iemand een kans te willen geven bij een verlengingsbeslissing?

Mevrouw Van der Vaart: Ik denk dat wij een zaak zo goed mogelijk afwegen. Als wij beslissen om een vordering van een officier om te verlengen af te wijzen, moeten wij van oordeel zijn dat het gerechtvaardigd is om de tbs te beëindigen. Er zal altijd ergens een risico zijn. De vraag is of je het kunt rechtvaardigen om iemand te laten gaan.

Mevrouw Joldersma: Weegt dan de blijvende delictgevaarlijkheid zwaarder of de proportionaliteit, omdat iemand al zo lang tbs heeft en het maar eens gebeurd moet zijn? Wat weegt dan zwaarder?

Mevrouw Van der Vaart: Dat zal per zaak verschillen. Ik kan er niet zomaar een eenduidig antwoord op geven. Ieder geval is vrij uniek. De afweging wordt gemaakt per zaak. De kliniek zal zeker in de eindfase van een tbs stellen dat het delictgevaar aanzienlijk minder is geworden, ook op lange termijn. Dat komt vrij vaak voor. Er is ooit een ernstig delict gepleegd. Uiteindelijk is de terbeschikkingstelling heel goed gaan lopen. De kliniek vraagt soms: geef ons de kans om het goed af te ronden. Met nog een jaar leveren wij iemand ook naar ons gevoel heel erg goed af. Dat is geen schijnvoorstel om de beslissing aan

de rechter over te laten. Als de kliniek dat aannemelijk kan maken, wat zij ook vaak kunnen, gaan wij daarin mee. Wij zijn daar gevoelig voor. Daar is vaak bezwaar van de advocatuur tegen, die zegt dat wij iemand echt wel kunnen laten gaan. Dat soort krachtmetingen krijgen wij dan. Dat is een heel andere afweging.

Mevrouw Van Velzen: Mijnheer Korvinus, wij hebben de afgelopen maandag met de heer Van Marle gesproken. Die schetste ons dat het bewijzen van een causaal verband, een relatie tussen stoornis en delict, in de praktijk nogal lastig was. Is dat iets wat u tegenkomt in uw praktijk of bij uw medewerkers? Hoe werkt dat in het uiteindelijke vonnis van de rechter door?

De heer Korvinus: Het zijn vaak heel geforceerde redeneringen. Men redeneert terug naar de situatie van het delict. De psycholoog en de psychiater kenden de betrokkene toen natuurlijk nog niet. Men moet het dus proberen te doen met historische gegevens uit het dossier en met wat de betrokkene vertelt. Het speelt met name in zoverre dat voor een terbeschikkingstelling van belang is dat die relatie er is. Als de psychiater, psycholoog of het PBC zegt dat de relatie er niet is, zullen de meeste verdachten dat fantastisch vinden: Er is geen relatie aangetoond, ik ben niet verminderd toerekeningsvatbaar en ik loop niet het risico van tbs. Wat je heel vaak ziet is dat er gezegd wordt dat er sprake is van een verminderde of een licht verminderde toerekeningsvatbaarheid, naar de mate waarin men denkt dat het aan de betrokkene moet worden toegerekend.

Mevrouw Van Velzen: Zegt u dat het element van het causaal verband, het aantonen van een relatie tussen stoornis en delict, iets is dat voor de toekomst houdbaar is voor een nieuw tbs-stelsel?

De heer Korvinus: Nee, dat is absoluut niet houdbaar. Ik weet niet of uw commissie ook professor Van Koppen gaat horen. Die heeft daar een heel simpel standpunt over: alles wat psychiaters en psychologen beweren over de relatie tussen delict en stoornis komt uit de dikke duim!

Mevrouw Van Velzen: Ik vraag mevrouw Van der Vaart hierop kort te reageren. U maakt in de praktijk de discussie mee of een causaal verband hard is te maken. Wat is uw oordeel daarover?

Mevrouw Van der Vaart: Men probeert dat in ieder geval in de rapportage aan te tonen. Ik weet ook wat Van Koppen daarover zegt. Ik vind de manier waarop het wordt beschreven vaak heel overtuigend. Dat iemand een heel ernstige stoornis heeft, zegt men ook als er geen relatie te leggen is met een delict.

Mevrouw Van Velzen: Een vraag voor de heer Epskamp. U heeft een verantwoordelijke taak. U moet met een beperkt aantal uren iemand met stoornis die een delict heeft gepleegd begeleiden in de maatschappij. Er zijn situaties waarin dat misgaat. U schetste dat net ook. Op het moment dat de voorwaarden zoals die gesteld zijn door de rechter, in de regel mede door u opgesteld, overtreden worden en u teruggaat naar de rechter, treden er dan knelpunten op? Hoe snel kunt u uw cliënt weer terugplaatsen in een klinieachtige setting?

De heer Epskamp: Het probleem wordt gevormd door de lange wachttijden in Nederland. Als ik naar de officier van justitie ga en zeg een cliënt te hebben die de voorwaarden fors heeft overtreden, dat wij vinden dat de klant aangehouden moet worden en dat de reclassering in de gelegenheid gesteld moet worden om opnieuw onderzoek te doen, kan het betekenen dat wij met aangepaste voorwaarden verder gaan. Wij vinden bijvoorbeeld dat er een klinische behandeling moet komen. Wij stuiten dan op enorme wachttijden.

Mevrouw Van Velzen: Kloppen de meldingen dat tbs-ers met voorwaarden die de voorwaarden hebben overtreden langdurig gewoon in de maatschappij vrij rondlopen voordat zij uit die noodsituatie terug worden gehaald naar een kliniek of welke andere beveiligde setting dan ook?

De heer Epskamp: Dat is mij niet bekend. De cliënten die ik heb teruggemeld en waarmee ik verder ben gegaan, konden wij in een huis van bewaring, in een van de penitentiaire inrichtingen laten zitten. Gelukkig waren de wachttijden toen nog niet zo gek lang. Op een later tijdstip konden wij dan weer verder.

Mevrouw Van Velzen: Gaat het direct terugplaatsen van een tbs-er die voorwaarden overtreedt in een tbs-kliniek gemakkelijk? Heeft u dat ook meegemaakt?

De heer Epskamp: Ik ken een voorbeeld van een cliënt met een voorwaardelijke beëindiging. Die kwam uit een kliniek. Ik heb die een tijd begeleid. Die man heeft delicten gepleegd. Vervolgens hebben wij gemeld absoluut niet verder te kunnen. De man bleef drugs gebruiken en koos voor een criminele levensstijl. Wij wilden er absoluut geen toezicht meer op houden. Wij vonden het onverantwoord. Toen heeft er een hervatting plaatsgevonden van de dwangverpleging. Deze klant heeft alleen twee jaar moeten wachten op een plek in een van de tbs-klinieken.

Mevrouw Van Velzen: U pleitte net voor een verlenging van de toezichtsmogelijkheden ...

De heer Epskamp: ... bij tbs met voorwaarden.

Mevrouw Van Velzen: Mij werd gemeld dat mensen met pedoseksuele neigingen daarin terug kunnen vallen op een veel latere leeftijdsfase. Hoe lang zou u toezicht willen houden op dat soort mensen?

De heer Epskamp: Lang. Ik zou bijna zeggen: levenslang. Ik kan mij voorstellen dat dit ervan gaat komen.

De voorzitter: Een korte vraag aan de heer Korvinus. Ik begrijp een onderdeel van zijn voorstel niet goed. U zet grote vraagtekens bij het begrip toerekeningsvatbaarheid. U stak een dikke duim omhoog. De essentie van het Nederlands strafrecht is dat de rechter kan bepalen of iemand voor een bepaald delict zes, zeven, acht jaar of meer krijgt. Laat u dat ook los in uw voorstel? Betekent een delict automatisch een bepaalde straf als bewezen is dat iemand iets heeft gedaan? Dat zou wel logisch zijn.

De heer Korvinus: Nee, geen sprake van. Dat zou helemaal niet logisch zijn. Ik wijs erop dat de Hoge Raad zegt dat ook als iemand sterk verminderd toerekeningsvatbaar is, de rechter gerust een maximumstraf van

twaalf jaar mag opleggen. Hij hoeft niets in mindering te brengen. Dat is de doctrine. Het is een vaag criterium dat er is gekomen om via de verminderde toerekeningsvatbaarheid toe te komen aan het recidiverisico en aan de relatie stoornis-delict en om vervolgens toe te komen aan de oplegging van een terbeschikkingstelling. Die kan ook opgelegd worden in samenhang met een maximumstraf. De Hoge Raad heeft echter net uitgelegd dat het niet kan in combinatie met levenslang. Dat is een beetje te veel dubbelop. Voor de rest mag het allemaal. In mijn systeem houdt de rechter ook bij de rapportage rekening met de omstandigheden van het geval. Welke omstandigheden spelen een rol? Wil ik betrokkene de zaak zwaar aanrekenen, gelet op zijn persoon en de feiten van het geval of moet de betrokkene een lichtere verwijtbaarheid worden gemaakt? Dat is uiteraard aan de rechter. De rechter is vrij in de strafmeting tot aan de maximumstraf.

De **voorzitter**: Ondanks de loskoppeling blijft dat element dus bestaan.

De heer **Korvinus**: Ja.

De **voorzitter**: Ik dank u hartelijk, mevrouw Van der Vaart, mijnheer Korvinus, mijnheer Epskamp voor uw komst, de gegeven informatie en de beschrijving van de praktijk die u tegenkomt, de problemen die u daarbij tegenkomt en de suggesties die u daarbij op belangrijke onderdelen heeft gedaan.

Wij gaan aanstaande vrijdag verder met ons werk.

Sluiting 15.05 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op vrijdag 17 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Vrijdag 17 maart 2006

Aanvang 10.00 uur

Gehoord worden mevrouw prof. dr. C. de Ruiter, de heer prof. dr. J.A. Swinkels en mevrouw dr. J. Meyer

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik dank u allen voor uw komst. Dit is de derde dag van de gesprekken over de tbs die wij met deskundigen voeren. Misschien is het goed om even terug te gaan naar de maandag en toe te lichten wat de reden is om u uit te nodigen om met u te spreken. Afgelopen maandag hebben wij het gehele tbs-veld, de gehele procedure en de volledige gang van zaken vanaf rechtsgang tot en met behandeling en verlof besproken. Er kwam toen een aantal zaken aan de orde waarover wij graag met u door willen spreken. Wij hebben toen gesproken over de behandeling, de diagnoses en over het feit dat er in tbs-klinieken in de loop der jaren steeds meer patiënten zijn gekomen die aanvankelijk atypisch waren en die nu een groot deel van de populatie beslaan. Dat werd althans gezegd. En er werd gesproken over mensen met een psychotische stoornis. Wij hebben tevens gesproken over het feit dat men de afgelopen jaren is overgegaan naar een wijze van toebedeling die je aselekt kunt noemen en over het feit dat klinieken minder gespecialiseerd zouden kunnen zijn. Misschien heeft dat consequenties waarop wij in dit gesprek moeten doorgaan. Daarnaast hebben wij gesproken over de toename van de behandelduur en over het feit dat steeds meer mensen lang opgesloten zitten; de longstay. Sommigen spreken van "verkapt levenslang". Onvermijdelijk kom je dan op de vraag van de effectiviteit van de tbs-maatregel en natuurlijk ook op die van de effectiviteit van de behandeling. Dat is het thema waarover wij vandaag willen spreken. Wij willen met u spreken over opleidingen, onderzoek, zorgprogramma's, uitwisseling van informatie en richtlijnen. Misschien is het goed om vooruitlopend daarop eerst aan mevrouw De Ruiter te vragen om ons kort te vertellen wat haar werkervaring en haar achtergrond zijn op het terrein

van de tbs. Daarna zal ik doorgaan op de inhoud.

Mevrouw **De Ruiter**: Mijn werkervaring in en met de tbs dateert van 1995. Daarvoor heb ik een carrière gehad in de algemene psychiatrie; psychisch gestoorde mensen die niet met justitie in aanraking zijn geweest. Ik ben in 1995 begonnen in de dr. Henri van der Hoeven Kliniek, één van de twaalf tbs-klinieken in Nederland. Daar heb ik zeven jaar als hoofd van de afdeling Onderzoek gewerkt. Dat was niet alleen wetenschappelijk onderzoek, maar ook klinisch-psychodiagnostisch. Ik ben ook klinisch psycholoog NIP en gedragstherapeut. In de jaren waarin ik in de Van der Hoeven Kliniek werkte, heb ik mij intensief beziggehouden met risicotaxatie en psychopathie. Dat is mijn onderzoekslijn. Vanaf 1999 ben ik hoogleraar forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) geworden. Dat was toen de eerste leerstoel in Nederland op dat gebied. Dat heb ik vijf jaar gedaan. Op dit moment bezet ik een vergelijkbare leerstoel met dezelfde leeropdracht aan de Universiteit te Maastricht.

De **voorzitter**: Er is alle reden om later op diverse onderwerpen terug te komen. Mijnheer Swinkels, wat is uw huidige en misschien uw voorgaande ervaring met tbs?

De heer **Swinkels**: Ik ben alweer geruime tijd psychiater. Ongeveer vijftien jaar ben ik als vast gerechtelijk deskundige aan de rechtbank van Amsterdam verbonden geweest, waar ik mij onder andere heb beziggehouden met psychiatrische rapportages. Ik heb daar inderdaad over toerekeningsvatbaarheid en ontoerekeningsvatbaarheid geoordeeld en ik kan u verzekeren dat het niet een dikke duim is.

De **voorzitter**: Die woorden zijn deze week inderdaad gevallen.

De heer **Swinkels**: Ja, ik heb mij daar behoorlijk aan geërgerd.

De **voorzitter**: Misschien kunt u daarop later in het gesprek terugkomen.

De heer **Swinkels**: Sinds ik in de psychiatrie zit, heb ik mij beziggehouden met de kwaliteit van zorg, dus ook met opleiding en met name met richtlijnen. Je probeert dan

om de kennis die er over een bepaald onderwerp is te bundelen en daarover als beroepsgroepen algemene uitspaken te doen. De intentie daarvan is aan te geven hoe wij ongeveer met die dingen omgaan. Dat zijn geen normen, maar wel heel belangrijke uitspraken waaraan behandelaars zich in principe dienen te houden. Als zij dat niet doen, moeten zij dat kenbaar maken. Op het gebied van de forensische psychiatrie ontwikkelen wij op dit moment een richtlijn voor de psychiatrische rapportage. Er is ook een richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen waarin in ieder geval de antisociale persoonlijkheidsstoornis aan de orde komt. Ik zit ook in de commissie van de Gezondheidsraad die onder andere over psychopathie oordeelt. Ik ben vooral ook hoogleraar in de richtlijn Beleid aan de UvA.

De **voorzitter**: Over die richtlijnen wil ik graag later op deze ochtend met u doorspreken. Mevrouw Meyer, wat is uw huidige en misschien uw voorgaande betrokkenheid met het tbs-veld?

Mevrouw **Meyer**: Ik ben korte tijd in het veld bezig. Vanaf 1 maart 2003 ben ik directeur van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Van huis uit ben ik organisatiepsycholoog. Daarvoor was ik hoofd van de organisatie-deskundigen bij een grote landelijke Arbeidsdienst. Dat is iets geheel anders. Binnen het verband van het expertisecentrum zijn wij bezig met multicenteronderzoek. Onze missie is het uiteindelijk verhogen van de kwaliteit van de behandeling, alsmede het bevorderen van de transparantie en het delen van kennis. Wij zijn dus een netwerk- en een onderzoeksorganisatie.

De **voorzitter**: Wij hebben begrepen dat die organisatie nog niet zo lang bestaat. Sinds wanneer bestaat die?

Mevrouw **Meyer**: Die heeft in 2002 een aanloopfase gehad. Vanaf november 2003 is het formeel een stichting geworden. Die stichting is ingesteld voor een periode van vijf jaar. In juni 2007 zal worden beoordeeld of zij al dan niet wordt gecontinueerd en zo ja, in welke vorm. Het is een initiatief geweest van zowel het ministerie van Justitie als van het ministerie van VWS en de twaalf, nu dertien, klinieken voor terbeschikkinggestelden.

De **voorzitter**: Ook op de rol van het EFP zullen wij later uitgebreid ingaan. Dit was ter introductie. Ik zet een kleine stap terug en ga met u naar de eerste dag. Toen was de heer Van Marle hier. U kent hem ongetwijfeld. Hij heeft een aantal ontwikkelingen in het tbs-stelsel geschetst: verandering van de populatie, maatschappelijke veranderingen en verandering in wetgeving. Terugkijkend op de afgelopen tien tot vijftien jaar, welke ontwikkelingen hebben zich dan voorgedaan op het gebied van behandeling en op het punt van de programma's? Ons is gezegd dat er binnen de populatie tbs'ers meer verschillende typen stoornissen zijn waar te nemen dan voorheen. Dat zou iets moeten zeggen over de ontwikkeling van programma's en van behandelingen. Heeft u daar inzicht in?

Mevrouw **De Ruiter**: Ik denk dat ik daarin wel enig inzicht heb. Ik heb voor uw commissie een boekje meegenomen waarover ik straks iets zal vertellen. Het gaat over wat wel en wat niet werkt bij tbs'ers met verschillende typen

delicten. In dat boekje wordt een samenvatting gegeven van de internationale vakliteratuur. Wij hebben daaruit geconcludeerd dat heel veel van datgene wat er op dit moment vanuit de internationale vakliteratuur bekend is en dat werkt bij mensen die zedendelicten of andere geweldsdelicten plegen – dat is de populatie waarover wij in relatie tot tbs spreken – in Nederland nog niet wordt toegepast. Daarop zal ik later terugkomen.

Ik wil terug naar het moment waarop ik in de tbs ging werken, dat was in 1995. Ik moet u eerlijk zeggen dat ik toen behoorlijk geschokt was. Daarvoor heb ik negen jaar lang in de algemene psychiatrie gewerkt. Ik ben gepromoveerd op een onderzoek naar het effect van behandeling van mensen met paniekaanvallen en agorafobie. Daar deed men onderzoek, namelijk zogenaamde randomized clinical trials. Dat houdt in dat iemand met panieklachten zich meldt op een polikliniek psychiatrie. Hij wordt gediagnosticeerd. Zo'n kliniek heeft een trial lopen; daar werkte ik dan. Er waren drie verschillende behandelingen. Er wordt gewoon een muntje opgegooid of er wordt een lootje getrokken en afhankelijk daarvan wordt betrokkene toegewezen aan één van de drie behandelingen. Er wordt gemeten voor en na de behandeling en er wordt ook een follow-up gedaan om te weten te komen of die panieklachten door die behandeling echt over gaan. Door die verschillende behandelingen met elkaar te vergelijken, kan men ook nagaan of er verschil is tussen de ene en de andere behandeling. Misschien is de ene beter dan de andere. Ook kan men kijken naar verschillen tussen patiënten. Het is immers mogelijk dat sommige mensen, bijvoorbeeld personen die naast panieklachten last hebben van depressies, beter genezen als een bepaalde behandelingsmethode – één van de drie – wordt toegepast. Dat soort onderzoek is over de hele wereld, dus ook in Nederland, gemeengoed in de algemene psychiatrie. Voor dat soort onderzoek is het nodig om relatief grote groepen patiënten te zien. Er moet wel een minimum aantal zijn in de verschillende "takken" van die trials; zo noemen wij dat.

Dat soort onderzoek was er niet op het terrein van de tbs. Dat vond ik overigens niet zo vreemd, omdat het daar heel moeilijk is om zo'n ideale situatie te creëren. Het verbaasde mij wel dat er überhaupt geen effectonderzoek was. Die randomized clinical trials kunnen worden beschouwd als het ideale onderzoeksdesign. Die zijn heel zuiver. Dat is dus het optimum. In veel gevallen is dat niet haalbaar, maar je kunt wel quasi experimentele designs doen. Dat houdt in dat niet willekeurig wordt toegewezen, maar dan wordt "care as usual" vergeleken met een nieuwe behandeling. In de literatuur hebben wij bijvoorbeeld gelezen dat er in Amerika iets is ontdekt dat heel goed blijkt te werken. Dat gaan wij dan ook toepassen in onze tbs-kliniek, bij dezelfde groep patiënten met dezelfde diagnose en dat gaan wij vergelijken met onze care as usual. Dat soort dingen gebeurde niet. Dat verbaasde mij en dat vond ik ook lastig, omdat de publieke opinie steeds was dat er gunstige recidivecijfers waren. Ook in de sector zelf werd steeds gezegd dat er sprake was van 20% recidive met een nieuw geweldsdelict op de lange termijn. Het werd een beetje geaïfficheerd als dat Nederland met zijn tbs-systeem daar trots op kan zijn. Dat is toch dubieus. Ik heb door de jaren heen namelijk ontdekt dat er mensen in tbs-klinieken zitten die überhaupt niet recidiveren. Er zitten bijvoorbeeld nogal wat mensen bij die hun partner hebben gedood. Zij hebben helemaal geen lang strafblad, maar zij zijn

bijvoorbeeld plotseling depressief geworden en raakten in een ruzie verzeild. Zij pakten het keukenmes van tafel, staken op de verkeerde plek en de partner overleed. Er zitten ook mensen in tbs-klinieken die hun kinderen hebben gedood. Die mensen recidiveren bijna nooit. Daarnaast zijn ook studies gedaan, niet alleen in Nederland maar internationaal. Ik kijk dus met enige scepsis naar die recidivecijfers en ik vind dat de populatie nogal heterogeen van aard is. Daar kun je dus nogal wat op afdingen. De toets aan de hand waarvan moet worden vastgesteld of de maatregel werkt, is dus nog steeds niet gedaan en wij hebben die maatregel al bijna tachtig jaar, namelijk sinds 1928. Ik vond dat toen een zwaktebod en dat is nog steeds mijn mening. In de algemene psychiatrie was ik gewend om aan te tonen dat datgene wat je doet, effect heeft. Je hebt immers te maken met psychisch zieke mensen die het ook verdienen dat er goed onderzoek wordt gedaan naar datgene wat je daar met hen uitspookt. Dat gebeurt dus niet. Nog steeds is er in de sector eigenlijk geen trend te bespeuren dat men zich wil inzetten voor het doen van onderzoek naar de behandel-effectiviteit.

De voorzitter: Dat is een heel duidelijk verhaal. U zegt dat u in het midden van de jaren negentig bent begonnen en dat u geschokt was. U zag in onvoldoende mate dat mensen werden behandeld op basis van werkelijke feiten. Men ging niet genoeg na wat er gebeurde en wat de effecten waren. Toen u dat zei, zag ik dat de heer Swinkels knikte. Mijnheer Swinkels, herkent u het beeld dat zojuist door mevrouw De Ruiter is geschetst?

De heer Swinkels: Ja, ik denk dat zij dat heel goed beschrijft. Zij is hoogleraar, dus zij kan het ook goed uitleggen. Ik ben het daarmee eens, maar ik denk dat je wel moet beseffen wat het alternatief is voor iemand die zijn kinderen heeft gedood. Dat is een klassiek drama, hè? Doorgaand op het voorbeeld: die persoon gaat dan namelijk voor een periode van dertig jaar naar de gevangenis.

Mevrouw De Ruiter: Nee, nee.

De heer Swinkels: Het komt nogal eens voor dat tbs wordt gebruikt als een soort menselijke maat, een soort behandeling of een soort cultuur waarin mensen als het ware mogen verblijven. In delen van Amerika zie je daarentegen dat ook dit soort mensen gewoon als crimineel op een gang zit, daar dertig jaar hangt, of ter dood wordt veroordeeld. Dat is natuurlijk ook een heel onmenselijke zaak. Het systeem is niet altijd gebruikt waarvoor het is bedoeld. Dat bedoelt mevrouw De Ruiter te zeggen. Als wij een tbs-systeem hebben op grond waarvan wij bepaalde mensen willen behandelen om vervolgens na te gaan of het aantal recidivegevallen kan dalen... Die toets heeft inderdaad niet plaatsgevonden. U moet zich wel voorstellen dat de cultuur waarover mevrouw De Ruiter spreekt, heel erg is veranderd. Wij kennen allemaal de Buikhuisaffaire: een hoogleraar is weggejaagd omdat hij het in zijn hoofd haalde om onderzoek te doen bij gedetineerden. Die cultuur in de maatschappij is totaal veranderd. Nu zeggen wij dat wij juist wel onderzoek moeten doen en wij zien ook meer samenhang tussen breinprocessen en psychosociale processen. Wij willen dat allemaal onderzoeken. Die verandering in cultuur vind je overal in de geneeskunde,

dus ook in de psychiatrie. Het is ook mijn mening dat je die nog in onvoldoende mate terugvindt in de forensische psychiatrie. Dat gaat weliswaar een stuk beter, maar dat kan nog wel een versnelling verdragen.

De voorzitter: Afgelopen maandag hebben wij gehoord dat het woord "anti-psychiatrie" viel: een bepaalde beweging die in de psychiatrie breed werd gedeeld, waardoor mensen anders behandeld werden. De wetgeving is veranderd et cetera. Dat had een aantal effecten. U voegt daaraan toe dat er een cultuur was van weinig effectonderzoek, al is dat aan het veranderen. "We wisten niet wat we deden." Mevrouw De Ruiter zegt eigenlijk dat men maar wat probeerde en dat het op een manier gebeurde die een beetje willekeurig was. Ik maak uit uw woorden op dat dit de trend was van de afgelopen tien tot vijftien jaar en dat er langzaam een nieuwe cultuur ontstaat. Heb ik dat goed begrepen, mijnheer Swinkels?

De heer Swinkels: Dat gaat nog langzaam, zeker in de psychiatrie omdat wij daarin allerlei uitzonderingen kennen, zoals patiëntenvertrouwenspersonen die er alleen voor de patiënt zijn. Dat zijn allemaal resten uit een oude cultuur. Een advocaat van piket: als je iemand met tbs probeert te helpen en die tegen zijn wil moet opnemen, krijg je meteen te maken met een advocaat die zijn best doet om de patiënt vrij te krijgen. Het is immers nogal een zware maatregel die je moet nemen. Die neem je natuurlijk ook niet graag. Men denkt dat psychiaters de hele dag bezig zijn om te trachten mensen in een kliniek te laten opnemen. Het is echter precies andersom: wij proberen de hele dag te voorkomen dat mensen worden opgenomen. Dat zijn nog resten uit een oude cultuur die het soms heel lastig maken om te werken. Denk ook aan de behandelwet in plaats van een opsluitingswet voor ibs en rm waarover de Kamer haar gedachten laat gaan. Nergens anders in de wereld kent men een opsluitingswet. In Nederland is het minder erg om in een dwangbuis opgesloten te worden dan een prikje te krijgen op het moment dat je ernstig in de war bent. Dat zijn cultuurverschillen waarin verandering komt. Ik denk dat uw commissie daarvan een voorbeeld is, omdat zij meent dat dit wat meer tempo vraagt.

De voorzitter: Voordat wij op de mogelijke of wenselijke veranderingen komen, wil ik beter begrijpen hoe het recente verleden eruit zag. Mevrouw De Ruiter heeft gezegd dat wij ons niet moeten vergissen in de lage recidivecijfers. Deels praten wij dan immers over mensen die gezien het delict en het gebeurde überhaupt niet recidiveren.

De heer Swinkels: Zij spreekt van opgepoetste cijfers.

De voorzitter: Opgepoetste cijfers. Doelt zij daarmee ook op het feit dat mensen in de long stay terechtkomen: als zij er niet uit komen, is er immers sowieso geen sprake van recidive? Hoort dat ook bij het oppoetsen van die cijfers?

Mevrouw De Ruiter: Het punt dat u nu aanhaalt, is inderdaad ook belangrijk. In de WODC-onderzoeken waarvan de rapporten elke paar jaar verschijnen, staan recidivecijfers van tbs-gestelden. Daarin concludeert men dat de populatie in de loop der tijd op het punt van de ernst is veranderd. Vroeger zaten er ook oplichters in de

tbs – ik wil niet spreken van kruimeldieven – en tegenwoordig zijn het allemaal ernstige geweldsdelinquenten, al dan niet met een zedencomponent. Men zegt nu dat het goed gaat met het tbs-systeem, omdat het recidivepercentage nog steeds ongeveer 20 is ondanks dat die populatie ernstiger gestoord is en zwaardere delicten pleegt. Dan houdt men dus op geen enkele manier rekening met het feit dat wij de afgelopen paar jaar inderdaad flink wat mensen in een lonstay-situatie hebben ondergebracht. Die longstay-capaciteit is dus uitgebreid. Er zijn ook mensen die niet op een longstay-afdeling zitten maar die toch al heel lang binnen worden gehouden. Je moet er dus heel genuanceerd naar kijken. Je kunt niet zeggen dat het 20% is en dat dit goed is. De heer Swinkels heeft zojuist het voorbeeld genoemd van die moeder die haar kinderen heeft vermoord. Ik vind natuurlijk ook niet dat zij in de gevangenis thuishoort. Het is namelijk aan haar psychische stoornis te wijten dat zij dat delict heeft gepleegd. Zij moet zeker worden behandeld, maar ik vind dat dit soort gevallen niet onder de tbs met dwangverpleging behoort te vallen. Die gaan niet weg uit die kliniek om meteen weer iets te doen. Dat delict was sterk situatiegebonden. Die mensen zouden bijvoorbeeld onder de maatregel tbs met voorwaarden kunnen vallen, met een behandelaanbod in ambulante zin met veel ondersteuning om onder andere te verwerken dat zij dat soort delicten hebben gepleegd. Ik vind dat zij niet per definitie onder de tbs vallen. De tbs met dwangverpleging is namelijk gereserveerd voor mensen met een hoog recidiverisico. Je kunt niet onderbouwen dat deze specifieke groep onder de tbs met dwangverpleging behoort te vallen.

De voorzitter: Ik vergeet het onderwerp dat u zojuist heeft voorgesteld niet, maar ik wil eerst wat beter begrijpen hoe de situatie nu is en hoe die in het verleden was op het gebied van onderzoek, kennisuitwisseling en informatie-uitwisseling.

De heer Swinkels: Daaraan kan ik nog wel iets toevoegen. U vroeg zojuist ook naar die nuancering. Er lijken nu veel meer gedifferentieerde hoeveelheden patiënten binnen de tbs te zijn en ook binnen de psychiatrie als geheel. Dat heeft veel te maken met het feit dat wij sinds vijftien jaar met name een Amerikaans classificatiesysteem gebruiken met de naam DSM, waarbinnen wij veel genuanceerder naar die beelden kijken. Dat is een classificatiesysteem waarbinnen wij de symptomen van de patiënten beschrijven en proberen te ordenen in clusters of categorieën. Dat is ook heel belangrijk geweest voor het onderzoek. Vroeger kenden wij psychoten, neuroten en een paar andere types. Dat was zo'n beetje de indeling in de psychiatrie als geheel. Dat is veel genuanceerder geworden, omdat al die groepen mensen andere belopen hebben. Mevrouw De Ruiter heeft gesproken over paniekstoornissen die zij heeft onderzocht. Een paniekstoornis is een totaal andere stoornis dan een depressie en die moet dus ook op andere manieren worden behandeld. Het is dus genuanceerder geworden. Vroeger was het voor de neurotici als het ware een pot nat. Ik schets het nu heel ongenueerd: wij maakten gebruik van psychoanalytische therapieën en dat was het zo'n beetje. Er zijn allerlei vormen van behandeling en pillen bij gekomen die ook voor deze groepen, de psychotisch gevaarlijke mensen, oplossingen kunnen bieden. Daardoor verstoppen zij inderdaad niet het

systeem waar zij in zitten. Onder voorwaarden kan dat deels best in de "gewone" psychiatrie. De moeilijkheid is dan wel dat het, als je een afdeling voor psychiatrie hebt en er zit een mevrouw tussen die haar kinderen heeft gedood – laten wij bij het voorbeeld blijven – ervan afhangt of zo'n groep in staat is om daarmee om te gaan. Dat is natuurlijk niet eenvoudig. Of er is iemand die verward was en die toen iemand heeft doodgeschoten, doodgemaakt of doodgestoken. Voor instellingen is dat wel problematisch, want er zijn aan twee kanten problemen: het is mogelijk dat een patiënt zegt dat hij niet met die persoon wil omdat hij bang voor hem is. Wij kunnen dan zeggen dat die angst onterecht is. Kort gezegd komt het erop neer dat ik wel begrijp dat dit moeilijkheden geeft, maar dat je het op zijn minst her en der kunt proberen. Ik ben het namelijk volledig met mevrouw De Ruiter eens dat heel veel van de mensen met tbs best in de "gewone" psychiatrie terecht kunnen.

De voorzitter: U schetst een Amerikaans systeem of hulpmiddel.

De heer Swinkels: Een Amerikaans classificatiesysteem. 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 cultuurkwesitie, 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. De kenniskloof tussen datgene wat je moet doen, dat wat je zou kunnen doen en dat wat je doet, schijnt gemiddeld ongeveer zeven jaar te zijn. Het vorige kabinet wilde die kenniskloof verkleinen en ook dit kabinet wil dat: wat wij nu weten, moeten wij ook meteen gaan doen. In de geneeskunde, bijvoorbeeld op het terrein van de kanker, gaat dat betrekkelijk snel. Daarbij merk ik overigens terzijde op dat dit alleen geldt voor de westerse wereld. Het grootste deel van de wereld wordt alleen maar zieker. In de westerse wereld gaat dat echter betrekkelijk snel. Als er een nieuw middel is, wordt dat vrij snel toegepast. In de psychiatrie gaat dat nog betrekkelijk traag. Die nieuwe behandelingsmethoden moeten daar doordringen. Wij kennen daarvoor het principe van evidence based medicine en dat van mental health. Verder kennen wij het principe van het opstellen van richtlijnen en van zorgprogramma's. Een aantal van ons leest zich suf voor de behandelaars die niet meer in staat zijn om al die literatuur te lezen. Dat zijn namelijk stapels papier. Wij proberen daarvan samenvattingen te maken en dan krijgt men een boekje aangeboden waarin de resultaten zijn vermeld. Dat is natuurlijk geweldig, want dan hoeft niet elke dokter of psycholoog zelf die literatuur uit te vinden. Zij moeten uiteraard wel accepteren dat een ander dat doet en zij moeten dat min of meer aannemen. Wij leggen dan ook uit wat wij op dat punt allemaal doen. Dat blijkt goed te werken, mits de beroepsgroepen zelf – de psychologen, de psychiaters en tegenwoordig vaak beiden gezamenlijk – dit soort richtlijnen uitbrengen. Dan kunnen wij de beroepsbeoefenaren ergens op afrekenen en vragen waarom zij in een bepaald geval nog steeds die behandeling toepassen. Gisteren heb ik een heel indrukwekkende presentatie uit Duitsland gehoord waaruit naar voren kwam dat ze dat

daar ook allemaal meten. Zij werken dus met indicatoren. Als men dan ziet dat in een ziekenhuis voor een bepaalde behandeling wordt gekozen en later blijkt dat er bijvoorbeeld wordt gerecidiveerd, kan de overheid zo meteen reageren. U weet dat tbs wordt gefinancierd door het ministerie van VWS. Het kan dan vragen om uit te leggen waarom er na behandeling in de ene kliniek veel meer recidive voorkomt dan na behandeling in de andere kliniek waar men andere behandelingsmethoden gebruikt. Dan zal een gesprek op gang komen om de rationaliseringsslag tot stand te brengen die in de tbs zo nodig is.

De voorzitter: Ik ga u onderbreken. Mevrouw De Ruiter was geschokt. Ik vraag mij af hoe dat kan, als er zich in de wetenschap aan alle kanten ontwikkelingen voordoen. Hoe is het gesteld met de samenwerking tussen de klinieken, met de uitwisseling van informatie over behandelingsmethoden, met de informatie-uitwisseling tussen klinieken en universiteiten en met de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen universiteiten onderling? Wij hebben over een Amerikaans hulpmiddel gesproken. Wat kunt u zeggen over de uitwisseling van kennis, informatie, onderzoek et cetera?

Mevrouw De Ruiter: Toen ik begon, in 1995, waren er wel losse onderzoeksprojecten waarin bepaalde klinieken met elkaar samenwerkten. Dat was echter mondjesmaat het geval en dat gebeurde ook niet altijd con amore. Mede door de oprichting van het EFP is er wat dat betreft wel verandering opgetreden en inmiddels is er het besef dat het een kleine sector is. Ik meen dat er in tbs-klinieken nu 1650 intramurale behandelplaatsen zijn. Dat is heel weinig. Een gemiddeld psychiatrisch ziekenhuis is immers ongeveer net zo groot. Men ziet nu echter wel dat het nodig is om de handen vaker ineen te slaan. Het is namelijk ook een kwetsbare sector, zeker met al die incidenten. Die brengen de positie van de klinieken uiteraard schade toe. Ik vind dat de samenwerking nog vele malen beter kan. Het is bijvoorbeeld moeilijk om multicenter trials te doen. Het zou goed zijn om kennis te vergaren over methodes die goed werken bij bepaalde typen zedendelinquenten, bijvoorbeeld pedoseksuele daders, een groep met een hoog risico die vaak in herhaling valt. Het is ontzettend belangrijk om daarin te investeren en na te gaan of het mogelijk is om die mensen veilig terug te laten keren naar de maatschappij door hen bijvoorbeeld een bepaalde behandeling of medicatie te geven. Wij hebben nog niet over het kostenaspect gesproken. Wij spreken altijd van patiënten, omdat het mensen zijn met psychische stoornissen. De meeste mensen beschouwen die personen als criminelen, maar wat mij betreft zijn zij dat niet. Anders zouden zij immers niet in een tbs-kliniek zitten. De cliënten zelf hebben recht op de beste behandeling en dat geldt ook voor de maatschappij. Wij zouden dus een trial moeten doen met alle pedoseksuele daders in Nederland. Wij zouden dan bijvoorbeeld twee verschillende behandelingen kunnen uitproberen en die met elkaar kunnen vergelijken, maar die mensen zitten echter verspreid over het hele land. De heer Swinkels heeft zojuist gesproken over het kankeronderzoek. Iemand in mijn sociale netwerk heeft kanker en die doet mee aan een trial in het AMC. Het AMC werkt samen met een ziekenhuis in San Diego, California, tiago en een in Montreal. Zij doen gezamenlijk een trial met alle patiënten die aan bepaalde criteria voldoen. Het kan dus wel.

De voorzitter: Voordat ik overga tot het stellen van vragen aan mevrouw Meyer, vraag ik mevrouw De Ruiter om zich te verplaatsen in de situatie waarin zij begon. Zou zij net zo geschokt zijn als zij vandaag zou beginnen?

Mevrouw De Ruiter: Ja, helaas wel. Fundamenteel is er namelijk eigenlijk niets veranderd. 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.

De voorzitter: Mevrouw Meyer, ik kijk nu naar u. Het EFP zou daarin een rol kunnen of moeten spelen. Voordat wij overgaan op de mogelijke rol van het EFP, vraag ik u of u het beeld dat nu wordt geschetst, herkent: gebrek aan samenwerking, gebrek aan het delen van informatie, niet up-to-date zijn, niet voldoende willen leren of niet voldoende instrumenten ontwikkelen om te kunnen leren.

Mevrouw Meyer: Ik was er natuurlijk niet in 1995, dus over dat jaar kan ik niet spreken. Als ik mevrouw De Ruiter hoor, denk ik dat er inmiddels wel degelijk dingen zijn veranderd. Ik zie binnen de klinieken in ieder geval geëncouragede professionals die echt gemotiveerd zijn om op een goede manier behandelingen toe te passen en ook kennis te nemen van datgene wat er aan onderzoek is. Mevrouw De Ruiter heeft een situatie omschreven die zich in het verleden heeft voorgedaan. Elke kliniek had toen zijn eigen stijl en die ontwikkelde dus ook zijn eigen zorgprogramma en behandelwijze. Een andere instantie had niet echt de regie en er werd niet geprobeerd om dat te harmoniseren. Er zijn natuurlijk een heleboel nieuwe dingen gekomen, zoals de heer Swinkels heeft gezegd: een classificatiesysteem voor de diagnostiek (DSM IV) dat met zich meebrengt dat iedereen in dezelfde termen spreekt en dezelfde onderscheiden aanbrengt in het patroon van stoornissen. Tegenwoordig hebben wij ook risicotaxatie-instrumenten die zijn ingevoerd. Zowel mevrouw De Ruiter als de Van der Hoeven Kliniek was destijds voorvechter van invoering daarvan en dat is inmiddels opgenomen in het verloffbeleidskader. Er wordt dus verplicht een risicotaxatie afgenomen voordat besloten wordt om een patiënt een bepaalde vorm van verlof toe te staan.

De voorzitter: Toch zegt mevrouw De Ruiter dat zij ook geschokt zou zijn als zij nu begon.

Mevrouw Meyer: Zij stelt heel hoge eisen en dat is terecht.

De voorzitter: Ja, maar die hoge eisen mogen en moeten wij stellen. U bent ook kort geleden begonnen met het EFP en vormt zich dan ook een beeld van wat de expertise in Nederland op dit moment inhoudt. U ziet of de verschillende klinieken al dan niet samenwerken en, zo ja, hoe. U ziet ook dat die eigen onderzoeksprogramma's hebben. Vindt u dat wij de lat wat hoger moeten leggen, of wordt nog niet voldaan aan de eisen die wij nu stellen?

Mevrouw Meyer: Ik denk dat de lat toch wel hoog ligt. Dat moet ook, want als dingen niet goed gaan, heeft dat zijn weerslag op iedereen en daarvan is eenieder zich terdege bewust. Ik denk dat het meer een organisatorische

kwestie is. Nu is nog te vrijblijvend georganiseerd hoe iedereen vormgeeft aan zaken.

De **voorzitter**: Wat bedoelt u daarmee?

Mevrouw **Meyer**: Ik bedoel dat klinieken niet worden aangesproken op het daadwerkelijk toegepaste programma. Wij kunnen vanuit het oogpunt van onderzoek wel zeggen dat het nodig is om na te gaan welke behandeling precies is toegepast en wat daarvan het effect was, maar dat moet ook organisatorisch worden vormgegeven. Daarvoor is die onderlinge samenwerking nodig. Dat is één van de dingen die wij wel proberen. Mevrouw De Ruiter heeft bijvoorbeeld in opdracht van het EPF een onderzoek gedaan naar de werkzame behandelingen voor seksueel delinquenten. Daarbij is gekeken naar experimenteel en wetenschappelijk onderzoek op dat terrein over de hele wereld. Wat ons betreft is dat een doorgaande lijn. Met de uitkomsten van dat onderzoek willen wij vervolgens bij de klinieken nagaan of men bereid is bij wijze van proef datgene wat werkzaam is gebleken in de praktijk te brengen. Vervolgens willen wij dat men nagaat wat dat uithaalt in vergelijking met de behandelingsmethode die normaal gesproken door de klinieken wordt gebruikt.

De **voorzitter**: U formuleert het heel voorzichtig: "Wij gaan na of men bereid is om mee te werken." Denken ze mee?

Mevrouw **Meyer**: Sommige klinieken doen dat wel en andere niet.

De **voorzitter**: Sommige niet?

Mevrouw **Meyer**: Dit hebben wij nog niet uitgeprobeerd. Wij zijn wel bezig met het op één lijn krijgen van de zorgprogramma's in de forensische psychiatrie voor psychotici met de multidisciplinaire richtlijn voor psychotische stoornissen, maar het is nu nog de keuze van de klinieken om al dan niet mee te doen. Het EPF heeft geen pressiemiddel en geen ander middel. Dat hebben wij gewoonweg niet.

De **voorzitter**: Wat zijn de argumenten om niet mee te werken? Misschien is het naïef, maar wij hebben een goed doel voor ogen waarvan wij allemaal beter worden.

De heer **Swinkels**: Ja, dat is een beetje naïef. Ik waardeer in mevrouw De Ruiter dat zij een behoorlijke passie heeft. Zij is gedreven door de gedachte dat zij goede zorg wil leveren. De werkelijkheid is natuurlijk dat behandelaars methoden hanteren die met het oog op het effect niet meer helemaal van deze tijd zijn. Dat betekent dat mensen zich moeten omscholen. Zij moeten veranderen. Het verstand wil wel verandering, maar het hart niet. Dat is een heel ingewikkeld proces. Vandaar dat wij zeggen dat beroepsgroepen bij elkaar moeten gaan zitten, een onderwerp moeten kiezen, zich in de literatuur moeten verdiepen – dat is ook gebeurd – en met elkaar moeten afspreken hoe dingen worden aangepakt. Vervolgens moeten zij elkaar in de loop der tijd afrekenen op de gemaakte afspraken. Dat is een totaal andere cultuur. Er zijn nog heel veel behandelaars die vinden dat zij professioneel autonoom zijn. Zij trekken zich dan ook niets van anderen aan en bepalen het zelf wel. Mijn

stelling is dat dit nu niet meer kan. Die behandelaars kunnen immers niet die literatuur overzien en bekijken hoe het in elkaar zit. Er zijn dus wel methoden om dat te doen, maar wij moeten ervoor oppassen dat wij in één keer te veel afdwingen. Als wij dat doen, krijgen wij zo veel weerstand. Als al die behandelaars wegliepen, zouden wij ons ook geen raad weten. Wat moesten wij dan doen? Het is dus een proces van implementeren. Dat vergt een zekere tijd, maar wat mij betreft zou enige vorm van aanjagen wel goed zijn. Het gaat tenslotte om niet geringe zaken.

De **voorzitter**: Maar u schetst ook een beeld waarin diverse behandelaars met bepaalde methoden niet uit zichzelf openstaan voor kritiek, omdat hun behandelmethoden daarmee ter discussie komen te staan.

De heer **Swinkels**: Het begrip "professionele autonomie" is ingewikkeld. De minister heeft daaraan aandacht besteed en ook de Tweede Kamer is daarmee bezig. De artsen moeten die professionele autonomie die zij een eeuw lang hebben gehad, namelijk sinds Thorbecke, voor een deel inleveren bij beroepsgroepen die zeggen dat zij richtlijnen maken en dat zij aan de behandeling enige richting willen geven zonder pressie uit te oefenen. Langzamerhand zie je ook in de gezondheidszorg dat men elkaar op zaken begint af te rekenen. Als een chirurg een behandeling toepast die ouderwets is, vragen zijn collega's hem of het niet goed zou zijn om dat te veranderen. Wij hebben heel lang geprobeerd om elkaar over te halen met woorden: "zou je niet zo goed willen zijn om ..." Als het vooral om dit soort hele intensieve, kostbare en soms mensreddende behandelingen gaat, worden er steeds meer eisen gesteld. Wij kennen in deze samenleving een beetje een afrekencultuur. Ook de Kamer zegt dat er veel geld in de gezondheidszorg wordt geïnvesteerd en dat zij graag wil weten wat daarvan terecht komt. Ik vind dat een terechte vraag. Dat de Kamer zich daarmee bemoeit, vind ik ook positief. Sommige artsen zeggen: "Ja, maar ik ben hier de dokter. Ik ben professioneel autonoom en ik wil niet dat mensen zich daarmee bemoeien." Om compassie te krijgen, moet je in de geneeskunde nog wel ruimte hebben om dingen te doen die niet altijd verstandig zijn maar wel menselijk vereist.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw De Ruiter en mevrouw Meyer willen reageren. Eerst geef ik het woord aan mevrouw De Ruiter.

Mevrouw **De Ruiter**: Ik sluit mij aan bij het pleidooi van de heer Swinkels. Ik heb ook nagedacht over de vraag hoe je dit vorm zou kunnen geven. Eén optie is naar mijn idee om dat te doen via de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zij valt onder het ministerie van VWS en houdt periodiek toezicht door verschillende klinieken te bezoeken. Zij rapporteert daar ook over. Ik heb die rapporten steeds met grote interesse gelezen, maar de Inspectie gaat vooral na of men zich aan de Kwaliteitswet heeft gehouden: heeft iedere patiënt een behandelplan, is er een beklagcommissie in de kliniek en hoe ziet het eruit? Zij spreekt natuurlijk met behandelaars en vraagt hen wat zij precies doen. Als je met het oog van een forensisch deskundige naar die inspectierapporten kijkt, besef je dat het leuk en aardig is dat wordt gezegd dat iedere patiënt een behandelplan heeft. Je vraagt je dan echter wel af wat er

in die behandelplannen staat en of die overeenkomen met de laatste stand van de wetenschap. Daar kijkt de Inspectie niet naar en dat vind ik jammer. Ik heb dat een keer met Jacques Lucieer, die er toen was, besproken en gezegd dat het mooi zou zijn als de Inspectie ook een forensisch deskundige liet oordelen die op de hoogte is van datgene wat volgens de laatste stand van de wetenschap werkt en die ook kan beoordelen of dat in die kliniek wel gebeurt. Dat is er tot nu toe niet geweest.

De voorzitter: Mevrouw Meyer heeft zojuist verwezen naar een onderzoek dat u doet. Als u tegen een aantal klinieken of behandelaars aanloopt dat niet wil meewerken aan een breder overstijgend onderzoek naar datgene wat dat doet, wat zijn dan de argumenten daarvoor? Is het louter een culturele kwestie, of zegt men dat het niet mag vanwege de privacywetgeving? Zegt men dat het niet werkt, of dat men het zelf doet? Zijn die behandelaars van mening dat zij het zelf op een betere manier doen? Wat zijn de argumenten waar men tegenaan loopt? Dat moet je immers weten voordat je tot de oplossing komt.

Mevrouw De Ruiter: Alle zaken die u nu noemt, spelen in verschillende constellaties een rol. Er zijn klinieken die zeer autonoom wensen te opereren en die niet te veel in hun keuken willen laten kijken. Ik denk dat er ook klinieken zijn die wel heel graag willen samenwerken met andere klinieken, maar die bij die ander tegen een muur ophopen. Door de enorme politieke druk op het tbs-systeem is er nu misschien onder de directeuren minder sprake van een machtsstrijd. Er is een tijd geweest waarin die strijd er wel was. Dat speelde daarin dan ook weer een rol. Je hebt het verschil tussen de rijksinrichtingen en de particuliere inrichtingen. Dat heeft daarin ook een plek. De rijksinrichtingen vallen direct onder het ministerie van Justitie, dus het is mogelijk dat zij door dat ministerie dingen opgelegd krijgen. Dat geldt niet voor de particuliere inrichtingen.

De voorzitter: U stuit er in de praktijk op. Wat is volgens u de echte reden? U noemt nu allerlei mogelijke redenen: het kan privacywetgeving zijn, het kan een eigen school zijn en het kan een eigen onderzoek zijn. Mevrouw De Ruiter?

Mevrouw De Ruiter: Wat is de echte reden van weerstand tegen verandering? Daar spreken wij nu over. Er bestaat een systeem dat ooit ontwikkeld is, namelijk in 1928. Dat is gebeurd onder invloed van de humane richting in het strafrecht onder het mom van "wij gaan psychisch gestoorde delinquenten behandelen, resocialiseren et cetera." Die ideologie leeft heel sterk. Ook leeft nog sterk de ideologie dat elke patiënt of tbs-gestelde uniek is en dat die een unieke behandeling moet hebben. Het idee is dat die evidence based medicine wel leuk en aardig is, maar dat dit de forensische psychiatrie is en dat die anders is. Al die dingen spelen mee. Ik probeer mij altijd voor te stellen dat ik een tbs-gestelde ben – dat is een interessant experiment om te doen – en dan vraag ik mij af wat ik zou willen. Ik zou dan op dezelfde manier behandeld willen worden als mijn dierbare die nu die kankerbehandeling krijgt. Ik weet dat die persoon de meest optimale behandeling krijgt die op dit moment voorhanden is, want die doet mee aan wetenschappelijk onderzoek. Dat is de top. Ik doe ook vrij veel contra-expertises. Als een tbs'er lang vastzit, word ik door de

advocaat gevraagd om nog eens te kijken naar de rapporten die over die persoon zijn uitgebracht. Dat komt voor, bijvoorbeeld bij mensen die psychotisch zijn. Soms is het moeilijk te behandelen, ook psychoses. Wij hebben allerlei goede medicatie, maar er zijn mensen die daarop niet reageren. Er zijn verschillende typen anti-psychotica, namelijk klassieke en moderne en onder de laatstgenoemde types vallen ook weer verschillende types. Het komt voor dat iemand door een kliniek min of meer wordt opgegeven met de woorden: "Laat hem maar naar de longstay, want deze psychose krijgen wij niet onder controle." Als ik mij dan in de behandeling verdiep en zie dat een bepaald middel niet is uitgetoet, bijvoorbeeld clozapine – de heer Swinkels kent dat ook wel. Dat is een wat afwijkend middel dat bij sommige mensen juist heel goed werkt – doe je die patiënt tekort. Dan doe je echt iets wat niet state of the art is. Je moet dus ook bij deze populatie alles uit de kast trekken. Als je eenmaal in een tbs-kliniek zit, kom je daar moeilijk uit. Dan moet je van alles laten zien om aan te tonen dat je weer veilig terug kunt keren. Maar wij hebben als samenleving ook de plicht om het beste dat wij nu in huis hebben voor te schrijven en dat te laten zien in de behandeling. Ik vind dat wij ook de plicht hebben om te investeren in nieuwe behandelingen, ook voor groepen mensen die nu in een tbs-kliniek zitten die wij nu niet zo goed kunnen behandelen. Ik vind dat een kwestie van ethiek.

De voorzitter: Mijnheer Swinkels, sorry dat ik u onderbrak.

De heer Swinkels: Ik begrijp dat u dat doet en ik kan er ook wel tegen. Stel je voor dat je een stroming zou krijgen met de naam evidence based politiek.

De voorzitter: Misschien zijn er mensen aan deze tafel die zeggen: "Dat doen wij al."

De heer Swinkels: Ik vind dat dit een voorbeeld is van verschillende meningen ten aanzien van hetzelfde thema. Maar er blijven verschillende meningen bestaan. Als je het dus omkeert en binnen de tbs kijkt, constateer je dat er bepaalde richtingen zijn en dat mensen overtuigingen hebben: wat zij doen is goed en wat anderen doen is niet goed. Probeer maar eens om een VVD'er bij de SP-fractie te krijgen. Ik stel het expres zo voor, omdat overtuigingen in de samenleving en overal een veel sterkere kracht hebben dan evidence, ofwel onderzoek. Dat vinden wij jammer en daar strijden wij tegen. Wij vinden het ook leuk om daarin te prikken en te steken en om de luis in de pels te zijn. Maar het is heel ingewikkeld om mensen die van bepaalde dingen overtuigd zijn, tot andere meningen te brengen. Wij hanteren de methodes evidence based management, argumenten en wetenschappelijk onderzoek. Daarover moet je met elkaar discussiëren. Het gehele proces om een richtlijn te maken, is misschien wel belangrijker dan het uiteindelijke product. Dus dat mensen zeggen: "Ik heb er nog eens naar gekeken, nu begrijp ik wat ze bedoelen en misschien moet ik ook wel anders gaan werken" dat moeten wij doorbreken. De directie van zo'n kliniek moet wat dat betreft tot actie overgaan: mensen opleiden, voortdurend bijscholen en meten wat er wordt gedaan. Natuurlijk kijkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in klinieken, maar zij is voor de onderkant. Zij moet nagaan of die kliniek niet door de bodem zakt en dient te sluiten. Het tussenstuk van de

kwaliteit van zorg is nog steeds voor een belangrijk deel aan de professionals overgelaten. Ik vind dat ook belangrijk, maar ik kan mij ook voorstellen dat de Tweede Kamer op een bepaald moment zegt: "Luister eens, jullie hebben een bepaalde periode waarin jullie orde op zaken moeten stellen, want anders komen wij nog eens een keer kijken." Je mag best wel een beetje dwang uitoefenen. Als wordt gezegd dat je de Inspectie ook de taak wil geven om de kwaliteit van de zorg te meten, begrijp ik wel wat mevrouw De Ruiter bedoelt. Je kunt ook zeggen: "Beroepsgroepen en klinieken, wij willen wel met jullie nadenken. Kom maar met indicatoren." Dat doet de inspectie ook. Zij helpt de klinieken, ook de "gewone" somatische ziekenhuizen met het opstellen van indicatoren. Wij waren het volledig oneens met al die indicatoren en hebben allemaal nieuwe gemaakt die beter zijn, maar wij meten wel. Kortom: dat is succesvol. Dat heeft Kingma gedaan. Die heeft gedrukt en dat is goed. Nu hebben wij mooie indicatoren, dus op een aantal punten kunnen wij de kwaliteit van die zorg meten en vergelijken. Ik geef een voorbeeld. Ik vind het zelf een dramatisch voorbeeld. Er is in Engeland een kinderchirurg geweest die door de patiënten en de kliniek op handen werd gedragen. Hij was een heel aardige man en iedereen was ervan overtuigd dat hij secuur en netjes opereerde. Toen zijn werk werd vergeleken met dat van een universiteitskliniek in Londen, bleek dat het aantal dode kindertjes bij hem vier maal hoger was dan daar. Die chirurg heeft uiteindelijk zelfmoord gepleegd. Met dat voorbeeld geef ik het drama aan van dat wij ons werk moeten laten meten. Wij moeten wel heel voorzichtig zijn, want het kan zijn dat de case mix binnen een ziekenhuis of bij die chirurg van een dusdanige ernst is dat het heel begrijpelijk is dat het aantal kinderen dat daar dood gaat vier keer meer is dan in die andere kliniek, waar de case mix anders is. Maar het kan heel dramatisch worden als je het werk laat vergelijken. Veel dokters hebben daar dus weerstand tegen en zijn daar bang voor. Daarom moet je ervoor zorgen dat de zaak intern op orde is voordat je er de volledige pers en de media overheen laat komen. Dan zie ik het namelijk al in de krant staan.

De voorzitter: Het is duidelijk. Goed overtuigen en het proces goed begeleiden in de overgang naar een betere manier van werken. Opleidingen spelen daarbij een belangrijke rol. Daarop kom ik later terug. Ik wil naar mevrouw Meyer. Dat had ik al eerder beloofd. Wij hadden het over het al dan niet samenwerken en hoe wij daar komen. Mevrouw Meyer wilde over het samenwerken iets aanvullen.

Mevrouw Meyer: Ik zou nog een stap terug willen gaan, omdat wij hier spreken over de forensische psychiatrie. De legitimatie om in de forensische psychiatrie terecht te komen en te worden behandeld, is de veiligheid van de maatschappij. Natuurlijk gaat het ook om het behandelen van de stoornis van de persoon. Je moet daarvoor inderdaad de juiste richtlijnen en methoden ontwikkelen. Ik doe niets af aan wat daarover gezegd is en evenmin aan het feit dat dit wenselijk is. De ultieme beslissing of iemand al dan niet in een tbs-kliniek blijft, hangt af van het antwoord op de vraag of hij veilig is voor de maatschappij. Daarvoor hebben wij nu juist wel een meetinstrument, namelijk een risicotaxatie. Je kunt in elk geval aangeven of het risico op recidive in de toekomst hoog, gemiddeld of laag is. Dat zou je specifiek voor de

forensische psychiatrie wel degelijk als één van de criteria kunnen gebruiken om na te gaan of wij met onze behandelingen en die baaierd van verschillende mogelijkheden voor psychotici, voor psychopaten en voor persoonlijkheidsgestoorde personen datgene uitrichten waarvoor wij op de eerste plaats in het leven zijn geroepen. Natuurlijk proberen wij ook de stoornissen te behandelen, maar dit is primair. Het gaat om de beveiliging van de samenleving en dat is uiteindelijk ook de titel op grond waarvan de klinieken zich zullen verenigen. Daarbij kunnen zij echter wel aanmoediging gebruiken. Het beeld van ingestorte behandelaars herken ik niet. Wij zijn bezig om in eerste instantie te komen tot een richtlijn psychotici in de forensische psychiatrie. Er is in de algemene ggz al een multidisciplinaire richtlijn voor schizofrenie. Dat is iets moois en dat proces heeft in de algemene gezondheidszorg ongetwijfeld zijn werking gehad. Het is niet zonder meer toepasbaar. Wij kunnen daaruit elementen gebruiken, maar het is niet zonder meer toepasbaar. De heer Swinkels heeft al gezegd dat je in de psychiatrie begint met iemand in huiselijke omstandigheden en dat je op zodanige wijze probeert in te grijpen dat hij niet in een kliniek terecht komt. Dat heb je als ultiem middel aan het eind van de rit. Wij beginnen precies aan de andere kant, namelijk als iemand in een tbs-instelling zit, dus een gesloten kliniek. Wij proberen hem naar buiten te brengen. Daarbij komt dat de veiligheidsoptiek zowel binnen de kliniek als daarbuiten een overheersend element moet zijn. In de algemene psychiatrie is het nog niet zo gebruikelijk om te spreken over het risico op zelfbeschadiging of suïcide.

De voorzitter: In het gesprek komen steeds twee woorden terug, namelijk "veiligheid" en "behandeling". Dat is de dubbele doelstelling van tbs. Het een moet het ander aanvullen. Bent u het daarmee niet eens?

De heer Swinkels: Nou ja, dat zijn ook de fundamenten van de geneeskunde. Dat hoort echt in de geneeskunde thuis. Als er morgen een pokkenepidemie uitbreekt, wordt u ook in uw huis opgesloten.

De voorzitter: Ik bedoel het onderscheid te maken. In de rechtsgang wordt bepaald wie in de gevangenis terecht komt en wie in een tbs-kliniek. Daar speelt die dubbele doelstelling wel degelijk een rol.

De heer Swinkels: Een psychiater in de psychiatrie is ook voortdurend met die veiligheid bezig. Je hebt immers de maatregel tbs, de maatregel rechtelijke machtiging en uiteindelijk, als er een delict is gepleegd, ook nog eens de tbs-systematiek. Het is dus niet een ongebruikelijke manier van denken: veiligheid is altijd, ook voor mij belangrijk. Het kan wel een stapje verder gaan, omdat de overheid zich terugtrekt. Dat is de visie van de overheid. Ik denk dat het best voordelen heeft, maar prof. Van Dantzig beweerde bijvoorbeeld altijd dat er in Nederland nog steeds zestig kinderen per jaar worden doodgeslagen. En dan spreek ik nog niet eens over de kindermishandeling. Daar heeft de overheid weer een taak: organiseer dat dan zo dat daar iets aan gedaan wordt. Dat is iets waar wij hier ook mee zitten, namelijk dat u kunt helpen om mee te organiseren en de financiële middelen mogelijk te maken om het beter te gaan doen. De mensen aan deze tafel weten allemaal dat de ultieme oplossing er voor al deze problemen nog niet is. Maar het kan wel beter.

De **voorzitter**: Wij zitten hier dan ook om te kijken hoe wij dat beter kunnen doen, ook op het terrein van behandeling, de klinieken en de samenwerking. Dat is de reden van doorvragen.

Ik stel nog een vraag over het al dan niet samenwerken. Je kunt in de wetenschap ook zeggen: "Laat maar tegen elkaar concurreren." Dat is op veel wetenschappelijke terreinen heel logisch en juist heel goed. Dan word je immers geprikkeld om af te zetten en om het anders te doen dan een ander. Je probeert dan niet allemaal te veel hetzelfde te doen. Dat zou een argument kunnen zijn om te zeggen dat het helemaal niet zo erg is dat sommige klinieken wel meewerken aan een project en andere niet.

De heer **Swinkels**: Dat is waar, maar als het gaat over leven en dood, moet je toch wel erg uitkijken. Dat is ook een beetje het principe van marktwerking. Marktwerking in de zorg is, zoals sommigen denken, niet bedoeld om ervoor te zorgen dat klinieken elkaar dood concurreren. Het is de bedoeling om samenwerkingsverbanden op te zetten, zodat wij die mensen in de goede volgorde door die klinieken heen kunnen loodsen, doelmatig en doeltreffend. Het is toch openbaar geld. Ik vind dat wetenschap wel degelijk een concurrerend element in zich heeft. Dat heeft een uitdagend element in zich, maar dat is meer in een academisch ziekenhuis of in instellingen, dus dat wetenschappers onderling met elkaar strijden dan dat binnen een discipline strijd ontstaat. Dat gaat immers ten koste van de patiënt en ik denk dat dat in principe niet goed is.

De **voorzitter**: Hoe is het gesteld met de internationale samenwerking op het gebied van de forensische psychiatrie als bijzondere discipline binnen de algemene psychiatrie? Is daar veel kennisuitwisseling? Kan dat, of kan dat juist helemaal niet omdat ons systeem anders is dan dat in andere landen? Ik kijk naar mevrouw De Ruiter.

Mevrouw **De Ruiter**: Ja, er is veel uitwisseling. Ik denk dat het een gunstige ontwikkeling is. Bijvoorbeeld de Pompekliniek heeft vorig jaar een studiereis naar Canada georganiseerd voor allerlei forensisch werkenden in Nederland. Canada is beslist een voorbeeldland. U hebt ook opdracht gegeven tot het doen van een internationaal vergelijkende studie. Daarover komt binnenkort een rapport uit. Daaraan zult u zeker veel hebben en vooral aan het lezen over Canada. Ik denk dat wij veel van het buitenland kunnen leren. De risicotaxatie-instrumenten die ik eind jaren negentig in Nederland heb geïntroduceerd, komen ook uit Canada. Die hebben wij bewerkt, daarnaar hebben wij in Nederland onderzoek gedaan en die zijn zeer effectief gebleken. Ook zijn die zeer effectief gebleken op het punt van het verbeteren van de voorspelling van recidive. Inmiddels heeft de minister van Justitie tot mijn vreugde besloten dat het toch wel een goed idee is om dat nu als eis te stellen, dus om standaard met een gestructureerde risicotaxatie te werken in plaats van ongestructureerd te werk te gaan op basis van klinisch oordeel. De klinische methode van "ik vind die patiënt toch zo aardig, dus laat hem maar naar buiten gaan", blijkt toch niet in alle gevallen even goed uit te pakken.

Interessant en tegelijkertijd jammer vind ik het dat Nederland wel vaak gaat kijken in het buitenland – ik spreek nu echt uit wat ik persoonlijk observeer – maar dat daaruit slechts mondjesmaat consequenties trekt voor

beleid. Ik heb het nu in den brede over het probleem van de stijgende criminaliteit en met name dat van de stijgende geweldscriminaliteit. Op een bepaalde manier is het een loterij of je wel of niet in de tbs-kliniek terecht komt. Daarover hebt u ongetwijfeld ook al van gedachten gewisseld met mensen hier. Daarbij komt onder andere een vraag aan de orde als: vraagt de rechter een voorlichtingsrapportage of niet? Er zit dus ook een groep mensen in de gevangenis met ernstige psychische stoornissen. Je ziet dat landen als Canada en de staat Washington in Amerika daarin ander beleid voeren. Die laatste staat heeft een prachtige website. Ik raad u absoluut aan om daarop een kijkje te nemen (www.wsp-p.wa.gov). Dat is de site van public policy van Washington en dan met name het criminaliteitsbeleid. Zij hebben in de jaren negentig besloten om te investeren in het behandelen van delinquenten, los van de vraag of zij al dan niet psychisch gestoord gek zijn. Daaraan zijn kosten-effectiviteitsstudies gekoppeld. Zij hebben besloten om mensen die verslaafd zijn en delicten plegen naar een zogenaamd drug court te laten gaan. Mensen die psychisch gestoord zijn en delicten plegen gaan naar een mental health court. Dat betekent dat er ook een mental health professional in de rechtbank zit. Die mensen worden vaak aangemeld voor behandeling in plaats van dat er sprake is van een kale sanctie. Dat blijkt ontzettend effectief te zijn. Als u op die site gaat kijken, ziet u kosteneffectiviteitsstudieresultaten. Dat is echt indrukwekkend. Tegenover elke geïnvesteerde dollar staat een effect, een kostenbateneffect van bijvoorbeeld \$1500 in een bepaalde delinquent. Uit de literatuur die er ook op staat blijkt dat een aantal behandelingen ontzettend veel effect heeft op het terugdringen van geweld en op recidive. Of je daar echt voor gaat of niet, is een keuze. Ik vind dat Nederland in dat opzicht vaak op twee gedachten hinkt. Dat neem ik de Tweede Kamer ook wel een beetje kwalijk. Ik vind dat zij wel eens wat kritischer kan zijn. Het ministerie van Justitie heeft het prachtige programma "Terugdringen recidive" ontwikkeld. Daarmee is het een aantal jaren geleden begonnen. Het idee was om ook te investeren in behandelingen in de gevangenis. Allerlei beleidsmedewerkers van dat ministerie zijn daarmee bezig geweest. Zij hebben daar ontzettend hard aan getrokken en zijn ook naar het buitenland geweest. Zij hebben veel ideeën opgedaan en plannen gemaakt. Wat gebeurt er dan? Ongeveer een halfjaar later, of in diezelfde periode, besluit de minister tot versoering van de gevangenisregimes. Dat betekent dat gedetineerden in de gevangenis geen opleidingen meer kunnen volgen, dat zij meer achter de deur zitten. Allerlei dingen die zij daarvoor konden doen, konden daardoor niet meer. Als je een opleiding hebt gevolgd, kun je gemakkelijker in de maatschappij integreren. Ik spreek met gedetineerden en onderzoek die personen in de gevangenis. Ik zie dat die mensen daaronder lijden. Zij vinden dat vreselijk. Iemand heeft bijvoorbeeld een geweldsdelict gepleegd. Hij zegt dat hij daarvan spijt heeft als haren op zijn hoofd. Hij zit nu eenmaal in de gevangenis en vraagt of hij alsjeblieft een opleiding mag volgen. Of hij wil zijn opleiding afmaken. Ik kan die twee dingen niet met elkaar verenigen. Als je kiest voor het terugdringen van recidive, kies je naar mijn idee voor een bepaald beleid en dan ga je niet tegelijkertijd zoiets basaal als onderwijsvoorzieningen in het gevangeniswezen afbreken.

De **voorzitter**: U zegt twee dingen. U zegt dat wij internationaal van elkaar moeten leren op het gebied van de wetenschap en behandeling. Slaan dingen aan? Slaan medicijnen aan bij bepaalde stoornissen. Maar u zegt ook: in termen van beleid moeten wij naar het buitenland kijken. De vraag is ook of je die zaken kunt toepassen, gegeven de huidige wetgeving en de huidige structuren. Zo vat ik het even heel kort samen.

Mevrouw **De Ruiter**: Wat ik plezierig zou vinden – en wat u als Kamer eigenlijk op een bepaalde manier verplicht bent aan de Nederlandse bevolking – is dat er een lijn is, dat er een visie is. Ik kan die twee dingen, het programma Terugdringen Recidive en de versobering van de regimes, vanuit mijn positie niet rijmen. Ik sta ernaar te kijken en ik denk: dit is slecht; aan de ene kant ga je investeren en aan de andere kant breek je dingen weer af. Ik vind dat je moet kiezen. Oké, ik sta daar niet achter, maar als men wil dat de maatschappij veilig is, dan kun je inderdaad iedereen heel lang in de gevangenis stoppen en dan bereik je een bepaalde veiligheid in de maatschappij. Ik denk dat dit op de lange termijn heel erg duur is en dat de maatschappij daar helemaal niets aan heeft. Maar goed, daar kun je voor kiezen. Maar doe dat dan ook! En ga niet tegelijkertijd ook nog mooi weer spelen met zo'n programma dat uiteindelijk ook een beetje een "window dressing"-activiteit is.

De **voorzitter**: Vandaar uw voorbeeld van de staat Washington. Op korte termijn meer kosten, op lange termijn meer effectiviteit.

Mevrouw **De Ruiter**: Op korte termijn ook niet meer kosten. Het gaat om een ambulante behandeling. Ik neem het voorbeeld van een verslaafde veelpleger die steeds weer auto-inbraken pleegt. Die gaan in Washington in een intensieve ambulante behandeling. Met intensief bedoel ik dat hij een paar keer per week naar de forensische polikliniek moet om te werken aan zijn problemen. Dat blijkt te werken. Dat is niet zo duur. Die ambulante behandeling is niet superprijzig. Mensen 24 uur in een cel opbergen, dat is meestal duurder. De behandeling is niet alleen niet zo duur, maar wat je in die behandeling investeert, krijg je ook nog eens dubbel en dwars terug. Ik wijs hierbij op de maatschappelijke kosten die zo iemand, die steeds weer in de gevangenis komt, die steeds weer die auto-inbraken pleegt, meebrengt. Ik noem de verzekering, slachtofferhulp et cetera.

De heer **Swinkels**: Dat is precies het voorbeeld dat ik noemde van evidence based politiek. Dat je ook binnen de politiek zorgt dat er wetenschappelijk onderzoek is – wat u hier nu ook probeert – en dat je dan naar aanleiding van een aantal argumenten, los van politieke stromingen, zegt: dit is een beleid dat wij moeten inzetten. Een Kamer zal soms ook wel eens tegen de wens van het volk moeten ingaan als het gaat om dit soort zaken. Sommige mensen roepen dat er heel hard gestraft moet worden. Je moet ook met die mensen praten. Dat heeft nauwelijks effect. Het kost alleen ontzettend veel. Je ziet nu ook in Amerika een omkering in de gedachte. Wij kunnen die mensen wel voor 40 jaar opsluiten, maar hoe wij het ook doen ... Tenzij je daar een soort autofabriek in maakt, dat je al die gevangenen voortdurend economische dingen laat doen. Dat lukt dan soms, maar dat is toch niet het beleid. Ik denk dat investeren in behandelen wel een

richting is waarvan je zou kunnen zeggen: laten wij daar nu eens heen gaan. Daar moeten wij met z'n allen goed over nadenken.

De **voorzitter**: Laten wij even doorgaan op investeren in behandelen. Ik kijk naar mevrouw Meyer. Investeren in behandelen is ook investeren in behandelaars. Zijn er op dit moment gespecialiseerde opleidingen verbonden aan de universiteit of het hbo voor de forensische psychiatrie, voor de klinieken?

Mevrouw **Meyer**: Ik denk dat u deze vraag beter aan mevrouw De Ruiter kunt stellen. Er zijn wel een aantal voorbereidingen voor opleidingen gericht op forensische mensen op het academische niveau, maar er is nu nog niet een specialisme dat je kunt behalen. Er is niet echt een georganiseerde academische opleiding aan de universiteit, waarvan je kunt zeggen: die heb je nodig om forensisch psychiater of forensisch psycholoog te worden. Het zou op zich een goede zaak zijn om die te ontwikkelen, maar het vraagt dus ook dat je dan kennis bundelt, dat je kwaliteitseisen stelt aan die kennis, dat je daar ook onderzoek bij onder brengt en dat je vooral ook effect-onderzoek daaraan koppelt.

De **voorzitter**: Dat laatste is de exacte aanleiding voor mijn vraag. Dan heb je inderdaad een cultuur van continu jezelf verbeteren en veranderen en op de laatste ontwikkelingen van de wetenschap ingaan. Dat zit dan in die opleiding, maar misschien ook in de cultuur van degene die de opleiding gedaan heeft.

De heer **Swinkels**: Specialiseren in de geneeskunde heeft ook een optimum. Je kunt zover gespecialiseerd zijn dat je het overzicht niet meer hebt. Dan ga je fouten maken. In de psychiatrie is nu de gedachte: wij hebben een algemene psychiatrische opleiding, maar wij moeten toch meer naar een soort aandachtsgebieden. Zoals wij dat voor de kinder- en jeugdpsychiatrie hebben, moeten wij dat ook voor de forensische psychiatrie hebben, zodat de mensen daar specifiek voor opgeleid worden, bevoegdheid hebben en ook die bevoegdheid moeten onderhouden door bij- en nascholing, met alle consequenties die mevrouw Meyer zojuist schetste. Het is immers een heel complexe zorg, met dat hele gebeuren van die straf er nog eens bij. Die gedachte leeft sterk binnen de vereniging. Tot twee weken geleden heb ik in het bestuur daarvan gezeten.

De **voorzitter**: Mevrouw De Ruiter, klopt het dat er nu echt geen gespecialiseerde opleidingen zijn? Ik noem maar even een masterstudie die studenten opleidt richting de forensische psychiatrie, de forensische psychologie. Is die er helemaal niet of is er iets wat dicht in de buurt komt? U doceert zelf in Maastricht.

Mevrouw **De Ruiter**: Nee, dat is er op dit moment niet. Ik zal u zo schetsen welke ontwikkelingen gaande zijn, die – naar ik hoop – daar enig licht in de duisternis gaan bieden. Ik wil u ook even zeggen waarom ik het zo belangrijk vind dat er gespecialiseerde opleidingen op dit gebied komen. De heer Swinkels zei net al dat bij de psychiaters die wens ook leeft. Ik ga even terug naar 1995, het jaar waarin ik kwam te werken in de forensische sector. Het is echt een specialistisch vak. Veel mensen die gaan werken in die

sector, komen uit de hulpverlening. Ik heb daar ook een keer een stuk over geschreven: "Aan- en afleren in de forensische setting". Als hulpverlener ben je gewend aan mensen die naar je toekomen omdat ze depressief zijn of een paniekstoornis hebben. Die mensen hebben een hulpvraag, die zijn geneigd om jou hun hele ziel en zaligheid te vertellen en die willen geholpen worden. Die zijn open, die zijn meewerkend, et cetera. Dat is lang niet bij alle mensen in de forensische psychiatrie het geval. Je moet heel veel nieuwe dingen leren. Je moet bijvoorbeeld een beetje afleren dat je iedereen zomaar vertrouwt. Er zijn immers ook psychopaten onder die tbs-gestelden die je graag van alles op de mouw willen spelden. Dus je hele diagnostische methode, je aanpak, moet anders zijn. Dat betekent niet dat je die tbs-gestelde niet meer als een medemens moet zien en als iemand die het verdient om gehoord te worden, maar je zult andere methoden moeten gebruiken, onder andere de Psychopathie Checklist die wij in Nederland hebben geïntroduceerd, en de risicotaxatie-instrumenten. Het vraagt dus om een andere aanpak en een andere attitude. De behandelingen zijn ook helemaal anders dan voor die mensen met bijvoorbeeld paniekaanvallen. Als jij opgeleid bent als psycholoog en daarna een postdoctorale beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog hebt gedaan, dan ben je niet specifiek genoeg geoutilleerd qua deskundigheid voor deze populatie. Nog daargelaten dat je ook kennis moet hebben van bepaalde delen van het strafrecht. Je moet toch weten in welke juridische arena je opereert. Dat krijg je allemaal niet mee in die psychologieopleidingen. Het helpt ook ontzettend als je wat kennis hebt van daderprofielen, als je weet wat goede instrumenten zijn om de behandelresultaten bij tbs-gestelden te meten. Het zijn namelijk andere instrumenten dan de instrumenten die in de gewone psychiatrie gebruikt worden. Je moet dus heel veel afleren – die loutere hulpverleners-attitude moet je afleren – en je moet je nieuwe dingen eigen maken. Nu moeten mensen dat "on the job" doen. Dat lukt niet. Dat kun je wel een beetje bijspijkeren. Ik vind dat mensen die in deze sector gaan werken, daar in hun vooropleiding al zo'n stuk bagage, in termen van kennis, in termen van professionele vaardigheden op het terrein van diagnostiek en behandeling, moeten hebben meegekregen, dat zij echt weten wat zij in die sector kunnen verwachten en daar ook echt een bijdrage aan kunnen leveren.

De voorzitter: U houdt een pleidooi voor een gespecialiseerde opleiding die om twee redenen van belang is: kennis op het gebied van het recht, kennis op het gebied van de forensische psychiatrie, maar ook attitude. Opdat de juiste mensen met de juiste attitude binnenkomen bij de klinieken en op een goede manier werken.

De heer Swinkels: En vaardigheden. Therapieën. Dus leren hoe je dingen moet doen. Niet alleen kennis en attitude, maar vooral leren hoe je een behandeling moet uitvoeren.

De voorzitter: Zijn die dan anders in de forensische psychiatrie?

De heer Swinkels: Ja.

De voorzitter: Wij hebben ook gehoord dat de meeste mensen die in de tbs-klinieken komen, een lang verleden hebben in de algemene gezondheidszorg, in de algemene psychiatrie. Moet je ze dan opeens anders gaan behandelen of anders benaderen?

Mevrouw De Ruiter: Maar als het daar echt gelukt was, dan waren ze niet in de forensische psychiatrie terechtgekomen.

De voorzitter: Maar dan zou je ook kunnen zeggen: dan geldt dat op een andere manier benaderen voor de hele algemene psychiatrie. Dat geldt dan in feite al in een veel eerder stadium.

De heer Swinkels: Dat is heel goed van u, maar dat is ook waar wij op uitkomen in het rapport van de Gezondheidsraad over bijvoorbeeld de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de psychopathie. Wij zeggen: het gaat om preventie, om het sneller herkennen. Wij moeten dus niet alleen in de kleuterzorg kijken of die kleutertjes wel groeien en of ze bepaalde woordjes kunnen zeggen, maar wij moeten ook even kijken of ze niet mishandeld worden, of ze een beetje kunnen nadenken en of de kleuterschool een beetje loopt. Dat soort simpele elementen moet worden toegevoegd. Dat is inmiddels ook gebeurd. Dat gaat ook gebeuren. Ik geloof dat er zelfs een initiatief uit de Kamer is geweest om dat soort ontwikkelingen in te zetten. Daarmee kun je dus inderdaad proberen om preventie te plegen. Voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis – dat is even iets anders dan psychopathie – is er preventief namelijk heel wat te halen. Vergeef me de vreselijke vergelijking, maar ik maak die toch. Als je kinderen vals opvoedt, net zoals een hond, dan is het heel moeilijk om ze later weer te herstellen. Het gaat er dus om wat je preventief kunt doen, in scholen, thuis, in de kleuteropvang en in de hele systematiek die wij in Nederland hebben om kinderen te volgen. Het gaat niet alleen maar om de mazelenpreventie of wat voor ziekte dan ook, maar het gaat ook om het kijken naar dit soort aspecten. Neem dat mee! Gezondheidszorg gaat niet alleen maar over virussen, maar gaat ook over de sociale context.

De voorzitter: Wij spraken er deze week ook al even over. Op het moment dat iemand in een kliniek komt en er een diagnose moet worden gemaakt voor de beste behandeling, beschikt men niet altijd over de informatie over eventuele behandelingen in het verleden, in de jeugd. Dan weet men dus niet of er andere delicten zijn geweest dan het zogenoemde indexdelict. U zegt dat die informatie nodig is?

De heer Swinkels: Ja. Maar u bent er ook voor om dossiers te laten vernietigen binnen tien of vijftien jaar. U bent ervoor om patiënten het recht te geven om alles te laten verbranden. Dan moeten wij weer elke keer opnieuw beginnen. Dit zijn toch vooral antisociale mensen. Die hebben daartoe sterk de neiging. Dat zijn bepaalde beslissingen. Om met een bekend Nederlands filosoof te spreken: elk voordeel heeft ook weer zijn nadeel. Dit is een behoorlijk nadeel in de gezondheidszorg: het vernietigen en opruimen van gegevens, zeker van dit soort chronische patiënten.

De **voorzitter**: Wat moeten wij daaraan doen? Moet die termijn van vijf jaar waarna alles vernietigd kan en mag worden, worden verlengd?

De heer **Swinkels**: Ja. In een aantal gevallen moet je helemaal niet vernietigen. Het is namelijk heel belangrijk om die kennis te behouden. Als die gegevens er niet zijn, kunnen mensen je op allerlei momenten weer van alles op de mouw spelden. Zij kunnen zeggen dat zij nog nooit behandeld zijn. Ik mag van de wetgever ook helemaal niet informeren naar eventuele eerdere dossiers. Dus patiëntenrechten, hoe goed ze ook zijn – want wij worden ook allemaal ooit een keer patiënt – en behandelrechten zijn nog niet echt ontwikkeld dat je zegt: daar staat wat tegenover. Het betekent: als wij heel veel investeren in je, als wij heel veel behandelingen doen, dan moet dat ook op schrift kunnen worden behouden. Dat hoeft verder niemand te weten, dat wordt allemaal in vertrouwelijke dossiers bewaard. Daar ben ik helemaal voor. Maar als het nodig is, moet je er ook in kunnen kijken. En dat is heel moeilijk tegenwoordig.

De **voorzitter**: Als dat nodig is. Dus niet voor ieder dossier. Maar voor een aantal gevallen moet je kunnen zeggen ...

De heer **Swinkels**: Ja, dan moet je het recht kunnen hebben om als het ware een bewaarplicht op te leggen.

De **voorzitter**: Mevrouw Meyer, u wilde daarop reageren?

Mevrouw **Meyer**: Ik wil daarop aansluiten. Ik denk dat je inderdaad die mogelijkheid moet hebben. Stel dat wij ooit verder willen komen dan wat wij nu doen als mensen al tbs hebben om ze dan veilig te maken. Stel dat wij zouden willen gaan naar preventie. Kunnen wij in een eerder stadium signaleren dat iemand die kant op gaat? En is het dan echt zo dat wij met z'n allen met de armen over elkaar moeten wachten tot die persoon eindelijk een tbs-waardig delict heeft gepleegd? Als je dat zou willen, dan heb je dus die gegevens nodig. Dan moet je terug kunnen gaan in de loopbaan van de patiënt om te zien wanneer de eerste signalen er waren en wat er in het verleden is gebeurd. Ondanks de privacywetgeving zie je nu al in de dossiers van ernstige tbs-patiënten zeer veel systematische mishandelingen en systematisch misbruik in de vroege jeugd. Dat is geen toeval. Dat betekent ook dat er signalen zijn waar je in de toekomst eerder alert op zou kunnen zijn als je die koppeling maar kan maken. Maar het vraagt veel van de informatiefunctie en het vraagt veel gedegen onderzoek over grotere populaties. En dat kost veel geld.

De **voorzitter**: Ja, dat kost veel geld. Laten wij het daar nu niet over hebben!

Wij hebben het over de opleiding gehad. Wij hebben gesproken over onderzoek en informatie opdat men adequaat kan werken. Het steeds terugkerende thema van vanochtend is de vraag: hoe maak je die behandeling effectiever? Ik kom nog op twee elementen daarin. Moet het begrip "behandelbaarheid" een rol spelen bij de opname in de klinieken? En daarna kom ik nog op het type onderzoek. Wij beginnen bij de eerste vraag. Ziet u een rol weggelegd voor het begrip "behandelbaarheid"

bij de diagnose en bij de verdeling over klinieken of de aansluiting?

Mevrouw **De Ruiter**: Dat is op dit moment een hot issue. Die term "behandelbaarheid" moet je dus heel erg goed definiëren. Dat ontbreekt op dit moment. Want wat vandaag behandelbaar is, dat blijft vaak wel behandelbaar. Maar wat vandaag niet behandelbaar is, kan over vijf jaar wel behandelbaar zijn. Een mooi voorbeeld vind ik nog steeds kinderen met leukemie. Zij waren 20 jaar geleden ten dode opgeschreven. Inmiddels is dat zeer goed behandelbaar, dankzij de investeringen in wetenschappelijk onderzoek uiteraard. Ik vind het moreel en ethisch gevaarlijk om behandelbaarheid als een criterium te gebruiken bij de oplegging van tbs.

De **voorzitter**: Nee, je kunt twee dingen doen. Je kunt dat criterium bij de oplegging invoeren, maar je kunt dat criterium ook bij de uitvoering gebruiken. Dat zijn twee verschillende dingen.

Mevrouw **De Ruiter**: Bij de oplegging zou ik er absoluut van afzien. Vanwege die tijdelijkheid van behandelbaarheid: nu niet behandelbaar, maar later misschien wel. Bij de uitvoering kom je dan ook weer op dat punt van "hoeveel wil je als maatschappij investeren?". Wij hebben bijvoorbeeld de categorie psychopaten. Die zijn op dit moment moeilijk behandelbaar. Ik zeg niet "onbehandelbaar", maar "moeilijk behandelbaar". Je kunt twee dingen doen. Je kunt zeggen: oké, moeilijk behandelbaar, ongeveer 70% met die diagnose recidiveert binnen een periode van vijf jaar met een nieuw ernstig geweldsdelict. Dat is fors. Dus je zou als maatschappij kunnen zeggen: dat willen wij niet meer, dus wij sluiten ze op; zij gaan naar de longstay, want op dit moment zijn ze niet behandelbaar.

Je kunt ook zeggen: oké, wij hebben deze categorie, wij gaan investeren in wetenschappelijk onderzoek, wij gaan op basis van de huidige evidentie rationele behandelingsprotocollen en richtlijnen voor deze doelgroep ontwikkelen en die gaan wij nu eens uittesten. Ik denk dat dat uiteindelijk op de langere termijn een effectievere strategie is. Dat gebeurt ook in Engeland en in Canada. Ik vind dat je daarmee recht doet aan de mensen die deze stoornis hebben. Het is echt een psychische stoornis. Ik weet dat de heer Van Marle deze week heeft gezegd dat er een onderscheid moet komen tussen "mad" en "bad". "Bad" was dan de persoonlijkheidsgestoorde. Ik denk dat hij daarmee ook op de psychopaten doelde.

Nu, die psychopaten, die zijn ook "mad". Er is heel veel evidentie, met name vanuit de neurobiologie. Dat is echt de hardware in het brein. Er is van alles aan de hand met het brein van deze mensen, en al op heel jonge leeftijd. Als je kinderen van zes jaar met psychopatische trekken gezichten laat zien van verdrietige, angstige of boze kinderen, dan kunnen zij het onderscheid niet maken. Hun brein functioneert niet goed. Zij hebben bepaalde gebieden – de amandelkernen – in het brein die iets te maken hebben met de manier waarop je reageert op emoties. Dat gebied disfunctioneert bij die kinderen en ook bij die volwassen psychopaten. Daar kunnen zij niets aan doen. Dat hebben zij gewoon, dat zit in hun brein. Bij schizofrenen zijn ook allerlei hersenafwijkingen aangetoond.

Wat mij betreft, kun je dus dat onderscheid tussen "mad" en "bad" op basis van de huidige stand van de weten-

schap niet meer zo strikt maken. Je kunt het sowieso niet aan de buitenkant zien. Het gaat om de vraag: willen wij als maatschappij ook voor die mensen die psychopatische stoornissen hebben, op de lange termijn tot een punt komen waarop wij kunnen zeggen "wij gaan deze behandeling bij u proberen, dat doen wij gedurende drie jaar, daar doen wij onderzoek naar, als het niet werkt dan zullen wij moeten concluderen dat u naar de longstay moet, maar wij gaan er alles aan doen om te vermijden dat dat gebeurt". Ik vind ook dat je zo transparant moet zijn naar tbs-gestelden. Ik vind dat wij de plicht hebben om tegen iemand te zeggen: "u hebt een ernstige stoornis, wij zijn bezig met experimentele behandelingen, met te onderzoeken of dit gaat werken". Want anders kun je het vergelijken met het doodsvonnis bij bepaalde typen kanker: "dan kunnen wij niets meer voor u doen, mijnheer of mevrouw". Maar ik vind dat wij vanuit onze professionaliteit – dan heb ik het over mijn vak – de plicht hebben om te gaan investeren in experimentele behandelingen bij die doelgroep.

De **voorzitter**: Ik stel dezelfde vraag aan de heer Swinkels, maar ik voeg er het volgende aan toe. Aan het begin van het gesprek, even na 10.00 uur, zei u: die dikke duim over toerekeningsvatbaarheid, dat is onzin. Ik zeg dat nu, omdat wij nu de begrippen "toerekeningsvatbaarheid" en "ontoerekeningsvatbaarheid" gebruiken als criterium voor de eventuele tbs-oplegging en als aansluitingspunt met betrekking tot behandeling in de toekomst.

De heer **Swinkels**: Voorspelbaarheid is natuurlijk in de gehele geneeskunde een zwak punt. Wij kunnen vijf-jaarsoverlevingen hebben en wij kunnen toch nog niet met zekerheid zeggen: u behoort tot die groep die vijf jaar overleeft. Dat geldt dus hier in de toerekeningsvatbaarheidsbeoordeling ook. Ik snap wel wat hij met die dikke duim bedoelde. Hij chargeert dat geweldig door te zeggen: wij moeten meer risico-instrumentatie hebben als wij de beoordeling geven, wij moeten dat systematischer doen. Daar wordt op dit moment een richtlijn voor gemaakt, waar zo meteen al die strafrechtmensen zich aan zullen moeten gaan houden. Het moet dan ongeveer op die manier gaan. Verder naar de behandelbaarheid. Ik wil even iets in z'n algemeenheid zeggen. Het is in de psychiatrie buitengewoon merkwaardig: als iemand een dwangstoornis of een psychotische stoornis heeft, dan geven wij pilletjes en dan behandelen wij dat. En dan zeggen mensen, bijvoorbeeld bij dwang, na een jaar: het is nog niet over. En vervolgens stoppen wij met die pillen. Dat is toch raar! Stel dat je dat bij suikerziekte doet! Stel dat je zegt: er is een jaar behandeld, het is niet over, wat gek, dan stoppen wij maar met die pillen. Heel veel dingen zijn wel behandelbaar, maar niet te genezen. Dat geldt hier ook. Veel mensen, ook mensen met lichte antisociale persoonlijkheidsstoornissen kunnen behandeld worden met een vangrail. Daarbij is de behandelaar de setting, de vangrail, en daarbij wordt geprobeerd om mensen levenslang binnen een kader te houden. So what! Dat is toch heel gebruikelijk in de geneeskunde. Voor de psychiatrie en ook voor psychologie worden vaak andere maatstaven gehanteerd. Als onze behandelingen na vier maanden niet werken, wordt ineens geroepen dat het dan om waardeloze behandelingen gaat. Dat is belachelijk, want het grootste gedeelte van de gezondheidszorg is niet genezen. Het is

nog steeds zo dat de meeste mensen in de gezondheidszorg worden getroost, worden gerustgesteld. En soms kunnen wij genezen. Het gaat de goede kant op. Dit geldt voor de psychiatrie ook. Het is heel belangrijk om dat nog eens even goed neer te zetten.

De **voorzitter**: Het verschil met suikerziekte is natuurlijk wel dat hier een rechter oplegt dat je levenslang behandeld moet worden.

De heer **Swinkels**: Dat is de bijzondere situatie: de veiligheid van de samenleving in die setting. Dat heeft mevrouw De Ruiter net goed uitgelegd. In die setting heb je ook zelf de plicht om dat te onderzoeken. Dat vind ik een morele plicht. Als mensen een hersenafwijking hebben en daardoor verschrikkelijke dingen doen, dan kunnen wij zeggen: ze kunnen het niet helpen maar wij sluiten ze toch op. Het is niet zo dat je dan maar kunt zeggen: dan laten wij die mensen maar rondlopen en dan kunnen ze maar een beetje rondmoorden. Dat is natuurlijk niet de bedoeling. Maar je moet daar wel heel voorzichtig mee zijn. Het is een ingewikkelde discussie, vooral in Amerika. Als op een rechtbank aangetoond wordt dat het in je brein zit, dan ben je dus niet schuldig. Dat is een ingewikkelde kwestie die ik graag aan de juristen overlaat. Ook al zijn die mensen dan misschien niet in hun diepste wezen schuldig, ik zie dan toch wel graag dat ze worden opgesloten. Voor de veiligheid van de samenleving. Dat is de discussie waar de gezondheidszorg ook de politiek raakt. Op dat punt moeten wij met elkaar tot afspraken komen over wat wij wel en niet tolereren in de samenleving. Je ziet dat dit verschuift, soms de ene kant op, soms de andere kant op, en nu weer even naar de strenge kant. Dat is de pendule van het leven.

De **voorzitter**: Dat is ook de reden dat deze commissie bestaat: om in die pendule weer een nieuw momentum te zoeken.

Mevrouw **Meyer**: Ik wil toch nog even terug naar de vraag: wat is nu eigenlijk het doel van een behandeling in de tbs? Dat is niet dat een psychopaat geen psychopaat meer is. Er zijn immers blijkbaar ook zeer succesvolle mensen die psychopaat zijn. Niet alle psychopaten zijn delinquenten. Dat is om de discussie nog even te verwarren! De wetgever eist ook niet dat iemand nooit meer psychotisch is of geen enkele psychotische kwetsbaarheid meer heeft. Wij moeten toch naar die veiligheid toe. Daar gaat het om. Het gaat erom dat het risico dat iemand opnieuw een delict zal plegen, in de ogen van de rechter tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht. Dat is het doel van de tbs-behandeling. Daarvoor hebben wij hulpmiddelen. Wij hebben hulpmiddelen uit de algemene psychiatrie om de stoornissen te behandelen, zowel met medicatie als met cognitieve gedragstherapie, en een heel arsenaal aan behandelmethoden. Daarnaast hebben wij het instrument van de verlopen: mensen kleine stukjes vrijheid geven om te toetsen hoever je bent gekomen met de behandeling, om te toetsen of iemand nu inderdaad op eigen benen kan staan zonder de fout in te gaan. Wij moeten echter ook in het oog houden dat ieder delict er uiteindelijk één is. Dat delict heeft een heel duidelijk scenario. Het is gepleegd op een bepaalde tijd, onder bepaalde omstandigheden en met bepaalde triggers. Dat speelt ook in de tbs-behandeling een heel belangrijke rol.

Ik proef toch een beetje in deze discussie dat wij heel snel de neiging hebben om in categorieën te spreken. Je moet dus ook gaan kijken wat er precies gebeurd is. Waardoor is deze persoon op dat moment tot dat delict gekomen? Welke factoren in het gedrag van die persoon, in situaties waarin die persoon terecht kan komen, dragen eraan bij dat hij riskant gedrag richting delict zou kunnen gaan vertonen? Welke signalen kunnen wij daaruit oppakken? Hoe kunnen wij daarmee omgaan? Hoe kunnen wij dat soort risico's onder controle krijgen? Hoe gaan wij daar een voor deze persoon goed plan voor maken? Dat is echt heel specifiek. Bij de één is er bijvoorbeeld het risico dat hij verlaten wordt door zijn partner, terwijl het bij de ander juist een risico is dat hij een partner krijgt. Je moet dus echt heel nauwkeurig op het niveau van de personen kijken.

De **voorzitter**: Dat is duidelijk en dat is deze week ook al een aantal keren benadrukt. Denk niet te gemakkelijk in categorieën; ieder geval is er één met een specifieke context en een specifieke achtergrond!

De heer **Swinkels**: Deze beslissingen worden in de raadkamer door de rechter genomen. Dat is het geheim van de raadkamer. Als daar een psychiater of psycholoog die geschoold is op een aantal gebieden, bij zou zitten, zou je mogelijk ook betere straffen krijgen. Mevrouw De Ruiter sprak in dit verband net over speciale courts. Dan zou die verhouding tussen wat je nu wel en niet moet doen, beter kunnen lopen. Ik weet dat ze dat niet leuk vinden, maar ...

De **voorzitter**: Dat is een belangrijk thema. Daarop zullen wij op andere dagen ook nog terugkomen. Ik wil nog even terugkomen op uw specifieke kennis op het terrein van onderzoek. Het belang van onderzoek, het belang van samenwerking in onderzoek et cetera, is al een aantal keren aangegeven. Daar hebben wij over gesproken. Wij hebben nog niet gesproken over de prioriteiten die binnen dat onderzoek zouden moeten worden gelegd. Waar schieten wij tekort, waarop zouden wij moeten inzetten? Zijn dat die neurobiologische afwijkingen waar wij langzaam meer over te weten komen? Dat zijn de aangeboren dingen. Of moeten wij meer weten van sociale netwerken en de invloed daarop? Als wij nu moeten prioriteren, waarop moet Nederland of de internationale wereld zich dan richten? Waar zou u voor kiezen?

Mevrouw **De Ruiter**: Ik zou twee dingen doen. Ik zou inzetten op quasi-experimentele trials, dus echt studies naar een aantal belangrijke deelgroepen in de forensische psychiatrie. Belangrijke categorieën zijn verkrachters en pedoseksuele daders. Ook mensen met paranoïde schizofrenie vormen een belangrijke doelgroep in de forensische psychiatrie. Ik zou ervoor kiezen om systematisch te gaan onderzoeken. Ik zou dan kiezen voor "care as usual", dus gewoon kijken hoe er nu in kliniek X met die patiënt wordt omgegaan. Dat zou ik dan afzetten tegen een soort ideaaltypische behandeling op basis van de huidige stand van de wetenschap. Daar zou richtlijn-ontwikkeling dus een belangrijke rol in kunnen spelen. Wat zou je nu idealiter doen met die doelgroep? Ik kan een voorbeeld noemen. Er is iets wat mij zeer heeft verbaasd. Ik heb voor het expertisecentrum van mevrouw Meyer een studie gedaan naar het effect van farmacothera-

pie bij zedendelinquenten als brede groep. Farmacotherapie is medicamenteus, dus medicijnen. Dat zijn verschillende typen medicijnen. Dat zijn antitestosteronmiddelen, libidoremmers, en er zijn middelen die meer op het brein werken: een aantal psychofarmaca, met name moderne antidepressiva en antipsychotica. Als je die literatuur gaat bekijken, dan blijkt dus echt dat een aantal van deze middelen heel veel effect heeft. Ik heb het dan over recidivepreventie. Tegelijkertijd zie ik nog steeds in de tbs gevallen van zedendelinquenten met bijvoorbeeld een sterke seksuele drang die niet medicamenteus behandeld worden. Dan denk ik: hoe kan dat?

Als je wetenschappelijk onderzoek in de praktijk doet, dan krijg je niet alleen maar wetenschap in je inrichting, maar dan krijg je ook deskundigheidsbevordering. Je krijgt een andere cultuur, om het maar eventjes zo te noemen. Dat zet ook heel veel andere dingen in gang. Daar zou ik dus erg voor zijn. Ik ben ook bereid om mij ervoor in te zetten dat dit van de grond komt. Dat vind ik belangrijk: voor verschillende doelgroepen trials. Niet randomized controlled trials, dat kan niet, dat snap ik heel goed, maar wel "care as usual", vergelijken met "state of the art"-behandeling.

Een tweede wat ik zou doen, is al aan het gebeuren. Het ministerie van VWS is daar in samenwerking met ZonMw – een belangrijke organisatie die onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg financiert – aanzienlijk in aan het investeren. Zij investeren in onderzoek naar het effect van behandeling bij kinderen en jeugdigen met antisociaal gedrag. Dat zijn interventies, multisystematische therapie en functionele gezinstherapie. Dat vind ik echt ontzettend goed. De kracht van de tbs in termen van beveiliging is tegelijkertijd haar zwakte. Ik denk dat wij als maatschappij veel meer kunnen bereiken als wij er vroeger bij zijn en als wij meer investeren in preventie. Ik juich dus heel erg toe dat dit traject al loopt en dat het ondersteund wordt door het ministerie van VWS.

Dat zijn de twee dingen waar ik op in zou zetten. Het eerste is nog niet van de grond gekomen en het tweede loopt al.

Ik wil nog even terugkomen op het punt van de opleiding. Ik wil daar graag nog een paar opmerkingen over maken.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat u dat aan het eind van dit gesprek doet. Dan zouden wij het even vast. Ik ga nu even met dezelfde vraag naar de heer Swinkels. U heeft gezegd dat niet meer de fouten uit het verleden moeten worden gemaakt.

De heer **Swinkels**: Het gevaar dat wij in de psychiatrie lopen, is dat onze zwengel nu ineens weer heel erg aan de neurobiologie-kant zit. En dat die dan zo meteen weer doorzwaait naar de sociale kant. Het is begrijpelijk, omdat in één mens lichaam en geest onscheidbaar zijn. Wij kunnen het wel onderscheiden. Als u een lichamelijke ziekte heeft, tast dat ook uw psychische vermogens aan, en andersom. Dat is duidelijk. Maar wij leven in een context. En als wij geen context hebben, dan hebben wij ook geen biologie en geen mensen. Een kind doet immers niets uit zichzelf. Dat moet worden opgevoed. Die context is dus heel erg belangrijk in het ontwikkelen van bepaalde stoornissen, ook in het brein. Van al die mensen met psychopathie is ongeveer 5% aangeboren. Dat is heel weinig. Dus 95% wordt verworven. En dat heeft te maken met de context en de opvoeding. Dat is waar Corine de Ruiter op wijst. Ik denk dat het heel belangrijk is om op

dat gebied te investeren. Dat moeten wij ook doen op het gebied van neurobiologie. Dus op beide aspecten, zowel de context als het individu, psychologisch, neurobiologisch.

Een collega uit Groningen zei recent op een lezing: testosteron, het hormoon dat de wereld vernietigt. Daar is veel voor te zeggen. Ik wijs ook op de neiging van mannen om te schieten en al dat soort dingen te doen. Vrouwen hebben dat minder. Die zie je ook minder met een geweer lopen. Dat is op zichzelf een interessant fenomeen. Waar hebben die mannen dat testosteron voor? Omdat ze denken dat ze nog steeds op de jachtvelden lopen, om die leeuwen te pakken en om voor de vrouwen eten te maken. Dat is natuurlijk allang achterhaald, maar onze biologie loopt niet synchroon met de ontwikkelingen in de samenleving. Dat is een Darwinistisch standpunt, daar kun je over discussiëren, maar ik vind het wel interessant om dat nog eens te noemen, want daar kun je onderzoek naar doen. Kortom, allerlei domeinen van de wetenschap moeten met elkaar in verbinding worden gebracht. Ik vind het jammer dat de faculteiten van de universiteiten vaak van die losse entiteiten zijn, terwijl de samenhang tussen al die wetenschappen – dit is een mooi voorbeeld: rechten, psychologie, biologie, geneeskunde – meer moet worden vormgegeven in samenwerkingsprojecten.

De voorzitter: Dat is helder. Ik wil even terug naar het begin van het gesprek en gebruik weer het woordje "geschokt". U was geschokt toen u rond 1995 in de psychiatrie begon te werken. Ik heb goed verstaan dat de zaken inmiddels verbeterd zijn. Maar goed, er was een groot gebrek aan kennis, aan kennis- en informatie-uitwisseling en er was een bepaalde manier van werken. Ik wil nu even een heel platte vraag stellen. Deze commissie is ontstaan naar aanleiding van een aantal incidenten. Was u, met uw werkervaring in dat veld, verbaasd over die incidenten?

De heer Swinkels: Nee, ik ben er niet verbaasd over dat die incidenten voorkomen. Ik ben wel geschokt over een aantal aspecten. Er zijn incidenten geweest waarvan ik zeg: dat had je toch op je klompen kunnen aanvoelen, waarom is dat niet onderzocht, waarom is dat niet beter bekeken, dat had voorkomen kunnen worden. Maar ja, u weet: de beste stuurlijn staan aan wal. Ik kan niet precies in de inside-situatie kijken wat er is gebeurd. Alleen, het oog van de samenleving richt zich als een soort boos oog ineens op die tbs. Het kan morgen ook ineens op een heel ander gebied zijn. De media focussen erop en dan krijg je een heel gedoe. Dat is op zichzelf niet erg, want daarmee kunnen wij ook weer kijken wat er allemaal te verbeteren valt. Maar wij moeten het ook niet overdrijven. Die incidenten kunnen wij niet helemaal uitroeien, tenzij je iedereen altijd opsluit. In mijn visie heeft minister Donner dat goed in de Kamer verdedigd door te zeggen: wij hebben een tbs-systeem, daar moeten wij trots op zijn, dat moeten wij ook behouden, maar het gaat om de vraag of wij het kunnen verbeteren. Ik herken wel iets uit de woorden van mevrouw De Ruiter over die schok. Ik had dat ook en ik dacht: verdorie, had dat nu voorkomen kunnen worden?

De voorzitter: Ik kijk even naar mevrouw De Ruiter, want die knikte heftig "ja". U vindt dat het wel voorkomen had kunnen worden?

Mevrouw De Ruiter: Ja. Ik kom weer terug op het element van de gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. Wij hebben een aantal studies gedaan in de Van der Hoeven Kliniek. Vivienne de Vogel is daar vorig jaar op gepromoveerd. Ik ga even een beetje in detail om het uit te leggen. Wij hadden 120 oud-tbs'ers die al een aantal jaren weer terug waren in de maatschappij. Van hen hebben wij dossiers gelicht. Die heeft de kliniek gewoon nog ter beschikking. Daar hebben wij die risicotaxatiechecklist langs gelegd. Op basis van die dossiers hebben wij dat risicotaxatie-instrument HCR-20 gescoord. Daar krijg je een eindscore uit van "laag", "matig" en "hoog". "Laag" betekent dat de voorspelling is dat iemand niet meer in de fout gaat, "matig" betekent dat iemand ertussenin zit en "hoog" betekent dat het niet goed zit, dat er een grote kans is dat die persoon binnen een korte tijd na zijn vrijlating weer een ernstig geweldsdelict pleegt. Die 120 mensen waren allang weg. De rechter had op een gegeven moment besloten of de kliniek heeft geadviseerd dat zo'n persoon weer terug mocht in de maatschappij. Die mensen waren dus allemaal vrijgelaten.

Wat nu interessant is, is wat dat onderzoek heeft opgeleverd. Als je kijkt naar de recidive, dan blijkt namelijk het volgende. Van de mensen die wij op basis van het dossier hadden ingeschat als een laag risico, was niemand na gemiddeld vijf jaar weer in de fout gegaan. Dan hebben wij het over ernstige recidive, niet over een fietsendiefstal. Van de groep "matig" was 15% in herhaling gevallen. Maar van de groep "hoog" 62%. Wat betekent dat? Als wij begin jaren negentig, in de tijd dat die mensen in de tbs zaten en werden vrijgelaten, gebruik hadden gemaakt van die gestructureerde risicotaxatie, dan was er dus een grote groep geweest die op een hoog risico uitkwam. Dan kun je dus zeggen: die moeten niet zomaar weer losgelaten worden. Die categorie "hoog" is echt een categorie met een hoog risico. Van hen recidiveert binnen vijf jaar 62%. Daar moeten wij dus iets anders mee. Die moeten wij nog intensiever behandelen, die moeten anders behandeld worden, daar gaat het nog niet goed mee. Dat is mijn stellige overtuiging. Ik heb een aantal dossiers van die recidivisten bekeken. Daar zijn foute inschattingen gemaakt. Als men gebruik had gemaakt van instrumenten als de HCR-20 en de Psychopathie Checklist, dan ben ik ervan overtuigd, als die deskundig gebruikt waren, dat die mensen als hoog risico uit de bus waren gekomen. Die hadden dus niet op verlof gemogen.

De voorzitter: U onderstreept het belang van risicotaxatie-instrumenten bij bepalingen. Dat is duidelijk. Ik kijk even naar mijn collega's en geef als eerste het woord aan mevrouw Joldersma.

Mevrouw Joldersma: Ik wil even helemaal terug naar begin. Mevrouw De Ruiter heeft een voorbeeld gegeven van een mevrouw die haar kinderen had vermoord. Zij zei dat die vrouw eigenlijk geen tbs met dwangverpleging maar tbs met voorwaarden had moeten krijgen, want dan had zij in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen worden geplaatst. Kunt u dat nog even toelichten? Ik kan mij ook voorstellen dat je zegt: die mevrouw krijgt gewoon tbs met dwangverpleging, maar zij komt niet in een tbs-kliniek maar gewoon in een psychiatrisch ziekenhuis. Of zegt u: deze mevrouw had gewoon geen behandeling in

een besloten setting moeten hebben maar ambulantly behandeld moeten worden?

Mevrouw **De Ruiter**: Wat zijn de criteria voor oplegging van een tbs met dwangverpleging? Iemand moet ten minste verminderd toerekeningsvatbaar zijn. Er moet dus sprake zijn van een stoornis die een relatie heeft met het gepleegde delict. Voorts moet sprake zijn van een hoog recidiverisico. Er moet dus sprake zijn van een inschatting dat zo'n persoon, als die zo maar weer vrijkomt in de samenleving, dan weer een soortgelijk delict zal plegen. Ik verwijs voor hoog risico naar de studie die ik zojuist heb genoemd. Je kunt kijken naar de onderzoeksliteratuur, naar de recidive van bijvoorbeeld moeders die hun kinderen gedood hebben. Er is een grote groep moeders die hun kinderen gedood heeft. Die recidiveren niet. Dat doen ze niet. Zij krijgen vaak niet opnieuw kinderen en zij plegen ook geen andere geweldsdelicten in de toekomst. Ik ben er dus voor om zo'n dure maatregel, zo'n intensieve maatregel als de tbs met dwangverpleging, te reserveren voor mensen die echt een hoog recidiverisico hebben. Die moet worden gereserveerd voor mensen van wie je kunt zeggen dat hun 5 jaars-recidivepercentage rond de 50-70 ligt. Dat is niet zo bij deze moeders. Je kunt wel kiezen voor een tbs omdat je vindt dat die mevrouw gestoord is en verminderd toerekeningsvatbaar. Zij heeft een behandeling nodig, maar zij heeft niet die beveiliging nodig. Zij hoeft niet in een kliniek met enorme hekken eromheen, want zij gaat, als zij morgen weer vrijgelaten wordt, beslist niet weer zoiets doen. Het is een totaal ander type patiënt.

Die moeders handelen vaak uit een depressie. Ik vind het heel moeilijk dat in ons tbs-systeem zulk soort mensen op een leefgroep zitten met mensen die heel enge dingen gedaan hebben. Dan heb ik het over psychopaten en noem maar op. Ik denk ook niet dat dit goed is, dat dat een gezonde situatie is. Dan kijk ik er als behandelaar naar. Ik vind dus dat er in dat opzicht een beroepsethische kant aan zit. Zo'n mevrouw moet absoluut behandeling hebben, maar niet in die context.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk zegt u daarmee: ga niet al te veel aandacht besteden aan die behandelbaarheid, maar besteed meer aandacht aan de delictgevaarlijkheid of de beveiligde setting waar iemand heen moet?

Mevrouw **De Ruiter**: Tbs met dwangverpleging houdt in dat iemand tussen vier muren zit. Dat moet je reserveren voor echte hoog-risicogeveallen. Daar hoort deze categorie in principe niet bij. Kijk, er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen. Ik heb het nu over groepsgegevens over die categorie daders.

Mevrouw **Meyer**: Ja, maar daarvoor wil ik juist waarschuwen. Vanuit het perspectief van een kind van zo'n moeder, zijn het ook enge dingen dat die moeder die kinderen doodgemaakt heeft. Ik wil niet dat wij straks over categorieën gaan praten in de trant van "die heeft alleen zijn moeder doodgemaakt, dat kun je maar één keer doen, dus dat is niet gevaarlijk." Beveiliging heb je nodig voor de delictgevaarlijkheid. Daar moet een relatie tussen bestaan. Behandeling heb je nodig voor de stoornis. Die twee dingen moet je wel beide toepassen, maar je moet wel weten in welke mate wat bij wie. En dat hangt af van de diagnose, het delict en de risicotaxatie.

De heer **Swinkels**: Ik wil hier nog iets aan toevoegen. Voor de Kamer is het natuurlijk ook belangrijk hoe het publiek hierover denkt. In mijn ogen voeren wij nogal eens incidentenpolitiek. In de laag-risicogroep van mevrouw De Ruiter zal best eens iemand kunnen zitten die dat dan toch nog doet. Dat kan in een heel grote groep. Dan is het de kunst om je rug recht te houden – om met Donner te spreken – om te zeggen: wij gaan het systeem nu niet meteen weer veranderen, wij gaan nu toch maar weer iedereen opsluiten. Tenzij de Nederlandse bevolking dat wil. Er is een verschil tussen de wetenschap en de overtuiging in de media is. Het gevaar van incidentenpolitiek is dat men zegt: zie je nu wel, ze hadden het voorspeld, maar ... Dan is het toch echt belangrijk dat ook politici "evidence based" werken. Dat wil ik toch nog een keer gezegd hebben!

Mevrouw **Joldersma**: Dat signaal heeft u al een paar keer afgegeven. Ik wil nog even terug naar de context waarin behandeld wordt. Ik heb de indruk dat het onderzoek zich heel vaak concentreert op de behandeling. Is er ook onderzoek bekend waarbij meer naar de behandelcontext wordt gekeken? Is er onderzoek gedaan waarbij wordt gekeken naar de effecten van behandeling in de gevangenis, ambulante behandeling of behandeling in een ziekenhuissetting? Is daar onderzoek naar gedaan? Zijn daarover cijfers bekend?

Mevrouw **De Ruiter**: Zo specifiek niet. Uit internationale effectstudies blijken wel heel duidelijk de volgende twee dingen. De behandeling van mensen die ernstige delicten hebben gepleegd, moet intensief zijn. Dat wil zeggen: niet één keer in de week een middagje praten over je problemen, maar echt intensief. Die behandeling moet gericht zijn op het aanleren van nieuwe vaardigheden. Waar heb ik het dan over? Iemand die heel snel boos wordt, en dan gewelddadig, die moet leren om die boosheid beter te reguleren. Daar zijn allerlei oefeningen voor. Daar kun je heel concreet mee gaan werken, in allerlei rollenspellen en noem maar op. Dat gebeurt in mijn optiek nog te weinig. Er is veel bewijs dat die oefencomponent heel belangrijk is. Het tweede is dat nazorg, vormen van ambulantly toezicht met daarbij een behandeling, een heel belangrijke factor is in het voorkomen van recidive. Het gaat niet goed als mensen vanuit zo'n intramurale kliniek, zoals een tbs-kliniek, zomaar, zonder iets, op straat komen. Ik denk zelfs dat dat de meeste mensen in zo'n geval ook niet goed zou aangaan. Immers, waar moet men dan heen? De persoon heeft vijf jaar binnen gezeten, weet niet meer hoe de maatschappij in elkaar zit, en noem maar op. Dat geeft dus zoveel stress dat mensen daardoor alleen al in de fout gaan. Die nazorg en de nabehandeling zijn heel belangrijk.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hadden het over "evidence based" politiek, aldus de heer Swinkels. Is de context waarin de behandeling plaatsvindt, een belangrijke factor voor die behandeling? Is dat in uw richtlijnen van belang?

De heer **Swinkels**: Natuurlijk is de context heel erg belangrijk. Ik moet even algemeen terug. Er is in de gezondheidszorg een probleem. Amerikanen worden steeds dikker. Nog steeds, centimeter na centimeter! Toch gaan ze minder dood. Hoe komt dat? Omdat ze allemaal behandeld worden tegen de hoge bloeddruk en de vetten. Er is iets raars. Wij vergeten dus de context. De gedachte

om belasting te heffen op vet, is dus niet zo raar. De context is altijd wezenlijk voor de gezondheidszorg, voor mensen. Daar ontstaan de delicten in, althans de persoonlijkheid wordt daar mede door ontwikkeld, en daar moeten wij het ook weer in kunnen reguleren. Sommige mensen passen dan in de open samenleving; anderen passen misschien in een wat semi-gestructureerde of meer gecontroleerde samenleving. Wij kunnen daar allerlei vormen voor bedenken. Er is ook niet heel veel wetenschappelijk onderzoek naar gedaan, maar het grondprincipe, het wetenschappelijke denken erover, is fundamenteel. Daar hebben wij het immers over. Natuurlijk is die context net zo belangrijk als het brein en de rest.

Mevrouw Van Velzen: Wij hebben de afgelopen dagen met veel mensen gesproken. Een ding dat wel naar buiten komt, is dat niet elke behandelingsmethode wetenschappelijk onderbouwd is, dat niet altijd helder is wat nu de effectiviteit daarvan is. Dat heeft mevrouw De Ruiter in feite ook gezegd. Het recidivegetal is eigenlijk niet iets waar je het aan af kunt meten.

Mevrouw Meyer, u bent aan het bekijken welk onderzoek er in Nederland is, hoe dat te coördineren valt en wat er zou moeten komen. Wat is op dit moment uw oordeel? Welke onderzoeken lopen er en waar is nog gebrek aan? Wat is uw wensenlijstje als het gaat om het uiteindelijk veiliger maken van de maatschappij door effectieve en dus ook afrekenbare behandelingen?

Mevrouw Meyer: Er is het volgende probleem. Als je de effecten van behandeling bijvoorbeeld binnen de tbs-klinieken zou meten, dan moet je het multicentre doen, omdat een type stoornis verdeeld is over verschillende klinieken. Die moeten dus in elk geval samenwerken. Als al die mensen in al die verschillende klinieken andere behandelingen krijgen, dan weet je dus niet wat je aan het meten bent. De ene persoon kan een keer per week een bepaalde behandeling krijgen, terwijl iemand in een andere kliniek er twee of drie per week krijgt. Je moet dus op de een of andere manier komen tot overeenstemming over de basis die aan een bepaalde groep stoornissen zou moeten worden geboden. Dat is ook de reden waarom wij met de behandelaars om de tafel zitten. Wij vragen: wat vinden jullie in de forensische setting, dus waar het gaat om én behandeling én beveiliging, absoluut noodzakelijk qua diagnostiek, qua behandeling maar ook qua resocialisatie en uitstroom voor de psychotische patiënten? Daarover is dan een uitwisseling. Op een gegeven moment hopen wij dan tot één verhaal te komen waar iedereen zich achter kan scharen. Wij doen dat met alle klinieken samen. En dan kunnen wij vervolgens zeggen: oké, dit is de standaard. Als wij dan uit de literatuur krijgen "dit is evidence based, dit zijn veelbelovende nieuwe methoden", dan kunnen wij, op de manier zoals mevrouw De Ruiter net schetste, quasi-experimentele trials gaan doen. Maar daarvoor moet je het eerst eens zijn over wat behandeling "as usual" is. Wat is de gewone behandeling? Als je daarover divergeert, dan weet je niet wat je aan het meten bent. Dan is die hele behandeling een soort black box.

Mevrouw Van Velzen: Wat is nu uw rol in het geheel? Er zijn onderzoeken bezig. U moet mensen om de tafel krijgen. Maar kunt u op een goed moment ook zeggen: oké, dit is wat wij willen weten, wij willen deze behandel-

methode nu doorlichten, wij willen binnen de klinieken vergelijkbare behandelmethoden naast elkaar zetten? Kunt u daar dan een knoop doorhakken?

Mevrouw Meyer: Met dit proces richting richtlijn, worden wij het eens over wat minimaal vereist is, wat voldoende is qua behandeling bij deze stoornis in deze setting. Daarbij zitten vertegenwoordigers van alle klinieken. Ik denk dus dat daar een goede kans op is. Wij zijn daarbij natuurlijk wel afhankelijk van de bereidwilligheid van de behandelaars. En die zijn weer afhankelijk van hun directeur behandeling en van hun algemeen directeur.

Mevrouw Van Velzen: U kunt de beslissingen niet nemen om een bepaald onderzoek uit te laten voeren?

Mevrouw Meyer: Wij kunnen niets forceren. Het is vanuit enthousiasme, op dezelfde manier met het onderzoek. Als wij multicentre onderzoek doen, dan nodigen wij mensen uit en proberen wij hen enthousiast daarvoor te maken. En dan zetten wij het in gang. En als mensen of klinieken niet willen, dan is dat gewoon zo. Maar er zijn ook initiatieven vanuit de klinieken zelf. Er ligt nu een plan voor een project waarbij twee tbs-klinieken samenwerken met de Jellinek Kliniek in Amsterdam. Daarbij zal een quasi-experimenteel onderzoek plaatsvinden naar dialectische gedragstherapie. Die therapie is werkzaam bij borderlinestoornissen en blijkbaar ook bij verslaving. Dat is dus een initiatief dat uit de klinieken zelf is gekomen. Andere klinieken zijn, ook een beetje aangestuurd en gestimuleerd door ons, bezig met plannen voor de toepassing van schematherapie. Als je zo'n nieuwe therapie met een aantal klinieken gaat doen, dan is het voordeel dat je vervolgens dan ook met z'n allen specificeert hoe vaak de patiënt de therapie moet ondergaan, welke voorwaarden moeten worden gesteld aan het leefmilieu en hoe dat kan worden ondersteund vanuit de leefafdelingen van een patiënt? Je bent natuurlijk niet de hele week, 24 uur per dag, met therapie bezig.

Mevrouw Van Velzen: Als het gaat om de samenwerking, dan is er sprake van vrijblijvendheid. U zit daartussen, maar u kunt niets opleggen. Kan dat gewoon niet anders of is dat nu juist een knelpunt in het streven om de tbs beter en veiliger te maken?

Mevrouw Meyer: Ik denk dat het in het begin een voordeel kan zijn, omdat je begint met het enthousiasme. Het kan echter heel snel in een nadeel omslaan als blijkt dat alles vrijblijvend blijft. Als je op een gegeven moment weet dat het beter kan zijn, dan zou men zich dus in elk geval met elkaar tot iets moeten verplichten. Maar dat kunnen wij als expertisecentrum zeker niet alleen doen.

De heer Swinkels: Ik denk dat Justitie wel een slimme truc heeft uitgehaald door de financiën naar zichzelf toe te trekken. Verzekeraars zullen dat niet gemakkelijk gaan verzekeren. Dat zult u begrijpen. Dat is niet eenvoudig. Daarom moeten er tegelijkertijd diagnosebehandelcombinaties in de forensische psychiatrie worden ontwikkeld. Een diagnosebehandelcombinatie is in feite een min of meer bewezen, effectieve behandeling waarvan verzekeraars in het algemeen zeggen: die vergoeden wij, want die behandeling heeft effect; uit onderzoek of via een andere manier weten wij dat en

willen wij dat betalen. Het ministerie heeft nu met die DBC's en met die betalingen een middel in handen om te zeggen: deze behandeling is wel mooi, maar die zullen wij als Justitie op een gegeven moment niet meer vergoeden; u moet dus naar iets anders toe. Natuurlijk moeten wij niet in een situatie verzeild raken waarbij wij morgen ineens met allerlei dingen stoppen, maar wij kunnen wel zeggen: wij willen dat u binnen een bepaalde tijd een verbetering daarin aanbrengt.

Donner heeft goed gezien dat er op dit moment dus wel degelijk instrumenten zijn om iets af te dwingen.

"Afdwingen" klinkt overigens wel erg negatief. Laat ik het positief formuleren: te helpen om het beter te doen. Wij komen dwingend over omdat wij vaak enthousiast zijn en van alles willen. Ik besef ook wel dat wetenschap niet voor alles een oplossing is. Het is een richtinggevend principe. Je zegt ook: bij de poolster kunnen wij niet komen, maar het is toch fijn dat wij ons erop kunnen richten als wij op zee zitten.

Mevrouw Van Velzen: U zegt in feite dat de behandeling en de effectiviteit beter zouden kunnen en beter zouden moeten en dat dit kan worden afgedwongen via financieringsstromen die uit het ministerie komen.

De heer Swinkels: Ik geef maar een idee. Ja, dat is een mogelijkheid. Want geld, hoe gek het ook moge klinken, is toch voor veel mensen nog steeds een belangrijk motief. Zonder geld kun je immers niets doen.

Mevrouw Meyer: Maar dat geldt dan alleen maar voor iets waarvan is aangetoond dat het werkzaam is, maar dat nog niet ingezet wordt. Natuurlijk moet je op de een of andere manier verankeren dat dat dan gebeurt. Het is immers zonde als dat niet wordt toegepast. Er is ook een keerzijde aan richtlijnen. Dat is ook het geval bij risicotaxatie. Alles wat je gestructureerd doet in de zorg, bij professionals, kan op een gegeven moment gaan verworden tot een plichtpleging. Mensen gaan dat zien als een plichtpleging, als een ambtelijke maatregel, een norm, waarmee hun eigen creativiteit en hun gedrevenheid – want die hebben zij absoluut wel – om te zoeken naar nieuwe oplossingen en middelen, wordt platgeslagen. Je moet dus een goede balans vinden tussen enerzijds hun creativiteit en anderzijds het vastleggen.

De heer Swinkels: Ik wil dat sterk onderschrijven. Men denkt vaak dat ik als richtlijnenmaker niet snap dat de praktijk veel weerbarstiger is. Maar het geldt ook weer als richtinggevend principe. Het moet altijd nog vertaald worden naar het individu, naar de persoon die voor je zit. Dat blijft in de geneeskunde nog steeds een hele kunst. Het heet ook nog steeds "de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst".

Mevrouw Albayrak: Het voorlaatste punt over de financiering en daarmee het beter beschermen van de maatschappij door het afdwingen van een bepaalde vorm van behandeling brengt mij terug bij mevrouw De Ruiter. Zij heeft de tbs'er de hele ochtend benaderd vanuit het patiënt zijn, vanuit een stoornis, vanuit het ziek zijn. Zij heeft gezegd; eigenlijk zou je deze zieke mensen die behandeld kunnen worden, ook moeten behandelen, met alle middelen die ons ter beschikking staan, zoals wij dat ook doen bij een kankerpatiënt. Het verschil met een kankerpatiënt is natuurlijk wel dat vaak een ernstig

gewelddelict is gepleegd waar de maatschappij blijvend tegen beschermd moet worden. Het is bewezen dat die persoon in staat is tot een delict. En wij, zoals wij hier zitten, willen de maatschappij beschermen. Mevrouw De Ruiter, waar liggen voor u dan de grenzen van die behandeling? Stel dat wij alles zouden kunnen behandelen, ervan uitgaande dat behandelen niet is genezen. Maar ook een psychopaat kan worden behandeld. Zijn er, wat u betreft, grenzen aan die behandeling? Daarbij moet ook het kostenaspect worden meegewogen.

Mevrouw De Ruiter: Ja, er zijn uiteraard grenzen. Aan alles, zou ik bijna willen zeggen. Ik denk dat het belangrijk is dat het systeem zo opgezet wordt dat mensen een faire kans hebben. Zij hebben eigenlijk – min of meer vanuit de patiënt gedacht – het recht op de best practice die er nu is. De kliniek moet ook aantonen dat zij die best practice heeft aangeboden. Als het dan niet blijkt te werken, dan kunnen mensen, net zoals bij een experimentele kankerbehandeling, kiezen voor nog een experiment, maar op een gegeven moment houdt het op. Ik kom weer terug op het veiligheidsaspect. Als je dan als professional op basis van zo'n risicotaxatie-instrument kunt concluderen dat iemand echt een hoog risico heeft en dat het niet verantwoord is om die persoon terug te laten keren in de samenleving, dan vind ik dat je dat moet doen. Ik ben beslist niet voor het nemen van heel veel risico's. Absoluut niet! Het gaat om het nemen van verantwoorde risico's. Risico's die je kunt beargumenteren met onderbouwing, met risicotaxatie-instrumenten, voor die risico's wil ik wel instaan. En dan nog zullen er gevallen zijn, zoals de heer Swinkels net ook al zei. Je hebt niet alles in de hand, dus er kan toch altijd weer iets misgaan. Maar nu worden er soms irrationele beslissingen genomen. Ik ben erg voor rationele beslissingen, en ook voor rationeel behandelen.

De heer Swinkels: U moet aan ons niet vragen waar die grenzen liggen. Wij willen iedereen behandelen. In mijn ogen heeft u als politiek een taak om te aan te geven waar die grenzen liggen. Dat zal in de gezondheidszorg op den duur ook moeten, want wij weten dat het steeds onbetaalbarer wordt. Er zit ergens een grens. Die komt ooit. U moet het aangeven. U moet zeggen: dit is wat de samenleving ervoor over heeft. Het argument dat wij toegevoegd hebben, wat Corine goed heeft duidelijk gemaakt, is dat er ook een kosten-baten zit – als het dan niet in het verstand zit, dan zit het in ieder geval in de portemonnee – om die dingen wél te doen. Het is niet ondoelmatig. Het is kostbaarder om het niet te doen dan om die behandelingen wel in te zetten. Zie dat Washington-verhaal!

Mevrouw Albayrak: Mijn vraag was misschien kort gezegd meer: is die grens, psychiatrisch gezien, te kwantificeren. Kunt u zeggen: als het risico op recidive onder een bepaald percentage zakt, dan moeten wij vooral doorgaan; als het daarboven blijft, dan moeten wij misschien ook in de psychiatrie durven zeggen: deze behandeling slaat dus voor deze persoon niet aan; die grens durven wij te stellen? Kunt u dat als deskundige zeggen?

De heer Swinkels: Ja, in principe is dat mogelijk. Dan kom je wel weer op het volgende. Als behandelaar zit ik met een individu. Ik zit niet met die groep, maar ik zit met

een persoon voor mijn neus. Dat is lastig afwegen. Wij moeten tenslotte mensen behandelen, individueel. Dan heb je iets aan die grens. VWS maakt nu de fout door richtlijnen als normen te zien, als getallen en niet als bandbreedtes. Op een zeker moment denken wij ook dat bepaalde behandelingen zinloos zijn, maar ik kan u verzekeren dat de behandelingen in de psychiatrie niet zo duur zijn. Het is niet zo als in de kankergeneeskunde, waarin je elke keer maar weer de vraag krijgt of een behandeling, die steeds kostbaarder en ingewikkelder wordt, nog wel enig effect heeft. Zover zijn wij ook nog helemaal niet. U hoeft niet bang te zijn dat die 4 mld. die nu aan de geestelijke gezondheidszorg besteed wordt, volgende week 8 mld. is als wij allemaal evidence based zouden werken. Nee, wij hebben dat uitgerekend. Dat is gebeurd door Andrews. Ik heb u dat artikel ook laten zien. Wij kunnen een kwaliteitsslag leveren van 15% effectiviteit naar 40%.

Mevrouw **Albayrak**: Ik heb nog een laatste korte vraag. Zijn er in de internationale wetenschap stoornissen genoemd waarvan op dit moment wordt gezegd dat die echt nauwelijks te genezen zijn? Wij hebben bijvoorbeeld de sadistische perversie gehoord als vorm van psychiatrische stoornis. Daaraan kun je doen wat je wilt, maar dat zal niet weggaan. Zijn er stoornissen op deze manier aan te wijzen?

De heer **Swinkels**: Ja natuurlijk zijn die aan te wijzen. Maar pas op: als je in categorieën denkt, dan gaat het fout. Een sadistische, perverse psychopaat, daar zijn ook weer gradaties in: van een heel klein beetje knijpen – sorry dat ik het zo zeg – tot martelen tot de dood erop volgt. Als je die nuance in zo'n beeld kunt aanbrengen, dan kun je zeggen: misschien daar wel, en daar niet. Maar er is een groep die wij gewoon moeten opsluiten. Daar zal niemand hier aan tafel tegen zijn. Dat is niet anders. Hoe menswaardig en hoe aardig je dat doet, dat is ook weer aan de samenleving om dat te bepalen.

Mevrouw **De Ruiter**: Dan gaat het erom dat je als forensisch behandelaar ook kunt zeggen: die sadistische, perverse psychopaat die seksuele moorden heeft gepleegd, komt in principe niet vrij, want er is zoveel evidentie dat dat onbehandelbaar is, dat het zo moeilijk is et cetera, tenzij die persoon laat zien dat het wél verantwoord is. De bewijslast ligt dan bij die persoon. Het is dan precies het tegenovergestelde als die moeder die in een depressie haar kinderen gedood heeft. Van die moeder zeg je: die moet heel speciaal zijn en nog extra risicofactoren hebben, dan moet ze in de tbs. Nee, bij die perverse, sadistische psychopaat zeg je: die heeft tbs met dwangverpleging nodig, die heeft een ontzettend hoog risico. En pas als er heel veel veranderd is met die persoon, dan mag die misschien terug naar de samenleving.

De heer **Swinkels**: Aantoonbaar veranderd.

Mevrouw **De Ruiter**: Aantoonbaar veranderd.

De **voorzitter**: Dat is duidelijk. Wij komen aan het eind van het gesprek, niet vanwege de inhoud, want wij zouden hier heel lang over door kunnen praten, maar helaas met een blik op de klok. Ik heb mevrouw De Ruiter een keer onderbroken toen zij een aanvulling wilde geven op het punt van de opleidin-

gen. Mag ik haar vragen dat punt nu kort aan de orde te stellen.

Mevrouw **De Ruiter**: Ik wil alleen maar even een klein lichtpuntje bieden in deze duisternis. Ik ben net benoemd aan de universiteit van Maastricht. Daar is al jarenlang een vrij actieve club rechtspsychologen aanwezig die de faculteit Rechten en de faculteit Psychologie aan elkaar verbindt. Ik ben daar net aan toegevoegd, meer vanuit de klinische forensische psychologie. Er zijn nu gesprekken gaande met de faculteit Geneeskunde en misschien zelfs met de faculteit Economie. Wij hebben namelijk ook nog zoiets als forensische accountancy. De plannen zijn dus om daar een multidisciplinair instituut op het gebied van forensic science op te richten. Een van mijn eerste taakstellingen is het opzetten van een master forensic mental health: een tweejarige opleiding die openstaat voor psychologen en psychiaters.

De **voorzitter**: Dat is toch mooi, om met een lichtpuntje te eindigen. Misschien moeten wij daar in het kader van ons onderzoek de komende weken ook maar eens een werkbezoek brengen.

Ik zei al dat wij aan het eind van het gesprek waren gekomen. Deze commissie zal rapporteren in mei. Ik hoop dat dan de conclusie aan uw kant van de tafel is dat dit in ieder geval een voorbeeld van evidence based politiek is.

Sluitting 12.10 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op vrijdag 17 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Vrijdag 17 maart 2006

Aanvang 14.00 uur

Gehoord worden mevrouw M. Drost, de heer D.W. Oppedijk en mevrouw M. Abad

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, mevrouw K. de Jong, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heet mevrouw Drost, mevrouw Abad en de heer Oppedijk welkom. Wij hebben nu enkele dagen met gesprekken achter de rug. De eerste dag zijn wij begonnen met een totaaloverzicht van het tbs-stelsel vanaf de rechtsgang tot plaatsing in de klinieken, de behandeling, het verloop, enzovoorts en er rezen vragen over het behandelen, het behandelplan, het maken van diagnoses, en dergelijke. Sinds een aantal jaren is er sprake van een nieuwe behandeling, de zogenoemde aselechte plaatsing, die invloed had op de klinieken en de vraag of met een bepaald type delinquent gewerkt wordt. De achtergrond van patiënten in een tbs-kliniek is veranderd, zowel wat betreft het type stoornissen als het type delicten. Verder neemt de behandelduur toe en neemt het aantal long stay-patiënten toe. Hoe effectief is de maatregel in termen van behandeling? Tbs houdt namelijk zowel beveiligen als behandelen in en om deze reden willen wij graag met u spreken over plaatsing, behandeling, behandelplan, behandelfilosofie en het fenomeen van de long stay. Wilt u, voordat ik het woord aan mevrouw Joldersma geef, uw huidige functie in de tbs-wereld duidelijk maken en wat uw ervaring daarvoor was?

Mevrouw **Drost**: Mijn huidige functie is directeur patiëntenzorg in de Pompestichting in Nijmegen. In deze kliniek worden tbs-gestelden behandeld. Op verschillende locaties hebben wij ook een grote forensische polikliniek. Sinds 1 januari zijn er ook een behoorlijk aantal long stay-plaatsen. Mijn vroegere ervaring is als psychiater-psychotherapeut in verschillende forensische klinieken en poliklinieken en als manager en directeur van het Pieter Baan Centrum. Ik heb verder heel veel gerapporteerd, klinisch en ambulant, voor de rechtbanken.

Mevrouw **Abad**: Momenteel werk ik in de tbs-kliniek Flevo Future in Utrecht als consulent-psychiater en als psychotherapeut. Ik werk vanaf 1994 in deze kliniek. Daarvoor heb ik vier jaar in de forensisch psychiatrische kliniek in Eindhoven gewerkt in dezelfde functie en daarvoor werkte ik tien jaar in de Van der Hoevenkliniek als consulent-psychiater en als psychotherapeut. Eenmaal in de zoveel tijd neem ik waar voor Hoofden Behandeling.

De heer **Oppedijk**: Ik heb gewerkt in de tbs van 1 maart 1979 tot 1 oktober 2005. Ik ben nu niet meer werkzaam in de tbs. Ik werkte als psychiater, als eerste geneeskundige in de Van Mesdagkliniek en ik ben negentien jaar geneesheer-directeur en tevens algemeen directeur geweest van de rijksinrichting Veldzicht in Balkbrug. Verder heb ik het nodige aan rapportage gedaan. De verandering van het type patiënt, het type stoornis, en dergelijke heb ik van dichtbij meegemaakt. In de tijd waarin ik startte sprak men over de atypische tbr-gestelde die een psychoticus was, een zeldzaam voorkomend type patiënt. In dertig jaar tijd is het beeld drastisch veranderd. Nu is ongeveer 25% van de populatie psychotisch, echt in de war.

Mevrouw **Joldersma**: Vanmorgen hadden wij een interessant gesprek over behandelingen en de effectiviteit daarvan. De toehoorder kan wel eens denken dat men in de klinieken maar wat doet. Ik ben benieuwd van u te horen wat u precies doet en waar u de knelpunten ziet. Ik begin met de plaatsing in de kliniek. Iemand heeft tbs met dwangverpleging opgelegd gekregen. Hij zit zijn straf uit en dan komt het moment waarop hij bij een van uw klinieken komt. Wat gebeurt er voordat iemand bijvoorbeeld in Veldzicht terecht komt?

De heer **Oppedijk**: Voorheen bestond er een selectie-instituut, het instituut dat bekeek wat er met de patiënt aan de hand is, welke therapie gewenst is en welke kliniek het meest geschikt is. In de afgelopen jaren is dat radicaal veranderd. Het selectie-instituut is afgeschaft en de aselechte toewijzing is ingevoerd. Dit wil zeggen dat het toeval aangeeft naar welke kliniek een patiënt gaat. Dit gaat voor 90% van de patiënten op. Vroeger kreeg Veldzicht de moeilijkste patiënten, maar door de aselechte toewijzing krijgt het de laatste vijf à zes jaar ook wat minder moeilijke patiënten. Toen het selectie-instituut werd opgeheven, moest men zelf een inschatting maken van wat met de patiënt aan de hand is. Veldzicht heeft

daartoe een opnameafdeling gecreëerd. Als een patiënt op die afdeling kwam, werd er een testbatterij op hem losgelaten met allerlei soorten onderzoeken. Hier werd ongeveer zes weken de tijd voor genomen. In de laatste jaren is daarin ook verandering gekomen. Meer benadrukt werd de samenwerking met het gevangeniswezen. Verder rees de vraag of de doorstroom van de tbs bevorderd kon worden door bijvoorbeeld al in de gevangenis het onderzoek te laten plaatsvinden. Met de Grittenborgh in Hoogeveen is een samenwerking ontstaan waarbij daar al werd onderzocht op welke afdeling de patiënt het beste kan worden geplaatst. Veldzicht bracht sinds acht of negen jaar binnen de inrichting een differentiatie aan, zodat daar een cluster ontstond voor seksueel delinquenten, psychiatrische patiënten, zwakbegaafden, enzovoorts.

Mevrouw **Joldersma**: Ik wil terug naar de wijze waarop de betrokkene bij u terecht komt. Er is sprake van een commissie van justitie. Wat doet deze commissie? Wordt er onderscheid tussen tbs-patiënten gemaakt?

De heer **Oppedijk**: In principe moet dit aselekt zijn, maar dat gaat voor 10% van de gevallen niet op. Voor deze bijzondere patiënten wordt een regeling getroffen.

Mevrouw **Joldersma**: Ik heb iets over sterretjespatiënten en mensen met een licht verstandelijke handicap gehoord.

De heer **Oppedijk**: Die worden daar niet mee bedoeld. Vooraf kunnen categorieën worden bedacht. De inrichting kan bijvoorbeeld alleen vrouwen of zwakbegaafden kiezen of niet. Elke kliniek heeft dat tevoren aangegeven. Er zijn nu nog inrichtingen die bepaalde patiënten liever niet willen, maar dan moet er – vanuit het departement geredeneerd – toch een oplossing worden gezocht. Een zusterinstituut moet dan een dergelijke patiënt opnemen.

Mevrouw **Joldersma**: Het idee achter de aselechte toewijzing was toch dat iedere kliniek verplicht was om op te nemen? Zit er nog verschil tussen rijksklinieken en particuliere klinieken?

De heer **Oppedijk**: Voor Veldzicht betekende het dat het wat makkelijker patiënten kreeg. Ik weet echter ook dat in de afgelopen jaren Veldzicht een aantal keren vanuit de oude functie als last resort bepaalde patiënten moest opnemen. Dit ging buiten de aselechte toewijzing om. Het principe van de aselechte toewijzing gaat voor 90% op en dat betekent dat inrichtingen in grote lijnen met elkaar te vergelijken zijn. Op financieel gebied kan nader bezien worden hoe effectief en efficiënt het verloopt, maar dit gaat niet voor 100% op.

Mevrouw **Joldersma**: Mag een rijkskliniek nooit weigeren? Kan Justitie zeggen dat iemand moet worden opgenomen? Of is er geen verschil tussen een rijks- en een particuliere kliniek?

De heer **Oppedijk**: Het principe van een aselechte toewijzing is dat het niets uitmaakt, maar dat geldt niet voor alle patiënten. Ik zeg niet tegen een patiënt: wij moeten je opnemen. Ik heb altijd gezegd: je bent welkom. Dat is een belangrijke start voor de verdere voortgang. Soms zeg je "welkom" tegen een patiënt die door andere instituten geweigerd is.

Mevrouw **Joldersma**: Mevrouw Drost, is bij u ook elke patiënt welkom? Of weigeren jullie wel eens een tbs-patiënt?

Mevrouw **Drost**: Het komt zeer zelden voor dat wij patiënten weigeren. Daar moeten bijzondere omstandigheden voor zijn, bijvoorbeeld als patiënten elkaar uit een andere kliniek kennen en de een de ander daar naar het leven heeft gestaan. Als mensen later in de behandeling van de eigen afdeling afkomen, is het uitermate onwenselijk dat zij elkaar weer ontmoeten. Het gaat echter om extreme gevallen. In principe zijn alle patiënten welkom. Ik wil nog inhaken op de opmerkingen van de heer Oppedijk over de aselechte toewijzing. Toen u over de commissie van justitie sprak doelde u waarschijnlijk op de afdeling individuele tbs-zaken, de ITZ. Het gaat om grove criteria. Een vrouw gaat bijvoorbeeld alleen naar een kliniek die ook vrouwen opneemt. Bij de Pompekliniek is dat bijvoorbeeld niet het geval. Hoeve Boschoord in Drenthe is speciaal voor zwakbegaafden. De sterretjespatiënten zijn mensen die bijzonder gevaarlijk gedrag vertonen en heel intensief begeleid moeten worden. Zij bedreigen begeleiders en zetten ze onder druk, zodat men deze mensen het liefst laat circuleren van de ene bijzondere afdeling naar de andere. Als het echter nergens gaat, wordt het Veldzicht. Dit betreft dus de invalshoek van de beveiliging. De andere invalshoek is het type patiënt. Het gaat daarbij om een beperkt aantal uitzonderingen, omdat anders de gehele aselechte toewijzing niets zou voorstellen.

Mevrouw **Joldersma**: Geldt de aselechte toewijzing ook voor forensische klinieken die onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vallen?

Mevrouw **Drost**: Die klinieken staat het meer vrij om patiënten te weigeren, omdat dit binnen de kaders van de ggz hanteerbaar moet blijven.

Mevrouw **Joldersma**: Valt deze aselechte toewijzing onder die 10%?

De heer **Oppedijk**: Neen, ik zou die buiten die 10% houden.

Mevrouw **Joldersma**: Mevrouw Abad, kunt u iets over het Meijers Instituut zeggen? Hoe vond toen de toewijzing naar de klinieken plaats?

Mevrouw **Abad**: Indertijd werd er rekening mee gehouden dat de tbs-klinieken een andere manier van behandeling kenden. De ene kliniek was meer gedrags-therapeutisch gericht en de andere meer psychoanalytisch. Sommige klinieken kregen heel moeilijke patiënten. Andere klinieken met minder moeilijke patiënten leverden mooie ontslagcijfers, maar dat gaf geen goed beeld. Bepaalde klinieken beschikten over een typische populatie. Het voordeel nu is dat iedere kliniek gedwongen wordt om ongeveer op dezelfde manier te werken, maar dit proces was al gaande. Iedereen koos steeds meer voor een gedragstherapeutische benadering. De aselechte aanpak faciliteert ook het verrichten van onderzoek. Tevens is de afgelopen jaren meer samenwerking ontstaan tussen klinieken waardoor men elkaar vaak bij moeilijke patiënten en diagnoses kan helpen. Zo kan ik

de Pompekliniek vragen om een patiënt van ons te onderzoeken.

Mevrouw **Joldersma**: U schetst een aantal voordelen, maar kunt u toelichten wat het Meijers Instituut precies deed? Werden mensen geobserveerd en werden diagnoses gesteld?

Mevrouw **Abad**: In die periode probeerden wij patiënten te onderzoeken en te bekijken bij welke behandelingsmethode ze het meeste baat zouden hebben. Dat werd geprobeerd via observatie en onderzoek van zeven weken. Observaties van vak- en sociotherapeuten waren belangrijk. Verder vonden gesprekken met psychiaters en psychologen plaats. Na zeven weken werd een conclusie getrokken. Ik leg het simpel uit, maar dat was indertijd de basis.

Mevrouw **Joldersma**: Ziet u daar de voordelen van? Of zijn er nadelen omdat die aanpak er niet meer is? Kan mevrouw Drost hierop ingaan?

Mevrouw **Drost**: Het nut was dat patiënten vaak uitgebreid onderzocht waren voordat ze de tbs-maatregel kregen, maar dat kon wel eens tien jaar geleden zijn. Als iemand tien jaar in het gevang zit met een onbehandelde stoornis, kunnen er veranderingen in de loop van de tijd zijn opgetreden. Het was zeker nuttig dat een hertoets werd gedaan voordat deze mensen in een bepaalde kliniek kwamen die toen meer verschilden in behandelprogramma's, klimaat, en dergelijke. De verandering is dat het heronderzoek nu in de klinieken moet gebeuren en het nadeel is dat hiervoor een behandelplaats moet worden gebruikt. Een voordeel is dat het onderzoek gericht kan plaatsvinden. Iemand die bij de Pompestichting binnenkomt wordt tevoren in de penitentiaire inrichting bezocht. Er wordt verteld op welke afdeling men komt en er wordt bezien of iemand wel behandeld wil worden. Vaak is dit niet het geval, maar dan wordt verteld wat het belang van medewerking is, enzovoorts. Op de opnameafdeling vindt nadere diagnostiek plaats. Gekeken wordt hoe men zich tussen de andere patiënten gedraagt en hoe men met het personeel omgaat. Hieruit kunnen zaken die bij een persoonlijkheidsstoornis komen duidelijk worden. Die uit zich namelijk niet in symptomen, maar in de manier waarop mensen met elkaar, met conflicten en met teleurstellingen omgaan. Het leven op de afdeling is dus heel belangrijk, zoals dat in het Meijers Instituut ook het geval was. De afdeling diagnostiek verricht gericht onderzoek. De uitslagen worden met de eerder gestelde diagnose vergeleken. Verder is de huidige diagnostiek niet alleen op stoornissen gericht maar ook op de risicofactoren en de delictanalyse.

Mevrouw **Joldersma**: U zei dat het Meijers Instituut een deel van de diagnose deed. U stelt nu zelf de diagnose omdat het Meijers Instituut er niet meer is. Tegelijkertijd zoekt u mensen in de gevangenis op als bekend is dat zij bij u in de kliniek komen om zodoende een stukje opname voor te bereiden.

De heer **Oppedijk**: Ik neem aan dat u op zoek bent naar de gevolgen van de verandering. Mevrouw Drost noemde al een aantal. Ik heb gemerkt dat het opvangen in crisissituaties in het begin wat meer problemen gaf. Het Meijers Instituut, het vroegere selectie-instituut, had naast

de functie van selectie ook een crisisfunctie. Als een patiënt in een instituut in een crisissituatie raakte, ging hij vaak voor een aantal weken naar het Meijers Instituut. Daarna kwam hij weer terug. Inmiddels was de afdeling van de betrokken inrichting weer op orde en dan ving je de patiënt opnieuw op. Sinds de verandering van het Meijers Instituut in een gewone kliniek moeten wij de crisissituaties onderling oplossen. In het begin moest enigszins gezocht worden naar een manier, maar in de praktijk werden oplossingen gevonden. Er is een levendige opvang van crisissituaties in de afgelopen jaren geweest.

Mevrouw **Joldersma**: De centrale time-outfunctie is verdwenen.

De heer **Oppedijk**: Ja.

Mevrouw **Joldersma**: Vanmorgen gaf mevrouw De Ruiter een voorbeeld van een moeder die vanwege een depressie haar kinderen vermoordde en in de tbs met dwangverpleging belandde. Mevrouw De Ruiter zei dat deze vrouw daar niet thuishoorde, omdat dit een te zware maatregel is. Vindt u ook dat sommige mensen die u binnenkrijgt daar niet thuishoren? Of horen mensen die tbs krijgen gewoon bij u in de kliniek thuis?

Mevrouw **Abad**: Wij krijgen patiënten die de gang van zaken ontwrichten en aan het dealen waren.

Mevrouw **Joldersma**: Doelt u op verslaafde patiënten?

Mevrouw **Abad**: Ja, of niet verslaafden maar wel patiënten die proberen het systeem op de afdeling te ontwrichten. Ik vind selectie van patiënten belangrijk. Het is van belang dat wij weten wat voor soort patiënten wij krijgen. Als patiënten niets willen, kunnen zij veel kwaad aanrichten. Als die patiënten na een jaar nog niets willen, zouden ze een poosje naar de gevangenis moeten en gesprekken voeren over motivatie. Als ze dan alsnog niets willen, prima, andere patiënten willen wel. Dat is voor ons erg belemmerend. Het zijn er niet veel, maar je hebt je handen vol aan dat soort patiënten.

Mevrouw **Joldersma**: Er komen patiënten bij u die niet behandeld willen worden en de gang van zaken ontwrichten. U kunt er niet veel mee, maar u moet ze behandelen.

Mevrouw **Abad**: Ik zeg niet dat ze niet te behandelen zijn. Dat kan namelijk nog komen omdat de motivatie voor behandeling een op- en neergaande lijn vertoont. In de loop van 25 jaar heb ik gezien dat de motivatie wisselt en afhankelijk van veel factoren is. De motivatie kan beïnvloed worden door het overlijden van een ouder, een goed gesprek met een bezoeker, en dergelijke. Ik wil niet dat die patiënten worden afgeschreven. Het is goed dat zij er even uitkunnen.

Mevrouw **Joldersma**: Dit zijn dus voor u lastige patiënten. Zijn er nog meer lastige groepen of patiënten die niet in uw kliniek thuishoren?

Mevrouw **Drost**: U gaf een voorbeeld van een moeder die haar kinderen doodde. Zo zijn er ook mensen die hun partner doden. Uit onderzoek blijkt dat de kans dat dit opnieuw gebeurt heel laag is. Wij zitten echter achteraan

het traject; het tbs-vonnis is dan al opgelegd. Het is de vraag of eerder bij het instromingstraject bij tbs vastgesteld moet worden dat aan mensen die dit soort delicten plegen helemaal geen tbs opgelegd moet worden. Wij hebben daar geen invloed op. Als de mensen in de kliniek komen, kunnen wij proberen ze zo spoedig mogelijk te resocialiseren. Het probleem is dat weliswaar uit studies blijkt dat partnerdoders weinig recidiveren, maar er zijn er altijd een paar die wel twee- of driemaal de partner om het leven brengen. Ik heb wel eens de tbs van een oude baas van 80 jaar verlengd. Iedereen riep dat het een schande was omdat het om zo'n zielige oude man ging, maar hij had al twee partners om het leven gebracht en in het verpleeghuis een verzorgster bijna de keel afgesneden omdat het eten koud was. Voor deze mensen is de tbs-maatregel terecht, maar het zijn natuurlijk extreme gevallen. Wij behandelen individuele patiënten en niet grote statistische groepen, maar je zult maar net die ene hebben waarvan je dacht dat hij niet zou recidiveren, maar het wel doet. Dan heb je natuurlijk weer heisa.

Mevrouw Joldersma: Nadat de mensen bij u zijn binnengekomen, is er geen mogelijkheid meer om ze elders onder te brengen. Hoe gaat u dan de volgende fase in? U sprak al over een opnameafdeling, maar er moet ook nog een diagnose worden gesteld. Hoe stelt u die diagnose? Gebruikt u daarvoor hulpmiddelen of risicoanalyses? Of wordt de diagnose uit de losse pols gesteld?

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. Internationaal moet een classificatiestelsel worden gehanteerd. Dit wordt overal gedaan. In de diagnoses, behandelplannen, verlofaanvragen, verlengingsadviezen en rapportages wordt dit altijd vermeld. Hoe verricht je diagnostiek? Ik wijs op het algemeen psychiatrisch onderzoek, zoals een psychiater dat doet: Wat zijn de symptomen? Hoe zit iemand in elkaar, wat is de levensloop, wat is eventueel genetica en wat zijn eventueel lichamelijke factoren? Verder zijn er uitgebreide psychologische testen voor intelligentie, hersenbeschadiging en voor persoonlijkheid. De laatste jaren horen daarbij de risicotaxatie en de risicoanalyse.

Mevrouw Joldersma: Gebruikt u programma's of richtlijnen of zijn die heel recent? Met wat voor soort programma's kunt u heel goed werken?

Mevrouw Drost: In de algemene ggz wordt veel gewerkt met zorgprogramma's, maar nog niet overal. Het is een taai proces om de wetenschap te vertalen in iets wat op de werkvloer zichtbaar wordt, maar het wordt steeds meer gedaan. Iedere patiënt heeft een behandelplan en de elementen daarvan worden ontleend aan de risicoanalyse en aan wat de wetenschap leert over effectieve methodes. Dit geldt uiteraard voorzover daarover iets bekend is. U

moet niet denken dat de gezondheidszorg voor 90% uit evidence based behandelingen bestaat. Dit is zelfs in de bloeddrukregulatie niet het geval. Er is onderzoek verricht naar een effectieve behandeling, de richtlijnen van de beroepsverenigingen, en dergelijke. Er zijn verschillende bronnen waaruit de behandelplannen kunnen worden gedestilleerd. Deze lijnen zijn meestal vrij abstract. Ik heb hiervan een voorbeeld gegeven in verband met de behandeling van zeden- en agressieve delinquenten. Je kunt ongeveer zeggen hoe deze mensen in elkaar zitten. Een onderzoek kan zeggen wat effectief is, maar wat nog niet onderzocht is of tegenstrijdig is. Uit de resultaten kun je lijnen voor de concrete behandeling putten. Wat bekend is, moet in een zorgprogramma worden gestopt. Bij een psychotische patiënt hoort het gebruik van de richtlijnen behandeling psychotische patiënten. Verder horen daarbij medicatiegebruik, een overzichtelijke structurerende omgeving, een goed sociaal netwerk, het toewerken naar bepaalde woonvoorzieningen of opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat kunnen doelen zijn die worden toegepast en vertaald in een behandelplan. Bijvoorbeeld: iemand moet eenmaal per twee weken bepaalde medicijnen hebben, op een bepaalde tijd uit bed komen en 's middags een uurtje rusten, en dergelijke. Het betreft dus een concrete vertaling naar zorgprogramma's en behandelplannen.

Mevrouw Joldersma: Verschilt dat per individu?

Mevrouw Drost: Zorgprogramma's kies je voor bepaalde groepen patiënten op basis van het onderzoek en de klinische ervaring. De behandelplannen zijn individueel. Die spreek je, net zoals in de gewone gezondheidszorg, met de patiënt af.

Mevrouw Joldersma: Kunt u voorbeelden geven van doelen in zo'n behandelplan? Staat er dat iemand een gestructureerd leven moet leiden of dat hij ervoor moet zorgen dat hij binnen een bepaalde tijd voor verlof in aanmerking moet komen?

Mevrouw Drost: De individuele behandelplannen zijn sterk gekoppeld aan de toedracht van het delict en de risicofactoren. Het focus is verschoven van behandeling van een stoornis naar het managen van de risicofactoren. Iemand heeft bijvoorbeeld onder invloed van drugs een ander ernstig mishandeld. Een van de risicofactoren is dan het drugsgebruik. Een behandelplan is dan drugsvrij worden. Een middel daartoe is het volgen van een behandelplan die gericht is op verslaving. Het gaat daarbij vaak om urinecontroles. Bij overtreding wordt gewaarschuwd voor bepaalde gevolgen. Het doel is aan de risico's gerelateerd en de methoden zijn in het behandelplan opgenomen.

De heer Oppedijk: Ik wil nog een aanvulling geven. Van belang is dat de diagnostiek geprotocolleerd is. Er moeten testen volgens afspraak worden afgenomen. Wetenschappelijke onderzoekers van de diverse tbs-instituten hebben afspraken gemaakt over belangrijke persoonlijkheids- of intelligentietesten. Daarover is overeenstemming en het instituut moet zich daaraan houden. Het is de bedoeling dat op enig tijdstip na een bepaalde periode opnieuw dit soort testen wordt afgenomen. Dit is arbeidsintensief, maar de instituten doen het wel. Het is de bedoeling dat bezien wordt of verandering door de behandel-

zorgprogramma's meetbaar is. De risicotaxatie is daar een onderdeel van. Op diverse momenten moet de risicotaxatie worden herhaald. Als een patiënt op een afdeling zit en er is een behandelplan gemaakt, moet dit ook op inrichtingsniveau worden getoetst. Over een patiënt worden twee vergaderingen gehouden: een vergadering op afdelingsniveau, multidisciplinair, waar de psychiater, de psycholoog en de maatschappelijk werker bij zitten en een vergadering op inrichtingsniveau waar een directielid bij zit die namens het instituut zegt hoe het plan wordt uitgevoerd. Andere instituten hebben dit de afgelopen jaren ook of opnieuw ingevoerd. Dit was een aanbeveling om scherp te blijven, elkaar goed te coachen en om een bepaalde eenheid te krijgen.

Mevrouw Joldersma: U geeft aan dat de richtlijnen en protocollen worden gebruikt. Vanmorgen hoorden wij dat het ook gaat om eigenwijze professionals die een eigen behandelcultuur hebben. Deze behandelcultuur heeft nogal eens invloed op wat er uiteindelijk gebeurt. Kunt u daarop ingaan? Destijds bleek uit een onderzoek dat er binnen Flevo Future een bepaalde behandelcultuur bestond. Welke invloed heeft een behandelcultuur op diagnoses en behandeling?

Mevrouw Abad: Ik wil nog iets toevoegen aan wat collega Drost zei. Als een patiënt binnenkomt, is het belangrijk dat het deel uit de pro justitia-rapportage waarin de reden wordt gegeven van de oplegging van de tbs, zorgvuldig met de patiënt wordt doorgenomen. Gevraagd moet worden of men het eens is met de rapporteur. Ik wil weten of men het eens is met de omschrijving van de problemen en de reden waarom het delict is gepleegd. Als je in het begin weet dat er geen commitment is, kan daarop de behandeling worden gericht. Dat gebeurt voor het eerste behandelplan. Nu wij een afdeling diagnostiek hebben, gebruiken wij het diagnostische rapport van de kliniek. Dat is bruikbaar bij het opstellen van het behandelplan omdat daaruit blijkt waarover de patiënt en de behandelaar het met elkaar eens zijn of niet over hoe gevaarlijk hij is en wat hem gevaarlijk maakt. Voor de behandeling is het ook belangrijk om de vroegsignalering van Frans Flutter te noemen. Dit is een behandelinstrument voor de psychotherapie. Er wordt met de patiënt gesproken, zodat het via signalen duidelijk wordt hoe dicht hij bij het plegen van een delict is. Van die signalen wordt een lijst gemaakt die wordt doorgenomen voordat iemand met verlof gaat en ook daarna. Dit was een gevolg van de kwestie-Mike S. U vroeg verder naar de invloed van de cultuur op een behandeling. Er zijn bijvoorbeeld medewerkers uit het gevangeniswezen die een opleiding voor psychotherapeut volgen. Hierbij komt de beheerskant sterk naar voren. Als zich iets voordoet in een kliniek moet eerst bezien worden wat leerzaam voor de patiënt is in plaats van dat men hem wegstuurt of opsluit. In de jaren tachtig was er bijvoorbeeld in het Meijers Instituut sprake van een beheerscultuur die nodig was omdat de patiënten na zeven weken weer weg gingen. Het was dus erg belangrijk dat de zaken daar onder controle gehouden werden. In die zeven weken werd niet met behandelingen of interventies geëxperimenteerd. Na die periode rezen er echter problemen omdat er te veel psychotherapeuten waren die wilden beheersen en niet behandelen. Ze zeiden dat ze wilden behandelen, maar hun gedrag liet iets anders zien. Er waren twee culturen die met elkaar botsten en veel problemen gaven.

Mevrouw Joldersma: U maakt een onderscheid tussen beheers- en behandelcultuur. Betekent dit ook dat mensen niet goed zijn opgeleid om met tbs'ers te werken?

Mevrouw Abad: Soms zit het in de genen. Ik vraag me wel eens af waarom sommigen geen ander werk zoeken of naar een huis van bewaring gaan.

Mevrouw Joldersma: Zegt u daarmee dat voor het werken met tbs'ers een speciaal gevoel of attitude nodig is?

Mevrouw Abad: Zorg en behandeling moeten met elkaar in evenwicht zijn. Beveiliging en behandeling moeten beide geboden worden.

Mevrouw Joldersma: Kunt u iets zeggen wat het belang van verlof voor de behandeling is? Hoe maakt u binnen de kliniek deze afweging? Heeft dat te maken met de beheerscultuur of behandelcultuur?

Mevrouw Drost: De klinieken hebben, naast de opdracht de mensen binnen te houden, ook een behandelopdracht. Het doel van de behandeling is dat iemand zijn leven kan leiden en daar hoort altijd resocialisatie bij. Patiënten moeten ook enige hoop hebben. Het is een beloning op lange termijn en dat spreekt onze doelgroep niet erg aan. Men kijkt meestal naar de korte termijn en als dat verkeerd uitpakt, ziet men dan wel weer. Wij stellen degene die daar gevoelig voor is verlof in het vooruitzicht als hij zijn problemen kan hanteren of oplossen. Sommigen willen onmiddellijk met verlof, omdat zij zeggen dat zij in het gevang al veel hebben nagedacht en met de geestelijke verzorging hebben gesproken zodat zij niet meer met ons hoeven te praten. Dat is niet reëel, maar er worden doelen opgesteld. Wat is er nodig om buiten te kunnen te functioneren, om de eerste stapjes te zetten, de vervolgstappen en tot slot helemaal uit de tbs te komen? Je krijgt een soort gestructureerdheid. Aan de patiënt kan worden uitgelegd waarom wij zeuren dat hij aan bepaalde punten moet werken. Het zijn niet de patiënten die uit zichzelf met een hulpvraag komen. De behandeling begint met ze ervan bewust te maken dat er een probleem is en dat dit niet de omgeving is of dat justitie ze onrechtvaardig behandeld heeft. Als ze dit eenmaal te pakken hebben, kun je aangeven welke punten aan de patiënt veranderd moeten worden. Als patiënten niet veranderd kunnen worden, wordt bezien hoe de handicaps gehanteerd worden zonder dat er brokken worden gemaakt en dat men buiten kan leven op de manier waarop men dat voor ogen heeft. Het handicap-model speelt ook in het toekomstperspectief dat de patiënt kan worden voorgespiegeld een belangrijke rol. Veel mensen denken dat ze na een paar jaar in de kliniek gewoon weer buiten hun eigen leven kunnen leiden. De vroegere tbr-gestelde ging meestal weer naar het eigen gezin. Een grote groep nu gaat naar psychiatrische ziekenhuizen of beschermde woonvormen. Overigens vindt men dat aanvankelijk ook maar niets. Dit alles geeft echter richting aan het behandelplan waardoor een patiënt langzamerhand kan inzien waarom bepaalde ideeën van behandelaars nog niet zo gek zijn of op welke inschattingen ze gebaseerd zijn.

Mevrouw Joldersma: Wanneer ziet u zoveel vooruitgang dat men met begeleid verlof kan? Wat geeft de doorslag?

Mevrouw **Drost**: Dat je denkt dat op bepaalde punten verandering is opgetreden wat het risicogedrag betreft. Het gaat dan vooral om de vraag of de kortetermijnrisico's acceptabel geworden zijn. Rent iemand, als hij naar buiten gaat, weg omdat hij helemaal niets wil, omdat hij vindt dat hij niet in de kliniek thuishoort of omdat hij denkt dat hij voor de long stay wordt aangemeld? Zo iemand wordt niet naar buiten gelaten. Het verlof moet een doel hebben. Iemand moet bijvoorbeeld in de kliniek na een scholing een stageplaats vervullen in het kader van de opleiding. Je kunt dan zeggen dat dit voor zijn toekomst een belangrijk doel is. Wat is hiervoor nodig? Er komt dan een fase in de behandeling waarvoor verlof nodig is. Dit is de belangrijkste reden en niet het gegeven dat iemand er bijvoorbeeld al drie jaar zit en het tijd voor verlof wordt. Zo werkt het niet.

Mevrouw **Joldersma**: Mijnheer Oppedijk, kunt u ingaan op de vraag welke rol de risicotaxatie speelt bij het toekennen van verlof? Hoe was het in het verleden? Er waren incidenten in Veldzicht en in Flevo Future. Is dit in de loop van de tijd veranderd?

De heer **Oppedijk**: 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 verlof. De behandeling was toen erg psychotherapeutisch gekleurd en bezien werd of de patiënt een wezenlijk ander mens geworden was. Dat was het criterium om te bezien of men met verlof 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 verlof 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.

Mevrouw **Joldersma**: Met de laatste tijd bedoelt u de laatste twee, drie jaar.

De heer **Oppedijk**: Nee, de laatste acht jaar. Mevrouw De Ruiter heeft de tbs opgeschud en bracht in de goede zin leven in de brouwerij. Mevrouw De Ruiter zei dat over de risicotaxatie dat niet alleen op het klinisch oordeel kan worden afgegaan, maar dat ook moet worden afgegaan op wat een meetinstrument meet. Control is belangrijk geworden dankzij mevrouw De Ruiter. Er is nooit onderzoek geweest, ook niet in de tijd waarin het meer aan therapie gekoppeld was, naar de positieve invloed van verlof. Wij gaan ervan uit dat dit een positieve invloed

heeft, maar het is nooit echt gemeten. Artikel 2 van de Beginselenwet stelt al dat het dienstbaar moet worden gemaakt aan resocialisatie, maar wij weten niet of verlof echt gunstig werkt of dat dit de behandeling ten goede komt.

Mevrouw **Joldersma**: U gaat daarvan uit. Iedereen zegt tegen ons dat je niet kunt behandelen zonder mensen de mogelijkheid te geven om dat in de praktijk uit te proberen.

De heer **Oppedijk**: Iedereen heeft hetzelfde jargon. Wetenschappelijk is het echter nooit bewezen. Tegenwoordig is control het uitgangspunt. Je kunt veel beter uitgaan van risicofactoren, van wat uit de delictanalyse naar voren komt en hoe dit samen met de patiënt beheerst wordt. Lukt dat niet samen met de patiënt, dan moet je hem natuurlijk niet met verlof laten gaan.

Mevrouw **Joldersma**: U zegt dat behandeling nooit de reden kan zijn om iemand met verlof te sturen.

De heer **Oppedijk**: Dat heb ik altijd uitgestraald. Als gezegd werd dat iemand al lang vastzat en frisse lucht moest hebben, is dat vragen om moeilijkheden. Ik heb dat altijd proberen tegen te gaan.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u ook iets zeggen over het instrument van de risicotaxatie? Dat werd een tijd geleden in Nederland geïntroduceerd en men is het gaan gebruiken. Ik dacht dat het pas de laatste jaren verplicht voorgeschreven was. Bent u tevreden over het instrument?

De heer **Oppedijk**: Er zitten veel aspecten aan deze vraag. De samenwerking met de instituten onderling is heel goed geweest. Onder leiding van professor Van den Brink is gebrainstormd over het maken van een risicotaxatie-instrument. Verder is uitgebreid met wetenschappelijke onderzoekers gesproken. Er zijn voorstellen en een verplichting gekomen. Wij hebben met zijn allen de schouders eronder gezet en zijn die risicotaxatie-instrumenten gaan gebruiken. Verder is er sprake van een testonderzoeker en een behandelaar die samen proberen een consensusoordeel te vormen. Je moet oppassen dat je het niet overschat. Ik gaf hiervan al tijdens de besloten zitting met deze commissie een voorbeeld. Er zijn misverstanden over het inschatten van de mate van gevaar met behulp van zo'n risicotaxatie-instrument.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u dat toelichten?

De heer **Oppedijk**: Als je een schatting maakt, heeft een clinicus in ongeveer 30% van de gevallen gelijk. Dat is iets meer dan een leek. Een risicotaxatie-instrument heeft in 40% van de gevallen gelijk.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hebben wel eens percentages van 80 gehoord. U gelooft daar niet in?

De heer **Oppedijk**: Absoluut niet. Dat is op geen enkele wijze wetenschappelijk gefundeerd. In Nederland leeft een mythe die ik wil ontzenuwen, hetgeen een bepaalde logica vereist. Als je een instrument hebt met een betrouwbaarheid van 40% en je mengt dat met iets van 30%, mag je de percentages niet bij elkaar optellen. Je

kunt niet zeggen dat, als het klinische oordeel plus het meetinstrument gebruikt worden, je een percentage van 70 krijgt. Denk aan het verdunnen van wijn, als je het betere mengt met iets van een mindere kwaliteit, ontstaat een minder goed aftreksel. Ooit is er een test geweest waaruit een percentage van 55 kwam, maar dat kon niet meer gereproduceerd worden. Kortom: zo'n instrument moet niet worden overschat. Ik meen dat dezer dagen de stem van de patiënt weinig gehoord wordt. De groep waarover wij nu spreken moet ook worden genoemd. Het klinisch oordeel en de risicotaxatie leiden ertoe dat veel mensen langer binnen worden gehouden dan misschien nodig is, maar zeker is dit niet. Ik herinner u aan het spelletje Wie van de drie. Eén van de drie gaat ernstig in de fout, maar je weet niet wie en daarom worden de andere twee ook binnengehouden. Als je rekening houdt met een recidive van 20% en er is een inschattingkans van 30% dat je het goed hebt, houd je 65 van de 100 patiënten ten onrechte vast.

Mevrouw **Joldersma**: De getallen zijn moeilijk om na te rekenen. Zegt u dat de risicotaxatie op zich een goed instrument is omdat alleen het klinische oordeel onvoldoende is, maar dat zij niet mag worden overschat? Wordt het gevaar op recidive overschat of worden te veel mensen binnengehouden?

De heer **Oppedijk**: Wij hebben niets beters. Een risicotaxatie-instrument is een checklist met items, maar het is het beste wat wij hebben.

Mevrouw **Joldersma**: Dit betekent dat op basis van de risicotaxatie mensen naar buiten mogen die daarvoor eigenlijk te gevaarlijk zijn en dat bepaalde mensen binnen blijven die eigenlijk wel naar buiten mogen.

De heer **Oppedijk**: Het instituut, de patiënt en het ministerie van Justitie zijn het op een gegeven ogenblik met elkaar erover eens dat de patiënt naar buiten mag. De patiënt heeft een behandeltraject doorlopen, een zorgprogramma gevolgd en het risicotaxatie-instrument is ingezet: wij wagen het erop. In 40% van de gevallen heb je gelijk en in 60% niet. Dat is het dilemma.

Mevrouw **Joldersma**: Een jaar geleden heeft zich in Veldzicht een voorval voorgedaan. Hebt u in toen een risicotaxatie toegepast en valt dit voorval onder die 60%?

De heer **Oppedijk**: Ik moet de privacy van mensen in het oog houden. Dit is een schoolvoorbeeld van de manier waarop wij willen dat met de patiënt wordt omgegaan. Betrokkene heeft een flink aantal jaren in de tbs gezeten. Er zijn schattingen gemaakt en er zijn risico-instrumenten gebruikt. Hij is met kleine stapjes op verlof gegaan. Dit was de 42^{ste} keer dat hij met begeleid verlof was en toch ging het mis. Het ging zelfs verschrikkelijk mis. Uiteindelijk sta je met lege handen. Allen hebben zorgvuldig gehandeld en toch ging het mis.

Mevrouw **Joldersma**: Toen was die verplichte risicotaxatie al ingevoerd? Alle procedures waren gevolgd en toch ging het mis.

De heer **Oppedijk**: Ja.

Mevrouw **Joldersma**: Welke lessen trekt u uit zo'n voorval?

De heer **Oppedijk**: Toen ik voor deze bijeenkomst werd uitgenodigd, ben ik nagegaan wat er de afgelopen tien jaar is gebeurd. De belangstelling van de media en de politiek voor de tbs is heel groot. Dit heeft positieve en negatieve kanten. Ik vind dat tbs iets heeft van een opgezweept paard. Bij elk incident rijst de vraag: wat kunnen wij beter doen? Dit is een invoelbare vraag, maar je zoekt op de vierkante millimeter wat nog verbeterd kan worden. Moet bij iedereen opnieuw een risicotaxatie worden gedaan? Dat is verleden jaar gebeurd, maar dat is zeer arbeidsintensief. Je dwingt de behandelaars zich met diagnostiek bezig te houden, dus hebben ze minder tijd om te behandelen. Er werden nieuwe afspraken gemaakt in overleg met departementen en directeuren onderling die in het instituut werden ingevoerd, maar daardoor schoot het wekelijkse gesprek met de patiënten erbij in. Dat werd dan eenmaal in de twee weken gehouden.

Mevrouw **Joldersma**: Gezegd werd dat, als zo iemand toch een delict begaat, het toeval een rol speelt. Heeft het dan nog zin om te bezien waar die onttrekkingen mee te maken hebben? Moet dit per geval worden bekeken of moeten alle gevallen tegelijkertijd bezien worden?

De heer **Oppedijk**: Voor tbs-instituten zou het heel belangrijk zijn feedback te krijgen hoe het gaat met mensen die uit de tbs zijn ontslagen. De registers van nieuwe veroordelingen zouden voor de tbs-instituten toegankelijk moeten worden gemaakt. Men is dat wel van plan, maar het gaat heel moeizaam, vanwege privacy enz. Op een gegeven moment heb je het gevoel dat je een patiënt goed hebt behandeld. Die patiënt stroomt uit, maar je hoort er nooit meer wat van. Daarover moet je feedback krijgen, waarvan je moet leren. Dat is heel belangrijk.

Mevrouw **Joldersma**: Wie zou de feedback moeten organiseren? Kan een kliniek dat of moet een centraal orgaan dat doen? Moet het van het ministerie komen?

De heer **Oppedijk**: Dat is een heel goede vraag. Het moet een samenspel zijn tussen het ministerie, met name het WODC, en het nieuwe Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Wij hebben wel allerlei instrumenten. Men is ook van goede wil, maar er moet veel georganiseerd worden. Ik wilde eigenlijk zeggen dat de organisatie anders moet zijn dan die naar aanleiding van een incident. Naar aanleiding van een incident gebeurt er ad hoc wat, maar als je wat doordenkt, is bijvoorbeeld de feedback die ik net noemde, over mensen die zijn uitgestroomd en waarop je het zicht hebt verloren, veel belangrijker. Die feedback moet uit de justitiedossiers komen.

Mevrouw **Joldersma**: Als de behandeling in uw kliniek afgelopen is en de tbs is beëindigd, ziet u die persoon dus niet meer terug en hebt u geen enkel contact meer met hem?

De heer **Oppedijk**: Nee, dat is het punt.

Mevrouw **Joldersma**: Voelt de kliniek zich dan niet zelf verantwoordelijk? U zet iemand buiten die u zo lang hebt

gekend en opeens laat u hem gaan, terwijl u weet dat die persoon een zeker delict risico met zich draagt.

De heer **Oppedijk**: Daar ben ik het helemaal mee eens. Wij proberen er ook iets aan te doen, maar je moet een stok achter de deur hebben, bijvoorbeeld bij een tbs met voorwaarden, een voorwaardelijke beëindiging. Die geldt maar drie jaar. Onze patiëntenpopulatie is vaak zodanig dat men op een gegeven moment vindt dat het mooi genoeg is geweest met de "bemoeizorg". Alle gedrag van een patiënt wordt onder de loep gelegd. Als hij niet meer moet, zal hij niet zo gemotiveerd meer zijn om een behandeling te blijven volgen, op een enkeling na. Als er geen stok achter de deur is, lukt het niet. Wij willen die kant op. Dat is op metaniveau belangrijk. Door diverse mensen hier is al gezegd dat het belangrijk is dat wij patiënten langer kunnen volgen, langer onder controle kunnen houden, langer toezicht kunnen uitoefenen en als het nodig is weer preventief kunnen ingrijpen.

Mevrouw **Joldersma**: Meent u dat u dit vrijwillig nooit van de grond krijgt? Moet er echt een stok achter de deur zijn?

De heer **Oppedijk**: Het woord "levenslang" is al gevallen. Ik ben ervoor dat het heel lang kan duren.

Mevrouw **Joldersma**: Misschien wil mevrouw Abad nu ingaan op het incident waarmee Flevo Future alweer twee jaar geleden te maken heeft gehad. Was dat incident toeval of lag het toch iets anders?

Mevrouw **Abad**: Ik ben het niet helemaal eens met mijn collega. Misschien heeft het ermee te maken dat ik een cursus heb gevolgd bij Corine de Ruiter. Mijn collega noemde een ander percentage dan de 80% die ik in mijn hoofd heb. Misschien geloof ik dingen die leuk zijn om te geloven.

Mevrouw **Joldersma**: Ziet u de risicotaxatie als een belangrijk instrument?

Mevrouw **Abad**: Ja, zeker naar aanleiding van het incident van destijds. Het is heel fijn om niet alleen uit te gaan van de klinische blik van je collega's en jezelf, maar dat instrument er ook bij te hebben. Ik vind het niet goed dat bij een verlengingszitting voor de rechtbank de advocaat vraagt wat het cijfer uit de risicotaxatie is. De test krijgt dan een accent dat niet goed is. Bij het trekken van een conclusie gaat het om een combinatie van factoren. Ik ben het er dus mee eens dat niet alleen moet worden uitgegaan van een risicotaxatierapport. Eens in de vier, vijf jaar blijkt een heel ernstig incident plaats te vinden. Dan ben je de klos. Alle media zijn met je bezig. Twee jaar geleden waren wij jammer genoeg aan de beurt. Daarna zijn er veranderingen gekomen in de kliniek. Alles wat toen fout kon gaan ging fout. Ik kan hier echt geen mooi verhaal ophangen. Er zijn echter goede veranderingen gekomen.

Mevrouw **Joldersma**: U hoeft niet alles te vertellen, maar kunt u iets meer zeggen over wat fout ging in de kliniek? Waar had dat mee te maken? U doelt op de man die het meisje uit Eibergen ontvoerde.

Mevrouw **Abad**: Inderdaad. De communicatie onderling was niet goed geweest. Wij hadden de rapporten ook niet goed en niet helemaal gelezen. Tussen de ene kliniek en de andere was de communicatie ook niet goed. De patiënt was overgekomen uit een andere tbs-kliniek. Het was allemaal heel naar.

Mevrouw **Joldersma**: Zegt u daarmee dat u de risicotaxatie niet goed had gedaan? Was de informatie op grond waarvan de risicotaxatie plaatsvond niet goed?

Mevrouw **Abad**: De risicotaxatie is later ingevoerd bij ons.

Mevrouw **Joldersma**: Had u toen nog geen risicotaxatie?

Mevrouw **Abad**: Nee, toen niet. De risicotaxatie is een paar maanden later ingevoerd.

Mevrouw **Joldersma**: Hoe besliste u in die tijd dan over het verlov van zo iemand?

Mevrouw **Abad**: Voordat de risicotaxatie werd ingevoerd, keek men in alle klinieken naar de risicofactoren die een relatie hadden met het delict dat was gepleegd, naar het delictgedrag. Is iemand verslaafd aan alcohol of wat dan ook? Gebruikt hij harddrugs? Heeft hij geen baan tijdens het delict? Heeft hij geen vrienden? Vaak kom je heel simpele dingen tegen. Als hij moet worden geresocialiseerd, moeten deze dingen in ieder geval in orde zijn, ervan afgezien dat de betrokkene een ernstige persoonlijkheidsstoornis heeft. Er wordt gesproken over genezing. De heer Oppedijk heeft al gezegd dat het niet gaat om cure, maar om no cure but control. Je moet je erop richten hoe iemand kan omgaan met zijn beperkingen. Wat kun je hem geven om daarmee om te gaan?

Mevrouw **Joldersma**: Ik wil het nog even hebben over de verlofaanvraag van twee jaar geleden. De verplichte risicoanalyse was er in dit geval nog niet. Wat was de rol van het ministerie? De kliniek maakte een afweging, die naar een bepaalde afdeling van het ministerie ging. Wat checkte die afdeling?

Mevrouw **Abad**: Voordat er verlov voor iemand wordt aangevraagd, wordt dat eerst in het behandelteam besproken. Kan hij met verlov? Hoe is het gedrag in de kliniek? Vertoont hij in de kliniek delictgedrag? Toont hij gedrag dat verwant is aan delictgedrag? Je loopt een lijst van punten na. Het behandelteam dacht toen dat hij wel aan verlov toe was. Dat wordt vervolgens voorgelegd aan de grote staf van alle behandelaars in de kliniek, die kritische vragen kunnen stellen en misschien zeggen dat bepaalde punten verder moeten worden onderzocht. Eventueel kan de zaak na drie maanden weer worden voorgelegd. Is het redelijk dat deze man begeleid naar buiten gaat, om een opleiding te volgen, of onbegeleid of wat dan ook?

Mevrouw **Joldersma**: U gebruikt het woord "redelijk". Beoordeelt u op dat moment vooral vanuit het behandelperspectief of vanuit het control-perspectief?

Mevrouw **Abad**: Bekeken wordt of het verantwoord is dat iemand gelet op zijn delict en op de risicofactoren naar

buiten gaat. Ik gebruik het woord "redelijk" in die zin, dat dit gelet op het gedrag verantwoord is.

Ik ben van mening, volgens mij bijna iedereen, dat een patiënt niet naar buiten gaat als een beloning, maar als een middel, een behandelingsmethode. Zo'n patiënt heeft binnen voldoende geleerd en schiet geen moer meer op. Hij is, simpel gezegd, niet gevaarlijk als hij naar buiten gaat. Wij gaan daarom met hem naar buiten en kijken wat hij onder begeleiding kan.

Met de nieuwe manier van op verlof gaan gaat men eerst met twee mensen naar buiten en daarna met een. Tot nu toe is niet duidelijk wanneer het verantwoord wordt om van twee begeleiders naar een terug te gaan. Moet hij tienmaal, vijfmaal of tweemaal met twee begeleiders naar buiten? Vervolgens wordt bekeken wat de patiënt doet als hij met een begeleider naar buiten is. Wat heeft hij geleerd? Waaraan moet hij voldoen om onbegeleid naar buiten te gaan? Daarvoor zijn bepaalde criteria. Gedraagt hij zich normaal in winkels? Kan hij normaal boodschappen doen? Is hij zelfstandig? Is hij niet impulsief? Op een gegeven moment kan hij onbegeleid gericht naar een school gaan.

Als de verloven met twee begeleiders plaatsvinden, moeten de begeleiders dan rennen als de patiënt wegloopt?, vragen de sociotherapeuten. Ja. Maar als je vermoedt dat de patiënt wegloopt, gaat hij natuurlijk niet naar buiten. Ik moet eerlijk zeggen dat ik de situatie met twee begeleiders nogal raar vind.

Mevrouw **Joldersma**: Wat probeert u nu te zeggen?

Mevrouw **Abad**: Door de druk van de samenleving is een nieuwe regel ingevoerd, namelijk dat met verlof gaan moet beginnen met twee begeleiders en dat later met een begeleider kan worden volstaan.

Mevrouw **Joldersma**: Vindt u dat eigenlijk onzin?

Mevrouw **Abad**: Ja, absurd.

Mevrouw **Joldersma**: Is met de risicotaxatie het accent toch meer op het control-perspectief komen te liggen dan op het behandelingsperspectief?

Mevrouw **Abad**: Nee. Het risicotaxatierapport is een onderdeel van de behandeling. De behandeling is natuurlijk gericht op het verminderen van risico's. Dat doe je niet alleen met een rapport, maar ook door het contact met een patiënt. Je beoordeelt zijn gedrag klinisch.

Mevrouw **Joldersma**: De heer Oppedijk beschouwde het incident waarmee zijn kliniek te maken had als een geval dat niet kon worden voorspeld. Als u terugkijkt op het geval waarover u sprak, had u het incident toen kunnen voorspellen? Had het te maken met de manier waarop het er toen in de kliniek aan toe ging?

Mevrouw **Abad**: Wij hebben fouten gemaakt. Niemand is daar trots op. Ik heb er natuurlijk moeite mee om die fouten te noemen, maar ik heb er een paar genoemd. De onderlinge communicatie klopte niet. De rapporten waren niet goed gelezen.

Mevrouw **Joldersma**: Zegt u daarmee dat onttrekking soms niets te maken heeft met de persoon van de betrokkene, de risicotaxatie enz.?

Mevrouw **Abad**: Ik weet niet of die man ook met een goed risicotaxatierapport niet weggelopen was. Ik denk het wel, want iedereen vond het goed dat hij naar buiten ging. Rapport of niet, ik denk dat hij toch zou zijn weggelopen.

Mevrouw **Joldersma**: Is risicotaxatie een hulpmiddel om risico te voorkomen, maar is het nog niet alles? Hangt het er ook van af hoe de zaken georganiseerd zijn?

Mevrouw **Abad**: Ja, ik denk dat wij in ons geval een blinde vlek hebben gehad. Hij kon ons goed om de tuin leiden. Dat staat ook een beetje in het risicotaxatierapport. Dat is iets dat je in het contact ervaart en soms heb je het niet helemaal in de gaten. Wij zijn nu een beetje geobsedeerd met "schijnaanpassing". Een belangrijk aspect in dat geval was die schijnaanpassing.

Mevrouw **Joldersma**: Wat bedoelt u daarmee?

Mevrouw **Abad**: Dat iemand een beetje braaf zit te doen, steeds zegt dat hij het ermee eens is en een modelpatiënt probeert te zijn. Soms voel je dat dit nergens op slaat. Dan kijk je of er iets is dat niet klopt. Soms kun je niets vinden. Het is altijd een gepuzzel. Je kunt de betrokkene binnen houden en afwachten of je iets kunt zien. Sommige patiënten houden het heel lang vol en grijpen hun kans als zij eindelijk buiten zijn. Dan zie je dat hij je helemaal in de maling heeft genomen.

Mevrouw **Joldersma**: Komt dat in de maling nemen vaker voor? Was dit echt een uitzondering? Is het gewoon heel moeilijk om door gedrag heen te prikken?

Mevrouw **Drost**: Dat is heel lastig. Het ligt een beetje aan het type patiënt. Als een zwak begaafd iemand de boel om de tuin probeert te leiden, zal dat gauw doorzichtig zijn. Er zijn natuurlijk ook buitengewoon gehaaide, intelligente psychopathische patiënten, die bijna niet anders kunnen dan mensen manipuleren, bedriegen en zo meer. Jong, onervaren personeel dat met een hulpverlenersattitude binnenkomt, trapt daar natuurlijk nogal eens in. Het is erg belangrijk dat in goed teamoverleg de barstjes in het mooie geheel aan de orde komen. Sommige mensen, zeker degenen die vrij goed geïntegreerd zijn, kunnen het goed volhouden. Wie impulsief is zal zich wel eens verstappen, maar wie zijn impulsen goed onder controle heeft en erop uit is om verlof geregeld te krijgen is moeilijk te doorgronden.

Mevrouw **Joldersma**: Zegt u eigenlijk dat het gedrag van bepaalde mensen heel doortrapt kan zijn? Moeten er checks and balances binnen de organisatie zijn om dat goed te doorgronden?

Mevrouw **Drost**: Ja. Het belang van de interdisciplinaire besprekingen op de afdelingen is dat de indrukken van verschillende mensen bij elkaar gelegd worden. Als iemand op de ene plek andere dingen beweert of doet dan op de andere plek, misschien met een andere bedoeling, kun je twijfels krijgen. Het merendeel is natuurlijk niet zo handig. Hun probleem is vaak dat zij impulsief zijn, zich door emoties laten meeslepen en zo meer. Ik denk niet dat de meerderheid aan schijnaanpassing doet. Ik denk dat dat vooral mensen uit de psychopathische hoek zijn.

Mevrouw **Joldersma**: Stel dat de kliniek dat er niet uit haalt en een verlofaanvraag naar het ministerie wordt gestuurd. Haalt het ministerie dat er dan wel uit of test dat op zo'n marginale manier dat het er daar ook niet uitkomt?

Mevrouw **Drost**: Ik zou niet weten hoe het ministerie dat er uit moest halen. Men kent daar de patiënt niet. Als degenen die dag in dag uit met hem omgaan het niet zien, ziet men het bij marginale toetsing ook niet. Bij de marginale toetsing wordt nagegaan of het verlofformulier op de juiste manier is ingevuld. Het is daarvoor al langs de divisie of de staf van de kliniek, of hoe de organisatie daar ook is, gegaan. Wij hebben tegenwoordig ook centrale verlofcommissies in de kliniek. Dat is weer een hoger niveau, dat zeer kritisch toetst. Het is dan langs drie niveaus gegaan, die allemaal tot de conclusie kunnen komen dat de aanvraag heel consistent is. Ik zou niet weten hoe het ministerie er alsnog iets in zou moeten ontdekken.

Mevrouw **Joldersma**: Ik heb een vraag over de verlenging van de behandeling. Er is hier een rechter geweest, die zei dat de klinieken heel terughoudend zijn met het beëindigen van behandelingen, terwijl de rechter denkt dat er een keer een eind moet komen aan een behandeling. Hoe gaat het bij de rechter? Hoe ontstaan de adviezen voor de rechter over een verlenging?

De heer **Oppedijk**: Ik denk dat die rechter daar wel gelijk in heeft. De kliniek wil de rechter graag betrekken bij de beslissing of een behandeling al dan niet verlengd moet worden. Wettelijk hoeft dat trouwens niet. De officier van justitie zou bijvoorbeeld al kunnen zeggen dat hij het verlengingsadvies niet indient. De officier van justitie is echter ook maar een mens. Die zal misschien ook al gauw denken dat er beter maar even een zitting kan komen. De patiënt komt dan voor een verlengingszitting. Er is de laatste jaren een verbetering in die zin dat de rechter een tbs voorwaardelijk kan beëindigen. Hij heeft wat meer mogelijkheden tot nuancering. Het is niet alleen: wel of niet verlengen met een of twee jaar of de verpleging opheffen en de tbs laten doorlopen. Soms wordt er ook een beetje op gekoerst. Van een bepaalde inrichting weet ik dat die er vaak nadrukkelijk op koerst om tot een voorwaardelijke beëindiging te komen. Soms wordt dan het proefverlof overgeslagen, hetgeen ik persoonlijk geen gunstige ontwikkeling vind. Het is echter wel gunstig als een patiënt op een precieze manier lang gevolgd kan worden.

Mevrouw **Joldersma**: Die rechter ging eigenlijk nog een stap verder. Hij zei dat een kliniek er soms niet om durft te vragen, maar blij is als hij als rechter het oordeel uitspreekt dat de tbs wordt beëindigd.

De heer **Oppedijk**: Dat zou ik mijn kliniek niet laten aanleunen. Dat vind ik beneden ons niveau. Een kliniek moet voor zijn mening staan. De kliniek moet heel duidelijk zeggen hoe tegen een patiënt wordt aangekeken, of die patiënt al dan niet nog gevaarlijk is en zo ja in welke mate. Je moet de rechter niet in verlegenheid brengen door hem er maar een oordeel over te laten geven. Je kunt echter bijvoorbeeld wel de optie van voorwaardelijke tbs in het verlengingsadvies noemen.

Mevrouw **Joldersma**: Wij horen ook wel eens dat de rechter soms nog één jaar verlenging geeft, maar dat er dan wel geresocialiseerd moet worden. Wordt u soms door een rechter in een positie geplaatst waarin u eigenlijk iets anders zou willen met een patiënt, maar waarin u wel moet, vanwege het oordeel dat de rechter heeft uitgesproken?

De heer **Oppedijk**: Dat vind ik altijd een pijnlijk punt. Als een rechter uitspreekt dat Pietje binnen een jaar geresocialiseerd moet worden, moet de kliniek het volgende doen. De kliniekstaf moet bijeenkomen om zich af te vragen of zij iets heeft gemist. Is de situatie van Pietje veel te somber ingeschat? Moet het advies van de rechter worden gevolgd? Als een inrichting het gevoel heeft zo'n uitspraak niet te kunnen waarmaken, dan moet zij stellen dat de patiënt elders behandeld moet worden. Er moet dan gekeken worden of een zusterinstituut het aandurft. Vroeger was daar het selectie-instituut voor. Er is laatst in Medisch Contact nog een uitspraak over zoiets geweest. Een professional moet zich nooit door derden laten voorschrijven hoe de behandeling moet zijn. De tuchtrechter zou je er ongenadig op kunnen afrekenen als je moet zeggen dat je eigenlijk niet achter de behandeling staat. Wat ben je dan voor een behandelaar?

Mevrouw **Joldersma**: De heer Oppedijk zegt dat je het niet moet doen, maar, mevrouw Drost, gebeurt het wel?

Mevrouw **Drost**: Wij hebben het ook al een paar keer bij de hand gehad. De moeilijkheid is dat de kliniek op basis van bepaalde observaties en overwegingen, de patiënt al jarenlang kennende, tot het idee komt dat het traject langer zou moeten zijn. Of dat dan in de kliniek moet gebeuren, is vers twee. Die heeft echter overwegingen om bijvoorbeeld twee jaar verlenging te adviseren, misschien om de ruimte te hebben voor een resocialisatietraject. Als dat geforceerd moet worden ingekort, heeft men een probleem. Men kan de zienswijze op een patiënt niet zo maar omgooien, om iets te gaan doen waarbij de haren je te berge rijzen, omdat je al vond dat het niet kon. Het is dan een betere oplossing dat iemand anders, die er fris tegenaan kijkt, nog eens zelf bedenkt wat hij ervan vindt en welke mogelijkheden hij ziet. Vind je niemand die dat wil doen, dan ben je gehouden om dat zelf te doen. Ik wil even terug naar verlopen en risicotaxaties. Over het nut van de verlopen zijn al verschillende invalshoeken genoemd. Zij maken stappen in de behandeling mogelijk die in de kliniek niet mogelijk zijn. Er wordt ook beweging in de behandeling gehouden. Het oefenen in kleine stapjes met resocialiseren is enorm belangrijk. In gevallen waarin de behandeling contrair beëindigd wordt, dus waarin terwijl de behandeling nog in volle gang is de tbs wordt opgeheven, zijn de recidivecijfers bepaald niet gunstig. Het is niet helemaal onzinnig om er wat langer mee bezig te zijn en het traject geleidelijk te laten verlopen. De kans op slagen wordt dan groter. Wij hebben altijd te maken met mensen met langdurige stoornissen. Ook al zijn ze behandeld en zijn de risicofactoren onder controle, dan is de stoornis er meestal nog wel. Het zijn kwetsbare mensen, waarop meestal het handicapmodel waarover ik al sprak van toepassing is. Als je ze opeens uit de tbs gooit, hebben zij ook geen mogelijkheid meer om terug te keren in de tbs-kliniek als het eens een weekje slechter gaat. Er zijn dan bijvoorbeeld geen time-out mogelijkheden. Je kunt je niet vrijwillig in een tbs-kliniek

laten opnemen. Het gaat dan heel abrupt, terwijl men er eigenlijk niet klaar voor is. De rechtbank kan dan beter zeggen dat men nog een jaar moet resocialiseren. Dan kan er nog iets worden geprobeerd.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hadden het eigenlijk over tegengestelde meningen van de tbs-kliniek en de rechter over een tbs-advies. Komt dat dan doordat zij juridisch verschillend denken, van mening verschillen over de behandelwijze of ook doordat een van beiden een blinde vlek heeft?

Mevrouw **Drost**: Dat kan. Zo'n situatie is vaak ook aanleiding om een second opinion of onderzoek door derden te vragen. De rechter krijgt dan verschillende adviezen voorgelegd en helt dan meer naar de ene of de andere kant over. Voor de rechter speelt ook het proportionaliteitsbeginsel, dat voor behandelaars niet zo aan de orde is. Hij weegt ook andere factoren af, die op zichzelf ook legitiem zijn.

Ik wilde nog iets zeggen over abrupte overgangen, die mij erg zorgen baren, zeker bij de vergelijking van recidivecijfers. Ik mis in de discussies altijd de vraag wat er gebeurt met mensen die lang gestraft zijn voor eenzelfde delict, maar geen behandeling krijgen. Zij komen van de ene dag op de andere buiten te staan. In die gevallen zijn de recidivecijfers hoger dan voor vergelijkbare gevallen die wel behandeld zijn. Als je een groepje moordenaars met en zonder behandeling gaat onderzoeken, komen uiteindelijk de langgestraften er minder goed van af.

De **voorzitter**: Wij horen ook dat die groepen niet te vergelijken zijn. Er is nooit goed onderzoek naar de achtergronden gedaan. Als u wel van onderzoek op de hoogte bent, houden wij ons aanbevolen.

Mevrouw **Drost**: Het is het black box-model. Wat gebeurt er met degenen die uit de black box komen? Onderzoek is zeker nuttig.

De **voorzitter**: Als ik mij het eerste uur van dit gesprek voor de geest haal, vraag ik mij af waar alle kritiek vandaan komt. Het lijkt allemaal wel goed te gaan, terwijl wij maandag toch gehoord hebben dat het systeem vastloopt. Er zou jaarlijks een kliniek bij gebouwd moeten worden als wij kijken naar instroom versus uitstroom. Vanochtend hebben wij gehoord dat er ontwikkelingen in de psychiatrie zijn die niet op tijd toegepast worden, dat nog vrij willekeurig bepaalde diagnoses gesteld worden waarop behandelplannen worden gebaseerd. Er is een relatie met de effectiviteit van de behandeling. De behandelduur neemt toe. Herkent u zich in die beelden of vindt u dat de werkelijkheid anders is? U zit bovenop de werkelijkheid.

Mevrouw **Abad**: Ik vind dat er nogal wat wordt gezegd. Ik kan mij er niet in vinden. Kritiek is er zeker. Er moeten ook absoluut verbeteringen komen. Als ik echter hoor dat alles fout is en dat er niets deugt, denk ik dat sommige mensen eens goed moeten kijken hoe het echt is.

De **voorzitter**: Maar hoe komt het nu dat de behandelduur zo toeneemt en dat steeds meer mensen in de long stay terecht komen?

Mevrouw **Abad**: Recentelijk heb ik gelezen dat de behandelduur is verlengd doordat de verlofkaders strak zijn aangetrokken. De beoordeling voordat iemand naar buiten mag of mag worden overgeplaatst is heel streng geworden. De overgang van patiënten naar de reguliere psychiatrie zit ook muurvast. Het zit mij erg dwars dat een psychiatrisch ziekenhuis het best vindt als een van onze patiënten daarheen wordt overgeplaatst. Stel het is een niet gevaarlijke patiënt met schizofrenie. Als het daar in zes maanden niet lukt om met deze patiënt verder te komen, krijgen wij hem terug. Wat moet ik dan met dat dure tbs-bed doen? Als een patiënt wordt opgenomen, moet men er ook de verantwoordelijkheid voor nemen. Het is prima als men die patiënt wil resocialiseren, maar men moet het wel afmaken.

De **voorzitter**: Is dat nu zo of was het vroeger ook al zo?

Mevrouw **Abad**: Dit is van de laatste vijf jaren. In de jaren '80 heb ik dat niet meegemaakt. Als er toen een patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis kwam, wilde men er wat van maken. Dat gebeurde dan ook. De laatste jaren gaat het vaak van: het lukt niet hoor; hij moet terug. Bovendien wordt daar gezegd dat de bedden er worden betaald door VWS en dat men er minder geld krijgt voor een forensische patiënt. Die heeft men dus liever niet. Wij kunnen daar niets mee. De wet moet veranderd worden.

De **voorzitter**: De financiële structuren moeten worden veranderd, zodat geen valse argumenten worden gebruikt om te weigeren?

Mevrouw **Abad**: Psychiatrische klinieken moeten niet zo maar kunnen zeggen of zij een patiënt wel of niet opnemen. Er moet een vloeiende doorstroming van tbs-klinieken naar de reguliere psychiatrie zijn. Dat is nu echt een groot probleem. Er wordt al vijftien jaar lang over dit probleem gepraat, maar er gebeurt niets. Wanneer komt er eindelijk wetgeving waardoor de reguliere psychiatrie gedwongen wordt patiënten uit tbs-klinieken of forensische patiënten op te nemen?

De **voorzitter**: Misschien wel na dit onderzoek!

Mevrouw **Abad**: Fantastisch! Dat zou echt heel goed zijn.

De **voorzitter**: U bedoelt dat men niet mag weigeren, maar u kunt natuurlijk ook niet elke patiënt doorsturen. Wij horen ook van psychiatrische klinieken dat zij in het verleden nogal wat risico's hebben genomen. De veiligheidseisen zijn niet voor niets aangescherpt.

Mevrouw **Abad**: Prima, maar de afspraak is dat indien een patiënt van ons naar de reguliere psychiatrie gaat er maar dit hoeft te gebeuren of de patiënt komt bij ons terug. Dat gebeurt ook. Terugplaatsing is altijd mogelijk. Als de inschatting niet goed is geweest en de overplaatsing te snel heeft plaatsgevonden, komt de patiënt terug en later wordt hij weer teruggeplaatst in de reguliere psychiatrie.

De **voorzitter**: Mevrouw Drost, als ik het goed begrijp is er inmiddels in uw kliniek ook een long stay-afdeling. Die was er vroeger niet. Er komen landelijk steeds meer mensen voor long stay in aanmerking. Welke trend zit hier achter? Worden de methodes die u gebruikt niet

aangeprepen? Kan het niet? Is er niet genoeg informatie? Zijn er andere ontwikkelingen?

Mevrouw **Drost**: Het is een heel langdurig traject, zoals mijn collega's zullen beamen. De behandelingsduur nam in de jaren '90 al toe. Ik geloof dat het toen al 7,5 jaar was geworden. Dat nam nog hand over hand toe. Ik denk dat het ook te maken heeft met de toenemende complexiteit van de patiënten. Zij hebben zoveel problemen dat zij overal elders zijn gestrand en uiteindelijk in de tbs belanden. De uitstroombmogelijkheden zijn de laatste tijd enorm beperkt. De mogelijke uitstroom is gestagneerd. Het zit allemaal muurvast. De opleggingen gaan echter almaar door. Volgens mij moet er aan de instroom in de tbs ook wat gedaan worden. Komen er alleen mensen die veel beveiliging behoeven in de tbs-klinieken of zijn daar ook mensen bij die dat niet nodig hebben?

De **voorzitter**: U kunt het antwoord geven, want u ziet ze.

Mevrouw **Drost**: Ja, ik vind dat het soms wel minder kan. Er zou in het voortraject wat meer mogelijk moeten zijn. Wij hebben eind jaren '90 het IBO-traject gehad, van de interdepartementale beleidsonderzoeken. Die waren vooral geïnitieerd door een drang naar kostenbesparing. Daar kwamen interessante dingen aan de orde, onder andere dat de Staat niet rechtens kan zeggen welke vonnissen wel of niet mogen worden gegeven. De instroom is dus in principe vrij. De vraag is echter of bijvoorbeeld al niet gezorgd kan worden dat psychotici als zij nog in de politiecel zitten al in een ggz-traject belanden. Er moet dan echter wel een stevige behandelwet zijn, die het mogelijk maakt in te grijpen en die niet alleen dient om mensen op te nemen. In zo'n systeem zou je de mensen adequaat kunnen behandelen en misschien ook langdurig nazorg geven. Dan is de toestroom in de tbs al minder. Dan stromen ook echt de mensen in die heel gevaarlijk zijn en in een psychiatrisch ziekenhuis, waar je hooguit lage vormen van beveiliging hebt, helemaal niet te hanteren zijn. Er is dan een zekere selectie aan de poort. Je zou nog verder kunnen selecteren, door ongemotiveerde mensen niet meteen op behandelplaatsen te zetten.

De **voorzitter**: Wie in uw kliniek krijgt uiteindelijk een relatief korte behandeling, van twee tot vier jaar, en gaat daarna naar buiten? Wie zit er zes, acht of tien jaar? Kunt u grofweg een onderscheid maken, met respect voor alle onderverdelingen naar individuen? Zijn de mensen die er korte tijd zitten de psychotici die met medicamenten redelijk gemakkelijk te behandelen zijn en ook snel behandeld worden?

Mevrouw **Drost**: Zij gaan inderdaad relatief nog het snelst weg. Zij kunnen soms ook naar beschermde woonvormen en dergelijke. Daarnaast zijn er mensen die niet zozeer een antisociale persoonlijkheid hebben, maar die heel kwetsbaar zijn en het leven niet helemaal kunnen bijbenen, zonder meteen psychopathisch te zijn. Met hen gaat het redelijk snel, want meestal is er snel overeenstemming over het probleem en wat daarmee moet gebeuren. Die mensen moet je lang kunnen volgen en dat kan in principe ook wel. De groep die almaar niets wil, die met verslaving bezig is in plaats van met andere behandelingen en de echt psychopathische groep, die eigenlijk maar zeer mondjesmaat wordt onderzocht, dat

zijn de minder succesvolle groepen. Het idee van een triage is wat dat betreft niet zo gek. Aan het begin kan worden gekeken voor welke groepen er behandelingen zijn en welke groepen veel zorg behoeven. Laat hen maar voor gaan. De mensen die niets willen en hele afdelingen ontwrichten zonder aan hun behandeling te werken, kunnen in een penitentiaire omgeving blijven en als het ware solliciteren naar behandeling als zij daar aan toe zijn.

De **voorzitter**: Ik dacht even dat u zei dat u als u meer mogelijkheden had om mensen te volgen vaker het advies aan de rechter zou geven om mensen te ontslaan. Houdt u mensen langer vast omdat u geen mogelijkheden ziet om ze lang te volgen en u hen een te groot risico vindt?

Mevrouw **Drost**: Mensen die een groot risico vormen horen natuurlijk in de kliniek. Je zou ze misschien willen overplaatsen naar een vervolgvoorziening, maar daar bestaat eigenlijk een gat. In het IBO-traject was de insteek heel erg om de patiënt niet te selecteren op een juridische titel, zoals nu gebeurt, maar langs de assen van zorgbehoefte en beveiligingsbehoefte. De insteek om mensen te plaatsen is dan heel anders. Je kunt dan als het ware een bestandje ontwerpen van voorzieningen. De huidige tbs-klinieken bieden dan intensieve zorg en hoge beveiliging. In een psychiatrisch ziekenhuis zou je langdurige, maar minder intensieve behandeling en minder beveiliging nodig hebbende patiënten opnemen.

De **voorzitter**: Ontbreekt het aan infrastructuur om mensen te volgen? Kun je met cement en stenen voor instellingen zorgen, zodat het niet meer bij u in de kliniek hoeft te gebeuren? Of ontbreekt het aan juridisch instrumentarium?

Mevrouw **Drost**: Beide. De gezondheidswetgeving en de strafrechtelijke wetgeving sluiten niet op elkaar aan. Daar is altijd verwarring over. Financieel is de situatie ook erg onhelder. Het zou goed zijn als de zwaar beveiligde klinieken als de Pompestichting in de gelegenheid waren om ernstig gestoorde psychiatrische patiënten met een rechterlijke machtiging te verplegen. De wat rustiger psychotische patiënten zouden dan niet lang in zo'n zwaar beveiligde omgeving hoeven te zitten.

De **voorzitter**: Dat lijkt een beetje op wat de heer Van Panhuis van de week zei.

Mevrouw **Drost**: Dat denk ik ook. In het gevangeniswezen zijn misschien mensen die van dezelfde voorzieningen gebruik zouden kunnen maken. Dan zit de kliniek niet meer vol met mensen met tbs, maar dan is het criterium langdurige, intensieve en zwaar beveiligde behandeling.

De **voorzitter**: Maar wel met als voornaamste doelstelling beveiliging, beheersing en voorkomen van recidive?

Mevrouw **Drost**: Om je de ruimte te geven om iemand te behandelen.

De **voorzitter**: Ik zag dat mevrouw Abad nog even wilde reageren.

Mevrouw **Abad**: Ik wil iets toevoegen. Er is nog een groep patiënten die in de klinieken blijft, maar met medicatie wel naar buiten zou kunnen gaan. Ik doel op de patiënt die

een complotidee in zijn hoofd heeft en paranoïde is. Daardoor heeft het delict plaatsgevonden, door wanen en hallucinaties. Hij heeft tbs gekregen en is binnen de kliniek rustig. Als hij naar buiten gaat wordt hij psychotisch en moet hij weer naar binnen. Hij weigert medicatie. Hij is binnen en blijft binnen, omdat de structuur van de kliniek goed is. Hij kan zich daar staande houden en weigert er medicatie. Er zijn een aantal van zulke patiënten, waar je niet zoveel mee kunt. De bedoeling is dat die echt binnen blijven, terwijl je met medicatie meer zou kunnen doen. Dwangmedicatie kan echter niet. In de tbs-kliniek hanteren wij het gevaarscriterium. Wie daaraan niet voldoet, blijft gewoon zitten. Wij melden hem aan bij de commissie long stay voor advies. Het advies is dan weer om medicatie te geven, maar wij kunnen geen medicatie geven. Wij zitten dan muurvast, door de wet.

De **voorzitter**: Wanneer kunt u wel medicatie geven?

Mevrouw **Abad**: Bijvoorbeeld als een patiënt ons bedreigt.

De **voorzitter**: Alleen in een crisis, als hij een gevaar vormt? Moet u dan meer medicatie geven dan anders nodig was geweest? Als het helemaal uit de hand loopt, als een patiënt een gevaar wordt, mag u medicatie geven. Moet je op zo'n moment iemand echt plat spuiten?

Mevrouw **Abad**: In een crisis kun je iemand wel – nou, plat spuiten – een injectie geven.

De **voorzitter**: Is dat schadelijker dan wanneer je het eerder zou doen?

Mevrouw **Abad**: Uit onderzoek is gebleken dat een stoornis geleidelijk onbehandelbaar wordt, als het jaren duurt voordat je een patiënt medicatie geeft. De medicatie heeft dan bijna geen effect meer. Je moet snel zijn met het geven van medicatie.

De **voorzitter**: Iemand die medicatie weigert ontwikkelt dus zijn stoornis verder. Je mag hem geen medicatie geven, want hij is niet gevaarlijk. Op het moment dat hij in een crisis belandt en een gevaar vormt, is er de kans dat het medicijn niet meer aanslaat.

Mevrouw **Abad**: In een crisissituatie kan een medicijn nog maken dat iemand rustiger wordt. De wanen en hallucinaties krijg je waarschijnlijk echter niet meer weg.

De **voorzitter**: En dat was misschien wel het geval geweest als je het medicijn eerder had kunnen toedienen.

Mevrouw **Abad**: Ja. Ik vind dat triest voor de patiënt, want waarschijnlijk blijft hij altijd binnen.

Mevrouw **Albayrak**: Ik zit behoorlijk met de vraag of verlof nu wel of niet iets toevoegt aan de behandeling. De heer Oppedijk gelooft er niets van, want het is nooit wetenschappelijk gemeten. Is het niet gemeten of is het niet bewezen?

De heer **Oppedijk**: Het is nooit onderzocht.

Mevrouw **Albayrak**: Maar mevrouw Drost zegt dat wel bekend is dat het gevaar van recidive vele malen hoger is

als een tbs abrupt wordt beëindigd dan wanneer beëindiging geleidelijk plaatsvindt, door verlof en oefenen in de praktijk. Wat is waar?

De heer **Oppedijk**: Mevrouw Drost had het over de situatie waarin de rechter iemand uit tbs ontslaat. Daarnaar is een jaar of acht geleden onderzoek gedaan. Zulke patiënten recidiveren 50% meer. In plaats van 20% harde recidive heb je dan 30% harde recidive. Er is dan echter een beslissing van de rechter geweest. U bent op zoek naar een verband tussen behandeling en verlof. Ik koppel verlof heel nadrukkelijk aan controle, dus aan wat tegenwoordig risk management wordt genoemd. Ik heb aarzeling om het aan behandeling te koppelen, want dan ontstaat al gauw de situatie die ook vanmiddag even aan de orde kwam. Het zou een soort beloning kunnen worden, of althans een incentive voor de patiënt. Dat dit echt zou werken is nooit bewezen. Ik vrees dat het niet zo is. Ik ben er eigenlijk van overtuigd dat het zelfs averechts werkt. Ik ben erg voor een koppeling aan een goede delictanalyse en aan de risicofactoren. Er moet ook goed worden gelet op eventuele veranderingen tijdens de behandeling van de patiënt. Dan kun je het eventueel wel aandurven. De stelling in Veldzicht was altijd dat wij met de patiënt naar buiten durfden als wij het gevoel hadden dat het delictgevaar verminderd was. De delictgevaarlijkheid staat centraal.

Mevrouw **Albayrak**: Waarom zou dit iets anders zijn dan wel of geen succes in de behandeling? Het klinkt hetzelfde.

Mevrouw **Drost**: Het klinkt voor mij ook een beetje hetzelfde. Ik denk dat juist in de forensische psychiatrie behandeling en beveiliging onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Je gaat geen verlof geven als je denkt dat daar grote risico's aan kleven. Je kunt echter niet zonder verlopen behandelen als het doel resocialisatie is. Dan zou je iemand ineens zonder enig verlof hupsakee in de maatschappij moeten gooien. Dat is juist niet de bedoeling. Ik denk dat het onlosmakelijk verbonden is.

Mevrouw **Albayrak**: Is er verschil?

De heer **Oppedijk**: Ik probeer het wat concreter te krijgen, met het voorbeeld van medicamenten. Je probeert de werkzaamheid van een medicament te meten. Je probeert ook de werkzaamheid van een bepaalde verlofsoort te meten. Ik denk dat de werkzaamheid van een bepaalde verlofsoort nooit gemeten is zoals wij wel kennis hebben over de effecten van een bepaald medicament. Zo bedoel ik het. Dat is heel fundamenteel.

Mevrouw **Albayrak**: Vindt u het antwoord op de vraag relevant?

Mevrouw **Drost**: Ik geloof dat het gaat om de vraag of verlof een behandelmethode is. Verlof staat als zodanig niet in je behandelplan. Daarin staat bijvoorbeeld: boodschappen doen met normaal gedrag in de winkel, zonder mensen aan te staren of wat ook. Dat kan een doel zijn en de methode is dan: verlof. Verlof is niet een op zichzelf staand behandelinstrument, zoals een cognitieve gedragstherapie een behandelinstrument is.

Mevrouw **Albayrak**: De heer Oppedijk doet alsof in deze discussie verlof een doel op zichzelf is, maar kunt u behandelen zonder verlof?

De heer **Oppedijk**: Ja, ik gaf een schets hoe het vroeger in een tbs-inrichting ging. In de jaren '70, begin jaren '80 behandelde je in de Van Mesdagkliniek een patiënt echt jarenlang intramuraal. Daarna werd de reclassering erbij gehaald en ging hij naar buiten. De functie van het verlof was niet om een verandering in de persoon teweeg te brengen. Dat is wel de functie van cognitieve gedragstherapie of van een medicament. Het is een beetje fundamenteel doordenken over verlof.

Mevrouw **Albayrak**: Deed in die tijd de reclassering misschien meer wat nu met verlof geprobeerd wordt? Dat was een heel andere context dan die van nu.

De heer **Oppedijk**: De reclassering doet nu minder dan in het verleden. Daar is ook minder menskracht nu.

Mevrouw **Albayrak**: Vanochtend hoorden wij van mevrouw De Ruiter dat globaal de tbs'ers in Nederland niet de state of the art-behandeling krijgen die zij eigenlijk zouden kunnen krijgen, zoals kankerpatiënten of mensen met suikerziekte dat wel krijgen. De duur van de behandeling wordt nu begrensd, doordat zij twee keer drie jaar intensief kan zijn en daarna eigenlijk wordt vervangen door long stay. Betekent dit dat heel veel mensen na die zes jaar niet de behandeling krijgen die zij nodig hebben? Worden zij niet ongevaarlijk gemaakt, terwijl dat wel zou kunnen als zij langer intensief werden behandeld?

De heer **Oppedijk**: Persoonlijk denk ik dat je de behandelaars altijd tegen zichzelf moet beschermen. Je moet iemand niet te snel afschrijven. Je moet niet te snel zeggen dat iemand niets meer kan en maar naar de long stay moet. Ik ben er ook altijd tegen geweest om al na twee jaar of zelfs bij de eerste bespreking van een behandelplan, na zes weken, al te beslissen dat iemand wel naar de long stay kan. Daar moet je jezelf ook tegen beschermen. Ik probeer meteen nog een antwoord te geven op hetgeen de heer Visser net vroeg. Wat zweeft er eigenlijk allemaal boven de tbs? Waar draait het allemaal om? Wij zijn in Nederland redelijk uniek omdat wij mensen met een persoonlijkheidsstoornis proberen te veranderen. Zo begon het, in de jaren '20 van de vorige eeuw, met de psychopatenwetten. Wij hebben nog steeds de tbs en wij werken ook met ongemotiveerde patiënten. In het buitenland doet men dat in veel mindere mate. Men heeft daar wel heel gespecialiseerde klinieken, met state of the art-therapieën enz., waar gemotiveerde patiënten naartoe gaan. Wij steken heel veel energie in ongemotiveerde patiënten. Ik wil een lans breken voor de medewerkers in de tbs. Er wordt hard en goed gewerkt in de tbs, ondanks alle kritiek. Wij staan natuurlijk in de schijnwerpers. Wij worden met een loop bekeken. Ik heb het idee dat wij heel veel kwaliteit hebben, maar je kunt je afvragen waarom wij vaak zoveel energie in ongemotiveerde patiënten steken. Dan krijg je de hele discussie over het verkeerde bed. Je krijgt ook de discussie waar mevrouw Drost het al even over had: moeten wij niet toe naar een soort behandelwet? U krijgt de heer Remmers van Veldhuizen nog op bezoek. Hij zal daar zeker een warm pleidooi voor houden. Dit is een beetje een indirect

antwoord op de vraag over the state of the art. Als wij onze kwaliteiten, krachten en kennis wat effectiever zouden besteden, zouden wij mijns inziens nog betere resultaten kunnen bereiken.

Mevrouw **Albayrak**: Mag ik mevrouw Drost ook specifiek horen over de knip na zes jaar en het effect daarvan?

Mevrouw **Drost**: Nou, de knip na zes jaar, was het nog maar zo. Ondertussen is dit ook al weer versoepeld. De teneur bij Justitie is toch om de mensen ook na een behandel poging en een second opinion al naar de long stay te mogen sturen. Behandelaars kunnen daar natuurlijk ook iets van vinden.

Wat voor mensen komen in de long stay-afdeling? Voor een deel zijn het ongemotiveerde mensen, die twee behandel pogingen hebben laten verlopen en hun tijd besteed hebben aan andere dingen, meestal niet zo fraaie dingen. Dat zijn vaak ernstig verslaafde mensen en psychopathische mensen. Zij waren meer bezig met dealen, patiënten afpersen en het behalen van kortetermijndoelen. Overigens was dat waarschijnlijk voor een groot deel in de stoornis geworteld. Zij hebben zich niet echt ingezet voor de behandelprogramma's die aangeboden zijn. Op een gegeven moment is de tijd als het ware op. Dan behandelen wij in de long stay.

Dan zijn er mensen die wel braaf meegewerkt hebben aan allerlei behandelingen. Het voorhanden zijn van state of the art-behandelingen is maar beperkt. Lang niet alles is onderzocht. Dat is zelfs in de interne geneeskunde en de huisartsgeneeskunde niet zo, laat staan op het terrein van de forensische psychiatrie, eigenlijk een heel klein terrein. De mensen hebben wel aan de gebruikelijke en voor heel veel mensen effectieve behandelingen meegedaan, maar hun resultaat is niet zodanig dat zij uit de beveiligde omgeving kunnen. Bij allerlei ziektes en aandoeningen is er een groep die geen baat heeft bij wat voor behandeling dan ook. Het gaat er bij hen meer om of alle mogelijkheden tot behandeling zijn geprobeerd. Is er misschien nog een medicatie die niet is geprobeerd? Had de patiënt zodanige conflicten met zijn behandelaars dat de boel daardoor is gestagneerd? Daarom plaatst men hem het liefst in een andere kliniek, zodat hij nog eens een verse start kan maken. Als dat alles wel gedaan is en er verder niets voorhanden is, maar de betrokkene met een zodanige handicap blijft zitten dat het onverantwoord is hem in een minder beveiligde setting te plaatsen, dan komt hij in de long stay. Dat geldt bijvoorbeeld vaak voor pedofiele delinquenten. De recidivekans is daar erg hoog. Die categorie maakt een goede kans om in de long stay te belanden.

De long stay is een soort verzamelbak. Er zijn ernstig psychotische patiënten, die niet meer op medicatie reageren en heel intensief begeleid moeten worden, maar waarvoor geen behandel perspectief is. Het is al heel mooi als zij gehouden kunnen worden zoals zij zijn. Voorts is er de groep met ernstige persoonlijkheidsstoornissen waar je niets mee kunt, ten eerste omdat wat geboden is niet effectief is geweest, terwijl ook geen second opinions zijn aangedragen, of ten tweede doordat zij gewoon niet willen en met andere dingen bezig zijn. Wat dat betreft zou differentiatie in de long stay ook weer nuttig zijn.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Oppedijk, u hebt aan het begin van het gesprek gesproken over de aselectiviteit. Waren er eerst in de klinieken eigenlijk specifieke

doelgroepen van patiënten en waren er specialismen om types stoornissen te behandelen, nu is de situatie ontstaan waarin elke kliniek een vergelijkbare mix van patiënten heeft, met als doel vergelijkbare behandelmethodes en een vergelijkbare effectiviteit daarvan. Ik zie dat niet weerspiegeld in de statistieken waar de maatschappij naar kijkt, het aantal ontsnappingen en het aantal recidives. Zijn de klinieken nu vergelijkbaar? Hoe komt het dat dit niet weerspiegeld is in meer veiligheid in de maatschappij?

De heer **Oppedijk**: Dat is een ingewikkelde vraag. Vroeger waren er inderdaad klinieken die een eigen behandelmethode hadden, bijvoorbeeld gezinstherapie, systeemtherapie, ontwikkelingspsychologie, psychoanalyse in de Van Mesdagkliniek, gedragstherapie zoals in Veldzicht, enz. Door IBO 1 en IBO 2 werd gezegd dat er meer benchmarking moest kunnen plaatsvinden. De instituten moesten vergeleken kunnen worden. De regel is dat ieder instituut elke patiënt moet kunnen behandelen. Dat is het achterliggende idee van de aselechte toewijzing. Vroeger zou men een patiënt wellicht weigeren omdat die niet paste in het gezinstherapieprogramma of het systeemtherapieprogramma van de kliniek. Dat kan niet meer. Men moet nu met zo'n patiënt wat doen. De inrichtingen zullen qua zorgprogramma's steeds meer naar elkaar toe groeien, omdat zij allerlei categorieën van psychotici, verslaafden, zwakbegaafden, seksuele delinquenten enz. in huis krijgen.

Mevrouw **Van Velzen**: Maar dat heeft toch een breder doel dan alleen een patiënt in om het even welke kliniek te kunnen plaatsen?

De heer **Oppedijk**: De aselechte toewijzing leidt ertoe dat elk instituut iedereen moet kunnen behandelen. Ik kom dan aan het tweede deel van uw wat ingewikkelde vraag, over recidive, beveiliging, ontsnappingen enz. Sommige instituten – de Pompekliniek is daar een heel mooi voorbeeld van – hebben heel veel moeten investeren in beveiliging, omdat zij heel moeilijke patiënten, die vluchtgevaarlijk zijn, ook moeten aankunnen. Wij hebben de afgelopen tien jaar gezien dat de meeste tbs-instellingen maximum security instituten zijn geworden. De beveiliging van alle instituten is in grote lijnen vergelijkbaar. U frontst de wenkbrauwen, maar vergeleken met tien jaar geleden is dat een hele verandering.

Mevrouw **Van Velzen**: Dat snap ik, maar dat is allemaal methode. Het uiteindelijke doel zal moeten zijn dat de maatschappij veiliger is, dat er minder ontsnappingen zijn en minder recidive. Dat de patiënt zich in de tussentijd ook beter voelt, is mooi meegenomen. Het hoofddoel is toch veiligheid?

De heer **Oppedijk**: Dat is het altijd geweest.

Mevrouw **Van Velzen**: Nu is de hele systematiek veranderd. De groepen patiënten die in de klinieken behandeld worden zijn heel gedifferentieerd. Dat zie ik echter niet weerspiegeld in de output, in het uiteindelijke resultaat. Dan vraag ik mij af of de operatie haar doel heeft bereikt of dat u het een leuke exercitie vond. Elke kliniek kent nu elk trucje van een behandeling, maar uiteindelijk was het een papieren operatie, die nergens tot leidde. Dat is een open vraag, die ik mijzelf als leek stel,

gelet op het traject dat is doorlopen. Waar doe je het voor?

De heer **Oppedijk**: U hebt gelijk, maar het tegengaan van recidives, ontsnappingen enz. is nooit de insteek geweest van de aselechte toewijzing. De aselechte toewijzing was gebaseerd op IBO 1 en IBO 2. Zij had te maken met geld. Wij zijn nog helemaal niet zover, maar uiteindelijk is de bedoeling dat men ziet dat kliniek A iedere patiënt aankan voor €456 per persoon per dag en dat kliniek B €600 per dag nodig heeft. Dat is echt een financieel motief geweest. Recidives en ontsnappingen zijn daarbij nooit een punt van overweging geweest. Dat staat nu ontzettend in de belangstelling, maar eind jaren '90 was dat niet een criterium voor de aanpak via aselechte toewijzing.

De **voorzitter**: Dat begrijp ik toch niet goed. Wij hebben altijd begrepen dat klinieken op die manier beter vergeleken konden worden. Je zou kunnen zien welke kliniek beter presteert in termen van behandelduur en effect van de behandeling. Als je allemaal verschillende klinieken hebt, kun je ze niet vergelijken. Je kunt je dan geen oordeel vormen. Met de aselechte toewijzing kon je de klinieken vergelijken op prestaties, niet op kosten.

De heer **Oppedijk**: Ik moet het iets nuanceren. De benchmarking gaat uiteindelijk ook die richting op.

De **voorzitter**: Die is toch belangrijker dan de kosten van €600 of €458?

De heer **Oppedijk**: Nee, het financiële motief was de motor. Een ander punt, gebaseerd op de kwaliteitswetten in de gezondheidszorg, is dat wordt tegengaan dat er een instituut is met ontzettend veel recidives, dat dan ontzettend goedkoop zou zijn. Dat is trouwens een moeilijk punt. Wij hebben in de afgelopen dertig jaar vijf onderzoeken naar recidive gehad. Het is heel moeilijk om de recidives terug te voeren op instituten. De instituten zijn wel gegroeid, maar statistisch blijft dit een heikel punt.

De **voorzitter**: Mijn punt was hoe wij kunnen vergelijken en ook hoe u zelf kunt vergelijken. U wilt waarschijnlijk als professional ook weten of u het goed doet. Dan hebt u maar één maatstaf. Dan sla ik de studies van de afgelopen twintig jaar even over, al zijn die relevant. Wij willen weten hoe de klinieken presteren. Ook de professional wil weten hoe hij presteert. Misschien wil de samenleving het ook nog wel weten.

De heer **Oppedijk**: Een van de punten die ik heb opgeschreven is, dat er ontzettend veel toezicht op de tbs-inrichtingen is, nog afgezien van uw commissie. Alle inspectieorganen leveren jaarlijks, soms meermalen, rapporten. Zij maken ook geaggregeerde rapporten. Kortom, er wordt veel naar de kwaliteit van de instituten gekeken. Die krijgen ook bepaalde scores. Recidives enz. worden steeds belangrijker. Nogmaals echter, de getallen zijn klein, dus daar zitten statistische haken en ogen aan. De tbs-instituten deden zelf begin jaren '90 al kwaliteits- en doelmatigheidsonderzoeken. Zij keken bij elkaar in de keuken om te zien wat zij van elkaar konden leren en wat zij beter konden doen. Dat heeft ontzettend goed geholpen. Er is veel kritiek op de tbs, maar hier is heel veel moeite voor gedaan.

De **voorzitter**: Mevrouw Abad, ik wil u ook even spreken over het thema van elkaar kunnen leren, doordat je kunt vergelijken. Je gaat dan ook meer op elkaar lijken. Ik kom zo terug op de inspectie. Hebt u als professional gezien dat je onderling meer kunt vergelijken? Zijn de instituten daardoor beter geworden?

Mevrouw **Abad**: Dan spreek ik over de ervaringen van mijzelf en mijn collega's in Flevo Future. Wij werken samen en ondernemen activiteiten met mensen van de Van Mesdagkliniek, van de Rooyse Wissel, met de Pompestichting enz. Er wordt intervisie voor behandelaars georganiseerd. Er worden over en weer second opinions gevraagd. Ik vind dat ik veel profijt heb van die situatie.

De **voorzitter**: Meer dan voorheen?

Mevrouw **Abad**: Ja zeker. Vijf jaar geleden deden wij dit niet. Het is een enorme ontwikkeling.

De **voorzitter**: Dit staat even los van de kosten, maar het gaat over de behandelduur van patiënten, over het handelen in bepaalde situaties?

Mevrouw **Abad**: Precies.

De **voorzitter**: Hoe lang duurt het bij jou, hoe lang duurt het bij mij voordat iemand kan worden ontslagen?

Mevrouw **Abad**: En waarom zijn jullie zo lang bezig? Ik ben het niet eens met de heer Oppedijk, die niet veel belang hecht aan de verlopen. Ik zie het andersom. Ik vind dat een patiënt binnen kort gehouden moet worden, maar zoveel mogelijk buiten moet zijn, met een goed risicomanagement en een goede controle. Zo kan iemand heel lang worden begeleid. Ik ben daar veel meer voor, want ik weet zeker dat dit veel efficiënter is, ook qua risicofactoren en risicogedrag.

Mevrouw **Joldersma**: Het ging net even over het toezicht in de tbs. De heer Oppedijk zei dat er heel veel toezicht is. Toen moest ik weer even aan Flevo Future denken. Er zijn onderzoeken van de inspectie geweest in 2000 en 2003. In 2004 gebeurde het incident met de patiënt van Flevo Future. Ik vraag mij af of het toezicht tekort heeft geschoten, of het ministerie eerder iets had moeten constateren bij Flevo Future. Of weet u eigenlijk niet welke criteria in de tbs moeten worden gehanteerd om elkaar op af te rekenen, om te onderzoeken en om te inspecteren? Was dat het probleem?

Mevrouw **Abad**: Wij hebben een lange waslijst van de inspectie gekregen. Wij kregen een pluim voor onze aanpak. Iedereen heeft ontzettend hard gewerkt om die pluim te krijgen. Dat is een enorme input geweest voor de medewerkers. Het is meegekomen met het communiceren met andere klinieken, om van elkaar te zien hoe je werkt, samen met het rapport van de inspectie. Ik weet niet of dit voldoende antwoord is op uw vraag.

Mevrouw **Joldersma**: De inspectie heeft in 2003 onderzoek gedaan bij Flevo Future. Daar kwam u niet vreselijk slecht uit. Er werd wel aangegeven dat er verbeteringen moesten plaatsvinden. U hebt zelf gezegd dat een aantal dingen bij u niet goed gingen. Is het

onderzoek van de inspectie in 2003 niet goed geweest of kijkt de inspectie naar de verkeerde dingen? Weet men eigenlijk niet goed hoe klinieken moeten worden gecontroleerd en waarop zij moeten worden afgerekend?

Mevrouw **Abad**: Ik vind dat wij, gelet op de taak die wij hebben, moeten worden gecontroleerd op het recidive-risico. In hoeverre vallen mensen terug in delictgedrag? De bedoeling is dat wij mensen helpen om minder gevaarlijk te worden en te resocialiseren. Daar moet naar gekeken worden. Op dat punt moeten wij steeds meer van elkaar leren. Bij elk incident moet naar de fouten worden gekeken.

Ik vind het echter jammer dat er een commissie wordt ingesteld om een incident te onderzoeken, maar dat voordat de commissie wat zegt de Tweede Kamer al schreeuwt over van alles, terwijl er geen feiten op tafel liggen. Hoe moeten wij weten hoe dit moet worden aangepakt? Eerst moet een commissie een incident onderzoeken. De fouten kunnen dan goed worden beoordeeld en er kan van worden geleerd. Op de manier waarop het nu gaat is het een chaos. Na elk incident doet een andere commissie onderzoek. Laten wij daar iets aan doen. Eén commissie moet de fouten onderzoeken. Dat is heel goed voor een kliniek. Je weet dan iedere keer dat je iets doet wat fout gaat.

De **voorzitter**: U wilt dus continuïteit in de wijze van beoordelen?

Mevrouw **Abad**: Zeker.

De **voorzitter**: Wij komen hiermee aan het eind van dit gesprek. Ik dank u hartelijk voor uw komst. Wij gaan de volgende week met ons onderzoek verder, op maandag, woensdag en vrijdag. Ik sluit de vergadering, tot maandagmorgen.

Sluiting 16.10 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op maandag 20 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Maandag 20 maart 2006

Aanvang 10.00 uur

Gehoord worden mevrouw H. Cuperis, de heer W. Teer en mevrouw drs. M.M. Kavelaars

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Welkom bij dit gesprek met de tijdelijke commissie tbs. Verleden week hebben wij het hele tbs-stelsel de revue laten passeren: het moment waarop iemand als verdachte wordt opgepakt, het moment waarop besloten wordt of er een onderzoek naar zijn geestesvermogens moet worden ingesteld, het criterium toerekeningsvatbaarheid, de veroordeling door de rechtbank en het in gang zetten van plaatsing in een tbs-kliniek. Hierbij zijn onderwerpen naar voren gekomen waarop wij wat dieper wilden ingaan, omdat ze enige vraagtekens oproepen. Op de tweede dag hebben wij gesproken over de rechtsgang en het criterium en op vrijdag hebben wij uitgebreid aandacht besteed aan de effectiviteit van de behandeling. Vandaag zouden wij willen terugkomen op alle aspecten van het einde van een tbs-maatregel. Voordat mevrouw Albayrak u hierover een aantal vragen zal stellen, kunt u wellicht kort aangeven wat uw huidige functie is, welk verband deze functie met de tbs-wereld heeft en welke relevantie functies u verder nog heeft gehad.

Mevrouw **Kavelaars**: Ik ben het op het ogenblik interim-hoofd Individuele tbs-zaken (ITS) bij de Dienst justitiële inrichtingen. Ik ben tien jaar geleden in de forensische sector begonnen, in de Kijvelanden, en daar werk ik nu ook nog.

Mevrouw **Cuperus**: Ik ben psychiater en ik werk nu bijna zes jaar als hoofd van een forensisch-psychiatrische polikliniek en dagkliniek voor de ambulante behandeling van verschillende patiënten, onder wie tbs-patiënten en ex-tbs-patiënten. Ik ben nu ruim tien jaar psychiater en vóór mijn huidige functie heb ik gewerkt in de chronische psychiatrie, ook ambulante.

De heer **Teer**: Ik ben lid van de directie van het Circuit voor langdurige zorg in de GGZ Noord-Holland Noord, ook wel "De Dijk" genoemd. Het bijzondere van dit circuit is dat wij geïntegreerde zorg verlenen: behandeling, begeleiding, wonen en dagactiviteiten. En er maakt zowel een dubbele-diagnosekliniek als een forensisch-psychiatrische afdeling deel van uit, geïntegreerd in de zorgverlening.

Mevrouw **Albayrak**: Er is in de afgelopen jaren, maar misschien vooral in de afgelopen maanden heel veel gezegd en geschreven over het verlot in het tbs-stelsel. Dit had te maken met de incidenten die er hebben plaatsgevonden. Ik denk dat het juist is om te zeggen dat er in de samenleving heel veel vragen zijn over het verlot, over hoe men ertoe komt om een tbs'er met verlot te laten gaan. Ik zou in dit gesprek zo veel mogelijk duidelijkheid willen verkrijgen over wat verlot is, over de plaats van het verlot in de behandeling, over het tot stand komen van de beslissing om verlot te verlenen, de begeleiding enz. Een belangrijke invalshoek daarbij is de resocialisatie: hoe wordt iemand begeleid bij het terugkeren in de samenleving en is het in alle gevallen wel de bedoeling dat iemand uiteindelijk terugkeert in de samenleving? Mevrouw Cuperus, zou u kunnen aangeven welke vormen van verlot er zijn?

Mevrouw **Cuperus**: Er zijn een paar vormen van verlot. Overigens werk ik ambulante, zodat ik niet direct te maken heb met het verlenen van verlot. Een van de vormen van verlot is die waarbij iemand überhaupt de deur uit mag. Daarnaast zijn er vormen waarbij het erom gaat, iemand te laten resocialiseren. Dit kan in de vorm van een proefverlot, waarbij de mensen vrij buiten kunnen zijn. Het kan ook gaan om voorwaardelijke beëindiging van de tbs, waarbij men ook vrij is en waarbij men in principe niet meer hoeft te worden opgenomen in een tbs-kliniek. En gedurende de tbs-maatregel zijn er mogelijkheden om bijvoorbeeld een uur of een dag naar buiten te gaan.

Mevrouw **Albayrak**: En wat is een verlotbeweging?

Mevrouw **Cuperus**: Er is sprake van een verlotbeweging zodra de patiënt een stap buiten de deur zet, als is het maar voor een uur.

Mevrouw **Albayrak**: Het beeld bestaat dat een tbs'er met verlof kan gaan, misschien wel op elk moment. Kunt u schetsen wanneer er voor het eerst over verlof gesproken wordt?

Mevrouw **Cuperus**: Deze vraag kan mevrouw Kavelaars beter beantwoorden, denk ik.

Mevrouw **Kavelaars**: Deze vraag zal ik beantwoorden als behandelaar, niet als medewerker van het ministerie. Wij verlenen verlof aan een patiënt als het risico van recidive tot een aanvaardbaar minimum is teruggebracht, als de behandeling bepaalde resultaten heeft gehad op grond waarvan wij ervan uitgaan dat iemand naar buiten kan. Er zijn drie vormen van verlof: begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. Alle patiënten starten met begeleid verlof en als dat goed gaat, volgt de stap naar onbegeleid verlof. Transmuraal verlof houdt in dat een patiënt buiten de muren van een kliniek in een andere voorziening verblijft, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een zelfstandige woonvorm, een RIBW, een fpk of een fpa.

Mevrouw **Albayrak**: Er heeft een behandeling plaatsgevonden en de behandelaars zeggen dus op een gegeven moment dat iemand met verlof kan, te beginnen met begeleid verlof. Kunt u hierover iets meer zeggen?

Mevrouw **Kavelaars**: Begeleid verlof houdt in dat een patiënt na een machtiging van het ministerie aanvankelijk met twee begeleiders van zijn afdeling naar buiten gaat. Het multidisciplinaire behandelteam van de patiënt geeft zijn akkoord aan een verlofplan, dat een aantal stappen omvat. Eerst een uurtje naar buiten, met twee begeleiders, om te bekijken hoe de patiënt omgaat met de vrijheid en waarmee hij of zij buiten geconfronteerd wordt. Zo wordt er telkens een kleine stap verder gezet. De eerste verloven zijn vooral gericht op het herkennen van de omgeving van de kliniek. Daarna volgt meestal een bezoek aan een winkelcentrum, om ook weer eens te ervaren wat het is om boodschappen te doen. In de kliniek onderscheiden wij sociale, recreatieve verloven en kliniekverloven, verloven die nodig zijn voor de afdeling waar de patiënt verblijft, steeds in een aantal stappen.

Mevrouw **Albayrak**: Iemand is met begeleid verlof geweest en het is goed gegaan; ik neem aan dat iemand niet maar één keer, maar een aantal keren begeleid met verlof gaat. Vervolgens is er een meetpunt waarop bepaald wordt dat het omgezet kan worden in onbegeleid verlof?

Mevrouw **Kavelaars**: De stap van begeleid verlof naar onbegeleid verlof is vrij groot. Er is ook nog een tussenstap, wij beslissen in een multidisciplinair team wanneer de begeleiding kan worden teruggebracht tot één persoon. Dit kan als de patiënt aan de voorwaarden voldoet en zich aan de afspraken houdt. Vervolgens gaan wij verder met het verlofplan, maar intussen loopt de behandeling van de patiënt nog door. Hij volgt de behandelinterventies in de kliniek en bij een volgende bespreking van het behandelplan wordt er bekeken of er een volgende stap mogelijk is. Daarbij wordt erop gelet of het risico van recidive zodanig is teruggebracht dat een patiënt zonder begeleiding naar buiten kan. Wij letten op het vluchtgevaar en wij bepalen wat wij met het onbegeleid verlof doen; een patiënt gaat niet zo maar

naar buiten. Eerst gaat een patiënt buiten werken, waarbij er wordt nagegaan of hij zich aan de afspraken houdt. Een volgende stap is sociaal verlof, het bezoeken van familie. Daarna kan onbegeleid recreatief verlof volgen.

Mevrouw **Albayrak**: En varieert de duur van het onbegeleid verlof?

Mevrouw **Kavelaars**: Ook onbegeleid verlof wordt opgebouwd. Eerst gaat een patiënt een uurtje onbegeleid naar buiten en dan werk je ernaar toe dat hij of zij een halve dag buiten kan werken. Bij sommige patiënten kiezen wij daarbij voor de eerste weken voor een "haal-brengconstructie". Het verlofplan wordt in ieder geval echt op maat gemaakt, toegesneden op de problematiek van de patiënt en gebaseerd op de afspraken die met hem kunnen worden gemaakt. U zult zich kunnen voorstellen dat bijvoorbeeld mensen met schizofrenie niet zo maar ineens onbegeleid naar buiten kunnen gaan. Bij onze instelling werken zij in het naburige psychiatrische ziekenhuis, waarbij wij kiezen voor een "haal-brengconstructie".

Mevrouw **Albayrak**: Kunt u aangeven wie een patiënt begeleiden en wat zij precies controleren?

Mevrouw **Kavelaars**: Verloven worden begeleid door forensisch psychiatrisch medewerkers, in de regel mensen met een hbo-opleiding, sph of spv. Zij letten op een aantal dingen en bij elk verlof vindt eerst een voorbespreking plaats. Daarbij gaat het erom of er afspraken met de patiënt te maken zijn. Wij controleren of de patiënt geld bij zich heeft en of hij zich in de week voor het verlof aan zijn afspraken gehouden heeft. Wij gaan na of er in die week incidenten zijn geweest en of er sprake is geweest van conflicten met de medewerkers met wie hij op verlof gaat. Bij twijfel gaan wij niet met de patiënt naar buiten.

Mevrouw **Albayrak**: Nu is begeleid verlof nog wel goed te begrijpen, maar dan volgt de stap naar onbegeleid verlof. Wij weten dat het bij tbs'ers vaak verkeerd gaat doordat zij alcohol of drugs gebruiken. Bij onbegeleid verlof heeft u daar in principe geen zicht op; kunt u dit toch controleren?

Mevrouw **Kavelaars**: Ja. Wij controleren patiënten op het gebruik van alcohol met een apparaat voor ademanalyse en met urinecontroles gaan wij na of zij harddrugs of softdrugs hebben gebruikt. Bij sommige patiënten controleren wij meteen na bijvoorbeeld de eerste onbegeleide verloven, maar omdat sommigen daar wel eens rekening mee zouden kunnen houden, houden wij ook steekproefsgewijze controles.

Mevrouw **Albayrak**: Doet u dat in de kliniek of ook in de omgeving van een patiënt, bijvoorbeeld door na te gaan of hij een café bezoekt?

Mevrouw **Kavelaars**: Wij controleren de kamers van de patiënten op verdachte spullen, maar wij gaan niet na of zij bijvoorbeeld een café bezoeken. Maar wij nemen in het verlofplan zulke afspraken op dat wij kunnen nagaan waar een patiënt is, bijvoorbeeld door hem een aantal keren te laten bellen.

Mevrouw **Albayrak**: En is de controle in de kliniek sluitend? Stel dat iemand in een week verlof de eerste drie dagen intensief alcohol of drugs heeft gebruikt, maar de laatste twee dagen niets? Kunt u dat met urine-controles nagaan?

Mevrouw **Kavelaars**: Een patiënt die een week met verlof gaat, heeft toestemming voor transmuraal verlof. Ook in zo'n week wordt er op het gebruik van drugs gecontroleerd; wij roepen de patiënt op een onverwacht moment op voor een urinecontrole.

Mevrouw **Albayrak**: Verleden week is er gesproken over de plaats van het verlof in de behandeling, waarbij sommige uitspraken tegenstrijdig waren, bijvoorbeeld als het gaat om de vraag of verlof een positieve bijdrage aan de behandeling levert. Welke ideeën heeft u hierover, ziet u mensen die met verlof gaan, sneller resocialiseren, mijnheer Teer?

De heer **Teer**: Ik kan een algemeen antwoord geven op basis van de expertise op de forensisch-psychiatrische afdeling, maar u moet zich wel realiseren dat de patiënten op zo'n afdeling eigenlijk al met verlof zijn. Zij zijn de tbs-kliniek uit, zij zijn niet meer zo erg delictgevaarlijk, zij zijn beter hanteerbaar en zij hebben in het algemeen ingestemd met hun behandeling. Naar mijn idee heeft verlof een duidelijke gunstige uitwerking op het resocialiseren. Sociale vaardigheden, omgaan met spanningen en andere emoties in het sociale verkeer moet je buiten de kliniek leren. De kliniek moet toch worden gezien als een enclave, gevuld met andere cliënten en hulpverleners. In de maatschappij kun je pas weer resocialiseren, dat is een algemeen principe, maar het is logisch dat je dit bij tbs'ers, ex-tbs'ers of tbs'ers die bezig zijn met het uitstroomproces, vanwege het risico van recidive heel zorgvuldig aan regels moet binden. Verlof is naar mijn gevoelens absoluut noodzakelijk om het resocialiseren te kunnen oefenen.

Mevrouw **Albayrak**: Hebben mensen die echt blijvend delictgevaarlijk zijn, in het huidige systeem minder kans om met verlof op straat te komen?

Mevrouw **Kavelaars**: Verlof van een blijvend delictgevaarlijke patiënt staat niet in het teken van resocialiseren of behandelen. Je moet dan denken aan humanitair verlof, dat altijd begeleid wordt: bezoek aan een winkel, vrijetijdsbesteding of familiebezoek. Longstay patiënten komen alleen voor begeleid verlof in aanmerking.

Mevrouw **Albayrak**: Over de feiten en de aantallen komen wij vanmiddag nog te spreken in het kader van het onderzoek naar de incidenten, dus daar ga ik nu niet verder op in. Ik wil wel iets meer weten over de procedure voor het toekennen van verlof. Wie vraagt het verlof aan en wie behandelt de eerste aanvraag?

Mevrouw **Kavelaars**: Het verlof wordt aangevraagd door de kliniek, het hoofd van de inrichting zet zijn handtekening onder de aanvraag om een machtiging. Er is een vast format voor de aanvraag, afkomstig uit het verlofbeleidskader en het toetsingskader. Een van de medewerkers van ITZ beoordeelt een aanvraag op inconsistenties, tegenstrijdigheden. Hij of zij gaat na of de aanvraag volledig is en adviseert het hoofd Verlof om de machti-

ging al dan niet te verlenen. De medewerkers controleren de aanvraag op een aantal punten en bij twijfel wordt er geen verlof verleend. Bij een aanvraag voor iemand uit een ingewikkelde doelgroep wordt er sowieso gebruik gemaakt van een verlofvergadering, voorgezeten door het hoofd Verlof en in het bijzijn van de psychiatrische veiligheidsadviseur. Mochten er nog twijfels of vraagtekens zijn, dan volgt een second opinion van een onafhankelijke psychiater en een psycholoog.

Mevrouw **Albayrak**: Welke concrete informatie bevat een verlofaanvraag?

Mevrouw **Kavelaars**: Gegevens uit de geschiedenis van de patiënt, zoals een analyse van het delict waarvoor hij tbs heeft gekregen, de diagnostiek en het behandelverloop. Het is mogelijk dat een patiënt in verschillende klinieken is verbleven, daarover wordt dan gerapporteerd. Verder bevat de aanvraag een uitgebreide risicotaxatie, een inschatting van het risico van recidive met behulp van een aantal meetinstrumenten. Er behoort ook een verlofplan bij: wat gaat de kliniek buiten met de patiënt doen? Er staat verder iets in over het contact met de slachtoffers, er is een hoofdstuk over vluchtgevaar en een inschatting van het verloop van de verloven. De aanvraag vormt dus een compleet overzicht van alle aspecten die met het verlof verband houden.

Mevrouw **Albayrak**: Eerst bekijken dus de behandelaars, eventueel in een multidisciplinair team in de kliniek of iemand men verlof kan. Is er ook een procedure in de kliniek zelf die eindigt met het besluit van de directeur om een aanvraag aan ITZ voor te leggen?

Mevrouw **Kavelaars**: Alle klinieken hebben ook een verloftoetsingscommissie, bestaande uit een aantal behandelaars, psychiaters en het hoofd van de inrichting. Daarin presenteert het hoofd Behandeling of de behandelingscoördinator de aanvraag. Deze wordt door de commissie getoetst en dan gaat de aanvraag naar Den Haag.

Mevrouw **Albayrak**: Heeft u er zicht op hoeveel het er jaarlijks zijn?

Mevrouw **Kavelaars**: Verleden jaar zijn er ongeveer duizend aanvragen geweest, maar dat is inclusief alle heroverwegingen naar aanleiding van het incident bij Veldzicht.

Mevrouw **Albayrak**: Het zijn er dus minder dan het jaar ervoor?

Mevrouw **Kavelaars**: Ja, er zijn op dit moment ongeveer zevenhonderd patiënten die een of andere vorm van verlof hebben.

Mevrouw **Albayrak**: Dit aantal is nu lager omdat men voorzichtiger is geworden, zowel bij de klinieken als bij ITZ?

Mevrouw **Kavelaars**: Ik weet niet precies of het aantal lager is dan in de afgelopen jaren. Wel zijn klinieken inderdaad voorzichtiger geworden, net als ITZ.

Mevrouw **Albayrak**: Na de procedure bij de klinieken komt een aanvraag bij uw afdeling terecht, bij ITZ. Kunt u iets meer vertellen over uw werkwijze? Toetst u procedureel of inhoudelijk? Welke informatie heeft u tot uw beschikking als u moet bekijken of een kliniek terecht een machtiging aanvraagt?

Mevrouw **Kavelaars**: ITZ toetst in principe procedureel, de verantwoordelijkheid voor het aanvragen van verlof ligt bij de kliniek. Wij toetsen procedureel en wij bekijken of de aanvraag volledig is. Wij beschikken over een dossier met de rapportage over de gang van zaken die tot de tbs-maatregel heeft geleid. Verder bevat het dossier de wettelijke aantekeningen; elk kwartaal rapporteert een kliniek over een patiënt. Ook hebben wij de verlengingsadviezen aan de rechtbank die de kliniek opstelt. Met ons automatiseringssysteem kunnen wij nagaan welke incidenten met een patiënt klinieken gemeld hebben; ze zijn verplicht om daarover gegevens te verstrekken. En onze medewerkers toetsen aan de hand van een format of de aanvraag volledig is, of alle hoofdstukken ingevuld zijn, of er een risicoanalyse gemaakt is en of de kliniek het risicomangement van de patiënt goed heeft vormgegeven. Wij letten verder op de diagnostiek, wij gaan na of er tegenstrijdigheden in de rapportages zijn. Als die er zijn, vragen wij de kliniek om extra informatie.

Mevrouw **Albayrak**: Namens wie toetst u?

Mevrouw **Kavelaars**: Namens de minister.

Mevrouw **Albayrak**: Maar er is dus geen inhoudelijke toets bij ITZ, u gaat niet nog eens met de pet van de psychiater op basis van alle klinische gegevens na of de betrokkene klaar is om met verlof te kunnen gaan? U gaat na of er geen zaken ontbreken die nodig waren voor een juiste beslissing?

Mevrouw **Kavelaars**: Ja, maar dit neemt niet weg dat wij in de afgelopen jaren iets meer op de inhoudelijke kant van de behandeling zijn gaan letten. Je kunt hier vraagtekens bij zetten, je kunt je afvragen of dit nodig is. Wij toetsen procedureel, maar met een psychiatrisch veiligheidsadviseur en een hoofd Verlof dat ook in een kliniek werkt ...

Mevrouw **Albayrak**: Wat bedoelt u dan precies met de opmerking dat u meer op de inhoudelijke kant bent gaan letten?

Mevrouw **Kavelaars**: Wij bekijken het behandelverloop van de patiënt veel degelijker, en de relatie tussen het behandelverloop en het risicomangement. Een aantal jaren geleden werd elke aanvraag eigenlijk gewoon toegewezen, nu niet meer. Er wordt om extra informatie gevraagd en er worden ook machtigingen afgewezen, als wij vinden dat verlof te veel gevaar oplevert.

Mevrouw **Albayrak**: Bedoelt u nu dat er vaker verlofaanvragen worden afgewezen omdat uw afdeling ook inhoudelijk is gaan toetsen?

Mevrouw **Kavelaars**: Nee, wij wijzen sommige aanvragen af als wij vinden dat een kliniek niet voldoende kan waarborgen dat het risico van recidive zo klein mogelijk is. Dit is in principe geen inhoudelijke toets, maar wij

gebruiken wel de gegevens over het behandelverloop om te bekijken of dit risico tot het minimum is beperkt.

Mevrouw **Albayrak**: U gaf zojuist aan welke informatie u daarbij allemaal tot uw beschikking heeft; vindt u die informatie voldoende om de behandeling inhoudelijk te kunnen toetsen?

Mevrouw **Kavelaars**: De informatie is wel volledig en voldoende, maar ITZ heeft eigenlijk nauwelijks medewerkers die deskundig zijn op het gebied van de inhoudelijke kant van de behandeling. Zij zijn geschoold in risicotaxatie en in het doorgronden van dit soort rapporten, maar zij hebben geen behandelervaring met tbs-patiënten.

Mevrouw **Albayrak**: En u heeft op dat moment ook niet alle klinische informatie tot uw beschikking om te kunnen nagaan hoe een behandeling is verlopen en wat de effecten op de betrokkene zijn geweest?

Mevrouw **Kavelaars**: Wij beschikken niet over alle klinische informatie, maar wel over een samenvatting van de klinische opname. De kliniek heeft ook de verantwoordelijkheid voor de klinische opname, dus je kunt ervan uitgaan dat de kliniek bij een aanvraag het klinische beeld goed bekeken heeft en dat men dat getoetst heeft met behulp van de beschikbare risicotaxatie-instrumenten.

Mevrouw **Albayrak**: Maar toch wijst u wel eens aanvragen af. Kunt u aangeven waarom een aanvraag kan worden afgewezen?

Mevrouw **Kavelaars**: De meeste verlofaanvragen worden afgewezen omdat ITZ het risico van recidive onaanvaardbaar vindt. Wij baseren dit op tegenstrijdigheden in de rapportages. Het is mogelijk dat een onafhankelijk adviseur zegt dat een patiënt in aanmerking komt voor voorwaardelijke beëindiging van de tbs, dat de behandeling redelijk geslaagd is, terwijl de kliniek in zijn verlengingsadvies zegt dat de maatregel nog twee jaar verlengd moet worden en in de aanvraag spreekt van kleine stappen. Dan bekijken wij de zaak sowieso al zorgvuldiger. Wij wijzen ook verlofaanvragen af als er een halfjaar tot een jaar ervoor incidenten zijn geweest waarbij er sprake was van "delictgerelateerd gedrag". Daarbij kun je denken aan een incident in de kliniek met agressie waarbij er parallellen merkbaar zijn met het delict op grond waarvan iemand ter beschikking is gesteld. Als iemand zulk gedrag al in de kliniek vertoont, is het niet zo makkelijk aannemelijk te maken dat het buiten niet meer zal gebeuren. Een verlof kan ook worden afgewezen als de patiënt het delict ontkent, als er geen overeenstemming is over het delict en de factoren die ermee verband houden, of als er geen overeenstemming is over de risicotaxatie. Het komt voor dat wij oordelen dat niet voldoende gewaarborgd is dat het risico van recidive zo klein mogelijk is.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is dan een besluit van het ITZ-team, de deskundigen van ITZ komen tot de slotsom dat er iets niet klopt en dat de aanvraag geweigerd moet worden. Wordt dit advies vervolgens aan de sector-directeur voorgelegd?

Mevrouw **Kavelaars**: Als er wordt geadviseerd om een aanvraag af te wijzen, is er sprake van een ingewikkelde

aanvraag, zodat de verlofvergadering gebruikt wordt. Alle beoordelaars nemen dan met het hoofd Verlof en de psychiatrisch veiligheidsadviseur een beslissing en zij schrijven in naam van de minister een brief aan de kliniek. Het is ook mogelijk dat er nog even contact wordt opgenomen met de kliniek om na te vragen of ITZ misschien gegevens mist, omdat wij van mening zijn dat de aanvraag moet worden afgewezen. Als dat tot een nadere rapportage leidt, wordt ook die betrokken bij de verlofvergadering. Bij ingewikkelde gevallen betrekken wij ook de sectordirecteur bij de beslissing over het verlenen van een machtiging tot verlof.

Mevrouw **Albayrak**: Daar kom ik nog op. Maar het besluit om een verlofaanvraag te weigeren kunt u dus aan de kliniek melden zonder dat de minister daarvan weet. Of moet hij alles wat u besluit eerst zien en daarmee instemmen?

Mevrouw **Kavelaars**: Nee, daar is de minister niet feitelijk van op de hoogte, althans niet van de individuele aanvraag. Wel weet hij hoeveel machtigingen niet worden toegekend, of hoeveel machtigingen worden verleend.

Mevrouw **Albayrak**: Hij ziet dus niet elk individueel besluit? Uw besluit hoeft dus niet ook nog eens het akkoord van de minister te hebben?

Mevrouw **Kavelaars**: Nee.

Mevrouw **Albayrak**: Volgen de sectordirecteuren wel altijd het advies van de ITZ?

Mevrouw **Kavelaars**: Het kan zijn dat ook ik, samen met het hoofd Verlof, twijfel over een aanvraag. Dan leggen wij de aanvraag voor aan de sectordirecteur.

Mevrouw **Albayrak**: U liet het woord "verlofmachtiging" al vallen. Wat is dat precies?

Mevrouw **Kavelaars**: Een kliniek dient een aanvraag in voor verlof. Wij verlenen dat aan de hand van een machtiging. Wij zeggen: u bent ermee akkoord om met deze patiënt voor een jaar naar buiten te gaan, maar na een jaar willen wij op de hoogte worden gehouden van het verloop van dit verlof. Ook voor het laatste is een format. Dan kijken wij naar het al of niet verlengen van die machtiging.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe houdt u zicht op de uitvoering van die verlofmachtiging?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat ligt bij de kliniek, die daarvoor verantwoordelijk is. Wij controleren alleen of het verlofplan zo is opgemaakt dat het risicomanagement voldoende is gewaarborgd.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt dat het een machtiging voor een jaar kan zijn, waarbij het aan de kliniek is om dat verder in te vullen. Komt het wel eens voor dat een kliniek wellicht op de dag zelf besluit om het verlof niet te verlenen?

Mevrouw **Kavelaars**: Als behandelaar antwoordend: jazeker. De klinieken nemen dit soort beslissingen dagelijks.

Mevrouw **Albayrak**: Zijn dat vaak inhoudelijke redenen? Of is de reden dat er op dat moment geen personeel is om iemand te begeleiden?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat kan ook. Als er tien patiënten met twee begeleiders naar buiten gaan, is er geen bezetting in de kliniek. Meestal is het om inhoudelijke redenen dat wij het niet verantwoord vinden om met de patiënt naar buiten te gaan.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe concreet is een verlofmachtiging?

Mevrouw **Kavelaars**: Die machtiging is breed aan de hand van de drie verlofvormen: begeleid verlof, ongebeleid verlof tot maximaal zes overnachtingen, en transmuraal verlof, wat vanaf zeven nachten buiten de kliniek is. De machtiging is een vrij statisch iets, maar wij refereren daarbij wel aan de brief die de kliniek ons stuurt. Als een kliniek zegt dat het begeleid verlof wordt gebruikt voor het doen van boodschappen, het zoeken van werk en het zoeken naar een vrijetijdsbesteding, machtigen wij dat soort verloven. Het ligt dus aan het verlofplan dat door de kliniek wordt ingediend.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe zwaar weegt voor u bij ITZ dat het verlof op dat moment positief zou kunnen bijdragen aan de behandeling van een patiënt? Is die behandeling een zwaar meewegende factor? Of is de beveiliging een element waarmee u meer rekening houdt?

Mevrouw **Kavelaars**: Bij ITZ staat voorop dat de maatregel inhoudt dat wij patiënten resocialiseren. Ook bij ITZ wordt gekeken naar de vraag of een bepaald verlof kan bijdragen aan een verantwoorde terugkeer in de maatschappij. Wij kijken naar de veiligheid en de behandelinhoud. Wij toetsen dus niet alleen maar op veiligheid.

Mevrouw **Albayrak**: Wat doet de kliniek als iemand zich niet aan de voorwaarden van het verlof houdt? Wat betekent dat voor het hele resocialisatieproces?

Mevrouw **Cuperus**: Het is goed om een aantal zaken goed te scheiden. Ik doel op het begeleid verlof, het ongebeleid verlof en het transmuraal verlof. Dat vindt nog plaats binnen het klinische gedeelte van de behandeling van de patiënt in de tbs. De behandelaar in de kliniek stuurt op de behandeling; er wordt gereageerd als afspraken niet worden nagekomen. De afdelingen van mijnheer Teer en mij komen in beeld als sprake is van een proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging van een tbs. Bij transmuraal verlof speelt een andere dynamiek. Waar je bij begeleid verlof "op de minuut" kunt sturen, met de daarbij behorende snelle reactie, is iemand bij een proefverlof gewoon buiten. Dan is er meer ruimte voor patiënten om dingen zelf in te vullen. Maar als er sprake is van transmuraal verlof, met afspraken over bijvoorbeeld middelengebruik, en er blijkt dat dingen niet goed gaan, dan kan het zijn dat betrokkene voor korte of langere duur wordt teruggeplaatst in de kliniek.

Mevrouw **Albayrak**: Meldt u dat bijvoorbeeld aan ITZ?

Mevrouw **Cuperus**: Dat moet gemeld worden.

Mevrouw **Albayrak**: Daarvoor is een bestand aanwezig?

Mevrouw **Kavelaars**: Als een kliniek besluit dat een patiënt niet meer op verlof mag gaan, wordt ITZ ingelicht. Als een kliniek besluit een bepaalde patiënt op één dag niet naar buiten te laten gaan, worden wij niet altijd op de hoogte gebracht. Er kan in de samenwerking iets aan de hand zijn. De verantwoordelijkheid voor verlofverlening ligt bij de kliniek. De week daarna kan een patiënt dan misschien weer naar buiten.

Mevrouw **Albayrak**: Niet alles wordt bijgehouden in een bestand.

Mevrouw **Kavelaars**: Incidenten worden door de klinieken wel opgegeven, maar dat betekent niet dat Den Haag bij het drinken van een biertje meteen de machtiging intrekt. Die verantwoordelijkheid ligt zoals gezegd bij de kliniek. Bij ernstige incidenten waarbij sprake is van delicten, trekt ITZ de machtiging namens de minister in.

Mevrouw **Albayrak**: Het is dus de verantwoordelijkheid van de klinieken om aan te geven waar de grens ligt als het gaat om wel of niet melden.

Mevrouw **Kavelaars**: Ja.

De heer **Teer**: Bij de individuele behandeling bestaat er een stelsel van afspraken met een cliënt en mogelijk ook met de familie, waarbinnen signalerings- en behandelplannen een grote rol spelen. Er zijn afspraken gemaakt met de cliënt dat, mocht hij tijdens zijn verlof te laat terugkomen, de vrijheden worden ingetrokken. Dat hoeft niet automatisch een melding te betekenen, maar dat is wel de manier waarop langzamerhand met de patiënt een soort relatie wordt opgebouwd, waarbij helder is voor de patiënt wat deze wel of niet mag, en waarbij de behandelaars erop kunnen vertrouwen dat hij van de geboden vrijheden een goed gebruik maakt. Over het algemeen zal de kliniek op het niet nakomen van voorwaarden tijdens verlof reageren door vrijheden te beperken.

Mevrouw **Albayrak**: Is er überhaupt een landelijk protocol op dit punt?

Mevrouw **Cuperus**: Dat verschilt per patiënt. In het individueel behandelplan worden daarover afspraken gemaakt.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is duidelijk. Maar er bestaat geen nationaal protocol voor het doen van meldingen?

Mevrouw **Kavelaars**: Alle klinieken melden bijzondere voorvallen bij de sectordirectie van ITZ. Daarbij moet worden gedacht aan ernstige incidenten in de klinieken.

Mevrouw **Albayrak**: Die zijn met name genoemd? Of is het aan de kliniek om dat te bepalen?

Mevrouw **Kavelaars**: Het laatste.

Mevrouw **Albayrak**: Wat zijn onttrekkingen?

Mevrouw **Kavelaars**: Een onttrekking komt voor als een patiënt zich losmaakt van het toezicht van de kliniek, dus als iemand tijdens begeleid verlof de begeleider laat waar

deze is. Bij onbegeleid verlof komt iemand niet terug of te laat terug in de kliniek, of hij houdt zich niet aan de gemaakte afspraken. Onttrekken is dus het zich onttrekken aan het toezicht van de kliniek.

Mevrouw **Albayrak**: Een begeleide tbs'er drinkt ergens koffie en gaat naar het toilet. Dat doet hij echter niet, maar hij gaat een krantje kopen. Is dat een onttrekking?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat is ingewikkeld. Dit is geen onttrekking. Als iemand een krantje koopt of even naar het toilet gaat, hoort de begeleider mee te gaan. Maar als iemand zegt naar het toilet te gaan, waarna hij via het wc-raampje vlucht, is dat een onttrekking.

Mevrouw **Albayrak**: En de onbegeleide tbs'er die met verlof is, zijn trein mist en daardoor twee uur te laat terugkomt in de kliniek? Is dat een onttrekking?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat ligt eraan of de patiënt meldt bij de kliniek of hij al dan niet te laat aan het komen is. De meeste patiënten hebben een telefoon(kaart), dus op het moment dat zij in de trein zitten, kunnen zij bellen met de kliniek om te melden dat zij te laat komen. De meeste klinieken toetsen of de trein ook daadwerkelijk vertraging heeft. Er worden dan afspraken gemaakt met de patiënt om de kliniek regelmatig op de hoogte te houden. Wij trekken dan de machtiging niet in, want het is geen onttrekking. Maar als een kliniek met de tbs'er heeft afgesproken dat deze om zeg tien uur terug moet zijn, en hij is er om vijf over tien nog niet, zonder dat de kliniek daarover een telefoontje heeft gehad, begint voor de kliniek het protocol "ongeoorloofde afwezigheid".

Mevrouw **Albayrak**: Dan wordt het gemeld als een onttrekking.

Mevrouw **Kavelaars**: Dan kan het zijn dat de patiënt gewoon tien minuten te laat binnenkomt, en dan is het geen onttrekking. Maar als hij binnen het uur niet van zich heeft laten horen, is iedereen ingelicht, dan spreken wij van een onttrekking. De patiënt houdt zich in dat geval immers niet aan de afspraken.

Mevrouw **Albayrak**: Wat is het verschil tussen een onttrekking en een ontvluchting?

Mevrouw **Kavelaars**: Bij een ontvluchting breekt een patiënt uit de kliniek. Maar van een ontvluchting is ook sprake als iemand bij mijnheer Teer is opgenomen en uit het betrokken psychiatrisch ziekenhuis loopt.

Mevrouw **Albayrak**: Wat doet de kliniek als een patiënt zich aan het verlof onttrekt?

Mevrouw **Kavelaars**: Elke kliniek heeft zijn eigen manier van werken. Wel is er een protocol: je moet de onttrekking binnen een uur melden bij de coördinatie van de landelijke opsporingsdienst. Alle klinieken werken samen met de politie in de buurt. Op dit punt is een format ontwikkeld, waarmee het signalement van de ongeoorloofd afwezige patiënt wordt doorgegeven. De klinieken melden dit verder bij de piketdienst van de officier van justitie en bij het arrondissement waar de patiënt de maatregel opgelegd heeft gekregen. In het eerste uur worden dus erg veel mensen op de hoogte gebracht.

De heer **Teer**: Wij melden het ook altijd bij de tbs-kliniek die het proefverlof heeft verleend. Wij waarschuwen familieleden of anderen bij voorkeur wel, wat heeft te maken met hoe de cliënt in zijn of haar maatschappelijk systeem zit.

Mevrouw **Albayrak**: Dit wordt ook gemeld bij het Meldpunt tbs'ers?

Mevrouw **Kavelaars**: Ja, dat doet de kliniek.

Mevrouw **Albayrak**: Wat is de functie van dat meldpunt?

Mevrouw **Kavelaars**: Zij coördineren de opsporing. Van de kliniek krijgen zij alle informatie, soms ook nog van ITZ en van de politie. Het meldpunt gaat met het OM en de politie in de buurt aan de slag. Dat geldt ook voor de politie van de stad of het dorp waarvan de kliniek verwacht dat de patiënt naar toe gaat.

Mevrouw **Albayrak**: De commissie is in Duitsland een kliniek tegengekomen waar de directe omgeving door middel van sirenes op de hoogte werd gesteld van een ontvluchting. Komt dat in Nederland ook voor? Wordt er überhaupt informatie gegeven aan de directe omgeving van een kliniek?

Mevrouw **Kavelaars**: De Kijvelanden heeft een afspraak gemaakt met een soort commissie van omwonenden dat bij ontvluchting één lid van die commissie op de hoogte wordt gebracht. Dat geldt niet voor onttrekkingen. Ik denk dat dat zo is voor alle tbs-klinieken.

De heer **Teer**: Bij ons zijn die afspraken niet gemaakt. Natuurlijk worden die wel gemaakt met de plaatselijke politie, die de coördinatie verder op zich neemt.

Mevrouw **Albayrak**: U kunt zich misschien voorstellen dat u niet bij elke patiënt, maar wel bij de tbs'er die op dat moment bij u onder behandeling is afspraken maakt met de omwonenden.

De heer **Teer**: Ik zou mij er wel iets bij kunnen voorstellen. De heel gevaarlijke tbs'ers zitten natuurlijk niet bij ons. Bij ons zitten tbs'ers die al een heel eind in hun behandeling zijn gevorderd, en waarmee regelmatig goede afspraken zijn te maken. Desalniettemin kan ik mij er wel iets bij voorstellen dat wij met omwonenden wat meer afspraken maken, hoewel wij niet in een woonwijk zitten. Wij hebben het nu over tbs met gevaar voor de maatschappij, maar er zijn heel veel patiënten bij ons die ook een gevaar voor zichzelf vormen, of voor de veiligheid in het algemeen, maar niet tot ernstige misdrijven zijn gekomen.

Mevrouw **Albayrak**: Komt het vaak voor dat een tbs'er die bij u in behandeling is de kliniek ontvlucht?

De heer **Teer**: In de afgelopen zes à zeven jaar is dat één keer gebeurd.

Mevrouw **Albayrak**: Ik stap over naar de resocialisatie. Wat is dat?

De heer **Teer**: Resocialisatie is eigenlijk een proces binnen de behandeling, waar iemand na een bepaald 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 de burens, normaal eten kookt en op een normale manier om kan gaan met zijn geld.

Mevrouw **Albayrak**: Wij hebben het hier over mensen over wie het oordeel al is dat zij geresocialiseerd kunnen worden. Wij hebben het dus niet over mensen van wie wij ons bewust zijn dat het er niet meer in zit.

De heer **Teer**: Nee, wij hebben het over tbs'ers. Als je kijkt naar de redenen van de tbs, heb je het over de psychische gezondheidsproblemen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen, en over de afweging om daarvoor blijvende beveiliging toe te passen. Dat is een besluit dat op een gegeven moment wordt genomen op grond van de ervaringen in de behandelrelatie binnen veiligheidskaders. Bij alle anderen doe je wel een poging tot resocialisatie. Dat begint mijns inziens al aan het begin van de behandeling. Dat betekent nog niet dat je op verlof bent, maar wel dat men kijkt hoe iemand reageert op normale situaties.

Mevrouw **Albayrak**: Kunt u aangeven, wanneer de resocialisatie bij een patiënt start?

De heer **Teer**: Bij het begin van de behandeling.

Mevrouw **Albayrak**: Op het moment dat iemand in de kliniek komt, leert hij daar al relaties te onderhouden. Daarmee oefent u in de kliniek?

De heer **Teer**: Ja. Bij het overgrote deel van de psychiatrisch patiënten kan resocialisatie overigens veel beter plaatsvinden als je mensen niet opneemt of in deeltijd behandelt, dan als je ze in een kliniek opneemt. Een kliniek heeft immers altijd een eigen cultuur, die niet dezelfde is als in de maatschappij. Maar bij sommige patiënten moet je opnemen, daar is geen twijfel over mogelijk.

Mevrouw **Albayrak**: Kunt u iets meer zeggen over de vormen van resocialisatie?

Mevrouw **Cuperus**: Het lijkt nu alsof er wordt behandeld in de kliniek, en geresocialiseerd daarna. Maar behandeling is een heel langdurig proces, wat in de kliniek begint, maar wat ook tijdens het verlof doorgaat. De behandeling stopt dan niet. Resocialisatie en behandeling gaan hand in hand, het zijn geen zaken die goed kunnen worden gescheiden.

Mevrouw **Albayrak**: Het begint dus in de kliniek en gaat door tijdens de verschillende verlofstadia.

De heer **Teer**: Het hoort bij de behandeling. Behandeling en resocialisatie gaan samen op: het een kan niet zonder het ander.

Mevrouw **Albayrak**: Is behandelen genezen?

De heer **Teer**: Wij werken binnen een regulier circuit veel met het concept van herstel. Herstel betekent niet genezen, want dat zou betekenen dat je van de ziekte af bent. Als wij het hebben over psychotische stoornissen,

zijn dat stoornissen waar mensen nooit van afkomen. Met herstel bedoelen wij dat iemand heel goed met zijn ziekte om kan gaan en heel goed weet, op welke manier moet worden voorkomen dat hij opnieuw psychotisch wordt, waardoor het gevaar ontstaat. Dat is waar de behandeling c.q. de resocialisatie zich op richt: het goed omgaan met de ziekte en het weer opnemen van rollen binnen de maatschappij. Als iemand dat naar eigen bevrediging en die van de omgeving doet, is hij of zij hersteld. Dat is overigens een concept dat komt vanuit de cliëntenbeweging, en er is goed mee te werken.

Mevrouw **Albayrak**: Dat doel is duidelijk, maar u zult bij tbs'ers nooit vergeten dat er een beveiligingsaspect meespeelt. U kunt proberen iemand te laten functioneren, maar u zult de samenleving ook nog moeten beveiligen tegen die persoon. Hoe doet u dat?

De heer **Teer**: Daarvoor zijn diverse mogelijkheden. Als iemand met een bepaalde vorm van delictgevaarlijkheid in de maatschappij moet functioneren, zal een bepaalde vorm van toezicht moeten worden georganiseerd, waarbij iemand heel intensief ambulante wordt behandeld en begeleid. Daarvoor zijn in het buitenland enkele methodieken ontwikkeld die wij hier ook zijn gaan gebruiken, ook voor de groep patiënten die niet zodanig gevaarlijk is dat zij tbs krijgt. Een van die vormen is Assertive Community Treatment (ACT), een heel intensieve, assertieve, teamgerichte behandeling die desnoods meerdere keren per dag wordt toegepast. Daarbij heb je de patiënt blijvend goed in beeld. Op die manier zorg je er in feite voor dat er ook ambulante een vorm van bijna klinische observatie ontstaat, waarbij je de patiënt heel duidelijk volgt, toezicht houdt op en behandelt. De cliënt heeft daardoor minder de noodzaak – een gevaarlijk woord – om weer tot een delict te komen. Als iemand uit onze groep erg psychotisch wordt, is de kans op gevaar groot, dus als je hem adequaat en intensief behandelt, wordt het gevaar veel kleiner.

Mevrouw **Kavelaars**: Bij een vorm als forensisch ACT kan heel goed worden beveiligd, terwijl iemand toch buiten is.

Mevrouw **Albayrak**: Het gaat hier wel om mensen die nog niet klaar zijn met tbs. Dat zijn mensen die vaak met proefverlof zijn, die de ambulante begeleiding nodig hebben. U zegt dat wij daarvan goede voorbeelden hebben gezien in de VS, dat volgens u ook hier werkt. U bent daar tevreden over. Of ziet u nog knelpunten?

Mevrouw **Cuperus**: Het principe werkt, in ieder geval in de gewone psychiatrie. De communicatie met bijvoorbeeld de reclassering speelt ook nog een rol; het is zaak die dingen goed op elkaar te laten aansluiten. Bij transmuraal verlof heeft de kliniek heel duidelijk de regie over het behandelplan en eventuele sancties ten opzichte van een cliënt die zich niet aan de afspraken houdt. Bij proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging van de maatregel is de reclassering een heel belangrijke partner, want die is feitelijk de houder van het dossier en heeft dus in feite de regie. Bij de heer Teer op de afdeling gaat het om transmuraal verlof, waarbij de kliniek de regie heeft over de behandeling.

Mevrouw **Albayrak**: Maar zegt u daarmee dat die regio ook bij proefverlof en voorwaardelijke invrijheidsstelling bij de klinieken zou moeten liggen?

Mevrouw **Cuperus**: Als het gaat om patiënten met een duidelijk behandelbare psychiatrische stoornis, zou de inhoudelijk deskundige de regie moeten voeren. Hij herkent immers de symptomen als het misgaat.

Mevrouw **Albayrak**: Want het stelsel dat de regie van de klinieken zou moeten overnemen, begint te functioneren, zij het nog niet sluitend.

Mevrouw **Cuperus**: Dat is geen stelsel, maar een methode, die kan worden ingezet om intensieve controle buiten mogelijk te maken. Dat kan binnen een transmuraal verlof, maar ook bij proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging, of bij tbs met voorwaarden. Het soepel heen en weer bewegen tussen kliniek en "buiten" is dan echter een stuk lastiger.

Mevrouw **Albayrak**: Krijgt elke tbs'er met proefverlof of met een voorwaardelijke beëindiging dat instrument ook echt aangeboden, of is dat afhankelijk van de regio waarin iemand woont?

Mevrouw **Cuperus**: Dat is in ontwikkeling, en nog niet overal beschikbaar.

Mevrouw **Albayrak**: Wat gebeurt er met de mensen voor wie dit instrument nog niet beschikbaar is?

De heer **Teer**: Dat gaat over de samenwerking tussen de reclassering en de ambulante zorgverleners – vroeger waren dat de Riagg's, maar meestal zijn zij nu opgenomen in gefuseerde instellingen – en de klinieken. Dat is afhankelijk van de samenwerkingsafspraken. Daar komt misschien het idee van koudwatervrees vandaan. Het is immers lastig om daarover sluitende afspraken te maken.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is een probleem?

De heer **Teer**: Ja. Als je zegt: wij willen in de uitstroom van de tbs naar het veld met toezicht doorgaan, zijn er een aantal spanningsvelden. Het eerste is dat je van een forensisch milieu overgaat naar de reguliere ggz, wat twee verschillende culturen zijn. Daar bedoel ik mee dat de ggz zich de laatste twintig jaar heel duidelijk heeft gericht op het centraal stellen van de patiënt, op onderhandelen, op cliëntenparticipatie, op rehabilitatie, kortom, de ggz heeft zich heel erg in de onderhandelingscultuur begeven, aansluitend bij de vraag. De forensische cultuur richt zich veel meer op beveiliging van de maatschappij. Dat zijn zaken die zich niet altijd goed met elkaar verhouden. De tbs-wereld speelt zich af op een heel ander niveau dan het regionale niveau. De reguliere zorg speelt zich af in de regio's, met goede banden met gemeentes, politie en dergelijke, maar de tbs-wereld speelt zich af in een groter geheel, en heeft te maken met talrijke instellingen. Daar zou je problemen kunnen krijgen. Op veel plekken is prima samenwerking gerealiseerd, maar er zijn ook plekken met hoge schotten. Bij ons is het Regionaal instituut beschermd wonen (RIBW) meegefuseerd in de instelling, en zit in het circuit voor langdurige zorg. Dat scheelt een stuk, want wij kunnen nu tbs'ers rechtstreeks plaatsen in een woon-

vorm, met alle afspraken van dien. Wij hebben dus niet de kloof te overbruggen tussen beschermd wonen en reguliere ggz, die diep kan zijn.

Mevrouw **Albayrak**: U spreekt nu over de regio Noord-Holland Noord. U zegt dat u best goede afspraken heeft gemaakt. De vraag hoe het zorgcircuit functioneert voor degenen waarover wij het nu hebben, beantwoordt u met de stelling dat dit goed gaat.

De heer **Teer**: Wij scheppen langzamerhand voorwaarden waardoor je veel steviger toezicht kunt houden in bijvoorbeeld de ambulante sfeer. Dat is nog niet volmaakt of klaar, maar wij hebben wel een aantal voorwaarden geschapen waarbinnen dat toezicht kan worden ontwikkeld. Ik spreek nu over forensisch toezicht, ambulante.

Mevrouw **Albayrak**: Heeft u zicht op de precieze knelpunten in de regio's waar het minder goed gaat? Zijn dat gewoonten, tradities in vormen van samenwerking, geld? Waarom lukt andere regio's niet wat u wel lukt?

De heer **Teer**: Ik zeg niet dat het bij ons ideaal is, maar wij zijn wel op de goede weg.

Mevrouw **Cuperus**: Er zijn meer regio's waar het wel lukt, maar daar zijn weer andere accenten, of daar hebben andere ontwikkelingen plaatsgevonden. In Utrecht is men goed bezig met beschermde woonvormen. Op veel plaatsen zijn er forensische poliklinieken en dagklinieken, die heel goed werken op het snijvlak tussen de gewone ggz en de forensische ggz. Zij hebben beveiligen als oogmerk, maar ook behandelen. Zij dragen beide culturen in zich.

Mevrouw **Albayrak**: Ik kan mij voorstellen dat u vindt dat van de "best practices" landelijk geprofiteerd moet worden. Gebeurt dat?

Mevrouw **Cuperus**: Meer en meer.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe kunnen wij dat versnellen? Wat is ervoor nodig om het zorgcircuit om die tbs'er die met proefverlof of met voorwaardelijk verlof is, te realiseren?

De heer **Teer**: Ik denk dat dit een van de belangrijke zaken is van dit onderzoek. Ik wil voorzichtig een paar dingen noemen.

Als ik de forensische polikliniek en de reguliere polikliniek met elkaar vergelijk, dan blijkt dat vooral tbs'ers veel tijd en administratie vergen. Dat heeft te maken met de verantwoordelijkheid ten opzichte van de maatschappij en de veiligheid. Dat betekent dat de tarieven voor de forensische zorg hoger zijn dan voor de reguliere ggz. Als iemand overgaat van Justitie naar VWS of uiteindelijk naar de AWBZ op een reguliere poli, halveren de tarieven halveren of worden ze zelfs nog lager. Dat is vreemd omdat het om dezelfde cliënten gaat. Dat is van belang. Ik heb het dan overigens niet alleen over de tbs'er, maar ook over degene die na een artikel 37 instroomt. Iets anders is de cultuur waar wij net over spraken. Als je goede forensische psychiatrie wilt bedrijven, zul je de cultuur heel goed met je mee moeten dragen. In Nederland heeft nog maar een aantal instellingen een fpa. Er zijn er maar drie die een fpk hebben. De tbs-instellingen staan zeer op zichzelf. Er zijn heel weinig

tbs-instellingen en reguliere instellingen die gezamenlijk optrekken. In Nijmegen gebeurt dat wel. In Rotterdam is dat niet helemaal goed gelukt. Forensische psychiatrie kun je zien als een specialisme binnen de psychiatrie, namelijk als het specialisme dat behandeling van ernstig psychiatrische stoornissen en veiligheidsaspecten, zoals risicotaxatie, delictrecidive, met elkaar verbindt of integreert. Ik kan mij voorstellen dat je dit specialisme in elke instelling hebt, zodat daar ook vanuit die hoek naar gekeken kan worden.

Op het moment dat er forensische expertise is, kun je ook in het voortraject op een andere manier kijken. Met het voortraject bedoel ik dat men in een algemene instelling of een langdurig circuit patiënten ziet waarvan men al denkt dat het uiteindelijk kan uitlopen op tbs wegens ernstige misdrijven, terwijl je binnen de BOPZ eigenlijk onvoldoende gebruik kunt maken van de mogelijkheid tot bijvoorbeeld een snelle behandeling, waardoor je gevaar in de toekomst goed kunt afwenden.

Zo kun je een aantal dingen bedenken die wat meer mogelijkheden, wat meer breedte en stevigheid geven. Ik denk dat mevrouw Cuperus en mevrouw Kavelaars nog veel meer dingen kunnen noemen.

Mevrouw **Albayrak**: Dit gaat over de tbs'er die, hoewel hij al in het staartje zit, nog steeds onder de maatregel valt. De tbs-maatregel wordt op een gegeven ogenblik beëindigd. Kunt u daar iets over zeggen, mevrouw Kavelaars? Hoe komt men tot de beëindiging van de tbs-maatregel?

Mevrouw **Kavelaars**: De maatregel is opgelegd door de rechtbank. Klinieken moeten de rechtbank informeren over de behandeling en de mate van het delictgevaar. Dat gebeurt een of twee keer per jaar. De kliniek schrijft een verlengingsadvies aan de rechtbank. Dat gaat in feite volgens hetzelfde format als de verlofaanvraag. Aan de hand van een delictanalyse, een delictscenario, het risicomanagement en het behandelverloop wordt aan de rechtbank uitgelegd hoe het staat met de relatie tussen de behandeling en het delictgevaar. De rechtbank beslist over het al dan niet verlengen van de maatregel. De kliniek adviseert de rechtbank. De klinieken adviseren de terbeschikkingstelling te beëindigen op het moment dat het recidiverisico tot een aanvaardbaar minimum is beperkt.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe komt men tot een voorwaardelijke beëindiging?

Mevrouw **Kavelaars**: Een voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling wil zeggen dat je de dwangverpleging beëindigt. Daarin speelt de reclassering een rol. De reclassering stelt in samenwerking met de patiënt en de kliniek een soort voorwaardenplan op. Dat wordt aan de rechtbank voorgelegd. Het zijn de voorwaarden waaraan de patiënt zich dient te houden tijdens de voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling. De rechtbank beslist dan om de voorwaardelijke beëindiging al dan niet op te leggen.

Mevrouw **Albayrak**: Dus uiteindelijk is het de rechtbank die verantwoordelijk is voor de daadwerkelijke beëindiging van de maatregel.

Mevrouw **Kavelaars**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: En voor de voorwaarden die daarbij eventueel worden vastgesteld of opgelegd.

Mevrouw **Kavelaars**: Bij voorwaardelijke beëindiging is ook de reclassering voor de voorwaarden verantwoordelijk. Die worden opgesteld in samenwerking met de patiënt en de kliniek, maar de rechtbank neemt de beslissing over de vormgeving van de terbeschikkingstelling in de komende jaren.

Mevrouw **Albayrak**: Het is dus mogelijk dat, hoewel wordt gevraagd om een voorwaardelijke beëindiging, de rechtbank beslist dat het een gewone beëindiging moet zijn.

Mevrouw **Kavelaars**: Dat kan gebeuren.

Mevrouw **Albayrak**: Ik kom nog even terug op de rol van de reclassering. Wanneer komt de reclassering in die discussie in beeld? Wat is precies haar invloed en hoe is haar rol na de beëindiging?

Mevrouw **Kavelaars**: De reclassering komt vrij vroeg in beeld. Dat geldt in ieder geval voor de Kijvelanden. Er was een vaste reclasseringsambtenaar betrokken bij de kliniek. Ik denk dat dit in alle klinieken zo is. Zodra een patiënt wat verder in zijn resocialisatietraject is en dus wat meer naar buiten gaat, beslist de behandelaar wat het resocialisatiedoel zal zijn en hoe dat vormgegeven zal worden. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan zelfstandig wonen of een psychiatrisch ziekenhuis of aan iets anders. Uiteindelijk wordt bekeken hoe wij de rechtbank gaan adviseren de maatregel vorm te geven. Daarbij is de reclassering een meedenkende partner. De reclassering neemt de rol van de kliniek over bij het proefverlof en bij de voorwaardelijke beëindiging.

Mevrouw **Albayrak**: Mevrouw Cuperus, kunt u vertellen wat de reclassering tijdens het proefverlof precies doet?

Mevrouw **Cuperus**: De reclassering begeleidt iemand. Zij controleert of iemand zich aan zijn afspraken houdt. Afhankelijk van de voorwaarden die zijn gesteld bij het proefverlof volgt al dan niet een ambulante behandeling. De reclassering moet ervoor zorgen dat zij geïnformeerd is over alle andere dingen die een rol spelen zoals werk, scholing en behandeling. De reclassering beslist op grond van de informatie die zij heeft of het naar hun mening goed gaat of niet en of een proefverlof herhaald kan worden dan wel uiteindelijk beëindigd kan worden. Dat gaat ook weer via de rechter.

Mevrouw **Albayrak**: Wij hebben al met justitiële partners gesproken over beëindigen of eventueel contrair beëindigen.

Met u wil ik nog bespreken wat er met een tbs'er gebeurt na de beëindiging. Wij hebben al gesproken over de tbs'er die nog onder de maatregel valt, maar aan het einde van zijn "tbs-loopbaan" zit en dan een zorgcircuit om zich heen krijgt of zou moeten krijgen. Vindt u dat dit ook moet gelden voor iemand die de tbs-poort achter zich dicht heeft getrokken en weer volledig in de maatschappij staat? Welk circuit hebben wij voor zo iemand? Is er een netwerk dat die persoon opvangt?

Mevrouw **Cuperus**: Als de tbs helemaal beëindigd is en er geen maatregel meer geldt, dan is dat geheel aan de mijnheer of mevrouw zelf. Is er een band met een behandelinstelling, bijvoorbeeld bij iemand met een psychotisch stoornis of iemand met ADHD of een persoonlijkheidsstoornis, en is er een behandelrelatie ontstaan, dan is de kans redelijk dat contact zal blijven bestaan, maar dat gebeurt geheel op vrijwillig basis. Dat kan ongewenst zijn. Er zijn mensen waarvan wij vinden dat daar op de een of andere manier levenslang een kader omheen moet blijven. Dat kennen wij ook uit de gewone psychiatrie. Als op mensen met een psychotisch stoornis zonder ziekte-inzicht, mensen die moeilijk kunnen accepteren dat zij medicatie moeten blijven gebruiken, een langdurige rechterlijke machtiging zit, dan zorgt alleen al het feit dat er een vangnet is ervoor dat zij niet meer opgenomen hoeven te worden. Door die lichte dwang van buiten blijven zij dan toch die medicatie nemen. Dat is in sommige gevallen zeer wenselijk.

Mevrouw **Albayrak**: Kunt u vertellen voor welk type patiënten dat zou moeten gelden? Wat is dan de relatie met de delictgevaarlijkheid? Hoe is die situatie op dit moment? Ik noemde al het middelengebruik. Mensen vallen terug in gewoonten die wij eigenlijk niet moeten hebben.

Mevrouw **Cuperus**: De afgelopen week heb ik gezien dat er een soort tweedeling in de tbs-patiënten is ontstaan, namelijk tussen mensen met een psychotisch stoornis en de psychopaten. Dit is wat simpel gezegd. De echte psychopaten vormen een betrekkelijk klein deel, 10 tot maximaal 20%. Dat is de groep die nu waarschijnlijk in de richting van de long stay opschuift. Dan heb je nog de groep mensen met een psychotisch stoornis. Daarvan is het wellicht wenselijk om die helemaal naar de ggz te doen, bijvoorbeeld met een soort rechterlijke machtiging, zodat er nog een stok achter de deur is. Middelennisbruik kan inderdaad enorm luxerend zijn voor het opnieuw optreden van psychotische stoornissen.

Er is ook nog een groep daartussen: mensen met persoonlijkheidsstoornissen, veel middelengebruik of ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD. Dat is een categorie waarbij je aan de hand van een risicoprofiel, dat per patiënt wordt gemaakt, op een gegeven moment moet beslissen of de patiënt levenslang een soort stok achter de deur nodig heeft. Vooral nog is dat niet mogelijk binnen het tbs-stelsel. Je kunt een tbs met voorwaarden drie keer herhalen, maar daarna kan het niet meer.

Mevrouw **Albayrak**: Wat is daarvan het voordeel? Zo iemand heeft zijn straf gehad en de tbs-maatregel ondergaan. In feite zou deze persoon justitievrij moeten zijn. Niet alleen van u, maar ook van anderen horen wij dat deze mensen toch een soort levenslang voorwaardelijk zouden moeten krijgen. Het gaat hierbij om mensen van wie bewezen is dat zij al eens een ernstig delict hebben gepleegd. Is het uw bedoeling dat zij heel snel weer in de kliniek terechtkomen als het verkeerd gaat?

Mevrouw **Cuperus**: Niet per se in de kliniek, maar bijsturing moet wel mogelijk zijn. Het zou mooi zijn als er één wettelijk kader was waarin je onder dwang kon plaatsen en behandelen. Er zijn mensen die aangetoond

hebben dat zij de volledige vrijheid niet aankunnen ten gevolge van een ontwikkelingsstoornis.

Mevrouw **Albayrak**: Wie zou deze begeleiding moeten uitvoeren of deze ex-tbs'er levenslang moeten volgen? Zijn dat de instanties in uw zorgcircuit?

Mevrouw **Cuperus**: Inderdaad.

Mevrouw **Kavelaars**: Mensen met forensische kennis.

Mevrouw **Cuperus**: Ik denk ook aan woonvormen, waarbij meer of minder wordt begeleid. Mensen met forensische kennis en met psychiatrische kennis. Zij kennen de patronen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Zij weten hoe de interactie is, hoe je die kunt interpreteren en wat dat zegt over wat er straks kan gebeuren.

Mevrouw **Albayrak**: U kleedt dat heel erg in vanuit de zorginvalshoek. De ambulante psychiatrie is daar een partner bij, maar geldt dat ook voor politie, justitie, reclassering? Zou dat het netwerk moeten zijn?

Mevrouw **Cuperus**: Voor de mensen waarvoor echt een long care is geïndiceerd denk ik misschien niet zozeer aan de politie, maar wel aan de reclassering. Zij speelt daar een belangrijke rol bij.

Mevrouw **Albayrak**: In ons internationaal vergelijkend onderzoek zijn wij inderdaad vormen tegengekomen, bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk, van een life time probation-achtige voorziening voor ex-tbs'ers. Bent u daarmee bekend? Is dat ongeveer waar u voor pleit? Dat is inderdaad een bredere benadering dan alleen vanuit de zorginvalshoek.

Mevrouw **Cuperus**: Ja. Ik denk dat je daarbij wel een scheiding kunt maken tussen de mensen met een echt mooi psychiatrisch stoornis en de mensen waarbij zich een mengbeeld voordoet.

Mevrouw **Albayrak**: Een forensisch element.

Mevrouw **Cuperus**: Daar gaat het om, ja.

De heer **Teer**: Ik denk dat ook. Een heleboel mensen die uit de tbs of vanuit de fpa naar de reguliere ggz stromen, mensen uit de genoemde middengroep – niet echt een psychotisch stoornis, maar ook niet de echte psychopaten – zou je eigenlijk hun leven lang willen volgen. Je zou maatregelen willen gebruiken om zo snel mogelijk in te grijpen als het even fout gaat. Er is wel een differentiatie. Er is een groep die je aanpalend aan de fpa of aan een kliniek wilt laten wonen, met voorzieningen om de deur. Als er iets misgaat, kunnen zij meteen even teruggeplaatst worden. Dat doe je binnen het kader van de BOPZ ook met voorwaardelijk ontslag. Ik noem hier ook de voorwaardelijke machtiging, alhoewel dat wat ingewikkelder is. Er is ook een groep die je in meer beschermde woonvormen kunt laten wonen. Dan duid ik op het intensief ambulante toezicht. Daar doe je in feite hetzelfde: onder een BOPZ-maatregel. Alleen, voor een BOPZ-maatregel zijn een ernstig psychiatrisch stoornis en de samenhang met gevaar nodig. Dat moet steeds weer

opnieuw door een rechter bekrachtigd worden en door een onafhankelijk psychiater worden vastgesteld. Elk jaar.

De **voorzitter**: Ik wil graag zicht krijgen op het werk van mevrouw Cuperus in de polikliniek Het Dok. Mevrouw Cuperus, ik begrijp dat u niet alleen te maken heeft met mensen met een forensische achtergrond of een tbs-verleden.

Mevrouw **Cuperus**: Ik heb wel te maken met mensen met een forensische achtergrond, maar die mensen hebben niet per se een tbs-verleden. Op de een of andere manier is er een delict geweest, maar het kan ook zijn dat dit geen delict was waar vier jaar voor gegeven kon worden omdat het minder ernstig was.

De **voorzitter**: Zijn de mensen met een tbs-verleden daarvoor in de Kijvelanden behandeld en vervolgens naar Het Dok gekomen, of is het ook mogelijk dat zij uit andere tbs-klinieken in het land zijn gekomen?

Mevrouw **Cuperus**: Zij kunnen ook uit andere tbs-klinieken gekomen zijn. Het gaat erom waar zij weer gaan wonen, waar zij hun leven weer moeten opbouwen.

De **voorzitter**: Hoe komt de keuze voor de woonplaats tot stand? Als men bijvoorbeeld voor Rotterdam kiest, wordt het dan Rotterdam?

Mevrouw **Cuperus**: Vaak is het zo dat zij uit Rotterdam kwamen of dat zij bij hun partner willen gaan wonen die in Rotterdam of in de buurt van Rotterdam woont.

De **voorzitter**: Is daar nog invloed op mogelijk? Stel dat iemand een verleden met veel middelengebruik heeft. Sofdrugs, alcohol et cetera. Om niet met verleiding in aanraking te komen, kan zo iemand misschien beter in een klein dorpje wonen in plaats van in Rotterdam. Kan de kliniek daar bij de resocialisatie invloed op uitoefenen?

Mevrouw **Cuperus**: Ik denk van wel.

Mevrouw **Kavelaars**: Elke patiënt heeft een individueel resocialisatietraject. Daarbij wordt bekeken hoe het risicomanagement voldoende ingebed kan worden. Een ernstig drugsverslaafde patiënt laten wij niet zelfstandig wonen in (de buurt van) het centrum van Rotterdam. Dan kiezen wij samen met die patiënt. Zo ontstaat overeenstemming over het uiteindelijke resocialisatiedoel.

De **voorzitter**: En als iemand volhoudt dat hij toch in het centrum van Rotterdam wil wonen? Gaat het dan niet door als u dat niet verstandig vindt?

Mevrouw **Kavelaars**: Dan gaat het niet door, want dan heb je geen overeenstemming over het resocialisatiedoel. Dat betekent dat je je niet aan afspraken houdt. Dat kan het delictgevaar beïnvloeden.

De **voorzitter**: Mevrouw Cuperus. Merkt u bij het voortzetten van uw werk dat klinieken een verschillende achtergrond hebben? Ik denk bijvoorbeeld aan de verwerking van gegevens, aan behandelmethoden of medicatie die in het verleden is gebruikt, of maakt dat eigenlijk niet uit?

Mevrouw **Cuperus**: Nee, eigenlijk niet. Wij krijgen een soort "achtergrondpakket" waarop wij de behandeling verder vorm kunnen geven. De Kijvelanden is natuurlijk dichterbij, letterlijk en figuurlijk. Wij weten beter wat in die kliniek gebeurt; de zorgprogramma's sluiten iets beter op elkaar aan, maar verder maakt dat niet zoveel uit. Wij hebben het meest te maken met de reclassering.

De **voorzitter**: Het maakt dus niet uit wat de achtergrond is in een kliniek. Je hoort ook dat er grote verschillen bestaan tussen klinieken, bijvoorbeeld bij de aanpak of in de methode.

Mevrouw **Cuperus**: Misschien zijn de getallen te klein om dat verschil goed te kunnen zien.

De **voorzitter**: Het is niet iets wat u dagelijks tegenkomt of iets waarbij u denkt "hoe hebben zij dit kunnen doen?" of "alweer eentje daarvandaan", of iets dergelijks?

Mevrouw **Cuperus**: Vijf jaar geleden was dat sterker dan nu. Ik heb de indruk dat er nu veel minder verschil is dan vroeger.

De **voorzitter**: Ik heb nog een vraag aan mevrouw Kavelaars over de belangen van de regionale inbedding. Wij spreken nu over terugkeer na ontslag of na proefverlof. Bij het behandelplan wordt daarmee rekening gehouden. Daar moet overeenstemming over zijn. Mensen worden echter aselekt geplaatst. Dat betekent dat iemand die uit Groningen kwam en in Groningen is veroordeeld, in de Kijvelanden in Rotterdam zijn tbs kan krijgen. Bemoelijkst dit het behandelplan in de resocialisatie?

Mevrouw **Kavelaars**: Het bemoelijkst het niet zozeer. In zo'n geval leg je contact met een kliniek uit die buurt en bekijk je of die andere kliniek op de een of andere manier de resocialisatie over kan nemen. Het maakt het wel wat ingewikkelder. Er gaat wel tijd overheen. Je kunt niet zomaar een patiënt van de ene naar de andere kliniek overplaatsen. Als er een goede samenwerking tussen de twee klinieken is, kan de patiënt vrij gemakkelijk over naar het resocialisatietraject in Groningen bijvoorbeeld.

De **voorzitter**: Wordt regelmatig contact onderhouden met Groningen, Gelderland of Limburg zodat zij een patiënt kunnen overnemen omdat hij uit die omgeving komt?

Mevrouw **Kavelaars**: De afdeling ITZ organiseert een keer per twee maanden een landelijk opname-overleg waarbij dit soort casuïstiek wordt besproken: welke patiënt past in welke regio? Een patiënt van ons resocialiseert bijvoorbeeld in Nijmegen. Dan vragen wij aan de kliniek in die regio of zij iemand hebben die naar Rotterdam kan. Daar is een overlegorgaan voor.

De **voorzitter**: Is er onderzoek gedaan waaruit blijkt dat het behalen van succes met de resocialisatie afhankelijk is van terugkeer in de oorspronkelijke regionale setting?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat is mij niet bekend. Ik kan mij wel voorstellen dat het voordelen en nadelen heeft als patiënten terugkeren in hun eigen omgeving.

De **voorzitter**: U kunt het zich voorstellen, maar daar is geen onderzoek naar verricht. U bekijkt dus per individu wat verstandig is.

Mevrouw **Kavelaars**: Ja.

De **voorzitter**: Mevrouw Cuperus of mijnheer Teer, kunt u iets zeggen over het belang van de regionale inbedding bij resocialisatie of bij plaatsing?

De heer **Teer**: Ik denk dat er voor- en nadelen kunnen zijn. Het nadeel kan zijn dat de familie van de slachtoffers in de regio woont. Dat is absoluut een nadeel. Daar moet je erg zorgvuldig mee omgaan. Wij hebben ook wel meegeemaakt dat de drugscene nog aanwezig was bij iemand die onder invloed van drugs en vanuit de drugscene een ernstig misdrijf had gepleegd.

De **voorzitter**: Die herkend wordt op straat.

De heer **Teer**: De voordelen zijn dat je bij de resocialisatie heel goed kunt aansluiten op hetgeen al als basis is gelegd. Bij heel veel mensen is er wel een basis gelegd: door familie, er is opleiding geweest, er is mogelijk werk geweest. Er is dus wel een soort basis ingebed in de regio. Dat kan een voordeel zijn. Dat kan aansluiten op iets wat er in historische zin al was.

Mevrouw **Cuperus**: Daar ben ik het mee eens. Dat is per patiënt verschillend.

De **voorzitter**: Ook vanuit uw praktijk kunt u niet zeggen dat de regionale inbedding van meet af aan zo belangrijk is dat daar beter rekening mee gehouden moet worden.

Mevrouw **Cuperus**: Nee, zeker als het gaat om oude criminele circuits. Dan wil je juist graag dat mensen daarbuiten blijven. Soms wordt het gecontra-indiceerd.

De **voorzitter**: Komt u gevallen tegen waarin mensen wel overeenstemming hebben bereikt over de terugkeer naar, in dit geval, Rotterdam, en vervolgens weer in die circuits terecht komen? Wat kunt u dan doen?

Mevrouw **Cuperus**: Dan hangt ervan af of het transmuuraal verlof, proefverlof of voorwaardelijke beëindiging is, maar als wij signaleren dat het niet goed gaat, rapporteren wij aan de reclassering. Dat kan de reclassering ook zelf signaleren. Bij een proefverlof gaat iemand dan terug naar de kliniek. Bij een voorwaardelijke beëindiging – dan is dus niet aan de voorwaarden voldaan – moet de zaak opnieuw worden voorgelegd, via het OM, aan de rechtbank.

De **voorzitter**: Moet dit van tevoren in de voorwaarden zijn opgenomen?

Mevrouw **Cuperus**: Ik kan mij voorstellen dat je bij sommige patiënten zegt dat zij geen drugs meer mogen gebruiken. Soms kun je ook zeggen dat zij niet meer met die en die contact mogen hebben. Dat kan ook. Dat gebeurt.

De **voorzitter**: Je kunt terug naar de grote stad, maar houd er rekening mee dat. Dat wordt opgeschreven.

Mevrouw **Kavelaars**: Ja. Inzage in sociaal netwerk. Dat wordt dan opgelegd.

De **voorzitter**: Dat is goed te controleren?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat is redelijk goed te controleren, zeker in de ambulante zorgverlening. Iemand wordt twee of drie keer per week thuis bezocht en bezoekt ook nog eens twee of drie keer per week de polikliniek. Dan krijg je een heel goed inzicht in zijn netwerk.

Mevrouw **Van Velzen**: Mevrouw Kavelaars, in het begin van het gesprek hebben wij gesproken over de verschillende vormen van verlop en de voorwaarden die daarbij aan de tbs'er gesteld worden. Kunt u mij iets meer vertellen over de samenhang tussen de voorwaarden die gesteld worden en het delict waarvoor tbs is opgelegd? Heeft elke voorwaarde een relatie met het delict?

Mevrouw **Kavelaars**: Elke voorwaarde voor het verlenen van verlop is inderdaad gerelateerd aan de delictanalyse, de risicofactoren of de diagnostiek. Een psychotische patiënt is bijvoorbeeld verplicht om zijn medicatie in te nemen. Als hij zijn medicatie niet inneemt, kan hij niet op verlop. Het kasboek moet op orde zijn. Het gaat om heel praktische dingen, maar ook om het zich houden aan afspraken. Als iemand zich niet houdt aan afspraken, wordt dat als voorwaarde gesteld.

Mevrouw **Van Velzen**: Kan het gebeuren dat een tbs'er die een delict heeft gepleegd dat niks te maken heeft met middelengebruik – alcohol, drugs – toch als voorwaarden meekrijgt dat hij geen middelen mag gebruiken en dus teruggehaald wordt naar de kliniek omdat hij die voorwaarde heeft overtreden?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat kan gebeuren.

Mevrouw **Van Velzen**: Waarom wordt zo'n voorwaarde dan opgelegd?

Mevrouw **Kavelaars**: Zo'n voorwaarde zal niet zo direct worden opgelegd. Wij kijken vooral naar de diagnostiek. De combinatie van drugs en de medicatie van de patiënt kan bijvoorbeeld gevaarlijk zijn, ook al heeft de patiënt in het verleden geen drugs gebruikt. Het gaat echt om afspraken. Wij hebben samen afspraken gemaakt en daar houdt je je aan.

Mevrouw **Van Velzen**: In de media zie ik verhalen over tbs'ers die recidiveren of al vaak verlopvoorwaarden hebben verbroken. Is er een soort protocol waaruit blijkt hoe vaak iemand bij een vorm van verlop zijn voorwaarden mag verbreken voordat ITZ uitspreekt geen vertrouwen meer te hebben in de patiënt en de patiënt voorlopig niet meer op verlop laat gaan?

Mevrouw **Kavelaars**: Er is geen protocol waaruit blijkt dat iemand die vijf keer heeft gebloed van ITZ niet meer op verlop mag. Er is wel een aantal factoren op basis waarvan ITZ meekijkt. Iemand heeft zich bijvoorbeeld al vijf keer aan het toezicht onttrokken. Als iemand zich aan het toezicht heeft onttrokken, trekken wij de machtiging in. Zo is het op dit moment. Er is geen protocol.

Mevrouw **Van Velzen**: Wie maakt die inschatting dan?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat doet de kliniek of ITZ.

Mevrouw **Van Velzen**: Dus dat kan per patiënt verschillen.

Mevrouw **Kavelaars**: Ja, dat verschilt per patiënt.

Mevrouw **Van Velzen**: De een recidiveert en krijgt later een nieuwe kans, terwijl een ander richting de long stay gaat. Kan ik dat zo interpreteren?

Mevrouw **Kavelaars**: Het ligt aan de delictanalyse, de risicofactoren en aan de manier waarop het risicomanagement ingebed kan worden in een volgend plan. Als iets dergelijks is gebeurd, past de kliniek het risicomanagement aan. Als met een patiënt overeenstemming is bereikt en er zijn weer goede resultaten, dan wordt opnieuw een machtiging aangevraagd. Het is niet zo dat een patiënt die vandaag recidiveert, morgen naar buiten gaat. Daar zit geruime tijd tussen. Iemand moet aantonen dat hij iets heeft gedaan met alle dingen die een rol hebben gespeeld rond het incident.

Mevrouw **Van Velzen**: Als een patiënt opnieuw een misdrijf pleegt binnen of buiten de kliniek, moet hij dan automatisch opnieuw voor de rechter verschijnen en belandt hij dan opnieuw in detentie?

Mevrouw **Kavelaars**: Het zou mooi zijn als dat gebeurt. Er moet aangifte gedaan worden. Gebeurt het in de kliniek, dan moet de kliniek aangifte doen. Gebeurt het buiten de kliniek, dan is er een slachtoffer dat aangifte doet. Het komt voor dat de officier van justitie het laat gaan omdat die persoon toch al in een kliniek zit. Ik ben ervoor dat een patiënt op sommige momenten opnieuw voor moet komen zodat het een nieuw proces wordt. Dan is het wel mogelijk dat hij alsnog terugkomt in de kliniek nadat hij voor het incident dat heeft plaatsgevonden heeft gezeten.

Mevrouw **Van Velzen**: Komt het in de praktijk voor dat recidiverende tbs'ers in de gevangenis terechtkomen?

Mevrouw **Kavelaars**: Ja, dat gebeurt in de praktijk. Het komt ook voor dat de officieren er niets mee doen omdat die persoon toch al tbs heeft.

Mevrouw **Van Velzen**: U zei net dat het ook voorkomt dat recidive plaatsvindt in de kliniek en dat geen aangifte wordt gedaan. Of heb ik u toen verkeerd begrepen?

Mevrouw **Kavelaars**: Het is heel ingewikkeld om een patiënt waar je al jarenlang mee samenwerkt aan te geven. Het is bijvoorbeeld een psychotische patiënt die altijd zijn medicatie heeft ingenomen, maar die ineens in een soort impulsdoorbraak iets ernstigs doet. Je weet dat de kans bestaat dat die man terug moet naar de gevangenis. Wij weten dat het gevangenis milieu bij zo'n patiënt niet helemaal past. Dan overleg je met de individuele medewerker wat nodig is. Als die medewerker het nodig heeft om aangifte te doen, dan is dat prima, maar het is niet zo dat één lijn wordt getrokken. Je kijkt naar de individuele patiënt. In de regel doen alle klinieken aangifte bij dergelijke incidenten.

Mevrouw **Van Velzen**: Wordt standaard aan ITZ gemeld wat er in de kliniek gebeurt, of is dat opnieuw de inschatting van de kliniek?

Mevrouw **Kavelaars**: Nee, dit soort ernstige incidenten worden aan ITZ gemeld.

Mevrouw **Van Velzen**: Aan wat voor soort incidenten moet ik dan denken?

Mevrouw **Kavelaars**: Als een patiënt om iets wordt gesepareerd, dan wordt dat aan ITZ gemeld. Agressieve incidenten worden ook aan ITZ gemeld, evenals onttrekkingen. Eén blowtje roken wordt niet gemeld, maar leidt dat blowen tot een separatie, dan wordt die separatie wel bij ITZ gemeld.

De **voorzitter**: U zegt dat over het doen van aangifte een afweging plaatsvindt, bijvoorbeeld als iemand die al lange tijd medicijnen slikt een terugval heeft en toch iets doet. Als je het niet doet, dan maak je de volgende risicotaxatie toch verkeerd? Dat zit immers niet in het systeem? Als je dan bij de risicotaxatie naar het laatste jaar kijkt, zie je geen overtreding.

Mevrouw **Kavelaars**: Aangifte doen is iets anders dan het intrekken van verlof of het niet verlenen van een machtiging. Aangifte doen betekent dat je iemand uit de afdeling haalt.

De **voorzitter**: Je weet dat het gebeurd is. Je doet er geen aangifte van, maar je vermeldt het niet in het systeem.

Mevrouw **Kavelaars**: Het komt wel in het systeem.

De **voorzitter**: Dus het wordt wel meegenomen bij een volgende risicotaxatie.

Mevrouw **Kavelaars**: Het wordt diezelfde dag nog meegenomen. Als de patiënt die dag of in die week op verlof zou gaan, dan gaat die patiënt niet op verlof. Het gaat erom of je iemand uit de kliniek haalt en opnieuw het strafproces laat ondergaan.

Mevrouw **Joldersma**: Mevrouw Kavelaars, kunt u nog wat dieper ingaan op de relatie tussen verlof en verlofbeweging? Als ik het goed begrijp, kun je bijvoorbeeld verlof krijgen voor het thema "boodschappen doen". Zit er dan een limiet aan het aantal keren dat je op verlof gaat?

Mevrouw **Kavelaars**: Nee, er zit geen limiet aan begeleid verlof. Er zit wel een limiet aan onbegeleid verlof: dat mag tot en met zes nachten. Overigens is er wel een verlofplan. De Kijvelanden accordeert niet dat een patiënt zes keer per week boodschappen gaat doen. Er moet een gedegen resocialisatietraject liggen. Wij stellen werk en scholing voorop. Er wordt aangegeven waar men tijdens het verlof naartoe gaat. Later kan men de wat leukere dingen gaan doen.

Mevrouw **Joldersma**: Je kunt dus een verlofmachtiging krijgen voor onbegeleid verlof, bijvoorbeeld voor drie nachten. Is het mogelijk dat iemand in één jaar twintig keer drie nachten op verlof gaat?

Mevrouw **Kavelaars**: Dat kan.

Mevrouw **Joldersma**: Is er een reden om verlofbewegingen meer in de gaten te gaan houden? Zit er een risico aan? Ik begrijp dat het verlof op dit moment erg aan het thema wordt gekoppeld.

Mevrouw **Kavelaars**: Aan een doel, dat aan de behandeling of de resocialisatie gerelateerd is.

Mevrouw **Joldersma**: U had het over de rol van de afdeling waar u hoofd van bent. Die rol is anders bij een verlof dan bij een verlenging. Heeft uw afdeling überhaupt een rol bij een verlenging?

Mevrouw **Kavelaars**: Wij coördineren de verlengingen. De afdeling Plaatsing en Controle zorgt ervoor dat de verlengingsadviezen tijdig bij de rechtbank arriveren. Wij rappelleren aan klinieken dat adviezen moeten worden geschreven. Via ons gaan ze naar de rechtbanken.

Mevrouw **Joldersma**: Bij een verlof is het heel anders geregeld. Uiteindelijk oordeelt de minister, zij het dat hij die bevoegdheid aan u gemachtigd heeft. Is het logisch dat het bij een verlof heel anders werkt dan bij een verlenging?

Mevrouw **Kavelaars**: Op zich lijken beide rollen op elkaar. Wij hebben de afdeling wel zo georganiseerd, dat het twee aparte units zijn. De ene unit behandelt het verlof, de andere de plaatsing en controle. Bij een verlenging van de tbs gaat het weer sneller over verlof. De medewerkers werken óf in de verlofunit óf in de plaatsingsunit.

Mevrouw **Joldersma**: Stel er komt een advies van de instelling om verlenging. Kijkt uw afdeling daar nog eens inhoudelijk naar?

Mevrouw **Kavelaars**: Nee, ITZ adviseert niet aan de rechtbank om de tbs wel of niet te verlengen. Wij gebruiken de verlengingsadviezen voor de beslissingen over verlof.

Mevrouw **Joldersma**: Is er een heel groot verschil tussen het verlengingsadvies en het advies over de verlofaanvraag?

Mevrouw **Kavelaars**: Als het goed is niet. Er zitten overeenkomstige kenmerken in. Als het goed is, hebben verlofaanvraag en verlengingsadvies dezelfde strekking. Het gaat wel of niet goed met een patiënt. Een patiënt kan wel of niet op verlof. ITZ let op als er sprake is van discrepanties. Als in een verlengingsadvies wordt gesproken van een sombere prognose en een hoog risico en als kort daarop een verlofaanvraag binnenkomt waarin gesproken wordt van een goed behandeltraject, dan vragen wij de kliniek om nadere informatie.

Mevrouw **Joldersma**: Het soort beslissing dat u neemt bij verlof en verlenging lijkt dus eigenlijk veel op elkaar.

Mevrouw **Kavelaars**: De beslissing over de verlenging wordt door de rechtbank genomen.

Mevrouw **Joldersma**: Het gaat mij om de aard van de beslissing.

Mevrouw **Kavelaars**: In principe lijkt het op elkaar. Het gaat over vrijheid. Verlof is een bepaalde vorm van vrijheid.

Mevrouw **Joldersma**: Ik heb nog een vraag over de resocialisatie. U hebt allemaal gezegd dat resocialisatie en behandeling in elkaars verlengde liggen. Vorige week hebben mensen hier kritiek uitgeoefend op de wijze waarop de behandeling plaatsvindt. De behandeling zou niet evidence based zijn. Kritisch gesteld: u doet maar wat. Hoe zit dat met de resocialisatie? U hebt gesproken over de ACT, de assertive community treatment. Is die behandeling evidence based? Gebeurt de resocialisatie, de begeleiding van mensen bij wonen en werk, op basis van ervaring? Zit daar een zekere professionaliteit achter?

Mevrouw **Cuperus**: Wij doen niet zomaar wat. Er zijn in de tbs heel veel programma's die op hun effect worden getoetst. AHT, agressiehanteringstherapie, wordt op dit moment geëvalueerd in een promotieonderzoek. Onderdelen van de hele behandeling worden wel degelijk getoetst. AHT wordt ook onderzocht in de gewone ggz. Van die kennis maken wij gebruik in het forensische veld. Wij weten (nog) niet hoeveel opnamen of recidives het voorkomt. Van de ervaringen en kennis in de gewone ggz maken wij natuurlijk wel gebruik.

Mevrouw **Joldersma**: Van cognitieve therapie is aangetoond dat het werkt. Dat mag je althans hopen. Is zoiets ook te zeggen van dit soort resocialisatieprogramma's of is het gewoon heel moeilijk te onderzoeken en aan te tonen?

Mevrouw **Cuperus**: Het is een samenstel van verschillende interventies. Cognitieve gedragstherapie is een van de onderdelen die wij in de behandeling aanbieden. Het gebruik van medicatie is ook zo'n onderdeel van de behandeling. In de forensische setting hebben wij het misschien niet onderzocht, maar wel in de gewone ggz. Ik noem de libidoremmende medicatie. Wij weten dat dat heel effectief is, maar onderzoeken met grote getallen zijn daarover nog niet beschikbaar.

Mevrouw **Joldersma**: De dingen die u nu noemt, zijn echte behandelingen die vanuit de psychiatrie voortkomen. Hoever gaat u in de resocialisatie? Helpt u mensen daadwerkelijk aan werk of geeft u alleen training, opdat de mensen zelf een baan kunnen zoeken?

Mevrouw **Cuperus**: Wij werken in dezen heel erg samen met de reclassering. Daar zorgt men ervoor dat de uitkering op orde is, dat scholing geregeld is of dat er werk is gevonden. In de kliniek is als het goed is al begonnen met de scholing. Eventueel zijn er al diploma's behaald. Uit onderzoek is gebleken dat het hebben van werk of een andere dagstructuur helpt om recidive of terugval in de psychiatrische stoornis te voorkomen.

Mevrouw **Joldersma**: Is dat specifieke informatie? Als je maar een dagstructuur hebt, dan komt er minder recidive ...

Mevrouw **Cuperus**: Bij mijn weten komen de gegevens daarover uit de gewone psychiatrie.

De heer **Teer**: Er zijn net landelijke richtlijnen voor schizofreniepatiënten verschenen die voor een groot deel stelen op datgene wat aantoonbaar effectief is. Een onderdeel daarvan is de IPS-methodiek (individual placement and support), waarbij mensen aan een zinvolle dagbesteding worden geholpen. Het doet niks als je patiënten langdurig voorbereidt op werk en het vervolgens probeert. Het werkt wel als je mensen meteen aan werk helpt en ze ook in het werk begeleidt. Dat is een van de resocialisatietechnieken waarvan aangetoond is dat ze helpen.

Dan is er de sociale-vaardigheidstraining. Dat werkt niet in de kliniek, maar wel als je het op de plaats zelf doet. In de reguliere psychiatrie is dat aangetoond. Je krijgt een samenstel van vormen die met elkaar leiden tot een betere integratie in de maatschappij. Het gaat dan om IPS, ACT, pillen, cognitieve gedragstherapie, enz. Dit helpt mensen om beter te integreren, om cognitief beter te handelen, om beter relaties met andere mensen te leggen. De methodiek kan gecontroleerd en getoetst worden.

Mevrouw **Joldersma**: Wordt de invulling van het zoeken van werk en de vraag of iemand nu wel of niet op zijn werk moet worden begeleid, verzorgd op basis van eigen ervaring?

De heer **Teer**: Nee, dat laatste is goed onderzocht. Het is aangetoond dat toeleiding naar en begeleiding op het werk effectief is.

Mevrouw **Kavelaars**: Het is ook een heel groot onderdeel van de HKT-30. Ook dat is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Als de toekomstitems niet goed geregeld zijn, dan is de kans op recidive groter. Als wij niet helpen bij het zoeken van werk of een andere dagbesteding of een uitkering, dan recidiveert iemand eerder. Dat is aangetoond. Die HKT-30 is wel degelijk gebaseerd op onderzoek.

Mevrouw **Albayrak**: Als het niet lukt, als er geen vooruitzicht is op een baan voor een ex-tbs'er, dan wordt dat meegenomen in het risicotaxatie-instrument. Hoe makkelijk is het om een ex-tbs'er aan een baan te helpen?

Mevrouw **Kavelaars**: In De Kijvelanden hebben wij een aantal arbeidsconsulenten in dienst. Zij werken vanaf het begin van de opname aan een arbeidsleertraject. Vanuit dat traject wordt vanaf het moment dat iemand begeleid verlof heeft, contact gelegd met mogelijke werkgevers. Het is in De Kijvelanden heel normaal dat patiënten die naar buiten gaan, een baan hebben. Dat betekent niet altijd dat het meteen een betaalde baan is, maar wel een baan voor een aantal dagen in de week. Er zijn goede contacten tussen De Kijvelanden en mogelijke werkgevers. Al heel vroeg in de behandeling maken wij een patiënt verantwoordelijk voor zijn dagbesteding na het verblijf in de kliniek.

Mevrouw **Van Velzen**: Mevrouw Cuperus, er werd ons eerder gemeld dat de reclassering erg weinig tijd heeft om in die laatste verloffases patiënten te controleren en te begeleiden. Er werd gesproken van een uur per week. Is dat genoeg om te controleren of aan alle voorwaarden voldaan wordt, of de patiënt nog een goede dagbesteding

heeft, en om überhaupt in de gaten te houden of hij geen terugval vertoont?

Mevrouw **Cuperus**: Het is wat mager. Er is natuurlijk enorm op de reclassering bezuinigd. Men heeft veel minder middelen dan vroeger. Het is gemiddeld één uur per week. Je hoopt dan dat het een hele periode goed gaat en dat je hooguit tijdelijk wat meer moet controleren. De reclassering is heel afhankelijk van de andere partners in het verlofplan, zoals de polikliniek waar iemand in een dagbehandeling wél elke dag moet verschijnen. Men kan dan gebruikmaken van datgene wat men van partners hoort.

Mevrouw **Van Velzen**: Worden er met dat uur begeleiding per week naar uw mening onnodige risico's gelopen?

Mevrouw **Cuperus**: Als de reclassering een plan heeft voor voorwaardelijke beëindiging van de tbs en meent dat zij niet aan die voorwaarden kan voldoen, dan kan de voorwaardelijke beëindiging niet gerealiseerd worden.

De **voorzitter**: Ik wil nog op iets terugkomen dat in het begin van het gesprek aan de orde is geweest. Mevrouw Kavelaars, u zei dat ongeveer 700 mensen een verlofmachtiging hebben. De totale populatie bedraagt ongeveer 1400 mensen. Vallen de humanitaire verloven voor mensen van de longstay afdeling ook onder die 700 gevallen?

Mevrouw **Kavelaars**: Ja.

De **voorzitter**: Om hoeveel mensen gaat het dan?

Mevrouw **Kavelaars**: Niet alle longstay patiënten hebben verlof. Uit mijn hoofd zeg ik dat het hoogstens een kwart is.

De **voorzitter**: Het kan ook niet gaan om mensen zonder verblijfsvergunning. Hoeveel mensen met tbs hebben geen verblijfsvergunning?

Mevrouw **Kavelaars**: Daar is wel inzicht in, maar ik weet het niet uit mijn hoofd.

De **voorzitter**: Zou u dat voor ons willen nagaan?

Mevrouw **Kavelaars**: Ja.

De **voorzitter**: Als ik het sommetje maak, is het aantal mensen met een verlofmachtiging meer dan de helft.

Mevrouw **Kavelaars**: Ja, maar dat gaat over begeleid verlof en proefverlof. Ongeveer 250 mensen hebben transmuraal verlof, ongeveer 175 mensen onbegeleid verlof, en 230 à 250 mensen begeleid verlof.

De **voorzitter**: Met een hoge jaarlijkse instroom doet dat verlof dus al vrij snel zijn intrede.

Mevrouw **Kavelaars**: Ja, maar de klinieken hebben ook de opdracht om de doorstroming te versnellen. Dat betekent dat je ook sneller denkt over resocialisatie. Dat gebeurt overigens wel verantwoord; met die risicotaxatie gaat het ook wel goed.

De **voorzitter**: Maar het gaat wel sneller dan voorheen in de behandeling zelf.

Mevrouw **Kavelaars**: Ik weet niet of het echt veel sneller gaat. Bij alle klinieken staat resocialisatie voorop. Iedereen gaat door met pogingen. Het is best mogelijk dat er patiënten zijn die al vier jaar lang alleen maar begeleid verlof hebben, voor wie je de stap naar onbegeleid verlof nog steeds niet kunt maken.

De **voorzitter**: Omdat dat niet verantwoord is.

Mevrouw **Kavelaars**: Omdat dat niet verantwoord is.

De **voorzitter**: U zei: de klinieken hebben de opdracht om de doorstroming te versnellen. Wat bedoelt u daarmee?

Mevrouw **Kavelaars**: Er is druk aan de opnamekant en er is druk aan de uitstroomkant.

De **voorzitter**: Wat merkt u van die druk in uw werk in De Kijvelanden? Merkt u dit bij het motiveren van een verlof?

Mevrouw **Kavelaars**: Nee, dat soort druk niet. Het is wel zo dat in behandelplannen de vraag of verlof al aan de orde is wordt opgeworpen. Wij verlenen geen verlof onder druk, dat zeker niet.

Mevrouw **Cuperus**: Wij zijn ons ervan bewust dat de klinische behandeling eigenlijk wat korter kan zijn dan heel lang gebruikelijk is geweest.

De **voorzitter**: Wat heeft dat besef doen doordringen?

Mevrouw **Cuperus**: Onder andere onderzoek dat in onze kliniek is verricht. Het blijkt dat in het niveau van functioneren na een jaar of twee niet heel veel meer verbetert. Ik denk bijvoorbeeld aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Zij vinden een modus om op de afdeling te verblijven, zij houden zich aan de afspraken. Eigenlijk is er daarna niet zo veel winst meer te behalen als je alleen klinisch werkt. Dat zien wij ook in de gewone psychiatrie. Er zijn nogal wat stoornissen, met name persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de klinische behandeling eigenlijk zo kort mogelijk moet zijn. Dergelijke mensen moeten het liefst zo snel mogelijk naar buiten.

De **voorzitter**: Dat lijkt op datgene wat de heer Teer eerder zei. Je kunt niet droogzwemmen, je moet het in het echt leren. Deze ontwikkeling valt toevallig samen met een verhoogde druk en de dreiging van een verstopt systeem door de almaar toenemende instroom. Er is nog iets wat ik niet begrijp. Definitieve uitstroom in de vorm van opheffing van de maatregel wordt lastiger. Tegelijkertijd neemt het aantal verloven toe. Voelt u daar ook een tegenstrijdigheid?

Mevrouw **Kavelaars**: Ik kan niet precies zeggen hoeveel patiënten al vier jaar begeleid verlof hebben. Zij zitten nog steeds in de kliniek en zijn niet toe aan de volgende stap.

De **voorzitter**: Er zijn meer mensen die verlof hebben.

Mevrouw **Kavelaars**: Niet meer dan eerder.

De **voorzitter**: Het past beter in de behandeling en het slaat beter aan. Terwijl er meer mensen met verlof zijn, wordt de maatregel minder beëindigd.

Mevrouw **Kavelaars**: Deze mensen blijven klinisch opgenomen en er kan dus niemand instromen.

De **voorzitter**: Blijkbaar mondt het oefenen niet uit in het stopzetten van de maatregel. Je kunt dus niet concluderen dan het helpt.

Mevrouw **Cuperus**: Er is misschien wel meer herstel mogelijk. Je kunt meer controleren en krijgt beter in de gaten hoe iemand zich beweegt en wat veilig is en wat niet. Er is het verlangen om meer te kunnen blijven controleren. Wij zijn aarzelender bij het opheffen van de maatregel.

Mevrouw **Kavelaars**: Zo organiseren klinieken toezicht. Het is overigens niet juist dat er meer verloven zijn dan in eerdere jaren. Eigenlijk is het redelijk constant.

De **voorzitter**: En de populatie neemt toe en dus ...

Mevrouw **Kavelaars**: De populatie neemt toe, terwijl het aantal verlofmachtigingen constant blijft. Eigenlijk zijn er dus minder patiënten met verlof.

De **voorzitter**: Dat was een welkome aanvulling. Ik dank u zeer voor uw komst en uw bijdrage aan de discussie.

Sluiting 12.05 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op maandag 20 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Maandag 20 maart 2006

Aanvang 14.00 uur

Gehoord worden de heren H. Groen en J.W. van Zuthem

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heet de heren Groen en Van Zuthem welkom. Mevrouw Vos is verhinderd, wegens activiteiten en verplichtingen elders buiten Den Haag. Vandaar dat u alleen deze vier leden van de commissie voor u ziet. Wij hebben verleden week een aantal gesprekken gehad. Op de eerste dag zijn wij op het tbs-stelsel als geheel ingegaan, vanaf de rechtsgang tot en met het opleggen van de maatregel, de behandeling, de beëindiging en de verlopen. Dat heeft bij ons een aantal vragen doen rijzen op deelgebieden, die wij per thema opgepakt hebben. Zo hebben wij woensdag gesproken over de rechtsgang, afgelopen vrijdag over behandeling en effectiviteit van behandeling en vanochtend over verlof, verlofaanvragen, resocialisatie en beëindigen van de maatregelen. Wij willen met u graag spreken over tbs met voorwaarden – dat is verleden week een aantal keren naar voren gekomen – beveiligd wonen en de samenwerking met de ggz. Dat zijn thema's die eerder naar voren zijn gekomen en waar wij nog een aantal vragen over hebben. Voordat ik het woord geef aan mevrouw Cisca Joldersma wil ik u vragen kort uw huidige functie en uw relatie met tbs-werk aan te duiden. Misschien zijn er nog relevante voorgaande functies, ervaringen enzovoort.

De heer **Groen**: Ik ben op dit moment directeur behandelbeleid bij de GGZ Zuidwest Drenthe. In het verleden heb ik langdurig gewerkt in de verslavingszorg. Daarna was ik hoofd van een forensisch psychiatrische polikliniek. Ik was verder bestuurlijk actief als directeur van tbs-instelling Oldenkotte. Ik ben hoofdredacteur van een boek over de forensische geestelijke gezondheidszorg. Ik ben altijd tamelijk intensief betrokken geweest bij de sector.

De **voorzitter**: Dat is een indrukwekkend lijstje. Heeft u in uw huidige functie voornamelijk te maken met de

forensische psychiatrie in het algemeen of algemeen en forensisch?

De heer **Groen**: Nu vooral met algemene psychiatrie, met een los/vast contact met een van de tbs-instellingen in onze regio; op patiëntniveau, niet beleidsmatig.

De **voorzitter**: Daar komen wij nog op terug. Mijnheer Van Zuthem, aan u dezelfde vraag.

De heer **Van Zuthem**: Ik ben directeur van de organisatie Kwintes. Dat is een regionale instelling voor beschermd en begeleid wonen (RIBW). Dat is om precies te zijn, een organisatie, waarin vier RIBW's zijn samengegaan. Ik ben dat sinds 2004. Daarvoor heb ik in allerlei hoedanigheden zeker zo'n 20 jaar meegewerkt aan de totstandkoming van die RIBW's. Het langst vanuit de Nederlandse Vereniging voor beschermd wonen, van waaruit midden jaren negentig een project is gestart om ex-tbs'ers te kunnen begeleiden naar de samenleving. Tot slot ben ik van de 24 zelfstandige RIBW's in Nederland woordvoerder op dit onderwerp.

De **voorzitter**: U kunt dus breder kijken dan alleen de eigen regio.

De heer **Van Zuthem**: Ik zal proberen dat een paar keer te doen.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hebben het vanmorgen uitgebreid gehad over verlof en resocialisatie van tbs'ers. Ik wil vanmiddag vooral ingaan op de rol die de geestelijke gezondheidszorg daarbij kan spelen. Ik wil dat eerst in het algemeen doen en dan kom ik specifiek terug op begeleid wonen. Ik heb eerst een vraag voor de heer Groen. Als een tbs'ers een behandeling ondergaat, wanneer komt volgens u dan de geestelijke gezondheidszorg in zicht? Komt die überhaupt in zicht? Zo ja, in welke fase van de behandeling is dat dan?

De heer **Groen**: Voorafgaand aan de tbs-stelling is die in zo'n 60% van de gevallen al uitgebreid in zicht geweest. Dat is belangrijk, want dat betekent dat er een heel traject daarvoor is geweest, waarin allerlei interventies zijn gepleegd. Die zijn kennelijk niet gelukt. Daar is veel over te zeggen. Het zou mij wat waard zijn als in een redelijk vroege fase van de tbs-stelling de ggz in engere zin in

beeld zou kunnen komen. Daar zou je van alles voor kunnen bedenken en daar is ook al van alles voor bedacht. Ik wil vooral benadrukken dat datgene wat in een tbs-instelling gebeurt op zich geestelijke gezondheidszorg is. Daar wordt geestelijke gezondheidszorg bedreven, binnen de beveiligingskaders die vereist zijn. Dat is gewoon een tak van de geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw **Joldersma**: Wij komen later nog te spreken over de verhouding tussen de algemene psychiatrie of algemene geestelijke gezondheidszorg en de forensische psychiatrie en tbs-instellingen. Ik wil nog even verder ingaan op de behandeling. De tbs'ers heeft een behandeling opgelegd gekregen. Hij zit een aantal jaren in een tbs-kliniek en krijgt misschien verlof. In welk fase zou er een reden kunnen zijn om te zeggen: je behandeling is nog niet afgelopen, maar wij denken dat je nu misschien beter verder kunt met de gewone geestelijke gezondheidszorg?

De heer **Groen**: Dat hangt van de instelling af waar een tbs-kliniek mee van doen heeft. Ik kan mij goed voorstellen dat als een instelling een beveiligingsniveau heeft dat groot genoeg is om de betrokken patiënt te ontvangen, er veel voor te zeggen zou zijn het traject binnen de reguliere ggz voort te zetten. Dat zijn een/tweetjes die ook regelmatig uitgevoerd worden en die op individueel niveau tamelijk succesvol zijn. De tbs-kliniek zoekt dan in een vroeg stadium contact met een reguliere ggz-instelling en dan komt men met elkaar overeenkomt dat deze patiënt, gegeven zijn psychiatrische toestandbeeld, zijn ziekte, zijn aandoening, zijn risico op recidiveren overgenomen kan worden, al dan niet met nog een tbs-stelling, dus met een maatregel.

Mevrouw **Joldersma**: U had het over een voldoende hoog beveiligingsniveau. Wat moet ik mij daarbij voorstellen? Is dat een gewone gesloten afdeling in de gewone psychiatrie of is toch net een beetje anders?

De heer **Groen**: Er zijn forensisch psychiatrische afdelingen, maar er zijn ook reguliere gesloten langdurige-zorgafdelingen binnen psychiatrische ziekenhuizen. Beide kunnen dit soort patiënten ontvangen. Een van de gedachten bij onze eigen instelling was te zorgen voor extra beveiliging in personele en materiële zin, zodat wij eerder deze groep patiënten kunnen ontvangen. Elke keer blijkt namelijk weer opnieuw dat de afstand tussen de structuur van de tbs-kliniek, alle materiële beveiligingsmaatregelen die nodig zijn en de personele structuur die gegeven wordt, en datgene wat binnen een regulier psychiatrisch ziekenhuis wordt geboden, tamelijk groot is. Die is voor patiënten moeilijk te overbruggen. Dat merk je op het moment dat je dat soort exercities doet. Die hebben wij wel gedaan op individueel niveau en dan blijkt uit monitoren vanuit, in ons geval de forensisch psychiatrische kliniek en een afdeling in een regulier ziekenhuis, dat het moeilijk is voor een patiënt die gewend is aan een externe structuur vanuit zo'n kliniek over te gaan naar de veel minder grote structuur op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Daar moet eigenlijk iets tussen zitten. Dat kan, maar daar moet je gericht voor investeren.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hebben vanmorgen gehoord dat er verschillende vormen van verlof zijn. Er is het

onbegeleid verlof, het begeleid verlof en het transmuraal verlof. Ik meen dat het tijdens het transmuraal verlof voorkomt dat mensen in de geestelijke gezondheidszorg terecht komen.

De heer **Groen**: Dat klopt.

Mevrouw **Joldersma**: Is dat dan altijd in een gesloten setting of kan dat ook in een huisje op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zijn?

De heer **Groen**: Beide kan. Dat hangt af van de fase waarin betrokkene toestemming krijgt voor dat transmuraal verlof. Beide is mogelijk, maar de fase waarin dat gerealiseerd wordt, wordt mede bepaald door de psychopathologie van betrokkene, de gemotiveerdheid van betrokkene en de manier waarop veiligheid en onveiligheid te monitoren is.

Mevrouw **Joldersma**: U zei dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg iets moet worden gedaan aan de materiële beveiliging. Vervolgens zei u: het maakt niet zo erg veel uit of zij binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg komen of op een forensisch psychiatrische afdeling.

De heer **Groen**: Dat maakt wel heel veel uit.

Mevrouw **Joldersma**: Waar zit het verschil dan in?

De heer **Groen**: In de deskundigheid van de begeleiding. Dat speelt een heel belangrijke rol. Er zijn personen die beter om kunnen gaan met het interveniëren op bepaalde manieren die in de reguliere gezondheidszorg minder gebruikelijk is en waar specifieke deskundigheid voor vereist is. De mate van beveiliging is echter ook belangrijk. Binnen zo'n afdeling gaat het ook om de mate van intensiteit van aanwezigheid van personeelsleden. Op een reguliere gesloten afdeling in de ggz zijn er minder personeelsleden aanwezig dan op een andersoortige afdeling, een forensisch psychiatrische afdeling.

Mevrouw **Joldersma**: Moet iemand vanuit een tbs-kliniek dan eerst op zo'n forensische afdeling komen en van een forensische afdeling eventueel weer doorgaan naar een gewone afdeling?

De heer **Groen**: Ja, zo zou dat moeten gaan. Binnen die kaders wordt het dan heel eenvoudig. Het idee is dat van zo'n intensieve behandelafdeling, die materieel en personeel aan de eisen voldoet, de volgende stap wordt gezet naar een gesloten afdeling, die eventueel nog verder voert.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hebben hier een aantal mensen gehad die spraken over de samenwerking tussen de gewone geestelijke gezondheidszorg en de forensische psychiatrie of een forensisch psychiatrische kliniek. Bij de instelling waar u vandaan komt, zijn beide potentieel aanwezig. Gaat die samenwerking dan zo gemakkelijk? Is het zo gemakkelijk om iemand vanuit een forensische kliniek op een gewone afdeling te zetten? Dan is er toch hetzelfde probleem? Dat is toch ook een heel ander systeem?

De heer **Groen**: Wij hebben het een aantal keren uitgeprobeerd. Wat wij tegen zijn gekomen, is dat die afdeling niet aan de vereisten voldoet en dat wij dus binnen de gegevenheden van die afdeling domweg niet kunnen voorzien in de materiële en personele voorziening die nodig is. Wij zouden graag willen dat er een "voorstap" gemaakt zou kunnen worden. Ik denk dat, in ieder geval als het gaat om psychotische patiënten, dus patiënten met schizofrenie of een persoonlijkheids-pathologie, er goede mogelijkheden zijn. Dat zouden wij binnen onze eigen instelling, maar ook met andere instellingen, graag uitproberen.

Mevrouw **Joldersma**: U zegt eigenlijk dat dat soort mensen, bijvoorbeeld met de aandoeningen die u noemde, eerder uit de tbs-kliniek weg gehaald zouden kunnen worden en dat die bij u de behandeling af zouden kunnen maken.

De heer **Groen**: Ik weet niet zeker of het eerder zou kunnen, maar ik denk het wel. Ik heb wel eens geïnformeerd, onder andere bij een tbs-kliniek bij ons in de buurt, hoeveel mensen met schizofrenie zij aan boord hebben en hoeveel potentieel zouden kunnen uitstromen als er voorzieningen waren die ik zojuist verwoordde. Dat blijkt een aanzienlijk aantal te zijn. Het enige dat dan mogelijk moet zijn – dat is erg belangrijk, maar de wetgeving maakt dat lastig – is dat je op het moment dat op zo'n afdeling een patiënt weer gevaarlijk wordt, bijvoorbeeld omdat hij toenemend psychotisch wordt, zo'n patiënt meteen terug kunt plaatsen en een beroep kunt doen op de beveiligde structuur van een tbs-kliniek. Dat geldt eigenlijk voor elk uitstroomtraject met deze populatie. Je moet als ontvangende instelling zeker weten dat op het moment dat je ook maar een signaaltje geeft, de tbs-kliniek meteen zegt: kom maar.

Mevrouw **Joldersma**: Ik probeer mij voor te stellen hoe dat in de praktijk gaat. Stel, iemand zit in de fase van transmuraal verlof en op een of andere manier komt hij bij voorbeeld met u in contact. U maakt dan afspraken over deze individuele persoon en zegt dat die persoon bij u wel verder zou kunnen. Wij hebben vanmorgen een discussie gehad over verlof, verloftoekenningen enzovoort. Hoe verlopen dat soort relaties? Als iemand met transmuraal verlof is, wat voor beveiligingsbescherming biedt u hem dan nog?

De heer **Groen**: Ik kan een concreet voorbeeld geven. Wij hebben verleden jaar een patiënt overgenomen van onze collega-afdeling binnen onze instelling. Daar ging het heel goed mee binnen de fpk. De behandelaars hadden allemaal het gevoel dat die man de volgende stap kon zetten. Die man kwam op onze gesloten afdeling. Dat is uitgebreid voorbereid en doorgesproken. Het gaat vervolgens een tijdje goed met die man, maar hij gaat daarna ontregelen. In die zin dat hij toenemend psychotisch wordt. Dat heeft te maken met de druk, het aantal relaties op zo'n afdeling en het ontbreken van de materiële en personele structuur. Dat is op de gesloten afdeling zoals wij die hebben, gewoon niet anders. Gelukkig hebben wij een goede relatie met de fpk en hebben wij kunnen zeggen: "Jongens, het gaat niet goed. Wij maken ons zorgen, want de man wordt toenemend agressief ten aanzien van personeelsleden. Hij wordt toenemend psychotisch en wij kunnen dat medicamen-

teus niet bijsturen. Wij vinden dus dat hij weer terug moet." Dat was geen probleem en hij is 's avonds weer terug gegaan. Het aardige is dat als je het zo doet, er een vertrouwensrelatie gaat ontstaan tussen in dit geval onze eigen fpk – dat kan echter ook met een andere tbs-kliniek – en onze afdeling. Dat betekent dat je weet dat je bij de volgende patiënt ook alleen maar je vinger hoeft op te steken om te regelen dat hij weer terug kan gaan. Zo kun je voor een veel grotere groep patiënten een uitstroomtraject realiseren. Dat moet echt op maat gebeuren, maar het gaat er vooral om dat het in grote verhouding tussen de afdelingen, de instellingen gerealiseerd wordt. Dat kan en het gebeurt regelmatig.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u aan de hand van het voorbeeld dat u heeft geschetst, aangeven wat precies het verschil is tussen een gewone psychiatrische gesloten afdeling en een forensische kliniek? Zit hem dat alleen in het personeel of zit hem dat in de manier waarop met de patiënt wordt omgegaan?

De heer **Groen**: Het zit hem in twee dingen. Het zit hem in het gebouw als zodanig, want de beveiliging binnen een fpk is vele malen groter dan wij op een reguliere besloten afdeling kunnen bieden. Zo'n type beveiliging betekent voor patiënten ook veel externe structuur. Dat geeft ze rust, veiligheid, overzichtelijkheid. Dat hebben wij veel minder. Dat is ook goed, want wij hebben ook nog veel andersoortige patiënten die wij moeten behandelen. De eerste stap zou dan ook moeten zijn dat een afdeling wordt gemaakt die meer van dat soort materiële beveiliging heeft, dikkere deuren, meer isoleer, steviger eenpersoonskamers, overzichtelijke afdeling, verpleegposten in het midden, zodat je, welke kant je ook uitkijkt, de afdeling kunt overzien. Om dat soort dingen gaat het. Die zijn er ook, maar dan minder heftig en minder groots dan in de reguliere tbs-instelling.

Ten tweede gaat het om de personele bezetting. Wij hebben op een afdeling veel minder verpleegkundig personeel, met veel minder specifieke deskundigheid, dan op zo'n afdeling zou moeten. Op een intensive care-afdeling van een tbs-instelling heb je een personeelsbezetting van één op één of twee op één. Daar komen wij in de reguliere ggz bij lange na niet aan toe. Dat is dus de personele inzet. Daarbij gaat het ook om specifieke deskundigheid. Men moet kunnen monitoren wanneer iemand aan het broeden is, wanneer het niet goed voelt. Hoe kunnen wij dat objectiveren? Wanneer is een gesprek met de behandelaar nodig? Welke deskundigheid heeft de psychiater op het terrein van de psychofarmacologie? Om al dat soort dingen gaat het. Die kun je intensiever en specifieker maken, maar dan wel binnen de kaders van een regulier ziekenhuis. Als de man de afdeling afgaat, komt hij op het terrein van een gewoon ziekenhuis. Hij leert daar de omgeving kennen en wordt minder bang en voelt zich minder onveilig. Vervolgens kan hij dan het stapje zetten naar onze eigen besloten afdeling. Daarmee zit er dus al een tree tussen. Als het daar minder goed gaat, kan hij terug naar de afdeling binnen het ziekenhuis zelf. Als het daar niet goed gaat, kan hij terug naar de tbs-instelling. De glijdende schaal zou dus groter moeten zijn.

Mevrouw **Joldersma**: U zegt eigenlijk steeds dat de stap van tbs-kliniek naar forensische kliniek, naar de gewone geestelijke gezondheidszorg steeds een combinatie is van

materiële omstandigheden en de deskundigheid van het personeel.

De heer **Groen**: Ja.

Mevrouw **Joldersma**: Verleden week hadden wij hier een aantal mensen die nogal wat kritiek hadden op de wijze waarop het toegaat in de forensische psychiatrie. Er zou nogal wat schorten aan de deskundigheid enzovoort. Een ander punt dat wij vaak terug zien komen, misschien kunt u uw licht daarover doen schijnen, is dat in de gewone psychiatrie mensen niet de goede houding zouden hebben, niet de goede attitude om met dit soort mensen om te gaan. Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Groen**: Daar zeg ik graag wat over. Ik heb in de brief van de minister gelezen dat ook hij die mening huldigt. Dat verbaast mij zeer. Binnen de ggz zijn er 300 fpk-plaatsen en nog meer fpa-plaatsen. De ggz is verder gewoon om te gaan, binnen de kader van de BOPZ, met gedwongen opnames. Wij hebben verleden jaar in Hogeveen een nieuwe afdeling gebouwd. Daar zijn drie isoleers. Die doen niet onder voor een isoleer in een reguliere fpk of tbs-kliniek. Kortom, wij zijn gewoon om te gaan met dwang en drang, met het beheer van vrijheden en dat al sinds jaar en dag. De notie die gemaakt wordt, klopt dus niet. Dat heeft ook te maken met het feit dat er binnen de tbs-kliniek een heel gedifferentieerde populatie zit. Af en toe lijkt het alsof het alleen maar over psychopaten gaat en harde zedendelinquenten, maar dat is niet waar. Als je gedifferentieerd gaat kijken naar de tbs-populatie, kun je goed uittekenen dat de ggz heel geschikt is. Wat binnen de tbs-klinieken en fpk's wordt gedaan, is gewoon geestelijke gezondheidszorg. Het wordt steeds verbijzonderd, alsof het er niets mee te maken heeft, maar het is gewoon geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw **Joldersma**: Waar komt dan de kritiek vandaan? Die is namelijk zeer hardnekkig en die is niet van het afgelopen jaar, maar die is van de laatste tien, twintig jaar. Er wordt ook wel gezegd: uiteindelijk wil de ggz geen criminelen.

De heer **Groen**: Dat is een mythe. Als je naar de cijfers kijkt, blijkt dat het gewoon niet waar is. De fpa's zijn er. Dat is niet te ontkennen. Die maken deel uit van reguliere ggz-instellingen. De fpk's, drie in getal, zijn er en maken ook deel uit van reguliere ggz-instellingen. Mensen met een strafrechtelijke machtiging, artikel 37, worden opgenomen in ggz-instellingen. Forensische poliklinieken zijn niet alleen een onderdeel van tbs-klinieken, maar ook van ggz-instellingen. Het aantal mensen dat opgenomen wordt met een rechtelijke machtiging en een inbewaaringstelling is gigantisch groot. Waar men over valt, zijn echter niet die 80.000 mensen die regulier behandeld worden binnen de ggz en die langdurig zorgafhankelijk zijn, maar dat zijn de dak- en thuislozen. Daar wil ik nog wel wat over kwijt, als u mij toestaat.

Mevrouw **Joldersma**: U probeert aan te geven dat dat mensen zijn met een andere, complexere problematiek?

De heer **Groen**: De focus ligt af en toe op de groep met wie het niet goed gaat en niet op de groep met wie het wel goed gaat.

Mevrouw **Joldersma**: Wij zitten hier echter voor de tbs. Wij willen het daarom graag over de tbs hebben en de doorstroming naar de geestelijke gezondheidszorg. Als ik u goed beluister, zegt u eigenlijk: het is alleen een kwestie van capaciteit en middelen, want als wij de middelen hebben, komt de doorstroming naar de geestelijke gezondheidszorg wel tot stand. Ik vraag mij af of het wel zo simpel is. Men is er namelijk al jaren mee bezig om die samenwerking en doorstroming voor elkaar te krijgen.

De heer **Groen**: Men is er al jaren mee bezig, maar men vergeet soms dat de tbs maar een klein onderdeel uitmaakt van de forensische geestelijke gezondheidszorg. Er waren in 2004 3600 rapportages. 300 daarvan hebben geleid tot een tbs-veroordeling; 3300 dus niet. Dat zijn echter wel forensisch psychiatrische patiënten, die menigmaal in de fpa of in de forensische poliklinieken van de ggz terecht komen. Daar wordt dus veel werk verricht ten behoeve van mensen met een forensisch psychiatrische titel. Het gaat dus om een kleine groep. Als ik naar mijn collega's in de reguliere ggz luister, is er een grote bereidheid om binnen de ggz aan de slag te gaan. Het probleem blijft echter wat ik u net schetste. Dat is het probleem van het zwarte gat of de ontbrekende brug tussen hetgeen in de tbs-instellingen en in de fpk's geboden wordt en hetgeen wij binnen de reguliere ggz kunnen bieden. Daar zit echt een gat tussen.

Mevrouw **Joldersma**: Zegt u daarmee eigenlijk niet dat een tbs-patiënt als je hem goed behandelt, is om te toveren tot een gewone ggz-patiënt of geldt dat alleen voor bepaalde patiënten?

De heer **Groen**: Als u het heeft over dé tbs-patiënt ontlokt u mij zo'n antwoord niet, want dat klopt niet. Als u gaat differentiëren binnen de groep van tbs-patiënten, dan krijgt u een volmondig "ja" te horen.

Mevrouw **Joldersma**: Over welke groepen heeft u het dan?

De heer **Groen**: Bijvoorbeeld mensen met schizofrenie. Dat is een grote groep. Wat ontbreekt is de mogelijkheid met dwang te behandelen. Ik vind het daarom jammer dat de tbs een veroordeling is tot dwangverpleging en niet tot dwangbehandeling. Het zou wat waard zijn als daar een eenduidig wettelijk kader voor kwam. Toen ik in de tbs werkte heb ik meegemaakt dat iemand met schizofrenie vier jaar lang zonder medicatie kon zijn. Hoe komt dat? Omdat hij op de afdeling niet gevaarlijk genoeg was. Dat moet je niet willen. Op het moment dat iemand de ggz binnen gaat stromen, moet je dit soort instrumenten hebben. Dan kun je ongelofelijk veel meer. Je hebt dus een dwang/drangkader nodig, want ook mensen met schizofrenie kunnen rekenen. Die weten ook: als ik niet vroegtijdig aangeef dat ik psychotisch wordt en dat dat betekent dat ik terug moet naar de besloten afdeling, waar ik niet heen wil, dan geef ik een signaal af. Het zijn geen schizofrenen, het zijn mensen met schizofrenie, met een ernstige psychiatrische aandoening. Daar gaat het om. Daar zou je veel meer voor kunnen doen. Hetzelfde geldt voor mensen met bepaalde vormen van persoonlijkheids-pathologie.

Mevrouw **Joldersma**: Vanmorgen, toen het ook ging om de geestelijke gezondheidszorg, werd gezegd dat de

geestelijke gezondheidszorg meer gewend is aan de onderhandelende patiënt en aan vraagsturing en met andersoortige patiënten te maken heeft. Is dat zo of vindt u dat een aantal van de tbs-patiënten eigenlijk ggz-patiënten zijn?

De heer **Groen**: In zijn algemeenheid is dat wel zo. Als ik echter kijk naar de gesloten afdeling bij ons op het terrein, dan zie ik een heel aantal mensen die een rechtelijke machtiging hebben, maar waarbij op momenten in de cyclus van hun ziekte geen sprake is van onderhandelen. Dan zeg je: zo zit het, punt uit; jij krijgt medicatie, punt uit, en als je dat niet wilt, doen wij aan dwangbehandeling, want je bent gevaarlijk op de afdeling. Dat is geen onderhandeling, dat is voorschrijven. Hetzelfde geldt voor de patiëntengroep waar wij het nu over hebben. Dat betekent dat je moet investeren in de attitude van met name verpleegkundigen. Het is nu al zo – dat heeft te maken met een verandering in de criteria, waarmee je binnen de BOPZ mag opereren – dat er gevaarlijkere patiënten binnenkomen, die agressief zijn vanwege hun aandoening, en waarbij je gewoon doorpakt.

Mevrouw **Joldersma**: U ziet dus overeenkomsten tussen de BOPZ-patiënt en de tbs-patiënt.

De heer **Groen**: Ja.

Mevrouw **Joldersma**: Ik wil nu doorgaan met de heer Van Zuthem en wat verder ingaan op de regionale instellingen voor beschermd wonen. Kunt u vertellen wat voor mensen bij u voor begeleid wonen in aanmerking komen? Zitten daar ook tbs'ers onder?

De heer **Van Zuthem**: Beschermd en begeleid wonen kun je zien als een deelsector binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het bestaat nu ongeveer twintig jaar. 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. Die begeleiding richt zich op een veelheid van levensterreinen, geestelijke gezondheidszorg, lichamelijke gezondheid, woonvaardigheden, sociale contacten, dagbesteding, omgaan met financiën enzovoort. 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. Wij vinden het belangrijk dat je dat scheidt, dat je binnen de leef- en woonsituatie van mensen hen vooral aanspreekt op wat zij wel kunnen en welke ontwikkelingsmogelijkheden zij hebben.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u daar nader op ingaan? Vanmorgen hebben wij gesproken over behandeling en resocialisatie. Toen is gezegd dat je dat onderscheid eigenlijk niet kunt maken. Het is bijna één pot nat. U zegt nu echter dat behandeling iets is voor gespecialiseerde mensen en dat u begeleiding biedt.

De heer **Van Zuthem**: Resocialisatie is een beetje lastig begrip dat er tussenin zit. Behandelen in engere zin gebeurt door een medicus of door een psycholoog, mensen die behandelinterventies doen, medicijnen voorschrijven en dergelijke. Wat wij doen is meer toezicht

hebben op mensen, hen ondersteuning en begeleiding bieden en ervoor zorgen dat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren. Wij doen dat binnen de ggz voor een heel heterogene groep. De oorzaak waarom mensen bij ons terecht komen, kan heel divers zijn. Toegang tot een RIBW krijg je, omdat je daarvoor geïndiceerd bent, omdat je vanwege je psychische of psychiatrische problemen niet meer zelfstandig kunt functioneren. Onderdeel van die heterogene groep zijn mensen die in een tbs-kliniek hebben gezeten of daar nog in zitten en in het eindstadium van hun behandeling zijn.

Mevrouw **Joldersma**: Is dat dan in het kader van de transmurale behandeling of zijn het mensen die op proefverlof zijn of waarvan de tbs al beëindigd is?

De heer **Van Zuthem**: Alle varianten komen voor. Vaak maken mensen in het eindstadium van hun behandeling de overgang naar een beschermde woonvorm.

Mevrouw **Joldersma**: Wat is het eindstadium ongeveer?

De heer **Van Zuthem**: Dat kun je niet in algemene zin zeggen, maar naar het oordeel van behandelaars is de behandeling dan bijna afgerond en is iemand toe aan de voorbereiding op ontslag. Dat verschilt per persoon. Het komt voor dat dan een plaats wordt ingekocht. Iemand woont dan in een van onze woonvoorzieningen, maar is formeel nog tbs-cliënt. Je ziet vaak dat naar verloop van tijd die titel er af kan en dat mensen een reguliere plaats krijgen. Dat is dan vaak een administratief iets. Zij kunnen blijven zitten op de plaats waar zij zitten, maar het is dan een AWBZ-plaats geworden. Dus zowel "voor ontslag" als "na ontslag" komt voor. Het gaat dan om mensen die in de tbs-kliniek hebben gezeten, maar ook om veel mensen die uit een fpk komen of een fpa.

Mevrouw **Joldersma**: Zet u bij dat begeleid wonen, tbs'ers bij elkaar of zet u ze juist apart? Weten mensen dat het een ex-tbs'er is? Hoe gaat u daarmee om?

De heer **Van Zuthem**: Alle varianten komen voor. Soms worden mensen alleen geplaatst, soms in een groep met anderen en soms in een groep met andere tbs-cliënten. Wij weten eigenlijk niet precies wat het beste werkt. Dat is misschien opvallend, maar wij kijken per individuele persoon wat een geschikte plaats is. De ene RIBW doet het op de ene manier en de andere op een andere manier. De meeste zoeken naar een onopvallende plaats, of apart of in een heterogene groep. De laatste tijd gaan er echter stemmen op om het wat grootschaliger aan te pakken. Er blijkt namelijk duidelijk een gat te zitten tussen wat wij kunnen bieden en wat een tbs-kliniek kan bieden. Daartussen zou eigenlijk een "tbs-beschermde woonvorm" moeten zitten. Op verschillende plekken in het land wordt er over gedacht ze dan bij elkaar te zetten.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u daar nog wat dieper op ingaan? Als je omgaat met tbs-patiënten heb je een bepaalde deskundigheid nodig. U zegt echter: als ze bij mij komen, gaan wij ze niet meer behandelen, maar dan gaan wij ze begeleiden of wij houden toezicht. Is daar een bepaalde deskundigheid voor nodig als het gaat om tbs'ers of maakt het niet uit of het om een tbs'er gaat of om een gewone patiënt uit de geestelijke gezondheidszorg?

De heer **Van Zuthem**: Bij de zorg voor beide groepen heb je veel deskundigheid nodig. Als mensen van een tbs-kliniek komen, wordt in den regel de overplaatsing een half jaar voorbereid. Voorafgaand aan de overplaatsing bezoeken medewerkers van de RIBW de tbs-kliniek en soms komen medewerkers van de tbs-kliniek naar de RIBW. Het komt ook voor dat over en weer stages worden gelopen. Verder wordt bij de overdracht uitvoerig gezegd hoe het met de desbetreffende persoon is gesteld, waarop in het bijzonder moet worden gelet, welke signalen erop kunnen duiden dat het met hem misgaat. Per cliënt wordt de overdracht dus zeer uitvoerig besproken. Daarnaast worden veel afspraken gemaakt. Onder andere wordt afgesproken dat de persoon onmiddellijk teruggaat naar de tbs-kliniek als het niet lukt om hem bij ons te handhaven. Als die terugkeer nodig is, is die meestal van korte duur. Na verloop van tijd kan die persoon weer bij ons terecht.

Mevrouw **Joldersma**: Ik meen dat u een jaar geleden een voorstel hebt gedaan. Dat deed u toen er discussie over de tbs ontstond. U zei toen: die tbs'ers mogen allemaal bij mij komen. Daarmee zouden, naar ik meen, 250 plaatsen gemoeid zijn. Wat waren destijds uw overwegingen om die uitspraak publiekelijk te doen?

De heer **Van Zuthem**: De situatie was iets anders. Ongeveer een jaar geleden voerden wij als zelfstandige RIBW's overleg met het ministerie van VWS. Allereerst werd toen geconstateerd dat de RIBW's de afgelopen vijftien jaar mogelijk enkele honderden tbs'ers hadden begeleid en dat veel van die mensen doorstroomden naar een gelegenheid voor zelfstandig wonen. Vanwege de grote druk op de tbs-sector kwam de vraag of de RIBW's die doorstroming konden intensiveren. Zouden zij niet nog veel meer mensen kunnen opvangen dan zij al deden? Onze reactie was dat dat misschien zou kunnen, maar dat er voor ons veel onduidelijkheden waren met betrekking tot de opgedane ervaringen. Het was de afgelopen vijftien jaar wel goed gegaan. Er waren geen dramatische problemen ontstaan. ...

Mevrouw **Joldersma**: Maar weet u om hoeveel mensen het ging? U had enig zicht op de landelijke populatie. Hoeveel tbs'ers zijn geplaatst in een gelegenheid voor beschermd wonen?

De heer **Van Zuthem**: Er zijn voor tbs'ers ongeveer 125 plaatsen gereserveerd voor het beschermd wonen. Soms gaat het om mensen van de fpk of de fpa. In de afgelopen vijftien jaar zijn een kleine 400 mensen op die manier geholpen, maar ik wil nog terugkomen op uw eerdere vraag. Het leek ons een heel goed idee om voorafgaand aan het opnemen van veel meer mensen bij beschermd wonen goed te onderzoeken om welke het mensen het precies ging en hoe je precies te werk zou moeten gaan. Bij beschermde woonvormen kent men maar een beperkte mate van toezicht en ook de begeleiding is daar beperkt. Er wordt veel verwacht van de eigen verantwoordelijkheid en er wordt van uitgegaan dat de geplaatste personen behoorlijk wat zelfstandigheid aankunnen.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u iets zeggen over het personeel bij het begeleid wonen? Hoeveel personeelsle-

den werken er? Zijn ze voortdurend aanwezig of alleen overdag?

De heer **Van Zuthem**: Het personeel dat bij ons werkt heeft of een opleiding voor psychiatrisch verpleegkundige of een opleiding voor sociaal-pedagogische medewerker, vaak aangevuld met cursussen in psychopathologie. Wij hebben ongeveer één medewerker op vier, vijf bewoners. Meestal wonen onze cliënten zelfstandig en krijgen zij begeleiding volgens afspraak of op afroep. Een heel enkele keer bieden wij een voorziening met 24-uursbegeleiding. Daarbij moet u denken aan de zogenaamde slaapwacht. Dan is er dus niet permanent actief toezicht, maar er is dan wel iemand in de onmiddellijke nabijheid die kan ingrijpen als dat nodig is. Over het algemeen gaat het echter om voorzieningen waarbij een beperkte intensiteit aan toezicht en begeleiding wordt geboden. Daarom hebben wij voorgesteld om uitvoeriger te onderzoeken of er onderscheid te maken is tussen de verschillende mensen die uitstromen naar een RIBW. Er zou bijvoorbeeld onderscheid gemaakt kunnen worden naar delict of naar psychopathologie. Ook zou beter in kaart gebracht moeten worden naar welk stadium van de behandeling deze mensen kunnen overgaan.

Mevrouw **Joldersma**: Dat weet u nu niet. Nu bent u afhankelijk van de acties van de kliniek. Zij klopt op een gegeven moment bij u aan en zegt: wij hebben iemand die bij jullie terecht zou moeten kunnen.

De heer **Van Zuthem**: Ja, tot nu toe wordt per individuele cliënt nagegaan wat de situatie is. Er wordt dan heel uitvoerig en heel zorgvuldig gehandeld. Inmiddels hebben wij met een paar honderd mensen ervaring opgedaan en ons lijkt het nu belangrijk dat je beter nagaat aan welke personen je deze voorziening kunt bieden en hoe je tewerk zou moeten gaan als je die ook aan andere personen moet bieden.

Mevrouw **Joldersma**: Betekent dit dat de RIBW helemaal geen risicotaxatie doet. Is dat iets voor de kliniek en de forensische wereld?

De heer **Van Zuthem**: Nee, zodra een plaatsing of een overgang van een tbs-kliniek naar een beschermd woonvorm wordt voorbereid, wordt zeer uitvoerig informatie uitgewisseld. Er wordt dan gezegd wat de indicatoren zijn en op welke signalen je moet letten om te voorkomen dat er met die persoon iets misgaat. Per individu worden dus heel nadrukkelijk gegevens uitgewisseld.

Mevrouw **Joldersma**: Maar jullie doen zelf niet aan risicotaxatie. Dat wordt door de kliniek gedaan en die zegt tegen jullie waarop jullie moeten letten bij de desbetreffende persoon.

De heer **Van Zuthem**: Ja, en ook als die persoon bij ons is geplaatst, wordt nog veelvuldig met de kliniek overleg gepleegd over het verloop van de plaatsing.

Mevrouw **Joldersma**: En als er iets misgaat of bijna misgaat, dan bellen jullie met de kliniek. De kliniek blijft uiteindelijk verantwoordelijk voor de persoon.

De heer **Van Zuthem**: Als het gaat om een ingekochte tbs-plaats valt die persoon onder de verantwoordelijkheid van de tbs-kliniek. Meestal geldt de afspraak dat zowel de RIBW als de kliniek op elk moment kan besluiten dat de persoon voor kortere of langere tijd teruggaat. Zodra de formele titel niet meer geldt en de persoon als het ware een gewone cliënt is en AWBZ geïndiceerd, kan er verschil zijn in de wijze van afhandeling. In het ene geval kan de afspraak met de kliniek zijn dat de persoon terug kan worden geplaatst. Sommige klinieken zijn daarin meer terughoudend. Zij zeggen: wij zijn klaar met de behandeling; als er iets is met de persoon moet hij maar naar de dichtstbijzijnde reguliere ggz of forensische polikliniek worden gestuurd. Ook dit is een van de aspecten die beter onderzocht zouden moeten worden. Er blijkt namelijk een enorme variatie te zijn in de manieren waarop instellingen in deze situatie handelen. Daarbij denk ik ook aan de verschillende afspraken die zij met de tbs-instelling maken.

Mevrouw **Joldersma**: Mijnheer Groen, ik begrijp dat de mensen die in een beschermde woonvorm zijn geplaatst soms nog contact hebben met de psychiater. Moeten die patiënten begeleid worden met forensische deskundigheid of zou die begeleiding ook door de gewone geestelijke gezondheidszorg kunnen worden verzorgd, door wat vroeger het Riagg was? Ik verwacht natuurlijk dat u weer zult zeggen: dat verschilt per individu.

De heer **Groen**: Zo genuanceerd is dit inderdaad. Dat maakt de situatie lastig. Met een prachtige variant is geschetst waarmee hoe door de RIBW kan worden gehandeld. Daarbij ging het echter om een andere populatie dan die waar ik op doelde. Ik sprak over de mensen die niet voor zo'n behandeling in aanmerking kunnen komen, over mensen die als het ware meer treetjes nodig hebben. Dat betekent dat de eerste opvang gerealiseerd zou moeten worden met forensisch-psychiatrische deskundigheid. Je zou dit ook socio-therapeutische deskundigheid kunnen noemen. Er is dan sprake van een glijdende schaal en tijdens het proces zouden mensen door en uit kunnen stromen. Op een bepaald moment zouden de mensen die nu de tbs-kliniek verlaten en bij de RIBW terecht komen, direct vanuit onze instellingen naar de RIBW kunnen, maar de redenering blijft hetzelfde. Wij hebben het steeds over de stapjes die deze mensen zouden kunnen maken. Die stapjes verschillen echter per individu. Zo genuanceerd is het nu eenmaal, want het gaat hierbij om werk in een buitengewoon ingewikkelde sector.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk zegt u daarmee: de beste tbs'ers komen terecht in een beschermde woonvorm, maar dat is niet voor alle tbs'ers weggelegd.

De heer **Van Zuthem**: Sommigen hebben een RIBW helemaal niet nodig. Je een kunt een grove indeling maken. Er zijn mensen die altijd in een soort longstayvoorziening zouden moeten verblijven. Er zijn mensen waarvan je op voorhand kunt zeggen dat zij niet in recidive zullen vervallen. Echter, het allergrootste deel van de personen bestaat uit een groep die daar tussen zit. Ik vind dat erg slecht in beeld is gebracht hoe de uitstroom vanuit de tbs-kliniek is samengesteld. Uit welke categorie mensen bestaat die? Welke volgtijdelijkheid geldt? Welke keten moet je hebben om de begeleiding terug naar de

samenleving zo goed mogelijk te laten verlopen? Mij is een onderzoek in Nederland daarnaar niet bekend.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk zegt u: de achterkant heeft nog veel te veel vaagheden. Ik verwacht evenwel dat wij er niet achter komen hoe de situatie daar is. Je zou onderzoek moeten doen aan de hand van de patiënten die nu bij u terecht komen. Volgens u zou men moeten onderzoeken hoe het daarmee staat.

De heer **Van Zuthem**: In Nederland heeft met veel praktijkervaring opgedaan met het beschermd wonen, maar er zijn ook andere vormen van uitstroom. Je zou het proces dus goed in beeld kunnen brengen. Je zou aan de hand van de ervaringen kunnen vaststellen hoe het proces voor die paar honderd heeft uitgepakt. Wat heeft gewerkt, wat heeft minder goed gewerkt, welke hiaten zijn er nog? Ik meen overigens dat inmiddels veel hiaten bekend zijn. Met name denk ik dan aan de overgang van het zeer zware en sterk gestructureerd verblijf in de tbs naar een RIBW. In een RIBW zijn de mensen op zichzelf aangewezen, omdat er veel van hun zelfstandigheid en hun eigen verantwoordelijkheid wordt verwacht. Er is als het ware een enorm gat tussen het een en het ander. Ik meen daarom dat je moet zoeken naar modellen om dat gat te vullen. Soms kan er iets gedaan worden aan de behandeling, maar soms ook aan het toezicht. Soms zal je meer toezicht moeten bieden en moeten proberen de mensen wat geleidelijker terug te brengen naar de samenleving.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk geeft u beiden een aantal oplossingen voor het eindtraject. U spreekt over de zeer geleidelijke overgang, het toezicht, de omstandigheden en het beheersmilieu waarin de mensen terecht komen. Toch zie ik een gevaar. Stel dat wij gaan doen wat u zegt en dat wij al hetgeen wat u voorstelt uitvoeren. Dan kan het toch zo zijn dat er niets verbetert. Ik herinner eraan dat bij begeleide woonvormen voldoende plaatsen beschikbaar waren. Nu zegt u weer dat er niet voldoende onderzoek is verricht. Daarom ben ik bang dat als wij meer onderzoek laten doen er toch geen verandering komt. Kunt u ons zeggen hoe dat komt?

De heer **Van Zuthem**: U zegt dat er geen verandering zal komen. Ik wijs erop dat met een paar honderd mensen ...

Mevrouw **Joldersma**: Het fantastisch gaat.

De heer **Van Zuthem**: Dat zijn precies die mensen die de weg zijn gegaan die ik aangaf. Ik teken hierbij aan dat het proces niet altijd eenvoudig is, dat het vaak een kwestie is van vallen en opstaan. Soms moeten mensen namelijk terug naar een tbs-kliniek. Ik vind het echter een belangrijk gegeven dat sinds 1990 deze vorm van behandeling bij een paar honderd mensen succes heeft gehad. Er zijn ook mensen die veel meer toezicht nodig hebben en die de overgang naar een RIBW niet gemakkelijk aankunnen. Voor die mensen zijn er onvoldoende voorzieningen.

Mevrouw **Joldersma**: U hebt een aantal barrières aangegeven en gezegd dat beter in kaart gebracht moeten worden welke stapjes gezet moeten worden bij de terugkeer naar de samenleving of in het eindtraject van de desbetreffende personen. Ik ben echter bang dat als wij alle barrières wegnemen, er nog steeds hiaten zullen zijn.

Wij houden ons allang bezig met verbetering van de samenwerking tussen ggz en tbs.

De heer **Groen**: U zegt: wij zijn al lang bezig met het verbeteren van de samenwerking tussen ggz en tbs. Die verbeteringen hebben ook al heel veel resultaten opgeleverd. Wij hebben gesproken over de fpa's, de fpk's, de uitstroom, de forensisch-psychiatrische klinieken en over de successen van de RIBW's. Er zijn dus enorm veel resultaten geboekt. De sector doet heel veel goeds en het is zo vervelend dat zij afgerekend wordt op buitengewoon dramatische incidenten. Dat is jammer. De resultaten van de sector als zodanig, die van de forensisch-geestelijke gezondheidszorg en dus niet alleen van de tbs, zijn tamelijk indrukwekkend. Ik ben wel eens cynisch en denk dan: als het gevangeniswezen op dezelfde manier zou worden afgerekend en als aan de mensen van die sector evenveel vragen zouden worden gesteld als zich daar een recidive voordoet, zouden de politici 's morgens en 's middags alleen maar vragen stellen over de gang van zaken daar.

Mevrouw **Joldersma**: Maar wij houden ons nu bezig met de tbs-sector. U zei: wij moeten trots zijn op datgene wat er gedaan is op de forensisch-psychiatrische afdelingen en op wat er gebeurt in de forensisch-psychiatrische klinieken.

De heer **Groen**: Ja.

Mevrouw **Joldersma**: Maar ondanks dat meen ik dat wij nog wel wat verbeteringen zouden kunnen aanbrengen.

De heer **Groen**: Jazeker. U hoort mij niet zeggen dat die niet nodig zijn.

Mevrouw **Joldersma**: Ik ben alleen zo bang dat als wij doen wat u zegt, u straks over meer capaciteit en meer geld beschikt, maar er toch geen verbeteringen van de grond komen.

De heer **Groen**: Ik kan mij voorstellen dat u hier bang voor bent. U denkt aan al datgene wat niet goed is gegaan. Wat echter de heer Van Zuthem zei klinkt ook wel een beetje door in mijn betoog. Ik vind dat je ook in aanmerking moet nemen wat wel goed is gegaan. Als u dat doet, zult u merken dat de investeringen van de afgelopen jaren meer dan de moeite waard zijn geweest. Wij hebben IBO 1 en 2 gehad. Staatssecretaris Kosto heeft maatregelen genomen. Veel adviezen worden ter harte genomen. Op resortniveau wordt op allerlei manieren samengewerkt. De fpa's nemen mensen op die in de gevangenis zitten, terwijl men vroeger voor die mensen geen plek kon vinden en daardoor op straat kwamen te staan. Er is nog veel te doen. Zeker, maar dit laat onverlet dat wij met recht trots kunnen zijn op hetgeen de geestelijke gezondheidszorg zowel in de tbs-klinieken als daarbuiten heeft gerealiseerd.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk zegt u tegen de commissie: ga op dezelfde weg door, want er wordt heel veel goeds gerealiseerd.

De heer **Groen**: Wat ik tegen de commissie en eigenlijk tegen de politiek zeg, is: wees trots op een sector die cijfermatig laat zien dat hetgeen zij presteert meer dan

moeite waard is. En: ga door met het aanbrengen van verbeteringen. Er is namelijk nog een hoop te doen.

De heer **Van Zuthem**: Bij de uitstroom zijn er concrete knelpunten en bij die uitstroom zijn dan ook zeker verbeteringen mogelijk. Er zitten hiaten in de keten. Daarbij denk ik aan de manier waarop mensen van een zeer strak regime, van een zeer gestructureerd regime op weg moeten naar meer zelfstandigheid. Nog niet goed is onderzocht hoe dat proces moet verlopen. Ook de nodige voorzieningen zijn slechts partieel aanwezig.

Mevrouw **Joldersma**: Er zitten ergens in de uitstroom uit de tbs naar de RIBW heel veel knelpunten. Het komt ook voor dat mensen niet uitstromen en niet bij de RIBW terechtkomen. Inmiddels hebben wij prachtige poliklinieken en u beschikt over heel mooie huizen in de wijken, maar de mensen in die wijken komen wel in opstand als zij horen dat er een tbs'er in een van die mooie huizen kan zitten.

De heer **Van Zuthem**: Ik kom ze niet dagelijks tegen.

Mevrouw **Joldersma**: Er zijn maar een paar tbs'ers geplaatst bij vormen voor begeleid wonen.

De heer **Van Zuthem**: Allereerst is het de vraag of je altijd onderscheid moet maken tussen iemand die in een tbs-kliniek heeft gezeten en iemand met een psychiatrische stoornis. Sinds het midden van de jaren '80 zijn ongeveer 350 beschermde woonvormen gevestigd. Een beschermde woonvorm bestaat uit een cluster van vestigingen in 24 plaatsen. Het aantal incidenten in de buurten daar is op de vingers van één hand te tellen. De afgelopen jaren is echter door alle publiciteit veel koudwatervrees ontstaan. Er zijn nu lege plaatsen bij het beschermd wonen, doordat men een veel restrictiever regime bij proefverlof hanteert. De publiciteit heeft enorm veel negatieve effecten gehad. Er is het gevaar dat andere cliënten worden gecriminaliseerd. Familieleden van de cliënten gaan ons ook vragen stellen en soms worden door buurtbewoners bij vestigingen van deze voorzieningen vragen gesteld.

Mevrouw **Joldersma**: U zegt dat er veel lege plaatsen zijn die voor tbs'ers waren bedoeld.

De heer **Van Zuthem**: Enkele tientallen plaatsen zijn niet bezet doordat na de incidenten van vorig jaar heel voorzichtig wordt omgegaan met proefverlof. Sterker, er zijn mensen die al in het voorbereidingstraject waren om bij ons geplaatst te worden en die inmiddels bij ons geplaatst hadden kunnen zijn, maar die nu als gevolg van de publiciteit nog in een tbs-kliniek zitten.

Mevrouw **Joldersma**: Op welke manier zouden wij die trend kunnen doorbreken en ervoor kunnen zorgen dat de plaatsen in de RIBW weer bezet worden? Stomen die mensen nu niet uit en blijven zij in de forensische polikliniek? Gaan zij uiteindelijk weer wel naar een vorm van begeleid wonen?

De heer **Groen**: Zij zouden door kunnen stromen, maar als u een trend wilt doorbreken, moet u als politicus vertrouwen in de sector uitspreken. De politiek kan dat vertrouwen ook uitspreken als zij de cijfers serieus neemt.

Van groter belang is dat zij de ggz als zodanig kent en herkent. Ik probeer steeds te zeggen dat wij heel veel kunnen doen ten behoeve van deze populatie, maar niet alles. Ook als wij alles goed doen, kunnen er incidenten zijn. Dat is zo, maar wat wij kunnen proberen om ervoor te zorgen dat deze mensen, die meestal een tamelijk ernstige psychiatrische aandoening hebben, goed behandeld worden en dat die vervolgens op een goede manier uitstromen, zodat zij een goede plek vinden. Wat wij vaststellen wordt door iedereen in de sector al jaren geroepen. Ik denk hierbij ook aan het gat waarover de heer Van Zuthem sprak en waar ik ook op doelde. Dat gat is er nog steeds. Er is ooit een poging gedaan om dat gat te vullen. Men heeft toen forensisch-psychiatrische afdelingen geopend. Die afdelingen waren de beoogde uitstroomplek. Men heeft zich echter vergist en zich niet gerealiseerd dat er een andere, grote populatie in Nederland was waarover gerapporteerd werd. Die groep bestaat niet uit mensen die een tbs krijgen, maar waarover wel forensisch-psychiatrisch gerapporteerd. De groep telt op jaarbasis 3000 personen. Dus elk jaar zijn er 3000 mensen waarover gerapporteerd wordt. Een aantal daarvan vindt hun weg naar de fpa's en dat is de verdienste van de forensisch-psychiatrische diensten. Die maken dan alles in orde. Dit betekent voor de tbs-kliniek minder uitstroomplaatsen.

Mevrouw **Joldersma**: Komen die mensen wel terecht bij instellingen voor begeleid wonen?

De heer **Van Zuthem**: Een deel van deze groep heeft die instellingen niet nodig. Voor de mensen die het beschermd wonen wel nodig hebben, is dat een heel goede tussenstap.

Mevrouw **Joldersma**: U zegt: de mensen die het nodig hebben. Is het niet de kunst om uit te vinden wie een beschermde woonvorm nodig heeft en wie niet?

De heer **Van Zuthem**: En op welk moment.

Mevrouw **Joldersma**: U zei dat de politiek de ggz-sector maar moet vertrouwen. Wij voelen ons evenwel heel erg verantwoordelijk voor de veiligheid van de burgers, maar hoe weten wij dat de zorg bij u in goede handen is en wij uit kunnen gaan van een veilige situatie voor de burgers?

De heer **Groen**: Ik zeg niet: u moet de ggz-sector maar vertrouwen. Ik zeg: u kunt op basis van de beschikbare cijfers uw waardering uitspreken voor datgene wat door de sector wordt gedaan. Die cijfers zijn hard. Dat laat onverlet dat je bij bepaalde personen heel goed moet opletten. Dat heeft te maken met de complexiteit van de pathologie. Je moet heel goed nagaan wat bij bepaalde personen wel kan en wat niet. Er zijn richtlijnen voor de manier waarop mensen met schizofrenie moeten worden behandeld. De richtlijnen voor persoonlijkheidspathologie zijn bijna klaar. Daarin staat hoe die mensen moeten worden behandeld. Er zijn ook richtlijnen voor de behandeling van mensen met een verslaving. Voor de behandeling van een combinatie van die stoornissen zijn nog geen richtlijnen. Dat betekent dat je heel goed moet nagaan wat wel en wat niet kan. De deskundigheid daarvoor is aanwezig bij de geestelijke gezondheidszorg. De mensen daar hebben ervoor doorgeleerd.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Van Zuthem, ik wil met u nog spreken over het begeleid en beveiligd wonen. Kunt u mij zeggen of bij het plaatsen van tbs'ers in een vorm van begeleid wonen voorwaarden worden gesteld en, zo ja, hoe die luiden? Ik kan mij voorstellen dat zo'n tbs'er geen middelen gebruikt mag hebben. Misschien gelden andere voorwaarden.

De heer **Van Zuthem**: Er worden met de cliënt en met de kliniek zeer stringente afspraken gemaakt. Daarbij wordt aangegeven wat wel en wat niet kan. Heel belangrijk is dat de persoon heel strikt zijn behandeling blijft ondergaan. Hij moet dus de behandelaars blijven bezoeken en zijn medicijnen innemen. Heel duidelijk is ook dat in het geval de persoon middelen heeft gebruikt, wordt aangegeven dat dat niet wordt toegestaan.

Mevrouw **Van Velzen**: Komt het voor dat tbs'ers in recidive vervallen?

De heer **Van Zuthem**: Het gebeurt dat mensen toch gaan gebruiken. Dan volgen strafmaatregelen, maar die zijn ook afhankelijk van de mate van overtreding. Meestal gaat die persoon dan terug naar de tbs-kliniek. De ervaring in de afgelopen jaren is dat heel regelmatig mensen voor kortere of langere tijd terug moeten, maar het lukt bijna altijd om die mensen met beschermd wonen te blijven begeleiden. Op een gegeven moment komt de tbs-maatregel te vervallen en zijn die mensen reguliere cliënten. Wij hebben geen precieze cijfers van recidive, maar het algemene beeld is dat zeer ernstige incidenten uitblijven.

Mevrouw **Van Velzen**: U schaarft drugsgebruik onder recidive. Dat is toch niet gangbaar?

De heer **Van Zuthem**: Ik dacht dat u daarop doelde.

Mevrouw **Van Velzen**: Onder recidive versta ik het begaan van een misdaad en het opnieuw plegen van eenzelfde delict. Zijn gevallen bekend waarbij zich dat voordeed? Of is de populatie waarmee u te maken krijgt voor de burgers veilig en doet zich bij die groep geen recidive voor?

De heer **Van Zuthem**: Bij het beschermd wonen hebben wij in de afgelopen jaren geen recidive gekend waarbij sprake was van zeer ernstige delicten. Wel is het een aantal keren voorgekomen dat mensen het gedrag gingen vertonen dat voorafging aan het oorspronkelijke delict. Ik geef een voorbeeld. Een van onze patiënten heeft twee keer iemand zeer ernstig mishandeld. Beide keren kwam die persoon daartoe na een periode van halfjaar waarin hij ernstig in de war was, een ernstige psychotische stoornis had. Bij een beschermde woonvorm is er dagelijks toezicht. Daar krijgt zo'n persoon nog geen dag de kans om psychotisch te zijn zonder dat dat wordt opgemerkt. Op die manier kun je bij mensen die zeer ernstige delicten hebben gepleegd al in een vroeg stadium ingrijpen.

Mevrouw **Van Velzen**: U zei juist dat het voortkomt dat buurtbewoners vragen stellen. Zij doen hetzelfde als politici. Wij stellen ook vragen over de behandeling van tbs'ers, de ontsnappingen en de recidive. Is er een landelijk beleid van de RIBW's voor de manier waarop

met de buurtbewoners gecommuniceerd moet worden, hoe ze verteld moet worden welke patiënten deelnemen aan het woonproject, vooral als het gaat om mensen die in een tbs-kliniek hebben gezeten?

De heer **Van Zuthem**: Het algemene beleid is: niet kenbaar maken welke personen in een tbs-kliniek hebben gezeten, zeker niet als die deel uitmaken van een heterogene groep. Wij vertellen ook niet welke achtergrond de andere mensen hebben. Wij voelen ons verantwoordelijk voor eventuele risico's. Wij houden de mensen goed in de gaten, maar wij gaan niet breeduit vertellen wat er met hen aan de hand is. Ik weet dat aantal RIBW's mensen geclusterd hebben opgevangen, waar dus meerdere ex-tbs'ers in één woning zijn geplaatst, terwijl de buurtbewoners dat weten. In Zwolle en Utrecht is er een dergelijke plaatsing. De buurtbewoners in deze plaatsen zijn daaraan gewend. Zij weten dat er mensen zijn geplaatst waar iets mee is, maar zij weten ook dat er toezicht wordt gehouden.

Mevrouw **Van Velzen**: In welke wijk wordt wel gecommuniceerd over het soort patiënten in zo'n huis en in welke wijk gebeurt dat juist niet?

De heer **Van Zuthem**: Ik zou willen dat ik daarop een rationeel antwoord kon geven, maar hierbij is sprake van een gegroeide praktijk: in den regel praat men daar niet over, maar in sommige gevallen heeft men dit wel gedaan. Daar werkt deze aanpak, kennelijk omdat men op een zeer zorgvuldige manier tewerk is gegaan.

De **voorzitter**: Mijnheer Groen, weigert u of uw instelling wel eens tbs-patiënten? Wat doet u als men bij u komt met de vraag: wilt u de behandeling of de begeleiding van deze persoon van ons overnemen?

De heer **Groen**: Dan gaan wij in gesprek.

De **voorzitter**: Maar weigert u wel eens?

De heer **Groen**: Dat is tot op heden niet voorgekomen. Dat heeft ook te maken met het feit dat de instroom vanuit de klinieken tamelijk gering is. Wij kunnen echter heel helder en eenduidig zaken doen. De kaders zijn duidelijk. Wij weigeren dus niet.

De **voorzitter**: U kunt zich niet herinneren dat u heeft geweigerd. Wat zou een grond voor weigering kunnen zijn?

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 **voorzitter**: Er moet de garantie zijn dat hij teruggeplaatst kan worden.

De heer **Groen**: Dat is een absolute voorwaarde.

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

De heer **Groen**: Hebben wij een probleem.

De **voorzitter**: Dan hebt u samen een probleem.

De heer **Groen**: Ja.

De **voorzitter**: Dat capaciteitsprobleem wordt natuurlijk steeds groter.

De heer **Groen**: Ja. Daarom is het zaak om heel goed na te denken over een creatieve oplossing.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Zuthem, u sprak zojuist over tientallen ongebruikte plaatsen. De oorzaak van het feit dat er zoveel plaatsen leeg zijn is niet dat u opname weigert, maar dat men geen poging doet om mensen bij u te plaatsen. Men neemt het zekere voor het onzekere.

De heer **Van Zuthem**: Dat is nu heel duidelijk het geval. Overigens, 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.

De **voorzitter**: Mijnheer Groen sprak zojuist over een terugnameovereenkomst. Behoort zo'n overeenkomst ook bij de standaardprocedure die u volgt?

De heer **Van Zuthem**: Dat is overal goed geregeld.

De **voorzitter**: Zonder die terugnameovereenkomst ...

De heer **Van Zuthem**: Gaan wij de verantwoordelijkheid niet nemen.

De **voorzitter**: Mijnheer Groen, u zei dat de politiek vertrouwen in de sector moet uitspreken. Dan zou alles beter gaan. Stel dat wij zeggen: wij vertrouwen de sector. Wat gebeurt er dan? Komt men dan gemakkelijker naar u toe? Worden er dan gemakkelijker terugnameovereenkomsten gesloten? Wat verandert er dan in de praktijk?

De heer **Groen**: Ik verwacht dat dan in de praktijk de vreesachtigheid zal afnemen. In de praktijk zal verder blijken dat er een heleboel kan en dat wij daarover kunnen communiceren. In de praktijk zal ook blijken dat de samenwerking tussen de tbs-klinieken en de ggz-instellingen gemakkelijker zal verlopen, domweg omdat men zich veiliger voelt. Ik weet heel goed wat het voor de instelling betekent als zich een incident voordoet. Dat wordt gevoeld als een drama. Voor de medewerkers van de instelling is het tien keer zo erg. Het is voor hen echt heel erg als het voorval publiekelijk wordt uitvergroot, overigens los van het incident zelf. Dat het incident zich heeft voorgedaan is evenzeer dramatisch. Daar doe ik niets aan af, maar in een dergelijke dynamische ontwikkeling worden ggz-instellingen vreesachtig. Men zou echter inhoudelijk moeten nagegaan hoe de situatie is. Als wij de gelegenheid krijgen om plannen op maat te maken, niet alleen in termen van behandeling, maar ook in termen van beveiliging, dan maken wij van die gelegenheid graag gebruik.

De **voorzitter**: Dus een neveneffect van alle aandacht en publiciteit is dat men minder risico's neemt of hogere eisen en voorwaarden stelt.

De heer **Groen**: Ja.

De **voorzitter**: Herkent u dat beeld ook, mijnheer Van Zuthem?

De heer **Van Zuthem**: Ik zou graag zien dat er wat terughoudender werd gereageerd. Mevrouw Joldersma refereerde al aan het onderzoek dat wij bepleiten met betrekking tot de uitstroom. Kennelijk maakten onze opmerkingen voor het Algemeen Dagblad duidelijk dat er mensen met een tbs-verleden in wijken wonen. Dat werd als paginagroot nieuws gebracht. Wekenlang heb ik moeten roepen dat er helemaal geen nieuws onder de zon was en dat wij dit al sinds 1990 deden. En, in alle bescheidenheid: met nogal wat succes. Toch werden door de heren Eerdmans en Wolfsen in de Tweede Kamer meermalen vragen aan de minister gesteld. Ik vind dat niet minder dan hysterisch. Dit heeft op een verschrikkelijke manier een terugslag gehad op de mensen die in de sector werken, op de mensen met een tbs-verleden en ook op andere cliënten.

De **voorzitter**: Dit zet uw werk- en de behandelrelatie onder druk.

De heer **Van Zuthem**: Ja, de regionale pers kwam bij ons vragen waar de tbs'ers zaten. Familieleden gingen zich roeren. Er ontstond een drukte om niets. De aanleiding was namelijk dat ineens bekend werd dat sinds 1990 een paar honderd mensen op deze manier zijn geholpen. Het zou mij dan ook veel waard zijn als meer terughoudendheid en meer voorzichtigheid werd betracht.

De **voorzitter**: Onbekend maakt onbemind. Als de mensen wel hadden geweten dat veel mensen op deze manier succesvol zijn geholpen, zou er minder hysterie zijn geweest en minder onvrede.

De heer **Groen**: De mensen konden dit weten. Ik heb snel een optelsom gemaakt van het aantal onttrekkingen bij proefverlof. In de afgelopen vijf jaar zijn er 250.000 verlofbewegingen geweest. Er zijn 539 onttrekkingen geweest. Van die 539 zijn er 15 mensen gerecidiveerd. Uitgedrukt in een percentage kom je uit op 0,006. Dat is de werkelijkheid. Daarom roep ik: wees eens tevreden, denk eens aan wat wij voor elkaar krijgen. Wij ondervinden veel maatschappelijke weerstand. Het kost ons bijvoorbeeld de grootste moeite om voor psychiatrische patiënten met ernstige aandoeningen werk te vinden. Gelukkig zijn er nog werkgevers bereid om dergelijke mensen aan te nemen. Dat vind ik absoluut top. Het is buitengewoon plezierig dat zij deze mensen willen aannemen. Echter, als in het algemeen een werkgever hoort dat de persoon tbs heeft gehad, kun je plaatsing vergeten. Dat is ontzettend jammer, omdat er veel werk voor is verricht.

De **voorzitter**: Ik heb dit goed verstaan. Ik zie op de klok dat het uur om. Daarom moeten wij het gesprek beëindigen. Dat doe ik dus niet omdat ik dit onderdeel niet relevant zou vinden. Hierover spreken wij op een later

moment verder. Dan zullen wij het ook hebben over de door u genoemde aantallen.

Mijnheer Van Zuthem en mijnheer Groen, ik dank u hartelijk voor uw komst en voor hetgeen u met ons hebt willen bespreken.

Sluiting 15.00 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op maandag 20 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Maandag 20 maart 2006

Aanvang 15.15 uur

Gehoord wordt de heer M. Hildebrand

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heet de heer Hildebrand welkom. Dank voor uw komst. Het idee van de Kamer om dit onderzoek te doen, is ontstaan na een reeks opvallende incidenten. Een deel van onze onderzoeksopdracht is dan ook om meer inzicht te krijgen in die incidenten. Wat weten wij over onttrekkingen, ontvluchtingen en recidives in de afgelopen vijf jaar en wat kunnen wij daarvan leren? U hebt daarnaar onderzoek gedaan en kunt ons daarover bijpraten. Dat gaan wij straks uitgebreid doen. U hebt een presentatie voorbereid. Die gaan wij straks zien, maar ik vraag u eerst om uw huidige functie en misschien ook uw voorgaande relevante functies op het gebied van de tbs kort te benoemen.

De heer **Hildebrand**: Ik ben sinds vorig jaar als onderzoeksmanager verbonden aan het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie in Utrecht. In die functie ben ik inhoudelijk verantwoordelijk voor al het onderzoek dat het EFP uitvoert of coördineert en het onderzoek waar het anderszins bij betrokken is. Daarvoor, in de periode van 1996 tot begin 2004, heb ik gewerkt in de Dr. Henri van der Hoevenkliniek in Utrecht, een tbs-kliniek. Daar heb ik mijn promotieonderzoek verricht naar de rol van de diagnose "psychopathie" in de behandeling van terbeschikkinggestelden. Ik heb mij daar onder andere ook bezighouden met het ontwikkelen en implementeren van risicotaxatie-instrumenten die momenteel gebruikt worden.

De **voorzitter**: Misschien komen wij later terug op die instrumenten, maar ik ga nu naar het onderwerp van vandaag. In de voorgaande gesprekken – het vorige uur en ook vanochtend – zijn al getallen en cijfers genoemd. Hoe vaak komt het nou voor, wat kunnen wij daarvan leren en om wie gaat het? De commissie is zelf op onderzoek uit geweest. Wij hebben allerlei klinieken

bezocht, wij hebben gesproken met behandelaars, met patiënten zelf et cetera. De afgelopen week hebben wij breed, meer in abstracte termen, over stelsels gesproken. Wij moeten zien uit te komen tussen het individu en het abstracte stelsel. U kunt ons meer inzicht geven in cijfers en ontwikkelingen van de laatste tijd. Ik geef u daarom het woord voor uw presentatie. Ik heb begrepen dat zij een klein kwartier zal duren.

De heer **Hildebrand**: Ik denk iets langer.

De **voorzitter**: Laten wij mikken op ongeveer een kwartier, zodat wij daarna nog een aantal vragen aan u kunnen stellen.

De heer **Hildebrand**: Voordat ik inga op de cijfers, is het goed om aan de hand van een aantal dia's kort te schetsen waarover het gaat en enkele begrippen toe te lichten, allereerst verlof. Wat mij betreft – ik deel die mening met veel anderen – is verlof een onmisbaar onderdeel van de behandeling van een terbeschikkinggestelde. Tijdens een vorm van verlof kan getoetst worden hoe de patiënt reageert op nieuwe situaties. Het is van groot belang om de voortgang van de behandeling te toetsen en om, al naar gelang het verloop, de vervolgbehandeling verder vorm te geven. Grofweg kunnen vier vormen van verlof onderscheiden worden. Van begeleid verlof is meestal sprake in de eerste fase van de behandeling. Onbegeleid verlof vindt meestal plaats in de klinische fase van de behandeling, wanneer de patiënt wat langer in de kliniek is opgenomen. Dat wordt gevolgd door transmuraal verlof, waarbij vooral resocialisatie centraal staat, en proefverlof, dat plaatsvindt in de uitstroombfase.

Onze onderzoeksopdracht luidde als volgt: kom aan de hand van onttrekkingen, ontvluchtingen en recidives in de periode 2000-2005 tot een indeling van achtergrondkenmerken van terbeschikkinggestelden en vergelijk achtergrondkenmerken van die groep onttrekkers en ontvluchters met de kenmerken van tbs'ers bij wie het verlof probleemloos verloopt. Belangrijk is wat eventuele verschillen tussen die groepen patiënten ons leren. Het achterliggende doel van de tijdelijke commissie van de Tweede Kamer is: nagaan of (ernstige) recidives zoals die in de voorafgaande jaren na een onttrekking of ontvluchting hebben plaatsgevonden, te voorspellen en in de toekomst te voorkomen zijn. Dat hebben wij als volgt vertaald in een onderzoeksvraag: in hoeverre is het

mogelijk om te komen tot een inschatting van de kans op onttrekking, ontvluchting of recidive van tbs-patiënten tijdens verlof en in hoeverre kan de ernst van de gepleegde recidives worden verklaard of voorspeld? Om dit onderzoek goed te kunnen uitvoeren, hebben wij een aantal groepen patiënten onderscheiden: tbs'ers die zich in de periode 2000-2005 tijdens verlof hebben onttrokken, tbs'ers die ontvlucht zijn in de genoemde periode en recidivisten. De recidivisten hebben wij onderverdeeld in een aantal groepen: recidive na een onttrekking, recidive na een ontvluchting en andere recidives. Bij de categorie "andere recidives" moet u onder andere denken aan recidives die bijvoorbeeld in de kliniek zelf, dus intramuraal, hebben plaatsgevonden. Daarnaast hebben wij een controlegroep samengesteld van patiënten bij wie alle verlopen in de afgelopen periode probleemloos zijn verlopen.

Ik sta even stil bij enkele begripsomschrijvingen. Van "onttrekking" worden immers verschillende definities gehanteerd. Dat is op zich niet erg, maar het is wel goed om aan te geven waarover wij het hebben. Wij hebben het over ongeoorloofde afwezigheid van de patiënt vanuit of na een verstrekt verlof. "Ontvluchting" hebben wij gedefinieerd als een ongeoorloofde afwezigheid vanuit een intramurale setting – je zou kunnen zeggen: het kliniekgebouw – of vanaf het terrein van die setting. "Recidive" hebben wij gedefinieerd als een delict waarvoor ten minste een proces-verbaal is opgemaakt. Er hoeft dus niet per se of al sprake te zijn van een veroordeling. Er is gekozen voor een proces-verbaal, omdat het gaat om een relatief vrij korte periode, namelijk van 2000 tot 2005. Als bijvoorbeeld in 2003 een proces-verbaal is opgemaakt, met alle beroepsmogelijkheden, wil dat niet zeggen dat het proces-verbaal al in die periode tot een veroordeling heeft kunnen leiden, wat zou kunnen leiden tot een onderschatting van de eventuele recidives. Daarom is uitgegaan van "ten minste een proces-verbaal".

De grootte van de onderscheiden groepen is als volgt. In de periode 2000-2005 hebben 230 patiënten zich onttrokken. In 209 gevallen ging het om een man en in 21 gevallen om een vrouw. Volgens onze definitie waren er 63 ontvluchters, bestaande uit 53 mannen en 10 vrouwen. Er waren in die periode 59 recidivisten, bestaande uit 55 mannen en 4 vrouwen. De door ons samengestelde controlegroep bestond uit 136 patiënten: 122 mannen en 14 vrouwen. Wij hebben geprobeerd om de verhouding tussen mannen en vrouwen in de controlegroep redelijk gelijk te houden met de totale onderzoeksgroep. Voor het onderzoek hebben wij gebruikgemaakt van twee verschillende bronnen, allereerst het Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling (MITS). Dat is een databestand dat bij Justitie wordt gebruikt, onder andere bij de afdeling Individuele tbs-zaken (ITZ). Daarin staan heel veel historische kenmerken van terbeschikkinggestelden, bijvoorbeeld het aantal eerdere veroordelingen, sommige diagnoses die gesteld zijn, het aantal intramurale hulpverleningscontacten in het verleden en andere dergelijke variabelen. Daarnaast hebben wij de papieren dossiers die bij de afdeling ITZ aanwezig zijn, bestudeerd op zogenaamde dynamische kenmerken van tbs-patiënten. Daarbij ging het vooral om het voorafgaand aan de verlofmachtiging in kaart brengen van de voortgang van de behandeling of het behandelverloop. Zodoende hebben wij een vrij grote set van verschillende kenmerken geanalyseerd. Wij hebben niet zomaar

gekozen voor bepaalde kenmerken. De keuze van de onderzochte variabelen is vooral gebaseerd op het feit dat in het verleden ooit een specifieke relatie gevonden moest zijn met het wel of niet recidiveren of het wel of niet schenden van bepaalde voorwaarden. Daarbij hebben wij met name gekeken naar een eerder onderzoek dat verricht is door Ed Hilterman, een collega van mij, die eerder heeft gekeken naar de relatie tussen bepaalde voorspellende kenmerken en recidive tijdens verlof. Dat is een belangrijke bron geweest om te kiezen voor bepaalde achtergrondkenmerken.

Een andere keuze is dat wij het belangrijk vonden om veel nadruk te leggen op bepaalde kenmerken van tbs-patiënten, die in principe veranderbaar zijn door een tbs-behandeling. Daarbij gaat het om zaken zoals alcoholgebruik, softdruggebruik, de mate van impulsiviteit, copingvaardigheden en sociale vaardigheden. Dat zijn allemaal kenmerken van patiënten die door behandeling zouden kunnen veranderen. Dat is wat ons betreft van belang voor het wel of niet toekennen van een verlofmachtiging.

Ik zal de lijst van kenmerken die wij hebben onderzocht, nu niet verder bespreken. U kunt er nu een korte blik op werpen. Dit zijn de zogenaamde historische variabelen die niet veranderbaar zijn. De bron is vooral het MITS. De volgende dia toont de dynamische, in principe veranderbare variabelen, bijvoorbeeld de mate van impulsiviteit, de mate van vijandigheid, sociale vaardigheden, verantwoordelijkheid nemen voor het delict, copingvaardigheden en het sociale netwerk. Van al die variabelen staat een bepaalde voorspellende waarde voor nieuwe delicten vast. Die hebben wij uit de dossiers van de patiënten gescoord.

Wat ik straks ga vertellen, hebben wij als volgt opgebouwd. Wij gaan eerst in op de onttrekkingen: wij bespreken de aantallen en de aard en gaan in op de mogelijkheid van voorspelling. Dan doen wij hetzelfde voor de ontvluchtingen en uiteindelijk voor de recidives. Volgens de door ons gehanteerde definitie waren er in de periode 2000-2005 488 onttrekkingen. Zij zijn gepleegd door in totaal 230 patiënten, bestaande uit 209 mannen en 21 vrouwen. De 209 mannen waren in totaal verantwoordelijk voor 408 onttrekkingen. Dat is gemiddeld per man bijna twee onttrekkingen, terwijl 21 vrouwen verantwoordelijk waren voor 80 onttrekkingen; dat is gemiddeld bijna vier per persoon. De kans op een onttrekking is blijkens ons onderzoek verwaarloosbaar klein. De kans dat een tbs-patiënt zich tijdens een vorm van verlof zal onttrekken, is dus te verwaarlozen: die kans is 0.002% (488 gedeeld door zes jaar maal 50000 verlofbewegingen). Je kunt dat op twee manieren bekijken. Je kunt zeggen dat dat verwaarloosbaar klein is, maar je kunt ook kijken naar het absolute aantal: zeven per maand.

Tijdens welke vorm van verlof vinden die onttrekkingen plaats? Wij hebben gevonden dat de meeste onttrekkingen plaatsvinden vanuit een onbegeleid verlof, namelijk 307 van de 488, gevolgd door 117 gevallen vanuit begeleid verlof, 34 gevallen vanuit transmuraal verlof en 29 gevallen vanuit proefverlof. Vervolgens hebben wij bekeken hoe het zit met de duur van die onttrekkingen: zijn de meeste patiënten heel erg lang weg of juist heel erg kort? Wij vonden dat 107 van die onttrekkingen binnen 24 uur beëindigd waren. Dat is dus een heel korte periode. Bij 154 onttrekkingen was de duur tussen een en twee dagen en bij 51 onttrekkingen was de duur tussen twee en drie dagen; de rest ziet u op deze dia. Bij elkaar

opgeteld was ongeveer 65% van de onttrekkingen binnen drie dagen beëindigd. In 65% van de gevallen was dat een beëindiging door de patiënt zelf. Dat wil zeggen dat hij uit eigen beweging terugkwam naar de kliniek waar hij verbleef of zich op een andere plek meldde om te zeggen dat hij terugwilde naar de kliniek.

Wij hebben de dossiers gescoord van de mensen die zich hebben onttrokken en van de controlegroep. Daarbij hebben wij steeds gekeken naar het jaar dat voorafging aan de verlofmachtiging. Hoe zat het toen met alle dynamische variabelen bij die patiënt? Vervolgens hebben wij met behulp van bepaalde statistische procedures bekeken wat de beste voorspellers zijn voor het wel of niet onttrekken tijdens verlof. De beste voorspellers hebben wij op deze dia kort samengevat. Waarden zoals .74 en .72 betekenen dat die variabelen goede voorspellers zijn. Hoe hoger de waarde, hoe beter de voorspelling. Een waarde van 1 is een perfecte voorspelling. Dat zul je nooit halen, maar een waarde van .75 is een goede voorspelling voor een individueel kenmerk. "PCL-R" staat voor psychopathie checklist herziene versie; die checklist stelt de mate van psychopathie van een patiënt vast. Hoe hoger de score op die checklist – die score kan lopen van 0 tot 40 – hoe meer psychopathische trekken er aanwezig zijn. Wij hebben gevonden dat die score een goede voorspeller is voor het wel of niet gaan onttrekken. Andere goede voorspellers zijn softdrug- en alcoholgebruik tijdens de tbs in het jaar voorafgaande aan de machtiging en de houding van de tbs'er ten opzichte van de behandeling ofwel: zette hij zich voor de behandeling in of niet? Vervolgens hebben wij een totaalscore gemaakt van vijf goede voorspellers. Als je die bij elkaar optelt, is dat een nog veel betere voorspeller dan de individuele items.

Het volgende is wat mij betreft van belang. Ik bedoel niet dat het voorgaande niet van belang is, maar dit is van nog groter belang. Wij hebben geprobeerd om een aanzet te maken voor een beoordelingsinstrument dat wij "inschatten kans op onttrekkingen" hebben genoemd. Wij hebben daarbij twee uitgangspunten gehanteerd. Ten eerste: stel dat er in de periode 2000-2005 een beoordelingsinstrument was met drie antwoordcategorieën: een laag risico, een matig risico of een hoog risico op een onttrekking. Een tweede uitgangspunt was: als dat instrument er was geweest, stel dan dat wij met z'n allen de volgende beslisseregels hadden toegekend aan die drie risicocategorieën: als er sprake is van een laag risico, zou de patiënt altijd op verlof mogen, als er sprake is van een matig risico, zou een nader onderzoek naar het toestandbeeld van die patiënt moeten plaatsvinden ter heroverweging van de verlofaanvraag en als op de checklist sprake is van een hoog risico, zou op dat moment nooit verlof mogen worden verleend. Wij zeggen dan niet dat men nooit op verlof mag. Nee, het is een uitstel van het verlof totdat het toestandbeeld van de patiënt zodanig verbeterd is dat hij ten minste in de categorie van een matig risico valt of, nog beter, in de categorie van een laag risico.

Dat zijn de uitgangspunten die wij hebben gehanteerd. Daar hebben wij vervolgens een beoordelingsinstrument met vijf items op losgelaten. In dat instrument zitten alcohol-, softdrug- en harddruggebruik tijdens de tbs, de houding van de patiënt ten opzichte van de behandeling en copingvaardigheden. Met dat laatste wordt bedoeld: hoe goed is de patiënt in staat om met verschillende omstandigheden om te gaan?

Zo komen wij aan de hand van het beoordelingsinstrument met vijf items tot een verdeling van de scores over drie risicocategorieën: laag, matig en hoog. Bij een laag risico is er een lage score met dat instrument. Wat mij betreft, gaat het vooral om de categorie met een hoog risico. Als wij die op deze manier hadden beoordeeld en als wij waren uitgegaan van de genoemde beslisseregels en uitgangspunten bij dit instrument, hadden wij 359 onttrekkingen tegengehouden. Ik moet daarbij zeggen dat wij het verlof dan ten onrechte zouden hebben uitgesteld bij 23 mensen bij wie het verlof probleem zou zijn verlopen; met de controlegroep is immers nooit iets aan de hand geweest. Met andere woorden: dit heeft een prijs. De vraag is vervolgens of wij met z'n allen vinden dat het die prijs waard is. In de categorie met een laag risico zouden wij in drie gevallen iemand ten onrechte verlof hebben gegeven en zouden er dus drie onttrekkingen zijn geweest. Ik kom hier straks op terug in het kader van de recidives, want dan wordt het nog iets interessanter. Eerst ga ik kort in op de aantallen en de aard van de ontvluchtingen. In totaal waren er, uitgaande van onze definitie, 91 ontvluchtingen door 63 patiënten, bestaande uit 53 mannen en 10 vrouwen. Van die ontvluchtingen hadden er 74 betrekking op 53 mannen. Dat is dus een gemiddelde van 1,4 per man. Dat betekent dat 17 ontvluchtingen betrekking hadden op 10 vrouwen. Ik heb niet in een mooi grafiekje weergegeven hoe het zit met de duur, maar het komt erop neer dat 90% van de ontvluchtingen binnen een week beëindigd was. Ook in dit geval kwam de patiënt in het overgrote deel uit eigen beweging terug in de kliniek.

Ook voor ontvluchtingen hebben wij bekeken wat de beste individuele voorspellers zijn voor het wel of niet gaan ontvluchten. Ook hier kwamen wij tot een aantal belangrijke voorspellers. Zij zijn belangrijk omdat zij beïnvloedbaar zijn door de behandeling. Het zijn geen statische factoren die vaststaan, zoals het eerdere aantal veroordelingen. Dat is een goede voorspeller van ontvluchting en dat is op zich relevant om te weten, maar je kunt daar in de behandeling niet veel mee omdat dat nou eenmaal een vaststaand gegeven is. Wij hebben gevonden dat dynamische, dus veranderbare variabelen de beste voorspellers zijn: vijandigheid, attitude ten opzichte van de behandeling, copingvaardigheden en impulsiviteit zijn de beste voorspellers van een ontvluchting.

Nu komen wij bij de recidives in de periode 2000-2005. In totaal hebben 62 recidives plaatsgevonden. Althans: in 62 gevallen is een proces-verbaal opgemaakt. Daarbij ging het in 35% van de gevallen ofwel in 22 gevallen om een recidive na een onttrekking. In drie gevallen ofwel in 5% van de gevallen was sprake van recidive na ontvluchting. In 60% van de gevallen ofwel in 37 gevallen was sprake van recidive zonder voorafgaande onttrekking of ontvluchting. Van de 62 recidives waren er dus 22 na onttrekking. Dat is gemiddeld één recidive per drie maanden vanuit een onttrekking. De meeste recidives na onttrekking – 14 gevallen – vonden plaats vanuit onbegeleid verlof, vier keer vanuit proefverlof, drie keer vanuit begeleid verlof en één keer vanuit een transmuraal verlof.

Wat het soort en de ernst van de recidives betreft: in 75% van alle recidives was sprake van een gewelddadige recidive. In 30 gevallen ging het om een gewelddadig niet-seksueel delict, waaronder 10 levensdelicten of een poging daartoe. In 17 gevallen was sprake van een

seksueel delict. Wij hebben dit ook op een andere manier in kaart gebracht, namelijk door te kijken naar de ernst van de recidives, uitgaande van de maximale wettelijke strafdreiging die op een delict staat. Daar hebben wij drie categorieën van gemaakt: een strafdreiging van minder dan vier jaar, een strafdreiging van vier jaar tot acht jaar en een strafdreiging van meer dan acht jaar. De meeste recidives na een onttrekking, namelijk veertien van de 21, waren zeer ernstig. Van één patiënt konden wij de wettelijke strafdreiging niet precies terugvinden; die valt er dus buiten. Ook in de categorie andersoortige recidives waren de meeste recidives zeer ernstig.

Wat de individuele voorspellende variabelen voor gewelddadige recidive betreft: de attitude ten opzichte van de behandeling is wederom een heel goede voorspeller, net zoals alcohol- en softdruggebruik en de score op de psychopathiechecklist. Een totaalscore op meerdere veranderbare items levert een veel betere voorspelling op, namelijk .87; dat is echt een heel goede voorspelling.

Ik zei zojuist dat ik nog zou terugkomen op het beoordelingsinstrument en de beslisregels die wij daaraan gekoppeld hebben. De laatste kolom met de recidives na onttrekking geeft weer hoe het zit met de score op dat instrument en het wel of niet recidiveren. Dan waren 13 van de 20 recidives waarover wij gegevens hebben, voorkomen. Als de beslisregel was geweest dat men niet op verlof mag als men in de categorie "hoog" valt, had die recidive niet plaatsgevonden. Misschien moet ik zeggen dat die 13 recidives dan uitgesteld zouden zijn, want wij weten niet wat dan op een later moment zou plaatsvinden. Er moet dan een afweging gemaakt worden, want wij hadden dan in 23 gevallen iemand bij wie het verlof probleemloos zou zijn verlopen, onterecht verlof onthouden. Ook voor een grote categorie van 346 mensen die zich weliswaar zouden onttrekken, maar die geen delict zouden plegen, zouden wij het verlof dan hebben uitgesteld. Daarmee zouden dus 13 recidives zijn voorkomen. Ik moet daarbij zeggen dat 9 van die 13 recidives betrekking hebben op een zeer ernstig delict met een wettelijke strafdreiging van meer dan acht jaar. Een andere conclusie uit deze tabel is dat in de categorie "laag" geen enkele recidive na onttrekking heeft plaatsgevonden. Je zou dus kunnen zeggen dat deze indeling goed differentieert.

De conclusies op basis van dit beoordelingsinstrument zijn:

1. Indien op basis van dit model destijds was voorspeld en beslist, waren 13 van de 20 recidives voorkomen.
2. Onttrekkers, ontvluchtters en recidivisten verschillen op belangrijke kenmerken van tbs'ers die zich niet onttrekken, niet ontvluchten en niet recidiveren; de belangrijkste voorspellers hebt u gezien.
3. Onttrekkingen, ontvluchttingen en recidives zijn zeer goed te voorspellen door een combinatie van dynamische risicofactoren, nog beter dan door individuele voorspellers.

Op grond van ons onderzoek hebben wij een aantal aanbevelingen geformuleerd. Ik denk dat wij daar nog over komen te spreken. Wij denken dat een dergelijk instrument waarvoor wij nu een aanzet hebben gegeven – ik wil absoluut niet zeggen dat wat wij nu gedaan hebben, het instrument zou moeten worden; daar is het veel te prematuur voor – goed toepasbaar zal zijn in de praktijk ter voorkoming van onttrekkingen en recidives. Het instrument moet wel verder ontwikkeld worden. Een

andere aanbeveling die wij doen op basis van wat wij tegengekomen zijn in de door ons onderzochte dossiers, is om een aantal relevante gegevens centraal beschikbaar te stellen voor dit soort onderzoek en dit soort beslissingen. Wij zouden willen pleiten voor een meer onafhankelijke taxatie en een inhoudelijke toetsing van verlofbeslissingen. Wij zouden het ook een goede zaak vinden als de deskundigheidsbevordering op het punt van risicotaxatie meer gestandaardiseerd zou plaatsvinden, bijvoorbeeld door het geven van een tweejaarlijkse opfriscursus voor iedereen die zich met risicotaxatie bezighoudt.

Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat wij individuele recidive van een tbs'er nooit helemaal kunnen uitsluiten, ook als wij een dergelijk beoordelingsinstrument maken en allemaal hartstikke ons best doen om taxaties zo zorgvuldig mogelijk te doen.

De voorzitter: Mijnheer Hildebrand, dank u hartelijk voor het werk dat u hebt gedaan en voor uw toelichting. Ik heb begrepen dat u hier een aantal maanden mee bezig bent geweest met een redelijk groot team. Het was dus een behoorlijke klus.

De heer Hildebrand: Wij hebben in totaal met zes beoordelaars ruim 450 dossiers bestudeerd.

De voorzitter: En daar bent u een aantal maanden mee bezig geweest.

De heer Hildebrand: Ja.

De voorzitter: Is het voor het eerst dat een dergelijk onderzoek is gedaan? Is het voor het eerst dat dit op zo'n gestructureerde wijze onder de loep is genomen?

De heer Hildebrand: Wel als het gaat om het specifiek onderzoeken hoe het zit met de relatie met onttrekkingen in het algemeen. Dat is volgens mij nog nooit eerder gedaan. Dat geldt ook voor de relatie tussen ontvluchttingen en risicofactoren. Er is wel eerder gekeken naar de rol van bepaalde kenmerken bij het voorspellen van recidives tijdens verlof. Ik refereerde al aan het onderzoek van Ed Hilterman.

De voorzitter: Dit is dus op zich voor het eerst gedaan en dus nieuw. Misschien is het voor een goed begrip verstandig om een aantal zaken terug te halen. Wij hebben het vanochtend ook even gehad over het verschil tussen onttrekking en ontvluchting. Een onttrekking kan inhouden dat iemand de trein mist.

De heer Hildebrand: Ja. Daardoor is hij bijvoorbeeld te laat terug in de kliniek.

De voorzitter: Bij een ontvluchting verlaat iemand echt met opzet het terrein.

De heer Hildebrand: Ja.

De voorzitter: U maakt een onderscheid tussen verschillende vormen van recidive, verschillende vormen van een overtreding waarvoor een proces-verbaal is opgemaakt. Het gaat dus niet om een veroordeling, maar om een proces-verbaal, waarbij u onderscheid maakt tussen delicten met een strafdreiging van minder dan vier

jaar, delicten met een strafdreiging van vier tot acht jaar en delicten met een strafdreiging van meer dan acht jaar. Even voor ons begrip: wat voor type delicten moeten wij daaronder verstaan? Waarom hebt u die grenzen gekozen?

De heer **Hildebrand**: Wij hebben geprobeerd om aan te sluiten bij eerder onderzoek. In de categorie "een wettelijke strafdreiging van meer dan acht jaar" zitten zaken zoals seksuele delicten, verkrachtingen, levensdelicten – vooral met geweld – en zware mishandeling. Dat vinden wij een andersoortige recidive dan bijvoorbeeld een eenvoudige diefstal.

De **voorzitter**: Ik loop het even stap voor stap door voordat ik op een aantal punten doorvraag. In het onderzoek heb ik gelezen dat het centrale informatiesysteem bij Justitie, het MITS, niet alle informatie bevatte die u zou willen hebben. Daar bent u tegenop gelopen. Welke informatie zat daar niet in en waarom zat die er niet in?

De heer **Hildebrand**: Het is niet altijd even makkelijk te achterhalen waarom die informatie er niet in zat. Soms staan niet van alle patiënten de gegevens erin. Als wij bijvoorbeeld van 300 patiënten willen weten hoe het zit met een bepaalde diagnose, vinden wij wel gegevens van bijvoorbeeld 150 patiënten en van de andere 150 patiënten niet. Als je onderzoek doet naar dit soort zaken, wil je natuurlijk het liefst van alle mensen in je onderzoeksgroep alle gegevens hebben. Dat is niet altijd het geval.

De **voorzitter**: Heeft dat uw onderzoek en de uitkomsten daarvan in uw ogen vertekend of was het meer een klein manco?

De heer **Hildebrand**: Ja, het is een manco. Het heeft het niet vertekend. Bij sommige uitspraken zet je er dan bij dat die gegevens niet gerelateerd zijn aan de totale groep, maar aan een percentage daarvan. Dat hebben wij op die manier in het rapport weergegeven.

De **voorzitter**: Nu komen wij bij de wat hardere feiten die u naar voren hebt gebracht. Uit uw onderzoek zijn negen zeer ernstige recidivisten naar voren gekomen. Wij gaan niet in op de specifieke details in. Wij weten allemaal dat daar de incidenten bij zitten waardoor dit hele parlementaire onderzoek is begonnen, maar zou u kunnen zeggen waarin die negen zeer ernstige recidivisten zich onderscheiden van de andere groep? Hebben zij een andere soort stoornis of een andere soort omschrijving? Is dat bij uw werk naar boven gekomen?

De heer **Hildebrand**: Nee, niet direct. U zegt dat wij negen zeer ernstige recidives gevonden hebben. Dat geldt specifiek voor de groep recidivisten na onttrekking. Dat wil ik er wel bij zeggen, want wij hebben daarnaast natuurlijk ook naar andersoortige recidives gekeken. Daar zitten ook zeer ernstige recidives bij, maar wij hebben dat gesplitst omdat de onderzoekopdracht zich vooral richtte op de onttrekkingen en de recidives na onttrekking. Ik kan niet uit mijn hoofd zeggen dat er grote verschillen zijn tussen de negen recidivisten over wie u het hebt en de zeer ernstige recidives uit die andere groep.

De **voorzitter**: Begrijp ik goed dat die andere groep wordt gevormd door recidives met delicten die in de kliniek zelf zijn gepleegd?

De heer **Hildebrand**: Die zitten daartussen.

De **voorzitter**: Mensen hebben bijvoorbeeld hun behandelaar aangevallen of bedreigd?

De heer **Hildebrand**: Bijvoorbeeld, of een medepatiënt.

De **voorzitter**: Bij de recidives moet je dus een onderscheid maken tussen wat in de kliniek zelf gebeurt, gevaarlijk gedrag in de kliniek, en daarbuiten.

De heer **Hildebrand**: Correct.

De **voorzitter**: Sommige mensen met een verlofmachtiging vertonen in de kliniek dus zeer gewelddadig gedrag, want anders zaten ze niet in deze groep?

De heer **Hildebrand**: Ja.

De **voorzitter**: Het aantal van 50.000 verlofbewegingen maakt het percentage natuurlijk zeer klein: er komt een verwaarloosbaar klein risico uit, afgemeten aan de 50.000 verlofbewegingen per jaar. Vanochtend hoorden we dat het zo'n 700 verlofgangers in de totale tbs-populatie een machtiging hebben voor verlof. Snel gerekend: dat levert zo'n 70 verlofbewegingen per persoon per jaar op. Het aantal recidives of onttrekkingen afgezet tegen het aantal personen levert echter een heel ander percentage op. Waarom heeft u gekozen voor het grote aantal bewegingen als maatstaf?

De heer **Hildebrand**: Wij hebben daarvoor gekozen omdat bij elke verlofbeweging sprake kan zijn van een onttrekking. Op het aantal onttrekkingen richtte zich ons onderzoek en afgemeten tegen het aantal bewegingen zou dat een juiste vergelijking opleveren.

De **voorzitter**: Ik vroeg dit omdat wij twee signalen op ons af krijgen. Het ene signaal is: kijk goed naar de resultaten, die zijn heel goed; het lage percentage zou dat ondersteunen. Het andere signaal is: let op, want de cijfers worden opgepoetst; mevrouw De Ruiter zei dat afgelopen vrijdag nog. Je zou ook kunnen zeggen: er zijn 700 verlofgangers en 230 hebben zich onttrokken; dan is het weer een heel groot percentage. Heel veel mensen hebben zich onttrokken, voor wie wel een verlofmachtiging was afgegeven. Zoiets maakt het percentage weer erg groot.

De heer **Hildebrand**: Ja, dat ben ik met u eens.

De **voorzitter**: Ik wil daarop terugkomen, het lijkt me goed om dit voor ogen te houden. Niet alle klinieken hebben aan dit onderzoek meegewerkt. U bedankt een aantal klinieken voor de medewerking, dus ook een aantal niet.

De heer **Hildebrand**: Dat is niet helemaal waar. De meeste informatie is afkomstig uit het MITS-systeem. Daarin staan gegevens van alle klinieken. Verder hebben we gebruikgemaakt van de papieren dossiers die bij de afdeling ITZ aanwezig zijn of daardoor werden opge-

vraagd; dat gaat ook over alle klinieken. Wat dat betreft hebben we de gegevens, voorzover aanwezig, kunnen krijgen. Wij wilden bij dit onderzoek ook graag de mate van psychopathie betrekken, de diagnose, de score op de checklist. Die score is niet opgenomen in het MITS-systeem en is ook niet altijd vermeld in de verlofaanvraag. Wij hebben dus alleen voor dat kenmerk van de mate van psychopathie de klinieken verzocht om de scores daarvan, geanonimiseerd, aan het EFP te leveren, zodat wij deze gegevens in het onderzoek konden meenemen. De meest klinieken hebben aan dat verzoek gevolg gegeven, een aantal niet.

De **voorzitter**: Een aantal klinieken hebben hier geen gevolg aan gegeven, dus daarvoor heeft u dit zelf achteraf moeten doen?

De heer **Hildebrand**: Nee, dat hebben we niet gedaan. Het is absoluut onmogelijk om dat in zo'n korte tijd te doen. Een diagnose "psychopathie" op grond van dossierinformatie kost een goed getrainde beoordelaar ten minste twee à drie uur. Die tijd hadden we niet, dus we hebben gewerkt met de gegevens die we hebben gekregen van de klinieken. De rest hebben we niet meegenomen.

De **voorzitter**: Even een stapje opzij. Niet alle klinieken werken dus met het psychopathie-instrument?

De heer **Hildebrand**: Dat heb ik niet gezegd.

De **voorzitter**: Daarom vroeg ik het ook. Je kunt er wel of niet mee werken, je kunt wel of niet informatie verstrekken. Dat zijn twee verschillende zaken. Informatie waarover men wel beschikt, kan niet worden gegeven.

De heer **Hildebrand**: De informatie is wel voorhanden.

De **voorzitter**: Bij vervolgonderzoek, de verfijning van het instrument, moet u daar dus rekening mee houden.

De heer **Hildebrand**: Ja, daarvoor moeten we alle gegevens van alle klinieken hebben.

De **voorzitter**: Wat waren de redenen om de informatie niet te verstrekken?

De heer **Hildebrand**: We kwamen tegen: privacy, privacywetgeving, toestemming van patiënten die nodig was.

De **voorzitter**: Dit gold in de ene kliniek dus wel en in de andere niet. Gek, want het zou toch overal moeten gelden. Vorige week adviseerde de heer Van Panhuis om mensen met bepaalde achtergrondstoornissen uit de tbs-setting naar een andere te verplaatsen, omdat die voor minder problemen zorgen. Hij doelde met name op psychotici. Blijkt dit ook uit uw onderzoek?

De heer **Hildebrand**: In het algemeen geldt dit wel, maar uit het onderzoek blijkt ook dat een aantal psychotici zijn gerecidiveerd met ernstige delicten. Ik kan dus niet concluderen dat alle psychotische patiënten zomaar uit de tbs-setting zouden moeten omdat deze als groep daar niet in thuishoren. Bepaalde psychotische patiënten zijn wel

degelijk goed op hun plek in de tbs, met name paranoïde schizofrenen.

De **voorzitter**: Die zouden dus nog steeds hoog hebben gescoord op uw risicoschaal.

De heer **Hildebrand**: Ja.

De **voorzitter**: Ik zit nog steeds met dat grote aantal van 50.000 verlofbewegingen. Waar komt dat vandaan?

De heer **Hildebrand**: Dat zijn kengetallen over de tbs die bekend zijn bij Justitie.

De **voorzitter**: Wordt er geturfd, hoe komt men daaraan?

De heer **Hildebrand**: Dat weet ik niet.

De **voorzitter**: Hoe moet ik het me voorstellen? Er is een verlofmachtiging voor een persoon, er zijn 700 personen. Die mogen begeleid of onbegeleid de kliniek uit. Kennelijk wordt dat geturfd, worden die gegevens centraal gegenereerd. Hoe bent u aan 50.000 gekomen?

De heer **Hildebrand**: Het was volgens mij een van de getallen in de brieven van de Tweede Kamer. Dat getal hebben wij als uitgangspunt gehanteerd. We hebben de afgelopen maanden niet zelf bekeken of het correct is.

De **voorzitter**: Ik probeer grip te krijgen op uw cijfers en een relatie te leggen tussen degenen die recidive hebben gepleegd en degenen die al dan niet op verlof waren. Hoeveel van de recidives zijn gepleegd door mensen die op verlof waren?

De heer **Hildebrand**: 22 van de 62. 22 recidives hebben plaatsgevonden vanuit een onttrekking. 3 vanuit een ontvluchting. De rest valt in de categorie "anders".

De **voorzitter**: In de kliniek?

De heer **Hildebrand**: Niet per se, het kan ook een recidive zijn geweest tijdens een regulier verlof. Daarbij was er dus geen sprake van onttrekking – eerst wegelopen uit het verlof en vervolgens een delict plegen. Het vond gewoon plaats tijdens het verlof. Voor ons vallen deze gevallen ook onder de categorie "anders".

De **voorzitter**: Het wordt zo wel ingewikkeld. Het kan dus tijdens het onbegeleid verlof, waarbij je er later pas achterkomt?

De heer **Hildebrand**: Ja. Iemand pleegt tijdens een onbegeleid verlof een delict, maar komt op tijd terug in de kliniek, heeft zich dus niet onttrokken. Later blijkt dat tijdens het verlof, dat ogenschijnlijk goed is verlopen, een delict heeft plaatsgevonden. Het is dus geen recidive vanuit of na een onttrekking.

De **voorzitter**: Als u het instrument gaat toepassen, vermindert het aantal verlopen drastisch, zou je kunnen zeggen. Wat zijn de effecten op de klinieken?

De heer **Hildebrand**: Dat het de verlopen vermindert, is deels waar, maar het is niet waar dat verlopen niet meer zullen plaatsvinden: verlopen 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 gerichter hun behandeling focussen op dit soort risicofactoren.

De **voorzitter**: Een slotvraag: bent u in uw onderzoek aangelopen tegen mensen die nog steeds voortvluchtig zijn?

De heer **Hildebrand**: Volgens mij zijn we die tegengekomen bij de duur van de onttrekking, maar ik heb niet paraat om hoeveel patiënten dat gaat.

De **voorzitter**: Een groot aantal komt binnen een week terug, maar bij optelling kan blijken dat een aantal nog steeds niet terug is.

De heer **Hildebrand**: Dat zijn er een aantal, niet zo vreselijk veel. Voor het gemak hebben we een soort "afkappunt" gehanteerd bij zeven dagen. Het is mogelijk dat mensen na tien of meer dagen zijn teruggekeerd. Wij vonden het echter belangrijk, ook omwille van het algehele perspectief, dat het overgrote deel vrij snel terug is. Maar een aantal zal ongetwijfeld nog niet terug zijn.

Mevrouw **Joldersma**: Voordat ik kom bij de aanbevelingen, even twee vragen over het onderzoek zelf. De eerste gaat over de onderzochte groep en de controlegroep. Tussen beide zit een aantal verschillen, bijvoorbeeld wat betreft het aantal antisociale persoonlijkheidsstoornissen, geweldsdelicten, seksuele delicten. Zijn de resultaten voor deze verschillen gecorrigeerd?

De heer **Hildebrand**: Dat was niet nodig. Wij hebben geprobeerd om de groepen zo goed mogelijk op elkaar te laten lijken, op basis van veertien verschillende karakteristieken. Op tien van de veertien lijken de patiëntengroepen veel op elkaar, op vier niet. Dat is geen probleem; als je groepen vergelijkt, zullen ze nooit op alle variabelen precies overeenkomen.

Mevrouw **Joldersma**: Met name antisociale persoonlijkheidsstoornissen vertonen vaak verbanden met andere factoren, dus dat lijkt een factor van belang.

De heer **Hildebrand**: Dat klopt, maar wij hoefden daarin niet te corrigeren omdat blijkt dat de antisociale persoonlijkheid juist een goede voorspeller is van onttrekking.

Mevrouw **Joldersma**: Dat begrijp ik, maar het lijkt me dat dit consequenties heeft voor de resultaten. Een andere vraag. U zei dat u dit soort onderzoek voor het eerst op deze manier heeft gedaan. U heeft ook de validiteit en betrouwbaarheid van de instrumenten bij de

risicotaxatie onderzocht. Wat is precies het verschil tussen dit onderzoek en het onderzoek dat in december verscheen? Het ene ging over de periode tot 2000, dit over de periode na 2000, maar zijn er meer verschillen tussen de onderzoeken?

De heer **Hildebrand**: Ja, er zijn veel verschillen. Het onderzoek dat in december is gepresenteerd, was vooral bedoeld om twee risicotaxatie-instrumenten die momenteel in klinieken worden gebruikt, de HKT en de HCR, met elkaar te vergelijken, om erachter te komen welke van de twee het beste voorspelt. Dat is een simpele onderzoeksvraag. Dat hebben we ook gedaan op basis van dossieronderzoek, maar daarbij ging het om patiënten die al langere tijd uit de tbs waren. Hoe zat het met de voorspellende waarde van al dan niet recidive na afloop? We hebben een heel lange follow-upperiode gehanteerd en kwamen erachter dat de twee instrumenten niet wezenlijk verschillen in hun voorspellende waarde: de HKT voorspelt iets beter dan de HCR-20. Wel relevant is dat met name bij de klinische items, de dynamische items die in de behandeling kunnen veranderen, de voorspellende waarde van de HKT-items wat beter was dan die van de HCR-20. Daarom hebben we gekozen voor de dynamische items van de HKT-30 in dit onderzoek.

Mevrouw **Joldersma**: U maakt onderscheid tussen de zogenaamde dynamische, klinische factoren en wat meer onafhankelijke factoren zoals de antisociale persoonlijkheid. Hebt u ook een verband gelegd tussen de antisociale persoonlijkheid en de dynamische factoren? Kan het verband niet toch weer worden verklaard door antisociale persoonlijkheid?

De heer **Hildebrand**: Dat zou kunnen. Bij de vijf variabelen waar we op uitkwamen bij dit beoordelingsinstrument hebben we alleen gekeken naar de veranderbare, dynamische items, omdat die voor ons de kern van de zaak zijn, bijvoorbeeld voor de verlofmachtiging. Een kliniek werkt met een patiënt, vindt dat de patiënt toe is aan verlof, dient een verlofmachtiging in, geeft aan waarom dat verantwoord is, maakt een risicomangementplan. Als je in een dergelijk instrument vooral historische items opneemt, is het probleem dat je daar in de behandeling niet veel mee kan. 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.

Mevrouw **Joldersma**: 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.

Mevrouw **Joldersma**: Een laatste vraag over uw aanbevelingen, over de nieuwe risicotaxatie, of een aanvulling op de taxatieschaal. De instrumenten voor risicotaxatie zijn al verplicht. Men heeft nog de keuze tussen HKT-30 waarop u voortborduurt, of bijvoorbeeld HCR-20. Als ik het goed begrijp, is uw aanbeveling eigenlijk dat we moeten zoeken naar een verdere aanscherping van de huidige risicotaxatie in het licht van de HKT-30?

De heer **Hildebrand**: Niet zozeer in het licht van de HKT-30. Het gaat mij niet om de HCR-20 of de HKT-30, maar om de vraag wat de risicofactoren zijn, wat zijn beste voorspellers zijn van incidenten als onttrekken, ontvluchten, recidiveren. Doe die bij elkaar, analyseer het geheel en stel een set variabelen samen die als groep goed voorspelt. Het is best mogelijk dat een bepaalde groep variabelen beter is voor onttrekkingen, een andere voor iets anders. Ik vind dus dat je niet zomaar een instrument klakkeloos moet toepassen op andere zaken; een voorspelling van gewelddadige recidive is nogal wat anders dan een voorspelling van onttrekking. Uit dit onderzoek blijkt ook dat de voorspellende kracht van de dynamische variabelen – de copingvaardigheden, de mate van inzet voor de behandeling, impulsiviteit, vijandigheid – veel groter is in dit onderzoek dan in het onderzoek naar recidive na de tbs. Bij het ene werkt het dus beter dan bij het andere. We hebben absoluut verder onderzoek nodig.

Mevrouw **Van Velzen**: Meneer Hildebrand, als ik de uitkomsten van uw onderzoek tot mij laat doordringen, krijg ik het volgende beeld: iemand die hoog scoort op een psychopathie-index, middelen als alcohol of drugs heeft gebruikt, impulsief is, negatief staat ten opzichte van de behandeling, voor het overige vijandig is, heeft meer kans om te recidiveren, zich te onttrekken, te ontvluchten. Dat beeld is voor een leek als mijzelf zó logisch, dat ik mij afvraag waarom deze aspecten niet eerder zijn betrokken bij het geven van verlof en al niet eerder een standaard-onderdeel zijn van de risicotaxatie. Waarom moet u nu pas tot deze bevindingen komen? Wat zegt dit van de wijze waarop risico's überhaupt worden beoordeeld en de manier waarop klinieken en het ministerie tot nu toe zijn omgegaan met het afgeven van verlofmachtigingen?

De heer **Hildebrand**: Wellicht zegt dit dat er niet specifiek genoeg wordt gekeken naar speciale risicofactoren. Ik kan dit toelichten met een voorbeeld. Wij hebben gekeken naar de periode van een jaar voorafgaande aan de verlofmachtiging. Stel dat helemaal in het begin van dat jaar, in januari – terwijl de verlofmachtiging in december was afgegeven – sprake was van alcoholgebruik of softdruggebruik in een weekend. Wij kijken dat, wij kijken

naar het gehele jaar, dus voor ons is dat relevant en komt het terug in de voorspelling. Maar misschien heeft de kliniek wel een bepaalde progressie bij die patiënt in dat jaar gezien, is het alcohol- en softdruggebruik aan het begin van het jaar wat op de achtergrond geraakt of over het hoofd gezien en is bij de verlofaanvraag op heel andere zaken ingezoomd. Ik kan mij voorstellen dat men oordeelt dat het alcohol- en softdruggebruik alweer een jaar geleden was en daarom voor die bepaalde aanvraag weinig belang had. Uit onze score achteraf blijkt dan juist dat het wel degelijk van belang was.

Mevrouw **Van Velzen**: U zegt eigenlijk dat de behandelaars wat meer afstand moeten nemen en meer naar de feiten sec moeten kijken, in plaats van naar de progressie?

De heer **Hildebrand**: Ja. Ik vind dat behandelaars dat moeten doen, maar ook onderzoekers die in de kliniek werken en een tweede toets uitvoeren. Ik ben er trouwens ook voorstander van om de onafhankelijke toets door een derde uit te laten voeren; wie en in welk verband vind ik nu minder van belang, als het maar onafhankelijk gebeurt en inhoudelijk.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik wil terug naar de basisgetallen. U bent uitgegaan van 50.000 verlofbewegingen. Dat mooie ronde getal is u aangereikt door het ministerie. Heeft u zicht op wat wordt verstaan onder een verlofbeweging? De theorie is ons bekend, dus daar gaat het niet om. Telt elke dag bijvoorbeeld als een verlofbeweging? Anders snap ik dat hoge getal niet, temeer omdat dit 70 bewegingen per patiënt per jaar zou betekenen en dat lijkt me erg veel. Heeft u hier meer inzicht in of bent u gewoon uitgegaan van de feiten die het ministerie u heeft aangereikt?

De heer **Hildebrand**: Ja, dat laatste: wij zijn uitgegaan van het vaststaande gegeven van 50.000. Ik kan mij voorstellen dat je het zo moet zien: elke keer dat iemand begeleid boodschappen gaat doen, is een verlofbeweging. Als een patiënt elke dag zoiets doet, kunnen het er uiteindelijk veel zijn.

Mevrouw **Albayrak**: Uw conclusies zijn nogal stellig: u zegt niet dat de recidives "mogelijkerwijs" hadden kunnen 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 ermee 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.

Mevrouw **Albayrak**: 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 Opendijk van vorige week, die zei dat de risicotaxatie-instrumenten, de HKT-30, maar voor 30% nauwkeurig kunnen voorspellen. U heeft de 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.

Mevrouw **Albayrak**: Als de elementen die u in uw onderzoek heeft meegewogen en u hebben gebracht tot de indeling hoog-matig-laag zouden verschuiven, bijvoorbeeld deels dynamisch, deels statisch zouden zijn, was uw conclusie dan nog steeds zo stellig dat de voorspelbaarheid van ernstige recidive met zoveel zekerheid is te maken?

De heer **Hildebrand**: Als je er andere factoren bij zou betrekken en de voorspelling minder sterk zou zijn, moet je teruggaan naar je eerdere model, dat een sterkere voorspelling geeft; het model met de andere variabelen is dan gewoon minder goed.

De **voorzitter**: Terug naar de cijfers. U zegt dat 13 van de 20 gevallen hadden kunnen worden voorkomen; die 20 zijn recidives na onttrekking. Maar er waren in die periode 62 recidives. Waar zit die andere groep en wat had daarin kunnen worden voorkomen? Het ging dus om recidives tijdens verlov, zonder onttrekking of ontvluchting. Daarover maakt u geen opmerking.

De heer **Hildebrand**: In het rapport staan daarover wel degelijk opmerkingen. Het grote probleem is dat hiervoor niet echt een beoordelingsinstrument kan worden gehanteerd, omdat er geen toetsingsmoment is. Bij het indienen van een verlofaanvraag heb je een toetsingsmoment: aan de hand van de verlofaanvraag wordt beslist of er wel of geen verlov wordt toegekend. Hiervoor kan dus een instrument worden gebruikt: je weet wat de belangrijke variabelen zijn, hoe scoort iemand daarop, welke indeling levert dat op? Bij andere recidives is dat lastig: je zou dan eigenlijk elke dag zo'n instrument moeten invullen om vast te stellen hoe het op dat moment met een patiënt is gesteld. Hetzelfde geldt voor ontvluchtingen. Dit beoordelingsinstrument is echt gekoppeld aan de verlofaanvraag. Voor het voorspellen van recidive na ontvluchting heb je weinig aan het beoordelingsinstrument dat wij bepleiten, omdat je het niet kunt koppelen aan een bepaald beslismoment.

De **voorzitter**: En voor het voorspellen van recidive bij normaal verlopen verlov, waarbij iemand gewoon terugkeert? Deze grote groep vind ik niet terug, u concentreert zich op de twintig die zich hebben onttrokken, die de spelregels van het verlov hebben overtreden en bovendien een delict hebben gepleegd. Dan zijn er nog

mensen die de spelregels van het verlov zelf niet hebben overtreden, maar wel een delict hebben gepleegd. Hoe is de voorspellende waarde?

De heer **Hildebrand**: Ik weet dat mijn collega Hilterman heeft gekeken naar recidives tijdens verlov in het algemeen. Hij maakt geen onderscheid tussen al dan niet na onttrekking. Hij heeft de gehele groep bekeken. Hij heeft wat andere variabelen gebruikt, het onderzoek heeft eerder plaatsgevonden, wij hebben aangesloten bij de HKT-30 omdat dit nu wordt gebruikt. Maar hij vindt in het algemeen soortgelijke resultaten als wij: een bepaald cluster van variabelen voorspelt heel goed of iemand al dan niet zal recidiveren tijdens een verlov.

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

De heer **Hildebrand**: Dat klopt.

De **voorzitter**: Ik wil u hartelijk danken voor het werk dat u heeft verricht en uw toelichting op het onderzoek en de aanbevelingen. Woensdagmorgen om tien uur gaat de commissie verder.

Sluiting 16.35 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 22 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Woensdag 22 maart 2006

Aanvang 09.30 uur

Gehoord wordt de heer J. Gorter

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Wij zouden nu ons gesprek met de heren Gorter en Van der Streek moeten beginnen. Helaas moet ik mededelen dat de heer Van der Streek wegens ziekte verhinderd is en de heer Gorter als gevolg van treinvertraging pas enkele momenten geleden is gearriveerd. Om hem op adem te laten komen, wil ik iets later beginnen.

Het gesprek wordt enkele minuten geschorst.

De **voorzitter**: Mijnheer Gorter, ik heet u van harte welkom.

Wij zijn vorige week maandag begonnen met de openbare gesprekken. In deze gesprekken hebben wij het tbs-stelsel doorlopen, vanaf de eerste rechtsgang tot de beëindiging van de maatregel. Er zijn echter ook zaken die niet binnen de kliniek of het stelsel spelen, maar wel raakvlakken hebben met de tbs-problematiek. Een van die zaken is de manier waarop omgegaan moet worden met mensen bij wie een stoornis is geconstateerd en die in de gevangenis verblijven. Hierover willen wij graag met u verder praten. Voordat ik Krista van Velzen het woord geef, vraag ik u om u kort aan ons voor te stellen.

De heer **Gorter**: Ik ben in 1990 op de FOBA begonnen als arts-assistent psychiatrie. Tot 2001 heb ik daar in die hoedanigheid als behandelaar gewerkt. Sindsdien ben ik chef de clinique van de FOBA. Verder ben ik vanaf 1992 beëdigd als deskundige voor de rechtbank Amsterdam en heb ik tussen 2002 en 2004 in het Pieter Baan Centrum als freelancer gerapporteerd.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Gorter, kunt u mij zeggen waar de afkorting FOBA precies voor staat?

De heer **Gorter**: FOBA staat voor Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling. Deze afdeling is ondergebracht in een van de torens van de Bijlmerbajes en heeft drie taken. De belangrijkste van deze drie taken is crisis-interventie bij justitiabelen die op basis van een psychiatrische stoornis een crisis veroorzaken in de inrichting waarin ze verblijven. De tweede taak is diagnostiek en de derde is bevordering van het grensverkeer tussen het gevangeniswezen en volksgezondheid.

De FOBA heeft een landelijke functie. Dat wil zeggen dat wij voor alle penitentiaire inrichtingen in Nederland werken. De afdeling bestaat vijftientig jaar en omvat 66 plaatsen, 60 voor mannen en 6 voor vrouwen. Wij kennen een vrij hoge turnover. Zo hebben wij in 2005 320 patiënten opgenomen ofte wel meer dan één per werkdag. Een en ander betekent dat de gemiddelde verblijfsduur vrij kort is, namelijk een week of twaalf. Van dit gemiddelde kan sterk worden afgeweken, want er zijn mensen die al na een paar dagen bij ons weggaan en die twee jaar op de FOBA verblijven. Dat zijn vooral mensen die op een tbs-plaatsing wachten.

Mevrouw **Van Velzen**: Wat voor mensen komen er bij u binnen?

De heer **Gorter**: Het zijn vooral mensen met ernstige psychiatrische stoornissen en dan in het bijzonder psychotische stoornissen als schizofrenie, schizo-affectieve stoornissen, maar ook stemmingsstoornissen, bipolaire stoornissen en depressies. Je kunt wel zeggen dat iedereen door een psychiater, meestal een psychiater van de FPD, naar de FOBA kan worden doorverwezen, die als gevolg van een psychiatrische stoornis zodanig gedrag vertoont dat hij of zij niet meer in een huis van bewaring of gevangenis te hanteren is.

Mevrouw **Van Velzen**: Kan iedereen opgevangen worden op de FOBA of alleen mensen met een ernstige stoornis?

De heer **Gorter**: In principe kan iedereen door ons worden opgevangen. Ik zei u al dat de FOBA ook een diagnostische taak heeft en dat betekent dat wij mensen moeten opvangen bij wie men in het huis van bewaring of de gevangenis geen goede diagnose kan stellen. De meerderheid van de mensen die wij binnen krijgen, veroorzaken door agressief gedrag, zelfverwaarlozing, geluidsoverlast, automutilatie, suïcidale uitspraken of suïcidepogingen een zodanige crisis in de inrichting waar

zij verblijven, dat zij daar niet langer kunnen blijven, tenzij ze in een isoleercel of op een bijzondere beheersafdeling worden geplaatst. Dat kan met psychiatrische patiënten natuurlijk niet de bedoeling zijn.

Mevrouw **Van Velzen**: Op de FOBA wordt ook een diagnose gesteld. Als de diagnose van een patiënt al bekend is, wat is dan het doel van zijn opname op de FOBA?

De heer **Gorter**: In verreweg de meeste gevallen is crisisinterventie het doel van de opname. Wij krijgen veel mensen binnen die bekend zijn met de diagnose schizofrenie. Zij hebben last van stemmen en waandenkbeelden. Zij kunnen bijvoorbeeld op grond van die waandenkbeelden besluiten om te stoppen met eten en drinken. Als je niet eet omdat je denkt dat je eten vergiftigd is, kun je dat een tijdje volhouden, maar niet drinken wordt heel snel gevaarlijk. Het is de taak van de FOBA om deze mensen te behandelen. Dat lukt soms wel en soms ook niet. In 2005 hebben wij ongeveer 320 patiënten opgenomen. Grofweg 80%, ongeveer driehonderd patiënten, van hen heeft een psychotische stoornis. Bij ongeveer een derde van die driehonderd patiënten slagen wij erin om hen ervan te overtuigen anti-psychotische medicatie te gaan slikken. Bij twee derde van die patiënten lukt dat niet. De helft van die twee derde blijkt in de loop van de opname op de FOBA een zodanig gevaar voor zichzelf of hun omgeving te vormen dat wij in overleg met de directie besluiten om hen gedwongen te behandelen.

Mevrouw **Van Velzen**: Met gedwongen behandelen bedoelt u gedwongen medicatie.

De heer **Gorter**: Inderdaad.

Mevrouw **Van Velzen**: Worden die mensen vervolgens alsnog behandeld of blijft het bij gedwongen medicatie?

De heer **Gorter**: Ongeveer 90% van de mensen die "ingrijpmedicatie" krijgen, gaat na gesprekken met de behandelaars over op vrijwillige medicatie. De meerderheid van onze patiënten houdt zich vrij redelijk aan hun medicatie en behandeling. Op het moment dat de detentie wordt beëindigd, stopt echter ook vaak de behandeling. Anders gezegd: het aantal heropnames van mensen tijdens één en dezelfde detentieperiode is relatief laag, maar het aantal heropnames van mensen die na hun detentie in de maatschappij terugkeren, is hoog. Mensen vallen terug in hun delictgedrag, komen weer in de gevangenis, veroorzaken door hun stoornis een crisis en worden opgenomen op de FOBA. Uitzondering hierop zijn de mensen die na verloop van tijd een tbs-maatregel opgelegd krijgen, want die stromen meestal na een lange wachttijd, een tbs-kliniek in.

Mevrouw **Van Velzen**: U behandelt mensen op de FOBA die zo'n ernstige stoornis hebben dat ze zichzelf, andere gedetineerden en het personeel tot last zijn. Kunt u mij zeggen hoeveel mensen met een ernstige stoornis in het gevangeniswezen rondlopen? Wij hebben eerder sterk uiteenlopende getallen gehoord. Zo is ons tijdens een werkbezoek in het buitenland zelfs een percentage van 80 genoemd. Is verder de groep patiënten die u binnen krijgt, het topje van de ijsberg?

De heer **Gorter**: 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 gevangenissen 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.

Toen ik begin jaren negentig op de FOBA begon, telde het gevangeniswezen in totaal ongeveer 6000 cellen. Dat zijn er nu wel wat meer, maar het percentage is gelijk gebleven. Het aantal mensen met een al dan niet ernstige psychiatrische stoornis binnen de gevangensmuren moet op dit moment dan ook zo'n 1700 mensen bedragen.

Mevrouw **Van Velzen**: En u kunt er 320 per jaar opvangen.

De heer **Gorter**: Wij hebben 66 plaatsen en dat betekent inderdaad dat wij er een paar tekortkomen. De zorg in de gevangenis heeft een piramidevorm. De basis is de grote groep gedetineerden die geen extra zorg nodig heeft. In de meeste gevangenissen beschikt men over bijzondere zorgafdelingen, kleinere afdelingen waar meer personeel beschikbaar is. Over het land verspreid zijn er verder nog een aantal individuele begeleidingsafdelingen met elk 24 plaatsen. Daar komen mensen terecht die op de gewone afdelingen en op de bijzondere zorgafdelingen door het ijs zakken en te veel problemen veroorzaken. Het topje van de piramide is de FOBA.

Mevrouw **Van Velzen**: U spreekt over behandeling, maar anderen spreken in verband met de FOBA vooral over beheersing en stabilisatie. Wat houdt een behandeling op de FOBA in? Is die vergelijkbaar met een behandeling in een tbs-kliniek?

De heer **Gorter**: Die behandelingen kun je in zoverre vergelijken dat een psychiatrische aandoening als een psychose vooral een medicamenteuze behandeling vereist. Dat is in een tbs-kliniek niet anders dan op de FOBA. Het belangrijkste verschil tussen een behandeling in een tbs-kliniek en op de FOBA is dat een behandeling in de tbs-kliniek primair gericht is op terugdringing van het recidiverisico en terugkeer in de maatschappij, terwijl de behandeling op de FOBA veel meer op resultaat op de korte termijn is gericht. Wij willen de persoon in kwestie op de eerste plaats in staat stellen om de rechtsgang en de tenuitvoerlegging van de straf of de maatregel ongestoord te ondergaan.

De behandeling op de FOBA is primair gericht op crisisinterventie, bestrijding van de acute symptomatologie en het aanleren van basale sociale vaardigheden. Bij dat laatste moet u denken aan het herstellen van het normale dag/nacht-ritme. 's Nachts slapen en niet de hele nacht met de tv hard aan op je cel rondspoken, is voor de persoon in kwestie misschien wel leuk, maar voor zijn burens zeker niet. Mensen moeten leren dat het normaal is om van tijd tot tijd onder de douche te gaan en schone kleren aan te trekken, om drie keer per dag te eten en enigszins respectvol met elkaar om te gaan. Dat wil zeggen dat men niet voor intimidatie kiest als men iets wil.

Een kenmerk van de grootste groep op de FOBA opgenomen patiënten is dat het over algemeen mensen zijn die op vrij jonge leeftijd – dertien, veertien jaar – met

politie en justitie in aanraking zijn gekomen. Zij zijn bekend bij de kinderrechter en de kindbescherming en zijn soms onder toezicht gesteld. Een aantal jaar later, rond hun achttiende/negentiende, volgen vaak de eerste contacten met de ggz. Een gemeenschappelijk kenmerk van zowel hun justitiële carrière als hun carrière in de gezondheidszorg is uitstoting. Mensen worden kort opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, maar als gevolg van hun grensverleggende, bedreigende, agressieve gedrag worden ze snel weer uitgestoten. Hun psychiatrische carrière kent vaak kortdurende opnames. Mensen worden op zwarte lijsten geplaatst.

Mevrouw Van Velzen: Zwarte lijsten?

De heer **Gorter:** Dat zijn lijsten met mensen die zo agressief zijn geweest tegen personeel in het ziekenhuis dat ze daar niet meer welkom zijn. Als iemand op een afdeling het hele verpleegkundige team de ziekte weet in werkt, is het wel te begrijpen dat men er op een gegeven moment een punt achter zet. Deze reactie is overigens ook een gevolg van het feit dat het in Nederland erg moeilijk is om mensen tegen hun wil te behandelen. Het is niet zo moeilijk om mensen tegen hun wil op te nemen, maar wel om mensen tegen hun wil te behandelen.

Mevrouw Van Velzen: Op die zwarte lijst staan dus jongeren die al bij de deur worden geweigerd vanwege de dingen die ze in het verleden hebben gedaan?

De heer **Gorter:** Deze jongeren kloppen meestal niet zelf aan, want het zijn vooral zorgwekkende zorgmijders. Meestal klopt dus een andere instantie, bijvoorbeeld het gevangeniswezen, aan de deur met het verzoek om iemand op te nemen. Er worden dan tal van redenen aangevoerd om iemand niet op te hoeven nemen. Soms zijn dat legitieme redenen, maar soms ook niet. Ik moet hierbij wel benadrukken dat 99 van de 100 psychiatrische ziekenhuizen welwillend zijn en altijd bereid zijn om samen met ons te zoeken naar een oplossing voor deze patiënten die niet alleen lijden aan een ernstige psychiatrische stoornis, maar ook ernstig agressief acting-outgedrag vertonen. De grote psychiatrische ziekenhuizen in de bossen, aan het strand en op de hei zijn in de jaren tachtig ingeruild voor kleinere units. Het gevolg daarvan is dat de burn-outproblematiek bij het personeel dat deze heel arbeidsintensieve patiënten begeleid, veel sneller oploopt. Er is een veel kleiner reservoir om de verwaarlozing op te vangen die patiënten overbrengen op hun omgeving.

Mevrouw Van Velzen: Hoort dit slag gedetineerden volgens u thuis in de Bijlmerbajes? Het resultaat daarvan is immers dat ze vaak op de FOBA moeten worden opgenomen.

De heer **Gorter:** Het feit dat iemand aan een psychiatrische stoornis lijdt, geeft hem of haar natuurlijk nog niet het recht om strafbare feiten te plegen. Het zou een vreemde redenering zijn om te zeggen: ik heb schizofrenie, dus ik mag stelen. Lang niet alle psychiatrische patiënten zijn volledig ontoerekeningsvatbaar. Dat wil zeggen dat het strafbare feit waarvan ze verdacht worden of waarvoor ze veroordeeld zijn, niet volledig uit de stoornis kan worden verklaard. Dus ook mensen met een psychiatrische stoornis zullen met justitie in aanraking

komen en in de gevangenis terechtkomen. Je kunt dus niet zeggen: mensen met een psychiatrische stoornis horen per definitie niet in de gevangenis thuis. De andere kant van de medaille is dat ik met enige regelmaat mensen op de FOBA tegenkom, van wie ik mij afvraag of hun vergrijp justitieel moet worden afgehandeld. Laat ik een voorbeeld geven. Een week of drie geleden is een vrouw uit de FOBA overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis, een zogenaamde artikel-37-plaatsing. Deze mevrouw was in februari 2005 gearresteerd voor het ontvreemden van een muffin uit een supermarkt. Zij heeft dus veertien maanden in een huis van bewaring gezeten voor het stelen van een muffin! Dat het zo lang geduurd heeft, heeft voor een deel met haar zelf te maken. Zij is gearresteerd en in het strafrechtelijke circuit terechtgekomen. Zij werd gerapporteerd voor de rechtbank en ontoerekeningsvatbaar verklaard. Vervolgens is haar als maatregel plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis opgelegd. Daartegen is zij, tegen het advies van haar advocaat en behandelaars in, in beroep gegaan. Dat staat haar vrij, maar daardoor heeft het wel extra lang geduurd. In dit geval moet je je volgens mij echt afvragen of bij wijze van spreken al in de supermarkt had moeten worden bekeken of het niet beter was om die mevrouw met een ibs of een voorlopige machtiging op te nemen. Dit soort patiënten zien wij nogal eens in de FOBA. Daar staat natuurlijk tegenover dat wij ook mensen zien die voor ernstige delicten vastzitten, mensen van wie het buiten kijf staat dat ze in een huis van bewaring horen te zitten.

Mevrouw Van Velzen: Volgens u zou er dus de mogelijkheid moeten zijn om mensen nog voor de rechtsgang tijdelijk op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis?

De heer **Gorter:** Het een sluit het ander natuurlijk niet uit. Je kunt je afvragen of de vrijheidsbenemende maatregel waarvoor in mijn voorbeeld is gekozen, proportioneel is met het feit waarvan deze vrouw werd verdacht. Je kunt je ook voorstellen dat men redeneert: mevrouw is ernstig ziek en vertoont hinderlijk en gevaarlijk gedrag: wij nemen haar tijdelijk op in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat hoeft niet te betekenen dat het Openbaar Ministerie van strafvervolgning afziet. Als u met een niet-betaalde muffin bij de deur van de supermarkt wordt aangehouden, verdwijnt u echt het huis van bewaring niet in. Op een later moment zult u echter wel bij de politierechter moeten uitleggen waarom u vergeten was om die muffin te betalen.

Mevrouw Van Velzen: Dat klinkt redelijk. U zei dat u dit soort gevallen met enige regelmaat ziet. Kunt u een indicatie geven van het aantal van dergelijke gevallen dat u jaarlijks tegenkomt?

De heer **Gorter:** Dat is een lastige vraag. Op de FOBA weten wij van een patiënt welk wetsartikel ze overtreden hebben, maar meestal kennen wij de inhoud van het proces-verbaal niet. Wij weten met andere woorden vaak niet wat er precies is gebeurd. In het geval van deze mevrouw weten wij dat zij artikel 310 Wetboek van Strafrecht, het artikel voor diefstal, heeft overtreden. Verder kenden wij de pro justitia-rapportage en daaruit konden wij opmaken wat ze daadwerkelijk gedaan had. In heel veel gevallen weten wij dat niet. Dan weten wij alleen maar dat ze worden verdacht van bedreiging, doodslag of

brandstichting. Om te weten wat zij precies hebben gedaan, heb je het proces-verbaal nodig.

Mevrouw **Van Velzen**: U hebt geen inzage in het strafdossier en eventuele psychiatrische dossiers?

De heer **Gorter**: Wij mogen altijd het rapport van de FPD inzien. Om andere dossiers en stukken in te mogen zien, is toestemming van de patiënt nodig. Als iemand ons vertelt dat hij opgenomen is geweest in de Van Mesdag-kliniek, mag deze kliniek mij alleen informatie verstrekken over deze patiënt als hij of zij hiervoor schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Mevrouw **Van Velzen**: U spreekt nu over patiënten die er ernstig aan toe zijn. Zij zijn volgens u dusdanig onhandelbaar dat soms tot dwangmedicatie moet worden overgegaan. En toch moet u zo'n patiënt om toestemming vragen om zijn dossier in te mogen zien. Dat klinkt alsof hier sprake is van een groot knelpunt.

De heer **Gorter**: Dat is zeker zo, maar zo is wel de regelgeving. Ik mag geen geheime medische gegevens van een patiënt aan een andere behandelaar geven, zonder schriftelijke toestemming van die patiënt. Het gaat zelfs nog een stapje verder: ik heb toestemming van de patiënt nodig om zijn Pro Justitia rapportage op te vragen. Als ik die toestemming niet krijg, krijg ik het rapport helemaal niet te zien. Zelfs de toekomstige behandelaar heeft daar de toestemming van zijn patiënt voor nodig. Als ik een ontorekeningsvatbare patiënt aanmeldt bij het psychiatrisch ziekenhuis, kan ik de pro-justitiarapportage alleen maar doorgeven als ik daarvoor toestemming heb van de patiënt. De Pro Justitia rapportage ligt bij de FPD en de rechtbank, maar ook de FPD mag die rapportage alleen doorgeven na toestemming van de patiënt. Het is natuurlijk een zotte situatie dat je iemand van de strafrechter moet behandelen, maar dat je het stuk waarop hij zijn beslissing heeft gebaseerd, niet mag inzien.

Mevrouw **Van Velzen**: U spreekt over een relatief korte behandelduur. Wat doet u dan in de praktijk met een gedetineerde met een groot psychiatrisch probleem? Begint de papiermolen inderdaad pas vanaf dat moment te draaien?

De heer **Gorter**: Nee. Patiënten worden door de FPD aangemeld. Als er informatie over de patiënt is en de patiënt heeft toestemming gegeven, krijgen wij die informatie samen met de aanmelding. Verder zien wij een groot deel van onze patiënten met enige regelmaat terug. Wij beschikken daardoor in nogal wat gevallen over een eigen dossier. Wij beschikken soms dus over voorinformatie, maar dan wel vaak over de heel recente voorgeschiedenis.

Mevrouw **Van Velzen**: Als u het dossier en de pro-justitiarapportage niet hebt kunnen inzien, bemoeilijkt dat dan het opstellen van de diagnose, bijvoorbeeld met het gevolg dat er verkeerde medicatie wordt voorgeschreven?

De heer **Gorter**: Hoe meer voorinformatie, hoe gemakkelijker het is om een diagnose op te stellen. Het begin van de behandeling is ook gemakkelijk als je weet dat iemand in het verleden met een medicament is behandeld waarop

hij goed reageert. Als ik niet weet of een patiënt ooit medicijnen tegen een psychose heeft gehad, moet ik voorzichtig beginnen. Deze medicijnen hebben namelijk nogal wat bijwerkingen. Je kunt geen langwerkend middel voorschrijven als je niet weet hoe iemand daarop zal reageren.

Mevrouw **Van Velzen**: Wat zijn de risico's als u niet weet hoe een patiënt in het verleden op een bepaald medicijn heeft gereageerd?

De heer **Gorter**: Dat risico ondervang je door voorzichtig te beginnen. Elke patiënt heeft ooit een eerste behandeling gehad. Je werkt natuurlijk ook niet helemaal met je ogen dicht. Je bouwt veiligheidskleppen in, in tegenstelling tot het geval van een patiënt van wie je weet dat hij op een bepaald middel goed reageert.

Mevrouw **Van Velzen**: Volgens u lijdt 10% van de detentiepopulatie aan een ernstige stoornis. U noemde een aantal opvangmogelijkheden voor deze mensen, maar ik vermoed dat deze opvangmogelijkheden onvoldoende zijn om iedereen die het nodig heeft, op te vangen. Er zijn met andere woorden gedetineerden met een ernstige psychiatrische stoornis die het normale programma moeten doorlopen.

De heer **Gorter**: U moet daarbij wel in het oog houden dat in elk huis van bewaring en in elke gevangenis medische zorg voorhanden is, niet alleen eerstelijnszorg, maar ook tweedelijns psychiatrische zorg. Elk huis van bewaring heeft een eigen medische dienst met verpleegkundigen en inrichtingsartsen, huisartsen die gespecialiseerd zijn in eerstelijnsgezondheidszorg binnen het gevangeniswezen en inrichtingspsychologen. Zij werken samen met de FPD's. De psychiaters van de FPD's hebben namelijk niet alleen een adviserende taak naar de rechterlijke macht, maar ook een behandelings- en gedetineerde in het huis van bewaring. Het is dus niet zo dat die 1500 mensen aan hun lot worden overgelaten. Het is heel goed om de behandeling door een huisarts of het Riagg van iemand met een depressieve stoornis binnen het huis van bewaring voort te zetten.

Mevrouw **Van Velzen**: De mogelijkheden voor een intensieve behandeling zijn in een gevangenis per definitie kleiner. Ik heb zelfs horen zeggen dat echte behandelingsmogelijkheden volledig ontbreken in het gevangeniswezen. Klopt dat beeld?

De heer **Gorter**: Die mogelijkheden zijn beperkt. Sommige aspecten van een goede behandeling kun je in een huis van bewaring of gevangenis niet uitvoeren. Analooq aan de proefverloven van de tbs-klinieken, willen wij ook zaken met onze patiënten oefenen of regelen. Daarvoor moet je het huis van bewaring uit en dat lukt mij wel maar de gedetineerde over het algemeen niet. Een gedetineerde moet binnen blijven en dat beperkt de mogelijkheden om mensen goed voorbereid terug te brengen in de maatschappij.

Mevrouw **Van Velzen**: Die taak ligt voor een deel bij de reclassering. Adviseert u de reclassering over patiënten die na een verblijf op de FOBA en het aflopen van hun detentie in de maatschappij terugkeren?

De heer **Gorter**: Een belangrijk deel van de patiënten dat uit de FOBA uitstroomt gaat naar de forensische schakelunits. Er zijn in totaal 48 plaatsen in deze units, bedoeld om het aantal behandelplaatsen uit te breiden. Rotterdam heeft zestien van deze plaatsen. De rest zit in Vught. Wij geven behandeladviezen aan het maatschappelijk werk in Vught en Rotterdam. Dat zijn vooral adviezen over zaken die nog geregeld moeten worden om terugkeer in de maatschappij mogelijk te maken.

Mevrouw **Van Velzen**: Wat doet men in die schakelunits?

De heer **Gorter**: Als het ernstigste destructieve gedrag is behandeld en naar de achtergrond is verdwenen, wordt de behandeling ter stabilisatie in de schakelunit voortgezet.

Mevrouw **Van Velzen**: Gebeurt het ook dat de strafmaatregelen zo plotseling wordt beëindigd dat deze mensen met een ernstige stoornis vrij onverwacht terugkeren in de maatschappij?

De heer **Gorter**: Vorig jaar zijn ongeveer vijftientig mensen met onmiddellijke ingang in vrijheid gesteld, bijvoorbeeld omdat ter zitting is geoordeeld dat er onvoldoende wettig bewijs is of dat het voorarrest lang genoeg heeft geduurd. Als de hechtenis wordt opgeheven, moet iemand de FOBA onmiddellijk verlaten. Zelfs als hij dat zelf zou willen, mag hij geen nachtje meer bij ons blijven slapen. Als iemand op zo korte termijn in vrijheid wordt gesteld, rest ons niets anders dan de inschatting maken of er redenen zijn om hem met een ibs op te nemen.

Vorig jaar hebben wij dat zes keer laten beoordelen. In vijf gevallen is de ibs daadwerkelijk afgegeven. Dat betekent dat twintig van die vijftientig patiënten niet onmiddellijk in een ziekenhuis terecht konden. Alles wat wij voor die mensen kunnen doen, is een plaats zoeken in de nachtopgang of bij het Leger des Heils dan wel een afspraak maken bij de ambulante zorg. Het gros van onze patiënten is namelijk dak- en thuisloos en heeft geen gespreid bedje om naar terug te gaan.

Gelukkig zien wij de invrijheidstelling in de meeste gevallen wel wat langer van tevoren aankomen. Als iemand een vrijheidsbenemende maatregelen opgelegd gekregen heeft, weet je wanneer die maatregel afloopt. Een paar weken voor dat moment kun je bekijken wat je nog kunt doen of regelen: moet iemand gedwongen worden opgenomen of wil hij vrijwillig worden opgenomen? Vorig jaar hebben wij twintig keer een voorlopige machtiging in het kader van de BOPZ aangevraagd en twintig keer gekregen.

Mevrouw **Van Velzen**: U werkt met heel veel dak- en thuislozen die na afloop van hun detentie weer problemen veroorzaken en na verloop van tijd weer bij u terugkeren. Ziet u mogelijkheden om hen dusdanig adequate zorg aan te bieden dat zij niet nog een keer met justitie in aanraking komen?

De heer **Gorter**: Als je dat wilt, moet je ervoor zorgen dat de psychiatrische carrière van deze categorie patiënten wat minder verbrokken is. Als je met de eerste behandelars van deze patiënten spreekt, hoor je vaak dat zij al kort na het begin van hun behandeling signalen zagen op grond waarvan ze konden voorspellen dat het later niet

goed zou gaan. Ik denk dan aan de mogelijkheid dat iemand een ernstige stoornis heeft waaraan hij eigenlijk niet behandeld wil worden of dat hij zich aan behandeling onttrekt.

Het is in Nederland heel erg lastig om iemand tegen zijn wil te behandelen. Wij hebben wel een wet om mensen tegen hun wil in een ziekenhuis op te kunnen nemen, maar geen wet om mensen tegen hun wil te behandelen. Als je gevaarlijk gedrag vertoont of jezelf verwaarloost omdat je een stoornis hebt, kun je worden opgenomen. Als je vervolgens zegt dat je niet behandeld wilt worden, houdt het wel zo'n beetje op totdat je in het ziekenhuis gevaarlijk wordt.

Van de driehonderd mensen met een ernstige psychotische stoornis zijn er honderd vrijwillig gestart met een medicamenteuze behandeling en honderd gedwongen. Dat betekent dat vorig jaar honderd mensen niet met een behandeling zijn begonnen. Door hun stoornis vertoonden zij zodanig ernstig gedrag dat zij niet langer te handhaven waren in de gevangenis of het huis van bewaring. Op de FOBA was hun gedrag echter niet zo ernstig dat wij dwingend mochten ingrijpen. Ik vind dat een schrikbarend getal, want het zijn wel honderd ernstig zieke mensen die om de verkeerde motieven een behandeling weigeren. Bij deze mensen sta je als behandelaar eigenlijk met je handen op de rug toe te kijken.

Mevrouw **Van Velzen**: Deze groep gedetineerden keert op een gegeven moment dus onbehandeld terug in de maatschappij?

De heer **Gorter**: Dat is mogelijk. Ze kunnen natuurlijk ook overgebracht worden naar een tbs-kliniek. Dat hangt allemaal van het vonnis af. Er zitten nu 66 mensen op de FOBA en ongeveer twintig van hen hebben een tbs-maatregel opgelegd gekregen. Zij wachten op plaatsing in een tbs-kliniek. Dat kan lang duren, soms meer dan twee jaar. De zitting voor de eerste verlenging van de tbs-maatregel vindt dan niet plaats in de kliniek, maar in het huis van bewaring. Dat laat niet alleen de nood zien waarin de tbs-klinieken verkeren, maar ook de nood aan de voordeur waar mensen met ernstige stoornissen lang op een behandeling zitten te wachten.

Mevrouw **Van Velzen**: Heeft dat lange wachten invloed op de stoornis? Verergert die hierdoor? Heeft het gevolgen voor de behandelbaarheid van een patiënt?

De heer **Gorter**: De stoornis zal er niet erger van worden. De schizofrenie wordt niet erger of minder erg door detentie. De motivatie en de bereidheid om aan een behandeling mee te werken neemt wel af. Ik hoor van mijn collega's in het tbs-veld vaak dat zij de eerste periode van de tbs-behandeling alleen maar proberen om de gevangenis uit de patiënt te behandelen. Daarbij moet u aan heel simpele dingen denken: naar buiten gaan heet in de gevangeniswereld luchten en het duurt erg lang voordat een tbs'er heeft afgeleerd om te zeggen dat hij gaat luchten. Het zijn veelal heel kleine dingen maar ze zitten wel in het hele dagelijkse leven. Het is zonde van de tijd om de behandeling te beginnen met het verwijderen van het gevangenis uit de patiënt. De stoornis wordt dus niet erger door het wachten, maar de vruchtbare bodem waarin de behandeling gezaaid moet worden, droogt wel uit.

Mevrouw **Van Velzen**: De recidive van mensen die de kliniek verlaten, is hoog. Recidiveren mensen met een ernstige psychische stoornis meer dan andere gedetineerden?

De heer **Gorter**: Ik ken geen onderzoek hiernaar.

Mevrouw **Van Velzen**: Ons is gesuggereerd om alle gedetineerden standaard een behandeling mee te geven. Dat zou beter zijn voor het kosten/baten-plaatje en ook de recidive sterk omlaag brengen.

De heer **Gorter**: Alle gedetineerden een behandeling meegeven?

Mevrouw **Van Velzen**: Dat is ons tijdens een werkbezoek in Washington gesuggereerd.

De heer **Gorter**: Als je iemand een behandeling wilt meegeven, moet er wel iets te behandelen zijn. Lang niet alle gedetineerden hebben iets om te laten behandelen. Of je het recidiverisico naar beneden kunt brengen door een behandeling mee te geven...

Mevrouw **Van Velzen**: 10% heeft een ernstige stoornis. Er zijn dus patiënten die zonder enige behandeling hun detentie afmaken. Is het zinnig om die mensen standaard een behandeling aan te bieden?

De heer **Gorter**: Het is zinnig om iedereen met een stoornis in de gelegenheid te stellen om behandeld te worden. Of daardoor het recidiverisico één op één vermindert, durf ik niet te zeggen. Lang niet al het delictgedrag vloeit namelijk voort uit de stoornis. Je kunt de stoornis van sommige mensen met succes behandelen, zonder dat dat betekent dat hij ophoudt met zijn delictgedrag. De gedachte is natuurlijk niet onlogisch, omdat een deel van de mensen die met een psychiatrische stoornis in detentie zit, misschien niet direct door de stoornis tot delictgedrag komt, maar door hun stoornis wel zo gehandicapt door het leven gaat dat ze een verhoogd risico op delictverdrag hebben. Het zijn over het algemeen mensen die zo vroeg ontspoord zijn dat ze weinig opleiding hebben genoten en dus weinig kans op de arbeidsmarkt maken. Over het algemeen hebben ze verder een gebrekkig sociaal netwerk. Ik zei u al dat 40% dak- en thuisloos zijn. Dat zijn allemaal factoren die eraan kunnen bijdragen dat je eerder met politie en justitie in aanraking komt dan de gemiddelde burger.

Mevrouw **Van Velzen**: Werkt u ook met patiënten die geen tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen omdat hun delict niet ernstig genoeg was, maar die wel tbs opgelegd hadden gekregen als ze een iets ernstiger delict hadden gepleegd?

De heer **Gorter**: Ja.

Mevrouw **Van Velzen**: Om hoeveel mensen gaat het?

De heer **Gorter**: Het gaat in ieder geval om aanzienlijke aantallen. Vorig jaar hebben wij onderzocht hoeveel mensen via de arrondissementsrechtbank Amsterdam op de FOBA zijn gekomen die in aanmerking komen voor de kliniek voor

langdurige intensieve zorg. Voor ernstige psychiatrische patiënten die afdelingen ontwrichten, heb je namelijk klinieken voor een intensieve behandeling. Die behandelingen zijn echter aan een termijn gebonden, hetgeen kan betekenen dat mensen hun behandeling voortijdig zien afgebroken. Wij hebben ons in ons onderzoek gericht op mensen die ernstige delicten hebben begaan en zich aan alle zorg onttrekken. In de jaren 2002 en 2003 waren dat in totaal 73 mensen. Dat zijn dus mensen die enorm veel overlast en problemen voor de maatschappij en zichzelf veroorzaken. Een deel van deze mensen is het tbs-circuit ingestroomd, maar een deel ook niet, omdat de delicten niet aan de criteria voldeden die nodig zijn om tbs op te leggen. Iemand kan heel veel diefstallen hebben gepleegd, maar als hij daarbij geen geweld heeft gebruikt, kan hem geen tbs worden opgelegd.

De **voorzitter**: Uw onderzoek komt uit op 73 personen die voor veel overlast voor zichzelf en anderen verantwoordelijk zijn. Zijn in dat onderzoek ook aanbevelingen gedaan?

De heer **Gorter**: Wij hebben dit onderzoek gedaan om de noodzaak te onderbouwen van het oprichten van zo'n kliniek voor intensieve langdurige zorg. Wij hebben ons gericht op mensen die verbrokkeld in de psychiatrie in beeld komen. Verbrokkeld, want die mensen zitten niet alleen bij ons maar ook in de FPK en de KIB De Meren en de tbs. 73 mensen bleken in al die instellingen bekend te zijn.

Het idee achter de langdurig intensieve zorg is dat je de versnipperdheid van de zorg die je die mensen biedt, kunt ondervangen door ze langdurig en intensief te behandelen.

De **voorzitter**: 73 mensen. Is dat meer of minder dan verwacht?

De heer **Gorter**: Het was meer dan ik had verwacht. Of het elders om meer of minder mensen gaat, kan ik niet zeggen. Ik vermoed dat het percentage bij de rechtbanken in Rotterdam, Utrecht, Den Haag en Amsterdam vergelijkbaar is. Als dat vermoeden juist is, zou je wel eens op drie- tot vierhonderd mensen uit kunnen komen.

De **voorzitter**: Die mensen komen steeds weer terug omdat zij problemen hebben veroorzaakt. Hun behandeling is vaak verbrokkeld en dat probleem wilt u graag opvangen. Wilt u dat doen door andere infrastructuur in het leven te roepen of is het probleem te wijten aan het verbrokkelde wettelijke instrumentarium en het gebrek aan aangrijpingspunten om die personen te benaderen.

De heer **Gorter**: Beide. De meest psychiatrische klinieken hebben in de afgelopen twintig jaar eigenlijk verleerd hoe ze met deze groep patiënten om moeten gaan. Zij hebben veel intensieve zorg nog.

De **voorzitter**: Er is meer kennis en ervaring nodig.

De heer **Gorter**: Die kennis is onder meer verloren gegaan doordat de afdelingen steeds kleiner zijn geworden. Verder is de wet- en regelgeving ook hiervoor voor een belangrijk deel verantwoordelijk. Het is voor een patiënt erg gemakkelijk – ik zei het al eerder – om zich aan zorg te onttrekken.

De **voorzitter**: U noemde het getal van 300 mensen met een probleem. 100 van hen willen zich vrijwillig laten behandelen en voor honderd anderen krijgt u een machtiging. Dan blijven er nog honderd over. Over die groep zei u: let op, deze mensen hebben een probleem waarmee wij niets kunnen doen. Is geprobeerd om voor deze mensen een wettelijke machtiging te krijgen? Als die gestrand zijn, welke argumenten had men dan om die aanvragen te weigeren?

De heer **Gorter**: Wij hebben geen wettelijke machtiging nodig om mensen tegen hun wil te behandelen. Wij vallen namelijk onder de Penitentiare beginselenwet. In artikel 32 van die wet staat dat de directeur op advies moet beslissen dat iemand een geneeskundige behandeling mag ondergaan. Wij hebben dat in 100 gevallen aan de directeur geadviseerd. Bij honderd patiënten bleek het onmogelijk om te voldoen aan de gevaarscriteria, die in de wet nogal strikt zijn omschreven. Als je niet aan die criteria kunt voldoen, krijg je geen machtiging. Dat wil overigens niet zeggen dat die mensen niet ernstig ziek zijn. Natuurlijk probeer je op alle mogelijke manieren om met mensen te blijven praten over wat wel of niet goed voor ze is.

De **voorzitter**: Het probleem is dus het wettelijk criterium waaraan u gehouden bent zich te houden? Wat zou u daaraan veranderd willen zien?

De heer **Gorter**: Er is een groot verschil tussen mensen die wel en die niet in detentie zitten. Mensen die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen op basis van de BOPZ, kunnen onder bepaalde omstandigheden gedwongen worden behandeld. Als je de criteria uit de BOPZ vergelijkt met die uit de Penitentiare beginselenwet, zie je dat de Penitentiare beginselenwet veel strenger is, ook al zijn de criteria onlangs iets aangepast. In de wet wordt nog steeds gesproken over ernstig gevaar en dat is in de jurisprudentie uitgelegd als gevaar op blijvende invaliditeit dan wel de dood.

De **voorzitter**: De lat ligt dus vrij hoog?

De heer **Gorter**: De lat voor gedwongen medicatie ligt in het gevangeniswezen erg hoog.

Mevrouw **Albayrak**: Volgens sommigen kun je een deel van de mensen die langdurig in de tbs zitten, net zo goed opsluiten in gevangenissen. Dat zijn mensen die blijven gevaarlijk zijn, vaak psychopaten tegen wie de maatschappij terecht beschermd wil worden. Houdt u het voor mogelijk dat deze groep ooit uit de tbs naar de gevangenis komt, gezien de voorzieningen daar?

De heer **Gorter**: Niet zonder meer, zeker niet de groep psychopaten. Het is een terechte vraag of je aan deze mensen dure behandelingen moet besteden, maar ik denk dat je het gevangenisstelsel echt iets aandoet als je deze mensen over alle gevangenissen verspreidt. Het zijn namelijk mensen die echt het een en ander teweegbrengen in hun omgeving. Zowel in Vught als in het Wolfplein in Utrecht zijn plekken gereserveerd, zij het om de behandeling eerder te starten. De tbs-behandeling komt daardoor eerder de gevangenis binnen dan twee jaar geleden. Hiervoor zijn dus al een aantal plaatsen in het gevangeniswezen gereserveerd.

Mevrouw **Albayrak**: Welke aanpassingen zijn volgens u nodig om deze mensen in de gevangenis op te kunnen vangen? Zijn daarvoor bijvoorbeeld speciale units nodig met extra psychische zorg of anders opgeleide gevangenisbewakers?

De heer **Gorter**: Vooral het personeel zal anders opgeleid moeten worden. Zij zullen in staat moeten zijn om de destructieve invloed van deze mensen op hun omgeving te herkennen. Verder zullen zij moeten leren hoe ze daarmee om kunnen gaan zonder er zelf aan ten gronde te gaan. Die destructiviteit kan letterlijk zijn, maar vooral de figuurlijke destructiviteit is lastig behandelbaar, omdat het heel veel met de behandelaar zelf doet. Ik denk dan overigens niet zozeer aan de psychiater en de psycholoog als wel aan het personeel op de werkvloer.

Mevrouw **Albayrak**: Op dit moment kun je deze groep mensen niet zomaar uit de tbs naar de gevangenis verplaatsen. Na de nodige aanpassingen is het denkbaar om langdurige detentie voor deze groep mogelijk te maken.

De heer **Gorter**: Je zult goed eerst moeten vaststellen in welke mate een bepaalde persoon nog behandelbaar is. Als je op grond van de huidige stand van de wetenschap moet concluderen dat iemand een stoornis heeft waaraan wij niets kunnen doen en iemand is een gevaar voor de maatschappij, moet je je afvragen of je aan hem een dure behandeling wilt besteden. Waarom zou je iets behandelen wat niet behandelbaar is?

Mevrouw **Joldersma**: U valt onder het ministerie van Justitie. Ons is gezegd dat het verbeteren van behandelingen in detentie vooral gedaan moet worden door behandelaars van de Riagg of de algemene psychiatrie. Welke mogelijkheden ziet u om de behandelingen in detentie te verbeteren? Zijn daarvoor meer bijzondere afdelingen nodig of moeten daarvoor mensen van buiten worden gehaald?

De heer **Gorter**: Deze mensen hebben recht op een behandeling. Het maakt niet uit of ze wel of niet in detentie zitten. Ook mensen in detentie moeten adequaat behandeld worden. Daarvoor is vaak kennis en ervaring van de geestelijke volksgezondheid nodig, omdat die kennis binnen het gevangeniswezen maar beperkt aanwezig is. Ik zie daarom heil in het naar binnen halen van behandelaars. Voordat het zover is, zal echter nog wel het nodige moeten veranderen, want een van mijn collega's van de FPD zei vorige week terecht tegen u dat het vrij moeilijk is om in een huis van bewaring binnen te komen. Als je een behandeling die buiten de gevangenis of het huis van bewaring is gestart, in de detentie wilt voortzetten, zul je ervoor moeten zorgen dat de behandelaars met enig gemak de inrichting binnen kunnen komen. Als je voor een behandelcontact van drie kwartier een hele ochtend moet uittrekken, gaat de lol er snel af.

Mevrouw **Joldersma**: U wilt dus de huidige situatie met behandelaars binnen en buiten de detentie in stand houden? Vindt u verder dat u als behandelaar beperkt wordt door het feit dat u onder het Ministerie van Justitie valt?

De heer **Gorter**: Niet zozeer doordat wij onder het ministerie van Justitie vallen. Dat is in zekere zin een beperking, omdat je door de beveiligde situatie in een penitentiaire inrichting een aantal mogelijkheden niet hebt. Aan de andere kant is het grootste deel van onze patiënten echt gebaat bij de stevige structuur van een huis van bewaring, zowel letterlijk als figuurlijk. De FPK De Meren heeft enige jaren geleden nieuwbouw neergezet. Aan die nieuwbouw zijn goed doordachte eisen gesteld, maar toch kwam een van de eerste patiënten die in de separeercel werd gezet, met deur en al weer naar buiten. Zo zie je maar hoe destructief patiënten kunnen zijn. Het gebouw was dus letterlijk niet stevig genoeg. Dat probleem hebben wij in het gevangeniswezen niet. Al met al zult u mij niet horen zeggen dat je niet binnen het gevangeniswezen zou moeten behandelen.

De **voorzitter**: Mijnheer Gorter, ik dank u hartelijk voor uw komst naar Den Haag en voor dit gesprek.

Sluiting 10.35 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 22 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Woensdag 22 maart 2006

Aanvang 10.45 uur

Gehoord wordt de heer drs. J.R. van Veldhuizen

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Veldhuizen, ik heet u hartelijk welkom. Ik zal een paar korte opmerkingen vooraf maken. Wij hebben de afgelopen dagen gesproken over het tbs-stelsel, vooral met de mensen van de werkvloer die de tbs-patiënten behandelen. Wij hebben gesproken over ontwikkelingen en behandelingen. Diverse mensen – ik noem de heer Van Panhuis en de heer Van Marle – hebben gewezen op een langetermijnontwikkeling. In de jaren '70 en '80 was een psychotische of schizofrene patiënt atypisch. Deze patiënten kregen toen nauwelijks tbs, maar nu maken zij een belangrijk deel van de tbs-populatie uit. Men heeft ons gewezen op een aantal ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg die daaraan ten grondslag lagen. Ook heeft men ons regelmatig gewezen op het gebrek aan samenwerking tussen tbs-klinieken en de ggz. Over die onderwerpen willen wij vandaag graag met u spreken. Herkent u dingen en, zo ja, wat zouden wij eraan kunnen doen? Ik vraag u eerst meer in het algemeen naar uw huidige functie en uw ervaringen met de algemene en de forensische psychiatrie.

De heer **Van Veldhuizen**: Ik ben psychiater en directeur zorgontwikkeling van GGZ Noord-Holland-Noord. Dat is een geïntegreerde organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, die overigens ook een fpa heeft. Ik ben daarnaast lid van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. Dat is een orgaan dat de minister adviseert, dat rechtspreekt en bezoeken brengt aan instellingen: penitentiaire instellingen en tbs-instellingen. Het gaat ons met name om de rechtspositie van de daar verblijvende gedetineerden en patiënten. Ik ben erg geïnteresseerd in het grensvlak van ggz en forensische psychiatrie. Ik heb dat onder andere tot uitdrukking mogen brengen als voorzitter van de begeleidingscommissie van het rapport Blijvend delictgevaarlijken en

als voorzitter van de commissie die zich buigt over de indicatiestelling in de forensische psychiatrie. Voor het overige ben ik woordvoerder voor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie rondom het pleit voor de behandelwet.

De **voorzitter**: Ik las gisteren uw commentaar in de krant over de voorgestelde wijziging in de Wet BOPZ. Laten wij dat maar eens even bij de kop pakken. De BOPZ is een terugkerend element in de gesprekken die wij voeren. Kunt u heel algemeen schetsen wat de BOPZ is en voor wie die wet van toepassing is? Om welke mensen met welk gedrag gaat het?

De heer **Van Veldhuizen**: Neutraal gezien is de Wet BOPZ een wet die ieder land heeft. Ieder land heeft een Mental Health Act. De wet is bedoeld om om te gaan met het probleem dat mensen een gevaar vormen voor zichzelf of de omgeving. Zij doen dat vanwege een ziekte en daar moet de maatschappij iets mee doen. Het is 150 jaar geleden in Parijs begonnen toen de heer Pinel de geestelijk gestoorde uit de gevangenis haalde, omdat hij vond dat gestoorde mensen niet opgesloten moesten worden. Dat is een universeel cultuurgoed geworden, ook vastgelegd in de rechten van de mens en in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Je moet zorgen voor mensen die vanuit een stoornis een gevaar voor zichzelf of anderen opleveren.

In de jaren '70 is discussie ontstaan over een nieuwe wetgeving en die discussie is in 1994 uitgemond in de Wet BOPZ. In die twintigjarige discussie heeft het, overigens volstrekt terecht, afstand nemen van het misbruik van de psychiatrie en van een zeer autoritaire bevelshuishouding centraal gestaan. Het is ingegeven door de antipsychiatrie. In het proces van wetgeving hebben de psychiaters eigenlijk in hun schulp gezeten. De wetgevingsjuristen hebben het voortouw genomen, vooral de mensenrechtenspecialisten. Naar ons idee is het te ver doorgeslagen.

Dat brengt mij bij de vraag hoe de wet op dit moment werkt. Je kunt in principe zeggen dat de Wet BOPZ vooral het gevaar afwendt door middel van de gedwongen opneming. Dat kan een spoedopneming, inbewaringstelling, zijn of een langduriger via een normale rechtelijke weg aangevraagde opneming, via de voorlopige machtiging en de rechterlijke machtiging. Dan komt de patiënt binnen een psychiatrisch ziekenhuis. In de BOPZ zijn de patiëntenrechten uitermate goed geregeld. Voor

een aantal dingen moeten wij daar ook nooit van afstappen. Nederland kan bijvoorbeeld trots zijn op het instituut patiëntvertrouwenspersoon. Aan de andere kant is men uiterst terughoudend geweest op het punt van behandelen.

Dan kom ik bij een meer cultuur-historische beschouwing. Je mag dit de Wet BOPZ niet alleen aanrekenen. Alle mensen die u gehoord hebt, zijn psychiater geworden in de tijd dat men nog lang haar had. Wij waren niet van plan om mensen plat te spuiten of op te sluiten. Wij wilden mensen helpen. De wet kwam ons ook goed van pas. Het klopte met het gevoel van de tijd. Er gebeurden vervolgens echter verschillende dingen. Ten eerste werd de maatschappij zeer grenzeloos. Vroeger kon je vertrouwen op een gezin, een dorp of een wijk, maar dat was er in veel gevallen opeens niet meer. Externe structuren gingen verloren. Ten tweede hebben alcohol en drugs een enorme invloed gehad. Veel psychiatrische patiënten komen onder invloed van drugs tot veel akeliger feiten. Ten derde is er de reactie uit de samenleving: steeds minder tolerantie. Er ontstaat een verminderd absorptievermogen voor deze patiënten.

De voorzitter: Iemand zei tegen ons dat de situatie zo is veranderd. Hij omschreef de verandering als volgt: wij zitten met een negentiende-eeuws denken in het begin van de eenentwintigste eeuw. Dat lijkt op wat u zegt.

De heer Van Veldhuizen: Ik zal een ander voorbeeld geven: je staat met een flower power-bloempje tegenover de mijnheer die daarnet de separeerdeur heeft ingeschopt.

De voorzitter: Dat richt niet veel uit.

De heer Van Veldhuizen: Dat wil meestal niet zo goed lukken.

De voorzitter: Iemand anders zei dat wij in Nederland heel ver kunnen gaan met opnemen en in de separeercel zetten. Dat is misschien wel veel vergaander dan het geven van medicatie. Waar zit het beste evenwicht?

De heer Van Veldhuizen: Ik ben het daar heel erg mee eens. 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 voorzitter: 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.

De voorzitter: Hoe kan dat?

De heer Van Veldhuizen: Dat heeft te maken met de medicatie. Het is heel vervelend, maar het heeft ook te maken met afdelingsregels. Je zou striktere afdelings-

regels moeten kunnen stellen. Je zou mensen op de eerste avond, als je nog niet weet hoe ze precies zijn, op een eigen slaapkamer moeten kunnen insluiten. Je zou striktere regels moeten kunnen organiseren rond drugs en een hechter afdelingsmilieu moeten kunnen regelen. Het zit vooral in de legitimatie van het optreden van behandel-aars en verpleegkundigen. Zij moeten op een strikte en zorgvuldige manier met mensen kunnen omgaan. Het moet niet eerst als het ware uit de hand lopen, waarna iemand in de separeercel terecht komt en medicatie krijgt.

De voorzitter: Het loopt hier dus uit de hand, omdat wij niet vroegtijdig kunnen ingrijpen.

De heer Van Veldhuizen: Ja.

De voorzitter: Praten wij dan ook over de algemene psychiatrie, dus niet alleen over mensen in gevangenis-sen en in tbs-klinieken? Zegt u dat het veel breder is?

De heer Van Veldhuizen: Wij praten over de algemene psychiatrie. Ten eerste kunnen wij ambulante vormen van dwangbehandeling, waardoor je klinische opname kunt voorkomen. Wij praten over het feit dat wij in de kliniek pas te laat kunnen behandelen, hoewel er nu een reparatievoorstel is dat wij waarschijnlijk positief zullen beoordelen als wij het straks goed hebben bestudeerd. Wij praten dus over een cultuur van te laat mogen ingrijpen. In de gevangenis is er een ander probleem. De BOPZ is een locatievolgende wet. Dat wil zeggen dat de BOPZ alleen kan worden uitgeoefend op erkende locaties. Een gevangenis is geen erkende locatie. In de gevangenis geldt de Penitentiaire beginselenwet. Daar mag men alleen bij gevaar een dwangbehandeling geven. Voordat er sprake is van gevaar in de gevangenis, is iemand al op een speciaal regime gezet. Uiteindelijk gaat iemand dan naar de FOBA, waar eenderde niet behandeld kan worden.

De voorzitter: Er is dus een situatie waarin het uit de hand kan lopen. Om dat te voorkomen, moet je in een zo vroeg mogelijke fase ingrijpen. Op welke manier komen mensen die in de war zijn en op straat leven in contact met de ggz? Hoe komen ze in uw vizier?

De heer Van Veldhuizen: Ze komen soms met een eigen hulpvraag. Dat is natuurlijk het mooiste. Als zij daarmee komen, kan het via een klinische opname. Doen zij dat liever niet, dan gaan wij vaak zorg aan huis leveren. Dan zien wij ook hoe het in huis is: hoeveel rommel er ligt en wat er allemaal is opgestapeld aan lege flessen. Dat kan heel informatief zijn. Het kan ook voor de patiënt heel plezierig zijn om in de huiselijke omgeving steun te krijgen. Wanneer mensen zorgmijndend zijn, dan horen wij dat vaak via vangnet- en adviesorganisaties. Bijna elke grote stad heeft een meldpunt vangnet en advies of een OGGZ-Meldpunt Bijzondere Zorg, waar politieagenten, maatschappelijk werkers en burgers hun zorg kunnen neerleggen over iemand. Dan gaat er iemand van het meldpunt heen om te proberen contact te leggen. Vaak lukt dat, hoewel soms met wat drang en overtuiging. Je moet ze als het ware verleiden. Je moet proberen zorg attractief te maken. Als het niet lukt, gaat het eerste contact via de inbewaringstelling. Dan is iemand echt over de schreef gegaan. Er is een gevaar ontstaan,

waardoor een spoedopname noodzakelijk is. Soms weet men niet of iemand gevaarlijk is. Soms maakt men zich zorgen omdat iemand niet uit huis komt, of omdat het huis vervuult en er spinrag voor de ramen hangt. Als mensen zich echt zorgen maken, kan een rechterlijke machtiging worden aangevraagd. In het verleden was er de zogenaamde brievenbusmachtiging. Je mocht alleen door de brievenbus kijken om na te gaan of er iemand rondschuifde. Op die grond gaf de rechter een machtiging af. Sinds 1 januari is de observatiemachtiging daarvoor in de plaats gekomen. Er is dus een heel scala aan mogelijkheden om met die mensen in contact te komen. Als wij bij de zorgmijders beginnen, zijn wij vaak al te laat. Eigenlijk wil ik een heel attractief zorgsysteem organiseren. Als iemand de eerste psychose krijgt, moet hij op een of andere manier al in contact komen met de hulpverlening. Iemand moet van begin af aan het gevoel krijgen dat het om hem draait. De familieleden moeten van begin af aan het gevoel hebben dat zij hun ei kwijt kunnen bij de hulpverlening. Het is mijn diepe overtuiging dat dit beter lukt in een ambulante zorgsysteem met zorg aan huis dan in de kliniek.

De voorzitter: Op uw gedachten daarover kom ik dadelijk uitgebreid terug. Ik wil eerst nog iets anders goed begrijpen. U noemde op een gegeven moment het woord gevaar. Mensen moeten een gevaar vormen: het gevaarscriterium. Is er een onderscheid tussen overlast en gevaar? Kan overlast ook als criterium toegepast worden of is dat te vaag?

De heer Van Veldhuizen: Op dit moment is overlast geen formeel criterium. Voor de observatiemachtiging is het in de wet formeel uitgesloten. Als er veel overlast is, kun je soms wel nagaan of er ook gevaar is. Iemand die voor zeer veel overlast zorgt, kan het gevaar lopen dat hij daar door de omgeving te hard op wordt aangesproken. Hij kan gevaar lopen door de reactie van de omgeving, door repercussie vanuit de omgeving. Een ander formeel BOPZ-gevaar is als iemand degenen die aan hem zijn toevertrouwd niet verzorgt. Een volgend gevaar is gevaar voor zijn eigen gezondheid. Als je de hantering van het gevaarscriterium in Nederland vergelijkt met dat in andere landen, dan zie je dat andere landen ruimhartiger zijn.

De voorzitter: Is er een ontwikkeling in de interpretatie van het woord of is het in die andere landen verschillend wettelijk vastgelegd?

De heer Van Veldhuizen: Er is een fundamenteel verschil tussen de BOPZ en de wetten in andere Europese landen. De BOPZ is de enige Europese wet, waarin het woord behandeling niet in de preambule wordt vermeld. Daarin wordt alleen het afwenden van gevaar genoemd. Al die andere wetten beginnen met het afwenden van gevaar en het recht op behandeling. Dat voordeel – benefit – moet de patiënt gegeven kunnen worden. Er is een totaal ander vertrekpunt. De reparaties die eraan komen, waardeer ik als heel positief. Het is een stap die wij nu vlug kunnen zetten, maar daarmee is mijn pleit voor de behandelwet waarschijnlijk niet ten einde.

De voorzitter: Het is in uw ogen dus nog niet voldoende.

De heer Van Veldhuizen: Je moet een wet inrichten vanuit het principe van stepped care, dus stapje voor stapje. Je moet er vroeg bij zijn. Je moet ook goed omschrijven wat drang is en wat dwang. Daar moeten wij eens over nadenken. Er is jarenlang gezegd, ook in het openbaar bestuur, dat wij meer moeten dringen. Ik ben mij daar na mijn recente bezoek aan Australië wat op gaan bezinnen. Ik vind het wel zo helder als mensen eerder worden gedwongen door een externe instantie. De behandelaar en de patiënt zitten in hetzelfde schuitje. Dat is veel beter voor de relatie tussen behandelaar en patiënt. Soms is de behandelaar hier een beetje te veel aan het marchanderen en chanteren.

De voorzitter: Hij speelt een spel, misschien gebeurt dat zelfs over en weer.

De heer Van Veldhuizen: Waar ligt de grens tussen dwang en drang? Dat zou eens goed moeten worden onderzocht. Dat geldt ook voor de principes voor opname. Heeft iemand bijvoorbeeld recht op een veilige, gedwongen behandeling, zoals in andere landen bij wilsonbekwaamheid gebeurt?

De voorzitter: Hoe kan dat? De psychiatrie is toch een internationale wetenschap? Hoe kan het dat Nederland zich zo anders heeft opgesteld dan andere West-Europese landen?

De heer Van Veldhuizen: Wij waren meer antipsychiatrie en meer flower power in de jaren '70. Die periode is geweldig leuk geweest.

De voorzitter: Ik weet dat niet.

De heer Van Veldhuizen: Ik kan het u van harte aanbevelen. Onze reactie was dus heftiger. Er waren belangrijke Europese uitspraken op het moment dat wij onze wetgeving organiseerden. Ons drugsprobleem was ook iets groter.

De voorzitter: Wat is de praktijk in andere Europese landen? U noemde Schotland en Australië. Stel dat ik naar die landen ga. Zie ik daar op papier en in de praktijk minder problemen?

De heer Van Veldhuizen: Niet in alle landen.

De voorzitter: U noemt een aantal voorbeelden.

De heer Van Veldhuizen: Wij zijn recentelijk in Melbourne en Sydney geweest. In een grote stad als Melbourne lijken er minder daklozen rond te lopen dan in een grote stad in Nederland. Het uitzoeken wie een stoornis heeft en wie in aanmerking komt voor ambulante hulp of kortdurende opname, gebeurt daar naar ons gevoel behoorlijk alert. Ik wil de grote steden in Nederland geen onrecht doen, maar ik denk dat zij met het plan van aanpak maatschappelijke opvang dat is gelanceerd een inhaalslag willen maken.

De voorzitter: U hebt een aantal keren Australië als voorbeeld gegeven. U bent daarheen geweest. U hebt u goed verdiept in de situatie daar. Kunt u schetsen hoe het daar is georganiseerd?

De heer **Van Veldhuizen**: Ten eerste is de zorg in kleine subregio's georganiseerd. Dat zijn wij nu ook aan het doen voor GGZ Noord-Holland-Noord. Wij hebben een inwoneraantal van ongeveer 450.000 mensen. Er zijn negen subregio's, dus per subregio zijn er 50.000 inwoners. In zo'n subregio hebben wij ongeveer 200 langdurige zorgpatiënten die in behandeling zijn bij één functie-ACT-team, ook wel wijkteam genoemd. Die wijkteams kunnen met een lange adem rustige zorg geven: eens in de week of eens in de twee weken. Wanneer iemand tekenen begint te vertonen van recidivepsychose of wanneer iemand weer gaat drinken, kunnen wij de zorg opschalen tot twee keer per dag, ook in het weekend. Dat kunnen wij een paar weken lang doen, maar ook heel lang. Het zijn multidisciplinaire teams, er zitten dus niet alleen verpleegkundigen in, maar ook een psychiater of soms een psycholoog. Er komt nu ook een verslavingsdeskundige bij.

De **voorzitter**: Waar is dat op geïnspireerd?

De heer **Van Veldhuizen**: Dat is geïnspireerd op het model van Assertive Community Treatment. Dat is ontwikkeld in Amerika en overgewaaid naar Australië. Dat model staat wereldwijd bekend als de evidence based-aanpak voor deze patiënten. In Rotterdam, Delft en Utrecht zijn dat soort teams al actief. Wij hebben een meer rustige regio: Alkmaar, Den Helder en Schagen, een ruraal gebied. Wij hebben functie-ACT-teams georganiseerd. Dat lijkt erg op Assertive Community Treatment, maar met een heel lange adem. Een ander belangrijk aspect is dat die teams deel uitmaken van onze organisatie. Er is een circuit voor langdurige zorg met een opnamekliniek voor deze mensen. Als deze mensen uit die wijkteams terugvallen, dan worden ze opgenomen. Dat kan op elk uur van de dag. Er staat een bed op recept, zoals wij dat noemen. In dat circuit zitten ook de fpa en een dubbele diagnoseafdeling. Daarmee hopen wij een zorgsysteem te bouwen dat een behoorlijk antwoord biedt op een heleboel veel voorkomende vragen.

De **voorzitter**: Wat moet ik verstaan onder een dubbele diagnoseafdeling?

De heer **Van Veldhuizen**: Dat is een afdeling voor mensen die niet alleen een as1-diagnose hebben, schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis, maar ook een verslavingsstoornis. Het is een aparte afdeling voor schizofrene mensen met een ernstige verslavingsproblematiek. Veel mensen komen daar met een rechterlijke machtiging. Wij proberen ze uiteindelijk op een gemotiveerde manier terug te krijgen in de maatschappij, vaak niet helemaal clean, maar met een mate van gebruik waardoor het weer lukt. Dan komen ze weer bij hun wijkteam terecht. Als ze na vier maanden, acht maanden of een halfjaar uitglijden, dan gaan ze weer even terug. Die wijkteams kunnen het niet alleen. Zij hebben de kliniek nodig en de kliniek heeft die teams nodig. Het gaat om schakelen. In Noord-Holland is de instelling voor de beschermende woonvormen met ons gefuseerd. Die mensen kunnen ook in die woonvormen wonen en zo kunnen wij ze begeleiden.

De **voorzitter**: Ik probeer even advocaat van de duivel te spelen. Wij begonnen met het signaleren van een probleem in Nederland dat met een aantal maatschappelijke

ontwikkelingen te maken heeft. U had het zelf over de grote steden, waar veel gebeurt. U vergeleek het met Melbourne, een grote stad in Australië. U schetst nu hoe het gaat in Noord-Holland-Noord. De problematiek daar is heel anders. Kan dit ook in de grote steden?

De heer **Van Veldhuizen**: Dat kan ook in de grote steden; dat is mijn overtuiging. De grote steden hebben een aantal specifieke ACT-teams nodig voor de heel moeilijke groep patiënten, ook omdat die groep zich vaak niet houdt aan één wijk. Zo'n ACT-team moet iemand van wijk tot wijk kunnen volgen. Uiteindelijk gaat het erom dat wij de zorg in de wijken, met wijkteams, ACT-achtige teams of casemanagementteams, zo gaan organiseren dat de mensen in de zorg blijven. Je moet het zo organiseren dat de zorg attractief is en interessant voor mensen. Als het goed gaat met iemand, moeten wij elke keer weer zoeken naar het perspectief. Wat wil iemand zelf? Wat wil hij met zijn leven? Wil hij een stapje opbouwen?

De **voorzitter**: Je krijgt ze in het vizier en je houdt ze in het vizier omdat verschillende organisaties samenwerken.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja, precies.

De **voorzitter**: Nu hoorden wij in het vorige gesprek dat er zulke lastige mensen zijn dat ze op een zwarte lijst staan. Hebt u zwarte lijsten in uw regio?

De heer **Van Veldhuizen**: Ik hoorde het en ik was boos. Volgens mij is het niet zo. Ik heb onmiddellijk vijf grote instellingen telefonisch geraadpleegd. Zij kennen het bestaan van een zwarte lijst niet. Dat is volgens mij een verhaal uit het begin van de jaren '90. Ik herken het niet. Wij hebben wel heel moeilijke mensen. Als ze aankomen, zegt iedereen: o, moet dat weer! Je moet die mensen blijven begeleiden, ook in de wijk. Tegenwoordig zegt de opnameafdeling in ons circuit dat de mensen minder verloederd in de kliniek aangeleverd worden. Er wordt eerder tegen mensen gezegd dat ze drie weken naar de kliniek moeten gaan om op te knappen en weer bij te tanken. Daarna gaan ze weer terug. Je houdt natuurlijk altijd mensen voor wie iedereen bang is. Dat is een heel ander aspect: wij zijn niet onnipotent. In een van de eerste hoorzittingen, is de heer Wolters aan het woord geweest.

De **voorzitter**: Een officier van justitie.

De heer **Van Veldhuizen**: Ik weet niet of hij goed is geciteerd, maar hij heeft gezegd dat de officier van justitie een verplichte forensische plaatsing moet kunnen opleggen aan de ggz. Als dat echt zou gebeuren, zou dat het maximum laadvermogen van de personenauto ggz overschrijden. Dan gaat de auto door zijn wielen. De ggz staat klaar om veel meer mensen op te vangen, maar er zijn drie randvoorwaarden. Ten eerste meer deskundigheid, ten tweede betere outillage en ten derde andere wet- en regelgeving. Vooruitlopend op die behandelwet zou een voorlopige oplossing het idee van de heer Van Panhuis over artikel 37 kunnen zijn.

De **voorzitter**: Hij wil een groep tbs'ers met een specifieke stoornis, psychotici, op een andere manier benaderen. Hij zegt dat mensen met deze stoornis een andere behandeling nodig hebben. Beamt u dat?

De heer **Van Veldhuizen**: Het probleem van artikel 37 is dat je het alleen kunt opleggen aan een psychotisch iemand die geheel ontoerekeningsvatbaar is. Het stopt altijd na één jaar en kan alleen worden verlengd door de civiele rechter. Wat de heer Van Panhuis zegt, heeft de steun van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Hij zegt dat wij moeten overwegen om het ook op te leggen aan mensen die gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar zijn, maar die wel een psychose hebben. Ten eerste zegt hij dat de ziekte meer bepalend moet zijn voor het indiceren dan de toerekeningsvatbaarheid. Ten tweede vindt hij dat het verlengd moet kunnen worden door de strafrechter. Ten derde wil hij dat er een behandelmaatregel van wordt gemaakt.

De **voorzitter**: Betekent dat ook dat je die mensen geen tbs-maatregel meer oplegt of dat je die mensen niet meer in dezelfde tbs-kliniek behandelt?

De heer **Van Veldhuizen**: Ja, precies.

De **voorzitter**: Allebei?

De heer **Van Veldhuizen**: Ik denk dat het aantal psychotische tbs'ers dat goed kan worden verpleegd in de ggz, ten minste driehonderd is, mits er goede voorzieningen komen.

De **voorzitter**: Driehonderd personen uit de huidige tbs-populatie?

De heer **Van Veldhuizen**: Ja. Je zou moeten komen tot de oprichting van twee of drie klinieken voor psychose-zorg van ongeveer honderd mensen die samenwerken met de bestaande fpk's in een goed regionaal verband. Een van de problemen bij tbs is dat het niet geregionaliseerd is. Dat hele scala van uitstroom kun je dus niet organiseren. Wanneer je twee of drie klinieken zou oprichten, zou je tweehonderd of driehonderd mensen uit de tbs kunnen laten uitstromen, onder wie ook een aantal long stay-mensen. Daardoor zou je uiteindelijk de problematiek aan de voordeur van tbs, waar 225 mensen aankloppen, kunnen terugbrengen. Dat is ontzettend belangrijk, omdat Europa ons op het matje roept.

De **voorzitter**: Dat werd eerder al gezegd door prof. Van Marle. Er stromen zoveel mensen in. Als wij zo doorgaan, kunnen wij er jaarlijks een ouderwetse kliniek bij bouwen. Nu kan ik u goed volgen. U redeneert als psychiater vanuit de behandeling. Specialiseer je in patiënten met een bepaalde stoornis, een bepaalde psychische ziekte, te weten psychotici. Concentreer je daarop in aparte klinieken. Nu heeft tbs een dubbeldoel: zowel behandelen als beveiligen. De maatschappelijke discussie is voornamelijk ingegeven door het thema veiligheid. De samenwerking moet ook veilig blijven. Wat doet het voorstel van u en de heer Van Panhuis met veiligheid?

De heer **Van Veldhuizen**: Eigenlijk is het heel gemakkelijk. Iedereen heeft uiteindelijk baat bij het goedkoopste systeem dat goede zorg, goede behandeling en veiligheid garandeert, ook de patiënten. Het goedkoopste systeem is ook het minst restrictieve systeem. Hoe meer muren er om iemand heen staan, hoe duurder het systeem is. Het zou beter zijn wanneer je vanuit de tbs mensen kunt overplaatsen naar een forensisch- psychiatrische kliniek.

In het buitenland zijn er heel interessante voorbeelden van gespecialiseerde forensische psychoklinieken voor alleen psychotische mensen. Daar wordt heel veel deskundigheid over die mensen opgebouwd. Dan hoeft die kliniek niet ook nog veel deskundigheid over andere mensen in huis te hebben. Je kunt de kennis dus iets sneller opbouwen. Als je die klinieken zou opbouwen, zou het iets minder duur zijn, maar even veilig. Vervolgens zou je die mensen de klinieken moeten laten uitstromen naar een zorgsysteem met een goede vorm van forensisch-psychiatrische zorg, bijvoorbeeld die wijkteams, mits ze worden aangepast.

De **voorzitter**: Begrijp ik het goed dat de grote hekken rondom de tbs-klinieken in eerste instantie niet bedoeld zijn voor mensen met deze stoornis, omdat zij niet zo gevaarlijk of vluchtgevaarlijk zijn?

De heer **Van Veldhuizen**: In het begin waren ze er wel voor bedoeld. Er zijn ook psychotische mensen die in de tbs moeten blijven. Een grote groep patiënten zouden wij in psychoseklinieken kunnen behandelen, mits wij ze mogen behandelen. Als wij niet mogen behandelen, dan zou ik er nog wat hekken bij bestellen.

De **voorzitter**: Er is dus een koppeling tussen die twee. Zolang je die medicatie niet verplicht kunt opleggen, zijn die mensen gevaarlijk en houd je ze in de huidige tbs-klinieken.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja.

De **voorzitter**: Als je ze mag behandelen, dan is dat niet nodig. U pleit ervoor dat klinieken zich daarin specialiseren.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja. U hebt een forensisch-psychiatrische kliniek bezocht. Die is ook beveiligd, maar minder zwaar dan een tbs-kliniek. Daarin heb je natuurlijk allerlei gradaties. De psychoseklinieken die ik in het buitenland heb bezocht, hebben die organisatie ook. Het is heel belangrijk dat zij werken in een regionaal netwerk. Voor tbs is na IBO 2 besloten dat er niet zou worden geregionaliseerd. Dat had een goede reden. Men wilde kunnen benchmarken en men wilde alle klinieken even stevig maken. Een van de grote problemen doet zich voor bij de uitstroom. Het is erg ingewikkeld als iemand uitstroomt vanuit Groningen en in onze regio wil resocialiseren.

De **voorzitter**: Nu kan ik mij die regionalisatie wel voorstellen in landen als Amerika en Australië. Die zijn onvergelijkbaar met Nederland. Nederland is zelf een regio als je het vergelijkt met dat soort landen. Is het hier wel nodig? Is het verschil tussen Groningen en Rotterdam zo groot dat je het regionaal moet organiseren? Dat is tussen 150 en 200 kilometer.

De heer **Van Veldhuizen**: Ik ben daar toch een voorstander van. Er werd van de week vrij gemakkelijk gezegd dat je iemand wel een keer naar Utrecht kunt begeleiden als hij vanuit Groningen wil resocialiseren in Utrecht of dat je hem overdraagt aan andere behandelaars. Van een psychosebehandeling wordt iemand niet echt "beter" in de zin van volledige genezing. Iemand wordt begeleidbaar. Hij kan leren omgaan met zijn psychose. Hij kan een

aantal relaties opbouwen die hem daarin kunnen helpen. Als je iemand 150 kilometer verderop zet, dan ben je die relaties in elk geval kwijt. Je moet alle kleine ingrediënten van zorg inzetten die je kunt gebruiken. Natuurlijk is alles wat ik zeg relatief. Ik als behandelaar vraag mij af waarom het bij ons op het ogenblik heel aardig werk. De psychiaters van de fpa, de mensen van de dubbele diagnose, de verslavingskliniek en de wijkteams zitten elke week een uur bij elkaar. Zij overleggen over van alles en nog wat en dat gaat als volgt. De spanning loopt bij iemand te hoog op. Is het niet verstandig dat hij nog even terugkomt? Dan ontstaat er een heel hecht zorgnetwerk om mensen heen, waardoor je redelijke garanties kunt geven. In de regio waar ik werk, zijn de minste bedden per hoofd van de bevolking. Wij hebben dat een klein beetje afgekeken van andere landen. In de afgelopen zeven jaar hebben wij geen enkele patiënt uit onze eigen regio hoeven te weigeren. Wij kunnen altijd opnemen. Als je het ambulante zorgsysteem goed maakt, kan de klinische functie uitstekend worden georganiseerd.

De voorzitter: En dan kun je over en weer samenwerken en iemand inschakelen wanneer het nodig is.

De heer Van Veldhuizen: Precies.

De voorzitter: Wat is er maatschappelijk aan de hand? Ik ben geen psychiater. Ik pretendeer ook niet precies te weten wat psychotici zijn, maar het komt steeds terug in de gesprekken. In het vorige gesprek bleek dat deze mensen veel meer dan voorheen in de gevangenissen zitten. In de tbs-klinieken zitten zij ook veel meer dan voorheen. Wij hebben veel meer dak- en thuislozen. Misschien praten wij vaak over dezelfde mensen, afhankelijk van het tijdsverloop. Wat is de oorzaak daarvan? Je hoort ook mensen zeggen dat het een vast percentage van de bevolking is.

De heer Van Veldhuizen: Er is enige groei. Er is enig extra risico bij de nieuwe, jonge allochtonen in de achterstandswijken. Daar zie je een hoger percentage, maar dat is te verwaarlozen. Ik denk dat veel van de mensen die wij nu zien in tbs, in de gevangenissen en op straat in het verleden in de psychiatrische inrichtingen zaten. In de jaren '80, dat heb ik zelf ook meegemaakt, mocht je niets doen. De enige oplossing was dat je RM ophief en de achterdeur opendeed.

De voorzitter: Met de RM bedoelt u de rechterlijke machtiging?

De heer Van Veldhuizen: Ja. Dat was de enige manier om je personeel en de medepatiënten te beschermen. Je wilde ook niet terechtkomen in een situatie van eindeloze separatie.

De voorzitter: Wat bedoelt u met het beschermen van medepatiënten en collega's? Werden die mensen zo agressief en gevaarlijk?

De heer Van Veldhuizen: Deze mensen leven in een groep van twaalf tot vijftien mensen. Als iemand uitermate querulerend en bedreigend is, worden de andere patiënten die voor hun gezondheid komen er niet veel beter op.

De voorzitter: Maar die persoon komt dan op straat te staan.

De heer Van Veldhuizen: Die persoon kwam op straat te staan met al zijn ellende. Tegenwoordig hebben wij daar de kliniek intensieve behandeling voor. Dat is een aparte kliniek in Amsterdam. Als patiënten bij ons het afdelingsklimaat blijvend ontwrichten, kunnen wij de kliniek in Amsterdam vragen om de behandeling een tijdje over te nemen. Zij kunnen ons dan adviseren hoe wij daar beter mee kunnen omgaan. De psychiatrische ziekenhuizen in Nederland zijn eigenlijk maar mondjesmaat afgebouwd. In de Europese Unie zijn wij het vierde land wat betreft het aantal psychiatrische bedden per hoofd van de bevolking. Wij hebben 151 bedden per 100.000 inwoners. Het gemiddelde in de Europese Unie is 86 bedden per 100.000 inwoners. Engeland doet het met 90 bedden. Wij hebben dus een heleboel bedden, maar er is een psychologische deinstitutionalisering opgetreden, zoals ik dat noem.

De voorzitter: Zijn die bedden dan leeg?

De heer Van Veldhuizen: Nee, die bedden zijn vol, maar wij stellen geen grenzen. Wij hebben het afgeleerd om grenzen te stellen. Bovendien worden de bedden veel langer belegd door dezelfde mensen, omdat wij niet op tijd mogen behandelen. Al deze patronen hebben geleid tot het ggz-systeem. Ik vind overigens dat het in de laatste vier, vijf jaar ontzettend aan het veranderen is in het hele land. Er zijn veel goede initiatieven: ACT-teams, veel meer transmuraal werken en veel meer continuïteit van zorg.

De voorzitter: Begrijp ik het goed dat u zegt dat een aantal ontwikkelingen elkaar versterkt hebben? Dat zie je terug op straat bij de dak- en thuislozen en in de algemene psychiatrie. Wij hebben nog steeds dat grote aantal bedden nodig. Maar je ziet het ook aan de groei van het aantal tbs-klinieken. De maatschappelijke ontwikkelingen en de beperkte wettelijke instrumenten versterken elkaar.

De heer Van Veldhuizen: Dat kunnen wij ons aantrekken. Wij hebben veel te lang vastgehouden aan de scheiding tussen verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg. Laat dat een goede les zijn. De inmiddels geïntegreerde ggz/verslavingszorg mag niet gescheiden worden van de forensische zorg. Ik maak daar twee opmerkingen over. Ten eerste bent u geïnformeerd over een systeem in New York: de Assisted Outpatient Treatment, Kendra's law. Daar is een aantal interessante zaken ingevoerd. Patiënten die in verband met een psychose een delict hebben gepleegd, worden daar strafrechtelijk veroordeeld tot een behoorlijk intensieve begeleiding, ook door zo'n ACT-team. Zo'n ACT-team heeft wat meer forensische deskundigheid. Er is dus niet alleen de ggz en de verslavingszorg, maar ook de forensische zorg. Zij zijn dus wat scherper op recidivesymptomen, signaleringsplannen en risicomanagement. Het interessante is dat men een systeem heeft gebouwd, waarmee niet alleen de patiënten heel strikt worden gecontroleerd maar ook de hulpverleners. Naar aanleiding van het vorige gesprek met uw commissie heb ik samen met een collega, de heer Berkhout, een concept-artikel geschreven over check, check en double check. Als u het interessant vindt, zal ik u dat graag overleggen.

De **voorzitter**: Graag.

De heer **Van Veldhuizen**: Wij gaan ervan uit dat je in Nederland zou kunnen proberen om forensische deskundigheid in ACT-teams of functie-ACT-teams in te bouwen. Dat is de eerste check. Dan is zo'n zorg- en behandelteam gespitst op recidivegevaar en dat soort zaken. De tweede check zouden wij graag extern laten doen door de reclassering. Het is altijd goed als er iemand op patiëntniveau extern meekijkt. De double check zou een systeemcheck kunnen zijn. Er zou een regionale of een landelijke autoriteit moeten komen die doet wat men in New York doet. Dat is op het eerste gezicht misschien wel schokkend voor veel hulpverleners en het zal waarschijnlijk niet door iedereen worden toegejuicht. In New York worden eens per maand 5% van de dossiers getrokken. Dan wordt gecheckt welke zorg deze mensen krijgen en of het door de rechter opgelegde behandelplan de facto wordt uitgevoerd door het zorgteam. Als men dat niet doet, heeft die regionale autoriteit enerzijds een juridische autoriteit, maar zij kan anderzijds ook wat doen met het geld. Dat zorgt er wel voor dat er vrij precies gewerkt wordt.

De **voorzitter**: Je hebt dus verdergaande bevoegdheden, maar daarachter is steeds een controle mogelijk. Er wordt gecontroleerd of er goed gebruik van wordt gemaakt en of het wordt nageleefd.

De heer **Van Veldhuizen**: Het is niet dat ggz-mensen dingen niet doen, omdat zij dat niet willen. Je hoopt dat je na twee jaar behandeling een relatie hebt opgebouwd met een psychotische patiënt die een ernstig delict heeft gepleegd. Je hoopt je te kunnen bezighouden met rehabilitatie. Je hoopt dat je dan over heel andere dingen spreekt. Het is goed als je dan nog steeds weet welke risicofactoren er zijn. Als iemand weer dit of dat doet of dit of dat gebruikt, moet je ingrijpen. Dan moet je een ACT-team hebben dat de rustige zorg snel kan opvoeren tot intensieve zorg. Als de mensen uit zo'n team zich zorgen maken over een patiënt, kunnen zij wat vaker langskomen. In het transmurale concept moet iemand even terug kunnen gaan naar een fpa, een verslavingsafdeling of een gewone opnameafdeling.

De **voorzitter**: Wij horen steeds dat je niet zomaar dossiers kunt inkijken. Dat is in het voorgaande gesprek gezegd, maar ook eerder. De patiënt moet toestemming geven om het dossier te overleggen. Is dat ook een voorwaarde die bij dat systeem hoort?

De heer **Van Veldhuizen**: Dat zou er zeker bij horen. Ik denk dat dit systeem veel beter kan werken als het idee van de heer Van Panhuis over artikel 37 zou worden uitgewerkt en natuurlijk moet op den duur die prachtige behandelwet worden ingevoerd. Omdat het allemaal wat vlug moet, zou je met de huidige BOPZ-reparaties nieuwe zorgsystemen kunnen opbouwen. Daarbij moet je rekening houden met de suggesties van de heer Van Panhuis. Het zou mij interessant lijken om in Nederland op deze basis eens een aantal proefprojecten te beginnen om te zien of het werkelijk helpt. Daar zet ik mijn hoop op. Zo'n wijkteam moet een stuk of zes mensen begeleiden die een forensische loopbaan hebben gehad en het moet scherp worden gehouden door een forensisch deskundige in dat team. Is het mogelijk dat zij eerder gevaarscriteria

ontdekken bij mensen die nog geen forensische titel hebben? Ontdekken zij eerder wanneer zij over medicatie of opname moeten gaan praten, omdat het anders verkeerd gaat? Ik hoop dus dat het ook een preventief effect zal hebben.

De **voorzitter**: Daar gaat het natuurlijk om. Ik kan mij voorstellen dat u de schoonheid van het systeem zelf ziet, zoals u het beschrijft. Het is een mooie organisatie en het ziet er mooi uit. De vraag is natuurlijk of dit het gewenste effect heeft.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja.

De **voorzitter**: Voorkomt het overlast? Voorkomt het gevaarlijk gedrag? Voorkomt het diefstal of erger?

De heer **Van Veldhuizen**: Dat zul je allemaal moeten gaan meten.

De **voorzitter**: Is het al gemeten in New York?

De heer **Van Veldhuizen**: Ja, dat is in New York gemeten. Het is heel imponerend. Overigens vond iets meer dan 50% van de patiënten deze maatregel te intrusief, te indringend, te beperkend. Interessant was dat er 80% minder recidives waren en 75% minder opnamedagen. In Amerika wordt er altijd erg gerekend. Er was veel minder drugsgebruik. Wat ik het meest interessante vind en wat mij uiteindelijk echt motiveert, is dat na zo'n behandeling van drie, vier jaar meer dan 80% van de patiënten vindt dat de eigen autonomie is toegenomen.

De **voorzitter**: Zij kunnen zich beter redden?

De heer **Van Veldhuizen**: Uiteindelijk kom je weer bij het autonomiebeginsel uit. Ik heb het niet over het autonomiebeginsel van de wilsonbekwame die verschrikkelijk slechte dingen kan doen, maar over het iemand helpen om autonoom te worden, zodat hij zijn eigen beslissingen kan nemen.

De **voorzitter**: U zegt dus dat uit de cijfers een gigantische vermindering van de problemen blijkt.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja.

De **voorzitter**: Lagere kosten.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja.

De **voorzitter**: En de patiënten zijn beter af, omdat zij zich beter staande kunnen houden na verloop van tijd.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja. Alleen heeft de cliëntenbeweging aangegeven het te stringent te vinden. Daarom is deze maatregel niet definitief ingevoerd maar met een horizonbepaling verlengd. Men gaat dus door met onderzoek.

De **voorzitter**: Het loopt dus een aantal jaren en dan evalueert men of de beoogde effecten worden bereikt.

De heer **Van Veldhuizen**: Ja.

De **voorzitter**: U hebt daar het een en ander over op papier gezet. Wij zouden dat graag van u ontvangen. Ik heb nog een laatste vraag voordat ik het woord aan een ander geef. U noemde het woord onderzoek. Ik zag in uw curriculum vitae staan dat u bij ZonMw betrokken bent. Dat is de organisatie die via de overheid geld kan toebedelen voor onderzoek. Wat gebeurt er in Nederland op het gebied van forensisch-psychiatrisch onderzoek, bijvoorbeeld vanuit ZonMw? Stimuleren wij universiteiten om up to date te blijven bij behandelmethoden, medicatie et cetera? Daar is nogal wat kritiek op geweest in de afgelopen twee weken.

De heer **Van Veldhuizen**: Ik moet u daarop het antwoord schuldig blijven. Ik zit in de commissie Vraagsturing en dat is niet het centrale thema in de forensische zorg. Vraagsturing betekent dat je goed reageert op de vraag van de patiënt. Hoe kunnen wij patiënten informeren over internet en dat soort zaken? Ik zit dus niet in de forensische hoek van ZonMw.

De **voorzitter**: Dus daar hebt u geen zicht op. Ik geef het woord aan mevrouw Joldersma.

Mevrouw **Joldersma**: Ik ga even terug naar het begin van uw verhaal. U had het over de dwangbehandeling voor de patiënt en over uw prachtige behandelwet. U zegt dat de patiënt recht heeft op dwangbehandeling, want uiteindelijk wordt de patiënt daar beter van. Beter zet u dan tussen aanhalingstekens. De patiënt kan zich dan beter redden. In de toelichting hebt u het eigenlijk vooral gehad over de psychotici. Daar kan ik mij veel bij voorstellen. Die mensen geef je eerder een dwangbehandeling. Dan krijgen zij zelf het inzicht dat die medicijnen goed voor ze zijn en kun je de behandeling voortzetten. Kunt u zeggen wat die dwangbehandelwet van u voor betekenis heeft voor de persoonlijkheidsgestoorden? Daar heb je natuurlijk allerlei varianten in. Ik probeer mij voor te stellen wat dwangbehandeling voor hen betekent. Wat kun je die mensen laten doen?

Ik koppel daar een tweede vraag aan. In uw behandelwet heeft dwangbehandeling veel te maken met het criterium van de behandelbaarheid van mensen. Wij zijn in Engeland geweest, waar wij de Mental Health Act hebben bestudeerd. Er is een criterium van behandelbaarheid, maar daar wil men eigenlijk weer van af, want dat was voor instellingen een reden om bepaalde patiënten te weigeren. Ik kijk even naar uw behandelwet. Ik begrijp het dat u meer mogelijkheden wilt voor dwangbehandeling. Moet er voor de instelling geen plicht tot dwangbehandeling in worden opgenomen? U hebt gezegd dat er nu een capaciteitsprobleem is, maar soms heb ik de indruk dat de mensen in de ggz lastige patiënten soms liever niet behandelen. Eigenlijk is de ggz verplicht om deze personen te behandelen.

De heer **Van Veldhuizen**: Ik begin met dwangbehandeling bij persoonlijkheidsstoornissen. In de voorstellen voor die behandelwet zitten delen van de informatie die ik uit Australië heb gekregen. Daar duurt de inbewaringstelling maar 48 uur. Als iemand met een persoonlijkheidsstoornis heftig uit de bol gaat, is hij na 24 of 48 uur wel op zijn voeten terechtgekomen. Dat hoeft dus niet drie weken te duren. Dat is een apart instrument. Dwangbehandeling van persoonlijkheidsstoornissen is er eigenlijk nauwelijks of niet. Daar hebben wij althans geen medicijnen voor.

Dan is er de ouderwetse tbs. Je weet dat je niet van de afdeling afkomt als je niet verandert. Dat is de beste vorm van dwangbehandeling. Ik vind dat wij daar in Nederland heel knap in zijn en dat wij daar goede resultaten mee boeken. Wij hebben het nu alleen over de psychose. Ik zou die laag er willen afpellen. Voor de rest denk ik dat er goede dingen gebeuren in de tbs.

Dwangbehandeling van persoonlijkheidsgestoorden is lastig. Die mensen moeten gaan inzien dat zij anders moeten gaan leven. Mensen met een seksuele problematiek kun je soms ondersteunen met hormonale vormen van behandeling. Dat wordt altijd gedaan in de sfeer van: take it or leave it. Als je het niet doet, ben je veroordeeld tot long stay. Dat zou je een heel zware vorm van drangbehandeling kunnen noemen. De persoonlijkheidsgestoorden kun je dus geen dwangbehandeling geven. Vroeger werden zij in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen en werden er allerlei dingen gedaan, maar het schoot niet ontzettend op. Wij doen het tegenwoordig alleen nog maar op heel gespecialiseerde afdelingen of in sommige therapeutische gemeenschappen. Je hebt bijvoorbeeld afdelingen voor mensen met anorexia nervosa. Je moet echt heel gespecialiseerd zijn. Over het algemeen zullen mensen met een persoonlijkheidsstoornis in Nederland en in de rest van de wereld ambulantly behandeld worden. Als je dat wilt, moet je dat doen. Als je dat niet wilt, zul je een erg narcistische of een psychopathische meneer blijven. Zolang je niet over de grenzen gaat, kunnen wij je niet achter de vordden zitten.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk zegt u daarmee dat die behandelwet vooral voordelen heeft voor de psychotische patiënten.

De heer **Van Veldhuizen**: Jazeker. Er zijn wel andere overwegingen. In Engeland heb je de zogenaamde asbo's, anti-social behaviour orders. Die zijn bedoeld voor mensen die zich zeer antisociaal gedragen. Zij worden door de politie opgepakt. Daar heeft de ggz niets mee te maken. Er wordt alleen gescreend of zij misschien een psychose hebben. Daar hebben ze dus een lik-op-stukbeleid voor antisociaal gedrag. Dat kan ik mij best voorstellen, maar dat heeft met de behandelwet niets te maken.

Mevrouw **Joldersma**: Dan had ik nog een tweede vraag. Moet er voor de ggz niet ook een behandelplicht komen? Ik zie het even los van de capaciteitsproblemen.

De heer **Van Veldhuizen**: Nee. Ik ben ook lid van de richtlijncommissie dwangbehandeling van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Wij komen hopelijk over een jaar met een goede richtlijn. Dwangbehandeling is iets tussen de professional en de patiënt en niet tussen de inrichting en de patiënt. Dat is toch een andere relatie. Wij zullen heldere richtlijnen geven voor die professionals. Richtlijnen geven weer wat in de wereld de best practice is, maar je kunt ervan afwijken als je het goed motiveert. Een dwang tot behandelen: nee.

Mevrouw **Joldersma**: Dat betekent dus dat de professional mag blijven weigeren om iemand te behandelen.

De heer **Van Veldhuizen**: Nee. De professional trekt de macht naar zich toe. Hij wil zich niet via een algemene regel laten verplichten dwangbehandeling te geven. In de

behandelwet heb ik ook voorgesteld om de bemoeienis van de rechter en de klachtcommissie te laten vervangen door een driemanschap, door wat ze in Australië een Mental Health Review Board noemen. Daar wendt de behandelaar zich met het voornemen tot dwangbehandeling tot de Mental Health Review Board. De behandelaar, de patiënt, een familielid en eventueel een advocaat van de patiënt komen voor de Board. De board bestaat uit een driemanschap voorgezeten door een jurist met daarnaast nog een psychiater en een member of the community, soms ook een ervaringsdeskundige. Die drie mensen bespreken de proportionaliteit van het voorstel van de behandelend arts met de patiënt en uiteindelijk leggen zij het behandelplan voor een half jaar of, als het wordt verlengd, voor één jaar op aan de patiënt. Het interessante is dat die Mental Health Review Board een geheugen heeft. Als je terugkomt, ligt er dus een dossier. Onze rechters hebben wel een geheugen, maar vrouwe Justitia heeft dat anders georganiseerd. Vaak is het voor een rechter een nieuwe beslissing. Zo'n Mental Health Review Board gaat ook uit van de behandelprincipes. De board toetst op grond van de behandelprincipes en niet op grond van opsluiting, separatie en gevaar.

Mevrouw Van Velzen: U hebt net uitgelegd wat die wijkteams doen. Zij kunnen mensen ook doorverwijzen naar een zogenaamde dubbediagnoseafdeling. Het gaat dan om iemand die verslaafd is en een psychische stoornis heeft. Nu is er ook een groep mensen die dak- of thuisloos zijn en met eenzelfde dubbele diagnose rondlopen. Ik heb de indruk dat die mensen moeilijk opvang, nachtopvang, vinden, juist door die dubbele diagnose. Daarnaast ontwijken zij hulpverleners. Zij komen daardoor minder snel in het vizier van de hulpverleners. Wat doet zo'n ACT-team of zo'n wijkteam met deze mensen?

De heer Van Veldhuizen: Dat zijn twee verschillende vragen. Een ACT-team gaat door de hele stad. Dan moet u bijvoorbeeld denken aan het schitterende team van Jules Tielen in Amsterdam. Hij gaat als straatpsychiater op zijn fiets achter de patiënten aan en hij probeert ze steeds te verleiden om van de zorg gebruik te maken, om uit die situatie van dakloosheid te raken. Overigens zien teams het regelmatig als een winstpunt dat zij zoveel informatie over iemand hebben dat er een rechterlijke machtiging kan worden uitgeschreven als er geen attractieve binding ontstaat met de mensen. Als zij zich zorgen maken over het gevaarscriterium, komt er een rechterlijke machtiging. In de grote stad moet je het zo doen. In kleinere steden, zoals Haarlem, Alkmaar en Groningen, kun je het met die wijkteams op veel kleinere schaal doen. Daar heb je de kreet casebinding en casefinding. Casebinding betekent dat je de mensen in zorg houdt. Als wijkteam heb je ook een gezicht. Je zult als wijkteam dan ook eerder van mensen uit de buurt, de wijkagent of de eerste lijn horen dat er iemand achter de geraniums zit of dat er iemand in een portiek slaapt. Dan ga je actief op zoek naar deze patiënten.

Mevrouw Van Velzen: Herkent u het beeld van de gestoorde en verslaafde dakloze die niet in de opvang terecht komt en daardoor eerder verkommt?

De heer Van Veldhuizen: Ja, dat zie ik in veel steden in Nederland, zeker in de grote steden. Daar zijn de

problemen echt groter. Wij hebben het gevoel dat wij dit probleem in onze regio een beetje onder de duim beginnen te krijgen, maar dat is natuurlijk altijd een gok. Ze zullen er ongetwijfeld zijn, maar psychotische personen met een verslavingsproblematiek zonder dak boven het hoofd zijn in onze regio eigenlijk best bijzonder.

Mevrouw Van Velzen: Zegt u dan dat het in de andere regio's en in de grote steden anders is? In de grote steden moet de opvang zo georganiseerd worden dat mensen die extra lastig zijn, dus met een dubbele diagnose, opgevangen worden.

De heer Van Veldhuizen: Er zou een veel hechtere wijkszorg moeten zijn, maar daar zijn veel grotere problemen. U moet alleen al denken aan Rotterdam met meer dan 5000 illegalen. Als die mensen een psychiatrische ziekte hebben, hebben zij een probleem met het huidige verzekeringsstelsel. Het gaat om doorlopende lijnen van hulpverlening, forensische verslavingszorg en ggz. Ik maak mij ook zorgen over het plan van de commissie-Houtman om een deel van de financiering te gaan afzonderen. Ik zou zeggen dat er één financieringskader moet komen voor dit soort zorg. Elke knip, vanuit de wetgeving of de financiering, is er één te veel. Je moet hulpverleners in staat stellen een behoorlijk attractief en allround aanbod te kunnen doen – verleiden, dringen, dwingen – en daar horen geen knipjes bij.

De voorzitter: De financiering is een heel ander onderwerp. Dan komen wij niet aan andere onderwerpen toe. Mevrouw Albayrak wil u ook nog een vraag stellen.

Mevrouw Albayrak: U zegt dat het aantal mensen met een psychose in Nederland licht toeneemt, vooral in een heel specifieke groep. Dat zijn de jonge allochtonen in de achterstandswijken. Die jongeren komen vaak uiteindelijk in aanraking met justitie. Wij spreken vanmiddag met een jeugdpsychiater. Hij zegt dat dit vaak het eerste moment is waarop de psychoses zichtbaar worden. Hij zegt dat deze jongeren zelden toegang hebben tot de psychische zorg, de jeugd-ggz.

De heer Van Veldhuizen: Dat denk ik ook.

Mevrouw Albayrak: Dat bevestigt u?

De heer Van Veldhuizen: Ik denk dat wij daarin tekortschieten. Het aantal allochtone hulpverleners is in alle instellingen nog maar gering. Er zijn best goede voorbeelden. Het indringen in andere culturen, zeker in wijken die afgeschermd zijn van de samenleving, is echter ingewikkeld. Die mensen komen vaak veel te laat in contact met de ggz.

Mevrouw Albayrak: U bent directeur zorgontwikkeling. U zegt iets over de oorzaken ervan. Maar wat wordt eraan gedaan op dit moment?

De heer Van Veldhuizen: Er is tegenwoordig veel aandacht voor multiculturele hulpverlening. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft er ook een aparte sectie voor. Er komen dus steeds meer ideeën over de manier waarop je die culturen kunt bereiken. Het personeelsbeleid van GGZ-Nederland is erop gericht dat er meer variatie in de hulpverleningsteams komt. Maar je

kunt zeggen dat de ggz wat dat betreft achterloopt op het gevangeniswezen. Als ik een bezoek breng aan De Singel of Het Veer, dan zie ik veel meer mensen uit andere culturen in de personeelsteams dan in mijn eigen stichting. Dat heeft echter ook te maken met het opleidingsbeleid.

Mevrouw **Albayrak**: Ik maak nog een koppeling naar iets wat wij in Duitsland hebben gehoord. In Duitsland zijn er op dit moment meer mensen met een etnisch andere afkomst in de tbs-achtige voorzieningen dan in Nederland. Dat komt vooral doordat zij niet zijn behandeld voor hun psychose of andere stoornissen in de tijd voordat zij in de tbs komen. Het is nooit ontdekt. Staat dat ons in Nederland ook te wachten? Bent u daar bang voor? Is de urgentie om deze mensen te bereiken voor psychische behandeling groot?

De heer **Van Veldhuizen**: Eerst moet mij van het hart dat de Raad voor Strafrechtstoepassing ook zo'n project heeft voorgesteld. Wij wilden graag meer zeggen over transculturele hulpverlening, maar wij hebben nog geen antwoord gekregen van het departement op de vraag hoeveel mensen met een andere achtergrond in de tbs zitten. Dat zou ik dan eerst willen weten. Wie weet, kan uw commissie dat wel gedaan krijgen. Dat is ons niet gelukt. Bij de nieuwe tbs'ers vanuit andere achtergronden is er een probleemgroep die tot nu toe niet de revue is gepasseerd, namelijk de mensen die geen verblijfsvergunning hebben. Dat is een geweldig probleem. De Raad voor Strafrechtstoepassing heeft de rechtbanken erop gewezen dat dit niet aan deze mensen wordt opgelegd. Daaraan zie je dat er belangstelling is voor andere culturen. Dan kom ik bij uw vraag over de voorspelling dat mensen levenslang niet behandeld worden. Ik denk dat de toegankelijkheid van de ggz in Nederland toch een fractie beter is dan in Duitsland. Gaat u maar eens kijken op gewone opnameafdelingen, dus niet forensisch, in Rotterdam of Amsterdam. Dan zult u een volstrekt gemengde populatie zien. Ik denk dat die populatie een behoorlijke weerspiegeling is van de opbouw van de samenleving. Ik hoop dus dat zij bij ons beter in behandeling komen. Of ze het altijd beter doen, is de vraag. Mensen met een andere genetische achtergrond reageren soms heel anders op medicatie, maar dat zult u vanmiddag ongetwijfeld horen.

De **voorzitter**: Wij komen aan het eind van het gesprek. Er is veel besproken. Op een aantal zaken zullen wij later op de dag nog terugkomen. Wij liepen net op tegen het feit dat het niet duidelijk is hoeveel mensen zonder verblijfsvergunning een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen. Bij een maatregel waaraan resocialisatie onlosmakelijk verbonden is als doelstelling, is dat natuurlijk merkwaardig. Dat is niet aan onze aandacht ontsnapt. Ik dank u hartelijk voor uw komst.

De heer **Van Veldhuizen**: Ik dank u voor uw aandacht.

Sluiting 11.55 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 22 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag.

Woensdag 22 maart 2006

Aanvang 12.00 uur

Gehoord worden de heren drs. J.E. Wouda en drs. H.M. Don

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: De voorzitter: Ik heet welkom de heren Wouda en Don. Wij spreken graag met u over een specifiek onderwerp dat in verschillende gesprekken een aantal keren naar voren is gekomen, namelijk verslaving, verslavingszorg, reclassering en de relatie tussen bepaalde psychische stoornissen en verslavingen, alsook wat dat doet in behandeling. Dit onderwerp kwam eigenlijk vanaf de eerste dag naar voren. Iemand zei op een gegeven moment: je kunt een lichte stoornis hebben, maar verslaving zet de boel op scherp.

In het gesprek dat wij zojuist en vanochtend gehad hebben, kwam dat ook een aantal keren naar voren. Ik doel op de invloed van bepaalde verslavingen op het gedrag van mensen, op stoornissen en uiteindelijk de delicten. Dat vormt de aanleiding tot dit gesprek. Ik vraag u om te vertellen over uw huidige werkzaamheden van uw functie en misschien de relatie met het tbs-werkveld in het huidige of het recente verleden.

De heer **Wouda**: Ik ben Johan Wouda en ik ben hoofd behandeling van de forensische verslavingskliniek Tactus. Voorheen heb ik 15 jaar bij verschillende tbs-klinieken gewerkt als hoofd behandeling. Dat is ook mijn link met de tbs.

De heer **Don**: Ik ben Hans Martin Don en ik ben nu manager primair proces bij het Leger des Heils. Ik heb in drie steden (onder andere Eindhoven en Heerlen) voorzieningen draaien voor gemarginaliseerde cliënten, dus ook verslaafden. Ik heb lang bij Justitie gewerkt en bij tbs, de GGZE, in Eindhoven.

Als u mij wilt positioneren, kan ik zeggen dat ik met name te maken heb met de nazorg van cliënten. Ik heb ook een aantal cliënten dat mogelijk ooit met tbs in aanraking zou kunnen komen, zo zeg ik met inachtneming

van alle zorgvuldigheid.

De **voorzitter**: Er is dus sprake van een zeker risico. Er is dan ook sprake van nazorg. Beide thema's zijn de afgelopen dagen uitgebreid aan de orde gekomen en die hebben onze belangstelling. Ik geef nu het woord aan Ciska Joldersma.

Mevrouw **Joldersma**: De verslaving is inderdaad regelmatig aan de orde geweest. Ook in het vorige gesprek is even aangegeven dat er akelige delicten werden gepleegd onder invloed van alcohol en drugs. Ik wil in dit gesprek eerst ingaan op verslaving en op de wijze waarop u met verslaafden te maken hebt, alsook op hun relatie met delicten. Vervolgens wil ik specifiek spreken over de groep van de tbs-ers en over de wijze waarop in de tbs met verslaving wordt omgegaan. Mijnheer Wouda, ik heb begrepen dat u een forensische verslavingskliniek hebt. Kunt u iets vertellen over het soort mensen dat bij u in de kliniek komt? Hoe komen zij daar terecht?

De heer **Wouda**: Waar ik werk, is de enige forensische verslavingskliniek in Nederland. Wij behandelen mensen en bieden binnen een justitieel kader een behandeling voor hun verslavingsproblematiek en delictgedrag. Verslaving is vaak een chronische ziekte en bestaat vaak langdurig, voorafgaand aan de opname. Wij proberen in kaart te brengen op welke wijze de verslaving samengaat met de delictgevaarlijkheid van mensen, alsook op welke wijze wij in de behandeling zaken kunnen uitzetten om zowel de verslavingsproblematiek als de delictgevaarlijkheid te doen verminderen. Dat doen wij door de relatie tussen de aard en de ernst van de verslaving te linken aan de gevaarlijkheid van de mensen die bij ons zijn opgenomen. Dat doen wij vooral door heel goed te kijken wie wij in de behandeling wat kunnen bieden. Het luistert nauw, als wij denken iets te kunnen gaan bieden. Wij proberen vooral een inschatting te maken van de mate van behandelbaarheid. Dit betekent dat, als mensen bij ons worden opgenomen, zij toch wel enige last moeten ervaren van hun verslaving en ertoe te motiveren zijn om daar wat aan te doen, alsook hun persoonlijk functioneren ter discussie willen stellen. In de behandeling is het van belang dat een aantal zaken toch wat kritischer in ogenschouw genomen kunnen worden. Mensen moeten ook de bereidheid hebben om daarover met ons in gesprek te gaan. Bij de behandeling

proberen wij vooral in te zetten op coöperatie en bereidheid. Het is lang niet altijd prettig bij ons in de kliniek. Wij proberen dat van tevoren ook heel duidelijk te vertellen. Wij investeren erg veel in het optimaliseren van het behandelklimaat. Dat doen wij dus ook door mensen van tevoren te vertellen waar zij "ja" tegen zeggen, als zij bij ons worden opgenomen. Wij proberen de mensen vooral te laten voelen dat zij bij ons welkom zijn en dat zij iets goeds te halen hebben, maar dat dit niet altijd even plezierig is en dat zij zelf ook wat bij te zetten hebben.

Mevrouw **Joldersma**: Betekent dit dat de mensen die bij u komen, zich vrijwillig aanmelden om bij u in de kliniek opgenomen te worden of kan dit ook door de rechter worden opgelegd? Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Wouda**: Wij zijn een particuliere instelling, dus wat dat betreft zijn wij baas in eigen huis. Het is niet zo dat de rechter kan bepalen of iemand bij ons wordt opgenomen. Mensen zeggen echter meestal wel gemotiveerd te zijn, omdat er anders gevangenisstraf mogelijk is of dat er door de rechter een terbeschikkingstelling opgelegd kan worden. Vaak is er dus een justitiële stok achter de deur nodig om mensen gemotiveerd te krijgen om de eerste stappen te zetten. Ja, vrijwillig, het alternatief is vaak onaantrekkelijker. Er is wel een alternatief. De mensen zijn dus niet verplicht om bij ons ter behandeling opgenomen te worden. In die zin heeft het voordeel ook nadelen. Wij zijn een drangvoorziening, anders dan een dwangvoorziening waar mensen verplicht opgenomen worden.

Mevrouw **Joldersma**: Betekent dit ook dat de rechter kan opleggen dat iemand onder voorwaarden vrij kan komen en dat een van die voorwaarden bijvoorbeeld is dat er bereidheid is om bij u in de kliniek een behandeling te ondergaan?

De heer **Wouda**: Ja. Dat gebeurt steeds meer. Wij proberen ook voorafgaand aan de strafuitspraak helder te maken onder welke condities wij iemand kunnen behandelen. Het is dan uiteraard aan de rechtbank om daarop te reageren. Dat komt ook wel vaak terug in het vonnis. Daarbij moeten wij ervoor waken om de rechter niet te veel voor te schrijven. Wij moeten onze therapeutische relatie daarin zien te bewaken. Wij zijn in die zin ook niet het verlengstuk van Justitie. Vaak hebben wij echter wel het idee dat, wanneer mensen onder de ene of de andere noemer bij ons komen, de aard van het juridische kader wat meer kans van slagen kan hebben om datgene te bereiken in de behandeling wat je graag wilt.

Mevrouw **Joldersma**: Ik wil nog wat meer weten over de mensen die bij u in de kliniek komen of de mensen die de heer Don misschien tegenkomt bij zijn reclasseringswerkzaamheden. Zijn dat mensen die verslaafd zijn, gaan stelen en daarom tot allerlei criminele activiteiten komen? Hoe zit het met de link tussen verslaving en criminaliteit? Zit daar een psychische stoornis bij? Kunt u aan de hand van een aantal voorbeelden schetsen hoe wij de rol van de verslaving daarin moeten zien?

De heer **Wouda**: Om een stereotiep profiel te noemen: het zijn vaak mensen die al zeer jong gederailleerd zijn en tal van gedragsproblemen kennen. Zij zijn op jonge leeftijd ook al bekend met middelengebruik. Zij zijn dan niet bij

machte om dat gebruik te betalen. Vaak houden zij zich op in kringen waarin het gewoon is om het van iemand anders af te pakken. Ook op school hebben zij vaak uitval, alsook leer- en gedragsproblemen. Zij hebben het thuis niet prettig. Vaak is er sprake van ernstige affectieve en pedagogische verwaarlozing. Op enig moment zakken zij steeds verder weg in de criminaliteit. Vaak komen zij tot ernstige delicten, soms tot levensdelicten aan toe. Op de leeftijd van 18 jaar en ouder kennen zij vaak vele detenties. Het is niet ongewoon dat wij mensen opnemen die soms acht jaar en meer detentie achter de rug hebben.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk zegt u: zij hebben zowel een carrière in de verslaving als in crimineel gedrag.

De heer **Wouda**: Ja, het is ook vaak ingewikkeld, omdat het een reconstructie achteraf is van de wijze waarop het middelgebruik inwerkt op de aard van de criminaliteit. Soms kunnen mensen tot criminele daden komen onder invloed van middelen. In die zin is het instrumenteel om al die verschrikkelijke dingen te kunnen doen. Vaak zie je ook dat het middelengebruik inherent is aan het persoonlijk functioneren van iemand. Daar is ook onderzoek naar gedaan door Trimbos. Wij hebben toch een behoorlijke populatie die als antisociaal is aan te merken. Inherent daaraan zie je heel vaak dat mensen fors middelen gebruiken.

Verslaving is dus deels iets wat mensen ertoe kan brengen om criminele dingen te doen. Soms doen mensen criminele dingen om hun verslaving te kunnen bekostigen. Veelal is het heel erg verweven met iemands leefstijl, waaronder criminaliteit en fors middelengebruik. Er doen zich ook tal van andere zaken voor. Uiteindelijk resulteert dat op enig moment in een situatie waar mensen het zelf totaal niet meer zien zitten en het hoofd niet meer boven water weten te houden. In contacten met verwijzers worden zij gewezen op behandel-mogelijkheden.

Mevrouw **Joldersma**: Zijn dit ook de mensen die u tegenkomt, mijnheer Don? Gaat het om hetzelfde beeld of zitten er wat u betreft nog wat andere categorieën tussen?

De heer **Don**: De categorie die ik met name tegenkom, is gemarginaliseerd. Het woord geeft het al een beetje aan: die groep leeft in de marge en is het contact met de directe omgeving, zoals vrienden, familie en relaties, kwijt geraakt. Ook kan die groep moeilijk het contact onderhouden met de instituties, zoals ggz en ons instituut. Die groep raakt het contact zelfs kwijt. Deze groep leeft op straat. Enerzijds is deze groep zeer zelfstandig en kan zich goed staande houden op straat en anderzijds ontbreekt het deze groep aan een aantal vaardigheden om op een andere manier een volwaardig leven te kunnen vervullen. Het middelengebruik speelt daarbij heel vaak een rol. Je kunt daarin toch een klein beetje onderscheid maken, zij het dat het een kunstmatig onderscheid is dat niet wetenschappelijk onderbouwd is. Er is een groep waarbij de psychiatrische stoornis wat meer op de voorgrond is. Ik denk hierbij aan mensen met schizofrene klachten. Er is ook een groep met echte junks, vergeef mij het woord, bij wie je alle scherpe kantjes van de verslaving tegenkomt. Daarin is ook onderscheid te maken in alcoholverslaafden en drugsverslaafden. Daarin is ook een groep jongeren te onderscheiden. Het is dus een heel gemêleerde club van mensen die wij onder onze hoede hebben. De kenmer-

kende overeenkomst is wel dat zij op straat leven of dat zij afhankelijk van voorzieningen zijn in de zin van een verblijf of een dak boven hun hoofd.

Mevrouw **Joldersma**: Komen zij bij toeval bij u terecht? Is het toeval dat zij bij u binnenkomen of bij de ggz of in de gevangenis? Is daarin een lijn te onderkennen?

De heer **Don**: Voor een groot gedeelte is het toeval. U moet het zich als volgt voorstellen. De heer Wouda heeft al een soort levensloop geschilderd die iemand kan doormaken. Op de een of andere manier is men al gepreconditioneerd. Je hebt dus wat kenmerken waardoor je van kinds af aan risico's loopt. Vervolgens zit je in een omgeving, een gezinsstructuur, die vrij los is en waar middelengebruik heel gewoon is. Dit is een fictief verhaal, maar het verloopt vaak op deze manier. Je komt ook bij de verkeerde vriendjes terecht en je gaat de verkeerde dingen doen. De jeugdhulpverlening ontfermt zich over je, maar die krijgt niet goed contact met je. Dat patroon gaat verder. Je komt daarna in aanraking met justitie en als je 18 jaar bent, heb je al een hele levensgeschiedenis achter je. Thuis is het mislukt en vervolgens ben je afhankelijk geworden van andere voorzieningen waar je voor een langere of kortere periode eventueel kunt verblijven. Boven de 18 jaar kom je automatisch terecht in het circuit van de maatschappelijke opvang. Daar krijg je wel weer plekken. Daar worden ook pogingen gedaan om mensen in contact te brengen met de ggz. De leeftijd van 18 jaar is soms een wat rare knip. Ik heb een voorziening in Eindhoven draaien voor jongeren van 18 tot 25 jaar. Soms nemen wij ook mensen op die jonger dan 18 jaar zijn. De set van spelregels voor de hulpverlening is dan wel plotseling heel anders dan voor mensen van 18 jaar en ouder. Nogmaals, die leeftijdsgrens is een ongelukkige knip. Die mensen probeer je in contact te brengen met de ggz of met de verslavingszorg. Dat is dan ook wel eens erg lastig, want zij hebben een aantal eigenschappen die niet aantrekkelijk zijn. Ook de verslavingszorg en de ggz hebben een aantal eigenschappen, waardoor deze wat moeite hebben om zich om die cliënten te ontfermen. En dan gaat het maar door.

Mevrouw **Joldersma**: De laatste tijd hoor je heel veel over de dubbele-diagnose-patiënt. Die patiënten zijn én verslaafd én hebben een psychiatrische stoornis. Zij kunnen niet terecht in de verslavingszorg en niet in de geestelijke gezondheidszorg.

De heer **Don**: Daar heb ik helaas voorbeelden van.

Mevrouw **Joldersma**: En dan komen de dubbele-diagnose-klinieken in beeld. Kunt u daar iets over zeggen? Welk soort behandeling hebben die mensen nodig? Hoe kun je dus iemand behandelen die en verslaafd is en een psychiatrische stoornis heeft?

De heer **Wouda**: Eigenlijk is onze kliniek daarvoor niet goed geoutilleerd. Wij hebben wel een psychiater in vast dienstverband en die doet heel goed werk. De doelgroep die wij opnemen, bestaat over het algemeen meer uit mensen met vooral een persoonlijkheidsstoornis of mensen met een disfunctionerende wijze waarop zij met zichzelf en met anderen omgaan. Op dit moment is er wat dat betreft een tekort. Tactus is dan ook doende om een dubbele-diagnose-afdeling op te zetten, samen met een

psychiatrische instelling in de regio. Er zal dus geïnterviewd moeten worden bij de neiging tot onverantwoord middelengebruik en wat er rondom de psychiatrische stoornis in de behandeling uitgezet moet worden.

Mevrouw **Joldersma**: Is dat op elkaar af te stemmen of wordt er eerst alleen aan de psychiatrische stoornis gewerkt en later aan het middelengebruik? Iemand zei deze week: eigenlijk hebben wij veel te veel aandacht voor de psychiatrische stoornis en te weinig voor het middelengebruik. Ik zie de heer Don heel erg knikken.

De heer **Don**: Ik ben geen behandelaar, dus ik kijk op afstand naar de aanpak door de klinieken. Ik heb natuurlijk ervaring met cliënten die enerzijds zwaar verslaafd zijn en anderzijds psychiatrisch erg ziek zijn. Ik heb soms veel moeite om iemand in het goede kanaal te krijgen. Soms lukt dat niet, omdat er elke keer een mismatch is tussen het aanbod van de behandeling en de problematiek van de cliënt. Toch is er wel een insteek te maken. Het is op dat moment toch ook wat de cliënt zelf aangeeft. Als iemand ergens last van heeft en een klacht heeft, is het van belang, of die persoon nu al dan niet verslaafd is, om die klacht serieus te nemen en aan te pakken. Het kan om een psychiatrische klacht gaan. In dat geval zal je in de behandeling ook wel rekening moeten houden met zijn verslaving. Soms is dat erg lastig. Immers, als je iemand die erg verslaafd is op een gesloten afdeling zet om behandeld te worden, ontstaan er ook abstinentieproblemen. Die persoon zal er natuurlijk voor zorgen dat hij zijn middelen krijgt. Je hebt er dan weer onverwachte thema's bij, zoals "hij handelt of hij gebruikt op de afdeling". Dat verstoort vervolgens de behandeling. Je zult daar dus concepten voor moeten neerzetten waarbij je je realiseert dat je een verslaafde in huis haalt met wie je psychiatrisch gezien wat wilt doen.

Je zult echter ook op verslavingsgebied, misschien in de verstrekking van middelen – ik weet wat ik zeg – wat moeten doen. Wij hebben experimenten met heroïne in Heerlen draaien. Daarbij wordt aan klanten gewoon heroïne verstrekt, natuurlijk op recept, volgens afspraak en streng gecontroleerd. Ik kan mij voorstellen dat dit ook bekeken moet worden. Er is maar één middel: op de een of andere manier moet dit bij de behandeling betrokken worden. Het negeren van die problemen levert het verwachte effect op dat de cliënt op een gegeven moment zegt: dat past mij niet en ik gedraag mij zoals een behandelaar het niet wil. Er is dan een uitstotingsreactie. Er zijn wel wat voorbeelden van te geven. Bij de GgZE probeert men van beide kanten op een gesloten afdeling van de forensische kliniek toch om de verslaving onder controle te krijgen. Middelengebruik is daar overigens niet toegestaan. Anderzijds wordt daar ook geprobeerd om wat aan de psychiatrische stoornis te doen.

Mevrouw **Joldersma**: Mijnheer Wouda, ziet u een toename van die combinatie? De dubbele-diagnose-klinieken komen opeens overal uit de grond. Is dat een nieuw probleem, is dat probleem gegroeid of hebben wij het vroeger niet waargenomen? Waar komt het precies vandaan?

De heer **Wouda**: Het is een groot probleem. Wij zijn daar als kliniek in ieder geval niet voor geoutilleerd. U stelt mij daar vragen over en ik moet verwijzen naar wat er op dit moment aan initiatieven op stapel staat. In onze kliniek

hebben wij voornamelijk te doen met mensen met een persoonlijkheidsstoornis en met zowel op persoonlijk vlak als omtrent middelengebruik en delictgevaarlijkheid, tal van problemen. Echt acute psychiatrie is bij ons een exclusiecriteria, ook omdat die verschillende doelgroepen zich niet goed mengen. Het is wel zo dat wij in de kliniek een speciale behandelafdeling hebben waar mensen wat andersoortig behandeld worden en waarbij de groepsdruk wat minder groot is. Daarbij wordt vooral meer gewerkt aan het bereiken van stabilisatie. Er wordt dan gekeken wat ervoor nodig is om dat te bereiken en hoe dat in stand gehouden kan worden. Op de andere afdelingen is de energie veel meer gericht op de manier waarop je mensen wat kunt doen veranderen aangaande hun problematisch en risicovol middelengebruik en de wijze waarop zij zich daarmee verhouden.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk zegt u: wij kunnen iets met de verslaving doen, maar als de mensen te ernstig psychiatrisch gestoord zijn, zitten zij bij ons op de verkeerde plek, want wij kunnen daar niet mee omgaan. Er moet dus een soort evenwicht zijn, wanneer je er nog mee om kan gaan in uw kliniek.

De heer **Wouda**: Ja, je moet dus niet twee dingen tegelijkertijd willen. Ik denk dat dit meer het antwoord is op de vraag.

Mevrouw **Joldersma**: U zei dat u lang in de forensische psychiatrie en in tbs-klinieken hebt gewerkt. Het beeld dat wij krijgen, is dat de verslavingsproblematiek op de een of andere manier toeneemt. Er zitten veel verslaafden in de gevangenis. In de tbs zijn ook heel veel mensen die verslaafd zijn. Lijkt dat zo of is dat zo? Kunt u een schets geven op basis van uw ervaringen in het verleden met de tbs-klinieken?

De heer **Wouda**: Het probleem is steeds groter aan het worden. Het is ook bekend dat jongeren op steeds jeugdiger leeftijd gebruiken, alsook veel meer gebruiken. Dit geldt zeker in de ontwikkeling van kind tot vroeg volwassene en van daaruit tot volwassene. Er kunnen dan lichamelijke beschadigingen optreden. Daardoor is de behandeling die daarop uitgezet kan worden, beperkt. Ik denk dus dat het een steeds groter wordend probleem is. Dat zie je ook terug in de cijfers in de tbs-wereld en in het gevangeniswezen. In de Piet Roorda Kliniek krijgen wij steeds meer mensen aangeboden voor wie wij niet altijd plek hebben.

Mevrouw **Joldersma**: De commissie is in Duitsland geweest. Wij kwamen daar tegen dat zij daar naast de gewone tbs-kliniek een speciale verslavingskliniek hadden voor mensen die een delict hadden gepleegd onder invloed van hun verslaving. Vindt u het heel logisch om voor hen een aparte verslavingskliniek te hebben of vindt u dat die mensen tbs moeten krijgen en dat zij dan misschien beter thuis zijn bij een soort kliniek die wij hebben en die dan wat meer gesloten is? Of vindt u het feit dat mensen onder invloed van een verslaving een delict plegen, een reden om iemand bijvoorbeeld ontoerekeningsvatbaar te verklaren?

De heer **Wouda**: Daar zijn hele discussies over te voeren, want op het moment dat iemand onder invloed een delict pleegt, moet bewezen worden of hij van tevoren wist dat

hij onder invloed gevaarlijk zou worden. Die discussie is vaak gevoerd voorafgaand aan het verblijf van mensen bij ons. De kliniek die u in Duitsland bedoelt, ken ik niet. Ik denk wel dat, als je wilt inzetten op behandeling, er in de kliniek die wij hebben meer mogelijkheden zijn, wat uiteindelijk ook het uitgangspunt moet zijn bij de behandeling van dit soort problemen. Daar zijn dus meer mogelijkheden dan in de tbs-kliniek.

Op het moment dat een tbs-er gebruikte, werd er vaak als volgt geredeneerd. Wat zou er kunnen gebeuren en wat zouden wij kunnen doen om dat te voorkomen, als hij gebruikt? De deur ging dan vaak op slot. Binnen de mogelijkheden die wij in de kliniek hebben, houden wij er wel rekening mee dat bij de verslavingsproblematiek mensen terugvallen in gebruik. Het is dus niet op voorhand zo dat, wanneer mensen bij ons opgenomen worden, zij niet meer gebruiken. Aan de hand van de omstandigheden waaronder zij gebruiken, kunnen wij de behandeling meer op maat te aanbieden. Daarbij kan aan de hand van de feitelijke ervaringen met het eerdere gebruik geprobeerd worden om dat te bieden wat nodig is om een terugval in risicovol gebruik te voorkomen.

Mevrouw **Joldersma**: Worden mensen die verslaafd zijn en die in een tbs-kliniek komen wel voor hun verslaving behandeld of worden zij niet goed behandeld?

De heer **Wouda**: Die worden wel behandeld, maar het concept lijkt niet aan te sluiten bij het verslavingsbehandelingsconcept, zoals wij dat hanteren. Op basis van ervaring vind ik dat de behandeling die wij in de kliniek bij Tactus voorstaan, toch wat meer mogelijkheden heeft. Daarbij kunnen de mensen wat reëler beproeven in welke mate zij nog steeds onderuit gaan in bepaalde situaties en welke risico's daaraan verbonden zijn.

Mevrouw **Joldersma**: Zegt u daarmee dat het geen zin heeft om iemand die "tig" jaren in een tbs-kliniek zit en die verslaafd is, voor zijn verslaving te behandelen, omdat hij toch niet kan uitproberen of hij wel of niet tegen de verslaving bestand is? Begrijp ik u zo goed?

De heer **Wouda**: 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 de mensen dat op een gevaarlijke manier doen. Nou, ik denk dat wij daarin wat ruimer kunnen en mogen 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 bij ons in de kliniek wordt er echter van uitgegaan dat mensen af en toe kunnen terugvallen. In de relatie met de betrokkene moeten wij dan een dusdanige openheid en transparantie hebben dat iemand dat kan vertellen. Daar wordt dan niet direct een heel sanctionerend beleid op gevoerd. Iemand kan ertoe komen en kan vervolgens vertellen wat er aan de hand is. Dit betekent overigens niet dat ook wij niet tal van controlemogelijkheden hebben ingebouwd om gebruik vast te stellen. Let wel, wij hebben ook te doen met een groep van mensen die gebruiken en die dat niet zeggen. Wij moeten dus ook aan de hand van feitelijke controlemaatregelen nagaan of iemand heeft gebruikt. Als

mensen van verlof terugkomen, worden zij gecontroleerd. Ook in de kliniek is controle een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Er zijn regelmatig urinecontroles en alcoholcontroles. In dit laatste geval moeten zij blazen om eventueel gebruik te kunnen constateren. Er worden kamercontroles uitgevoerd. Soms worden de mensen ook 's nachts gecontroleerd. Het is dus niet zo dat, als iemand vertelt "ik gebruik niet", wij ervan uitgaan dat die persoon niet gebruikt.

Mevrouw **Joldersma**: Begrijp ik het goed dat u eigenlijk het volgende zegt? Als iemand op verlof gaat en hij vervalt toch weer in het middelengebruik, vinden wij dat als verslavingskliniek redelijk normaal en vinden wij dat geen reden om het verlof in te trekken.

De heer **Wouda**: Ik verstond u even niet: redelijk ..?

Mevrouw **Joldersma**: Wij vinden dat dan normaal, omdat het een kwestie van terugval is. Dat hoort bij de behandeling. In de tbs-kliniek zou men zeggen: hij is op verlof en een van de voorwaarden is dat hij geen middelen mag gebruiken en als hij dat toch gedaan heeft, moet hij terugkomen van verlof.

De heer **Wouda**: Die persoon zit dan wellicht weer een halfjaar op de afdeling om het vertrouwen terug te winnen. Je zou hopen dat het anders uitpakte, dus dat mensen niet terugvallen. Daarmee maak je jezelf overigens iets wijs. Verslaving is namelijk een chronische ziekte. Bij verslaving doet zich ook voortdurend het probleem voor dat mensen de ene dag wel gemotiveerd zijn en de andere dag niet. Dat kan zelfs gedurende een dag wisselen. Wij proberen dus in te schatten hoe het is, als iemand buitenshuis oefent met de dingen die hij in de kliniek heeft geleerd. Als dat te verantwoorden is en wenselijk is in het kader van de behandeling, gaat iemand heel doelgericht en planmatig oefenen met een vrijetijds-training. Het zou naïef zijn om dan te denken dat dit altijd goed gaat. Gebruik doet zich voor, soms ook bij mensen bij wie je dat niet verwacht. In de behandeling moet de aard van de relatie met de betrokkene zo zijn dat niet alleen de behandelaars dat als een probleem ervaren, maar ook de betrokken cliënt. Idealiter, zo voeg ik eraan toe, bespreek je met elkaar wat er aan de hand is geweest, wat de cliënt gemist heeft en waarom hij of zij toch is gaan gebruiken. De volgende vraag die aan de orde komt, is hoe in voorkomende situaties een en ander anders georganiseerd zou kunnen worden. Een van de dingen die wij daarbij steeds meer organiseren, is dat wij de mensen die buitenshuis om een cliënt heen staan, dus de partner of belangrijke andere mensen, zoals familieleden, bij de behandeling betrekken. Wij proberen die mensen te committeren aan wat wij in de behandeling willen uitzetten. Zij kunnen dan gebruik vroegtijdig onderkennen en signaleren. Op die manier kunnen wij daar ook weet van krijgen. Ook zij ervaren de last rondom het gebruik en zij hebben de behoefte om daar iets aan te doen.

Mevrouw **Joldersma**: Ik maak uit uw antwoord op dat u zegt dat bekeken moet worden hoe betrokkene met het middelengebruik omgaat. Dit kan betekenen dat hij toch weer drugs gaat gebruiken of te veel alcohol gaat drinken. Dit wil je niet, maar het gebeurt toch. Maandag was hier het rapport aan de orde over de onttrekkingen in de tbs. In

dat rapport werd als een nogal bijzonder resultaat neergezet dat heel veel mensen de voorwaarden voor middelengebruik overtreden. De voorwaarden voor het middelen-, het hard drugs-, het cannabis- en het alcoholgebruik kunnen een verklaring zijn in die zin dat je kunt voorspellen welke mensen tot zware, nieuwe delicten komen.

De heer **Wouda**: Ik heb het gelezen.

Mevrouw **Joldersma**: Wat vond u van het resultaat?

De heer **Wouda**: Ik moet zeggen dat wij wellicht een wat andere doelgroep in huis hebben, maar toch ook niet helemaal. Ik denk dat wij ook mensen in huis hebben die, wanneer wij ze niet zouden behandelen, wellicht ook op enig moment in aanmerking zouden kunnen komen voor de maatregel van de terbeschikkingstelling. Wij hebben in een enkel geval ook mensen in huis in het kader van een proefverlof tbs. Wellicht hebben wij dus toch een wat andere doelgroep, een groep die niet die intensieve beveiligingsmaat nodig heeft die in de tbs-kliniek geboden wordt. Wellicht is voor die groep niet die intensieve behandeling nodig. Nogmaals, misschien hebben wij een wat andere doelgroep, hoewel er zeer zeker vergelijkingen te trekken zijn, zowel voorafgaand aan de tbs-oplegging als tijdens en na afloop. Ik kan hierover nog zeggen dat wij nauwelijks incidenten kennen, als mensen met verlof gaan. Daar zitten ook mensen tussen die gebruiken.

Mevrouw **Joldersma**: Gaat u toch even terug naar uw ervaringen uit de tbs. Wij vonden het een nogal opvallend resultaat. Het werd althans zo weergegeven. Als iemand op (onbegeleid) verlof in middelengebruik vervalt, behoort die persoon juist tot de groep die heel vaak tot nieuwe delicten komt. Je moet dan zeggen: als het middelengebruik blijkbaar weer optreedt, moeten wij die mensen toch maar in de kliniek houden.

De heer **Wouda**: Of je zou kunnen concluderen, hoewel ik mij realiseer dat dit een boutespraak is, dat de verslavingsbehandeling, zoals die in de tbs-kliniek wordt aangeboden, niet dat doet wat die zou moeten doen, namelijk dat mensen zich bij middelengebruik toch weten te onthouden van het plegen van allerlei nare dingen.

Mevrouw **Joldersma**: Is dat mogelijk? Kun je dus een onderscheid maken? Zijn er mensen die middelen gebruiken en het besef hebben dat zij geen delict mogen plegen of is het inherent aan het middelengebruik dat mensen een delict plegen?

De heer **Wouda**: Dat is de complexiteit van de behandeling die men probeert te bieden. Het gaat dus om de vraag hoe verstandig iemand onder invloed nog kan handelen. Als mensen op verlof gaan, kunnen wij denken dat het nodig is om verdere stappen in de behandeling te zetten. Wij organiseren dan wel een en ander in verband met mogelijk gebruik. In een enkel geval proberen wij ook controlemomenten in te bouwen in de regio waar mensen op verlof gaan. De mensen zijn dan ook aan die controle gehouden. Wij proberen ook belangrijke anderen mee te krijgen, zodat ook zij meekijken naar het eventueel gebruik van bijvoorbeeld hun partner. Op het moment dat deze fors

zou gaan gebruiken, nemen zij tijdig contact met ons op. Wij kunnen dan vroegtijdig ingrijpen. Het hoeft dan ook allemaal niet zo ver te komen.

Mevrouw **Joldersma**: Betekent dit ook dat wij te weinig weten van de invloed die verslaving of het middelengebruik heeft op het delict? Betekent dit dat er nog heel veel onduidelijk is? Ontbreekt die kennis?

De heer **Wouda**: Wij doen daar wel steeds meer kennis over op, vooral door te ervaren hoe het is in de behandeling. Het gaat om kennis en kundigheid. Een goede verslavingsbehandeling heeft tot resultaat dat mensen verstandiger met hun middelengebruik leren omgaan. Wij zetten in op abstinentie. Terwijl wij dat roepen, weten wij ook dat, hoewel wij het roepen, het niet gehaald wordt.

De **voorzitter**: Misschien is het goed dat u de term "abstinentie", die u een paar keer hebt gebruikt, even uitlegt.

De heer **Wouda**: Dat is vrijwillige onthouding. Dit betekent dat mensen ertoe gebracht worden om nooit meer drugs of alcohol te gebruiken. Dat is in de visie van de kliniek wel het doel waar wij naar moeten streven.

Mevrouw **Joldersma**: Eigenlijk hoor ik u zeggen dat dit bij bepaalde mensen niet haalbaar is. Volgens mij heeft de heer Don zojuist proberen aan te geven dat je bij bepaalde mensen op stabiliseren moet uitkomen. Alleen het probleem bij de tbs-er is dat, als wij proberen tot stabilisatie te komen, het risico groot is dat hij een delict gaat plegen.

De heer **Don**: Als het aanwijsbaar is dat het middelengebruik delictbeïnvloedend werkt, is er inderdaad een probleem. Ik heb een populatie die weliswaar niet in tbs zit, maar die aan de voorkant zit. Wij gebruiken concepten in die zin dat wij bij heel veel cliënten al niet meer praten over het niet gebruiken van middelen. Wij faciliteren begeleiding daarbij in het wonen en het verblijf. Wij ondersteunen ook bij het gebruik. Het motto is eigenlijk: door het er niet over te hebben, gaan wij het er op een bepaald moment wel over hebben. Het onderwerp gebruik komt dus wel een keer aan de orde. Vaak is de bandbreedte van de cliënt: ik heb een dak boven mijn hoofd, er loopt een programma voor mij, ik heb te eten en te drinken, ik heb tijdsbesteding, ik wil wat meer naar zelfstandigheid toe, maar mijn middelengebruik zit mij dwars. Er is dan een thema waarover je met de klant kunt praten. Je kunt dan ook veel meer kijken wat er gedaan kan worden om het gebruik te minderen, het acceptabel te maken of misschien wel te stoppen. Dus een dwangconcept proberen wij het een beetje om te draaien naar een concept van "klant, kom er nu zelf mee". Wij proberen te faciliteren totdat de klant er zelf last van begint te krijgen. Als de klant er last van krijgt, hebben wij een thema om over te praten. Maar goed, wij spreken niet in het tbs-kader. Dat is natuurlijk een stuk makkelijker.

Mevrouw **Joldersma**: Ik merk bij u een soort vraag-gerichtheid, iets waarmee betrokkene komt. Het past dan in zijn levenstraject om met zijn verslavingsprobleem aan de slag te gaan. In de tbs is het probleem, zo blijkt uit het rapport, dat sommige mensen heel gevaarlijk worden onder invloed van het middelengebruik. Bij dat soort

mensen moet je blijkbaar heel snel hard ingrijpen. Is dat onderscheid te maken of correspondeert dat onderscheid niet met de wijze waarop wij verslavingen behandelen?

De heer **Wouda**: Bij ons in de Piet Roorda Kliniek, bij Tactus, proberen wij te reconstrueren wat er in verband met de delicten is terug te halen. Wij proberen daar een heel goed beeld van te krijgen. Wij proberen dan ook de verschillende factoren die daarin een rol hebben gespeeld, te wegen. Wij proberen ook in de behandeling te interveniëren in die samenhang van factoren. Het is een hele analyse en gepuzzel om te kijken op welke wijze middelengebruik daarin een rol speelt. Op een gegeven ogenblik heb je daar wel een idee over. Betrokkene wordt dan ook uitgelokt om mee te denken in het helder krijgen van wat er aan de hand is geweest. Uiteindelijk moet dat uitmonden in een terugvalpreventieplan. In dat plan moet komen te staan wat mensen nodig hebben om in andere situaties dan in de kliniek, niet terug te vallen in gebruik en in delicten. Mensen oefenen daar dan mee. Aan de hand van de feitelijke ervaringen die mensen buitenshuis opdoen en waar wij weet van hebben, proberen wij dat plan meer op maat te krijgen. Op het moment dat tbs-ers met verlof gaan en tot middelengebruik komen, is in dat kader niet dat uitgezet wat nodig was om te voorkomen dat men direct delictgevaarlijk zou worden. Ik neem aan dat dit de aanleiding is van uw vraag.

Mevrouw **Joldersma**: Gebruikt u in uw kliniek in de verslavingszorg ook de risicotaxaties, zoals in de tbs-klinieken, om te kijken wat het gevaar van recidive bij de betrokkene is?

De heer **Wouda**: Ja, die gebruiken wij ook. Dit is ook een van de belangrijke factoren. Wij proberen te taxeren aan de hand van wat er gangbaar bewezen is, dus risicotaxaties. Wij gaan na hoe een en ander te wegen is. Wij kijken of iets verantwoord is. Op het moment dat wij ons er dus niet prettig bij voelen en daarvoor niet de verantwoordelijkheid willen dragen, doen wij dat ook niet. Het moet ook wenselijk zijn om in de behandeling voortgang te kunnen boeken. Mensen moeten dan niet alleen dingen in de kliniek kunnen, maar ook daarbuiten. Er is ook zicht nodig op de wijze waarop het buiten gaat. Dat is nodig om de behandeling in de kliniek meerwaarde te kunnen geven. Het moet dus wenselijk geacht worden. Het moet ook iets zijn waardoor er in de behandeling een stap verder gezet kan worden. Op basis daarvan gaan mensen met verlof. Zoals ik al zei, hebben wij in het kader van verlofverlening, ondanks het feit dat mensen gebruiken, eigenlijk nauwelijks tot nooit incidenten in de vorm van delicten.

Mevrouw **Joldersma**: Een laatste vraag aan u, mijnheer Don, in verband met de verslavingsreclassering, waarmee u ook te maken hebt. Hebt u voldoende instrumenten om te kunnen ingrijpen, als u ziet dat het middelengebruik uit de hand gaat lopen of dat het risico bestaat dat iemand een delict gaat plegen?

De heer **Don**: Een belangrijke functie die de reclasseringswerkers hebben bij mensen die in de tbs met proefverlof gaan of die een ander nazorgtraject volgen met forensische titels, is dat zij natuurlijk contact met hun cliënten

moeten hebben. Zij hebben dus een heel belangrijke signalerende werking.

Zij kunnen iets bespeuren; vaak is dat het gewoon gebruiken van je neus; ook goed kijken en goed luisteren. Instrumenten zijn mooi, maar vaak gaat het om de interactie met de cliënt. Op basis daarvan kan men bepaalde fenomenen bij de cliënt zien die zorgen baren. Op dat moment moet je mogelijkheden hebben om ergens op terug te vallen. Binnen de tbs is dat over het algemeen wel goed geregeld. Daarvoor ligt ook een wettelijk kader vast. De afspraken zijn tegenwoordig zodanig dat men maar hoeft te bellen om ervoor te zorgen dat er wordt ingegrepen.

Lastig voor de reclassering is wel dat zij wat beperkt wordt in haar handelen. Het gaat wat meer over de ziekte en wat minder over de zieke. Het blijft dus interactiewerk; het blijft een kwestie van contact zoeken met je klant; het blijft bij op een onverwacht moment binnen komen. Je moet ook goed luisteren in de gevoerde gesprekken. Daar moet je de informatie over de klant vandaan zien te halen. Maar goed, ook zitten wij in een tijd waarin wij veel in producten denken, alsook risicotaxaties en interventies die in tijd begrensd zijn. Dat werk kan wel eens belemmerend zijn bij de uitoefening van je taak. Laatst zei een collega tegen mij: het toezichtsproduct dat ik moet leveren, is te begrensd omschreven en als ik contact met de cliënt wil houden, moet ik een aantal stappen zetten die niet beschreven zijn en waar geen tijd voor is, maar ik doe het toch omdat ik het contact met de klant wil houden. Je merkt dat de structuren die daar overheen gelegd worden wat belemmerend kunnen zijn om de professionals toch het werk te kunnen laten doen.

Mevrouw **Joldersma**: Uiteindelijk zegt u het volgende. Om als reclasseringsmedewerker goed toezicht te kunnen uitoefenen, moet je goed contact en een goede relatie met die persoon hebben.

De heer **Don**: Ja, je moet goed contact met je klant hebben. Je moet die kennen en je moet naar die persoon toe kunnen gaan. Je moet ook weten waar die persoon woont; je moet er eens over de vloer zijn geweest. Je moet niet achter een bureau gaan zitten wachten tot hij komt, hoewel dat soms heel functioneel kan zijn. Contact houden betekent dus ook ernaar toe gaan. Dat is een heel elementair criterium. In de hedendaagse reclasseringspraktijk staat dat wel eens onder spanning.

Mevrouw **Joldersma**: Dank u wel.

De **voorzitter**: Een uur geleden spraken wij met de heer Van Veldhuizen. Hij beschreef de verandering van de tijd. Hij zei: in Nederland zijn wij, zeker vergeleken met de rest van Europa, een beetje blijven hangen in de flower power-tijd, in het hippietijdperk; dat heeft zich vertaald in de cultuur van behandelen, de wijze waarop wij dingen aanpakken en in wetgeving. Hij zei: het is af en toe te vrijblijvend geweest en wij passen te weinig dwang toe. Herkent u dat beeld?

De heer **Don**: Er zitten meer aspecten aan. Wat mij betreft is het vrijblijvende van de flower power-tijd over. De praktijk heeft namelijk te maken met productdefiniëringen en bij de tbs met risicotaxaties. Ik noem nog het objectiveren en het transparant maken van je handelen en

de zorg. Dat was in de flower power-tijd niet het geval. De tegenbeweging is dus volledig ingezet.

Ik heb net een beetje aangegeven wat je daar nu als nadelen van ondervindt. De begrenzing begint. Als je kijkt hoe mijn medewerkers met klanten omgaan en hoe zij woonbegeleiding organiseren, moet je toch contact hebben met de klanten. Je moet de klant uitnodigen om met jou ook wat te willen, dus om de interactie aan te gaan. Dat klinkt misschien wat soft, maar eigenlijk draait het daar wel om. Immers, als je geen contact met je klant hebt, gebeurt er niets. Je kunt van alles verzinnen, maar er gebeurt dan niets met de cliënt. Dit betekent dat de instelling het werk zodanig moet organiseren dat er laagdrempeligheid en vasthoudendheid wordt aangebracht in het contact met de cliënt. Bij het leger speelt de identiteit hierbij altijd een rol. Die aspecten worden op basis van de concepten ingebracht. Vervolgens wordt bekeken hoe je de klant verder kunt helpen.

De **voorzitter**: Ik wilde niet zeggen dat u soft was of dat wij soft zijn. Ik kan mij wel voorstellen dat het werken met deze doelgroep helemaal niet soft is en dat het zelfs heel hard kan zijn. Ik probeer alleen de huidige manier van werken te begrijpen. U omschreef een aantal elementen van het huidige werk. Die zijn erg gericht op producten en diensten. Begrijp ik het goed dat wij erg gericht zijn op middelen om ergens te komen en niet op het resultaat zelf?

De heer **Don**: Ik herhaal dat het veel om de ziekte gaat en weinig om de zieke.

De **voorzitter**: Dat zei u inderdaad.

De heer **Don**: Ik sprak gisteren met iemand over dit thema. Ik moest de geest natuurlijk een beetje scherpen voor dit gesprek. Daartoe ga je discussies aan. Die persoon zei bijvoorbeeld: als je als drugsverslaafde in een ziekenhuis komt met een gebroken been, word je anders behandeld dan wanneer je daar met een gebroken been zou komen. Je wordt wel aan je been geholpen, maar de organisatie van de entourage wordt een beetje bepaald door de wijze waarop je daar als klant binnenkomt en met welke achtergrond je daar komt.

De **voorzitter**: Het is dan natuurlijk niet gek als wij praten over de combinatie van een stoornis en een verslaving van iemand die een delict heeft gepleegd. Een aantal mensen zegt: let nu op, die verslaving heeft zo'n invloed op het gedrag van die persoon gehad, dus negeer dat niet.

De heer **Don**: Dat ben ik met u eens, als je het niet negeert. Als je daarmee echter een uitstoting bewerkstelligt, heb je wel een probleem.

De **voorzitter**: Dat ziet u?

De heer **Don**: Dat gebeurt, ook in klein verband, als je met een gebroken been in een ziekenhuis terechtkomt. Als je dat overkomt als ernstig drugsverslaafde die lastig is, word je eerder het ziekenhuis uit gebonjourd. Dat is dus anders dan wanneer ik netjes in mijn pyjama en vriendelijk met twee woorden sprekend in het ziekenhuis aankom. Dat gebeurt.

De **voorzitter**: Ik zie de heer Wouda knikken. Waardoor komt dat? Is dat vanwege de financieringsstructuur voor die producten en diensten, opdat men in de reclassering doet wat er op papier staat? Immers, daar wordt men voor betaald. Is daar een andere reden voor?

De heer **Don**: De structuur is knellend, zo zeg ik maar even stoer. Er wordt in productie gedacht en er liggen financiële productietikken onder. Dat knelt. Daarmee laat je het contact met de klant en de intensiteit van dat contact eigenlijk over aan de werker die tegenover de klant staat.

De **voorzitter**: Aan de _?

De heer **Don**: De werker, de professional die het moet doen. Om een vergelijking te trekken: de verpleegkundige aan het bed bepaalt op een gegeven ogenblik of de cliënt met het gebroken been kort of lang in het ziekenhuis moet blijven. De productietikken die je ervoor krijgt, zijn namelijk heel beperkt.

De **voorzitter**: Hij wordt dus beperkt in zijn handelen als professional, dus in wat hij zou kunnen.

De heer **Don**: Ja.

De **voorzitter**: Mijnheer Wouda, herkent u dat? Ik doel op de algemene bewering en op de tegenbewering dat het wat minder vrijblijvend en wat minder flower power is. Die tegenbewering is er dus wel, maar er zijn nog een aantal knellende financieringsstructuren en een aantal aansturingproblemen.

De heer **Wouda**: Ik sluit met name op het laatste aan. Ik merk dat de verslavingsproblematiek vaak een heel negatief imago heeft. Dit geldt zeker bij mensen die bovendien delicten gepleegd hebben. Het is vaak om die reden dat wij mensen heel lang onder ons houden. Op dit moment zijn wij doende om een soort forensisch RIBW op te zetten.

De **voorzitter**: Beveiligd wonen?

De heer **Wouda**: Ja, wonen in de nabijheid van de kliniek, waardoor er door de kliniek allerlei activiteiten in verband met dat RIBW ontwikkeld kunnen worden. Daarbij wordt dan niet meer ingezet op allerlei veranderingen; daarbij wordt echter vooral gekeken naar wat nodig is om iemand op een bepaald niveau van functioneren gestabiliseerd te houden. Die actie hangt ook samen met de moeite die men zich getroost om mensen in reguliere RIBW's ondergebracht te krijgen. In de regio van Apeldoorn zijn wij bezig met het opzetten van een eigen RIBW. Die gaan wij bemannen met eigen werkers en deels met werkers uit het RIBW. Om de betrokkenen geplaatst te krijgen tussen andere RIBW-geïndiceerden, is vaak erg moeizaam.

De **voorzitter**: U zei: het liefst helemaal geen middelen meer gebruiken, maar soms moet je het gebruik controleren, beheersen, et cetera. U moet dus mensen volgen en bij hen urine afnemen om te testen.

De heer **Wouda**: Ja, dat klopt.

De **voorzitter**: Kan dat altijd of is daar een rechterlijke macht voor nodig? Moet dit dus in de voorwaarden zijn opgenomen? Als het niet gebeurd is, wat hebt u dan nog voor aangrijpingspunten?

De heer **Wouda**: Verslaving is een chronische ziekte en vanwege dit feit zul je in de behandeling daarop een en ander moeten uitzetten. Het is niet zo dat er op enig moment te bepalen is dat iemand spic en span en genezen is. Wij volgen mensen ook meer en meer langdurig. Wij praten ook niet meer over nazorg, maar over vervolgzorg. Dat betreft meestal mensen bij wie het justitieel kader is afgefallen.

De **voorzitter**: Het justitieel kader is er niet meer?

De heer **Wouda**: Dat is er niet meer. Iemand moet er zelf toe gebracht zijn om dat in te zien. Iemand heeft dan een soort acceptatieproces doorlopen waarbij hij ook is gaan inzien dat een aantal zaken niet meer mogelijk is, maar een aantal andere zaken dat niet eerder kon, weer wel, omdat die persoon verslaafd was. Dat heeft die persoon te accepteren; daar heeft hij over te rouwen. Dit betekent dat iemand er zelf ook aan toe is om de hulp te aanvaarden die hij kan krijgen.

De **voorzitter**: Begrijp ik u goed dat u alleen dwingend kunt controleren op het moment dat de rechter daarvoor voorwaarden heeft gesteld?

De heer **Wouda**: Nee. Wij kunnen ook urinecontroles uitvoeren. Ook kunnen wij andere controles op gebruik doen. Dat is namelijk inherent aan het verblijf. Als iemand daar "nee" tegen zegt _

De **voorzitter**: _ . dan stopt het verblijf bij u?

De heer **Wouda**: Ja. Dat zei ik al eerder. Daarom is het heel erg belangrijk dat mensen weten waar zij "ja" tegen zeggen. Als mensen van tevoren zeggen "het is leuk en aardig, ik wil van mijn middelen gebruik af, maar ik wil niet gecontroleerd worden", kunnen wij die mensen niet dat bieden wat wij volgens ons moeten bieden.

De **voorzitter**: Ik denk dat zij dan bij mijnheer Don komen.

De heer **Wouda**: Dan komen zij misschien toch alsnog bij ons.

De **voorzitter**: Wat kunt u dan doen, mijnheer Don?

De heer **Don**: Dan hebben wij ook een RIBW. Ik zeg het maar even.

De **voorzitter**: Een woning die beveiligd en beschermd is?

De heer **Don**: Een reguliere RIBW waar cliënten wonen die verslaafd zijn. Zij mogen gebruiken op hun kamer. Het niet meer gebruiken is bij hen dus geen thema. Tegen hen zeggen wij: je kunt bij ons wonen, je krijgt een kamer en wij hebben een set van spelregels die met name gericht zijn op de beheersbaarheid. Het geheel moet dus beheersbaar blijven voor andere cliënten, ook voor het personeel. Wij zeggen ook: je mag onder voorwaarden op je kamer

gebruiken. Een van de voorwaarden is dat daar geen andere cliënten bij zijn. Een dergelijke set van spelregels is er ontwikkeld. Mensen kunnen dan langdurig bij ons verblijven.

De **voorzitter**: Maar goed, die mensen kunnen weliswaar aan die set van spelregels voldoen, maar buiten op straat nog steeds gevaarlijk gedrag vertonen.

De heer **Don**: Ja, maar op het moment dat zij 24 uur bij ons wonen en ik gedurende 24 uur personeel heb rondlopen dat over het algemeen erg wakker is en de scherpe kantjes van de cliënten kent, ziet men aan het gedrag van de cliënt of er iets al dan niet ontstaat. Op die manier krijg je de cliënten natuurlijk niet delictvrij. Wij spreken niet alleen over de tbs-ers, maar vooral ook over mensen die uit de verslavingsscene komen en jarenlang op straat hebben geleefd. Ik heb cliënten die pas na 25 jaar voor het eerst een eigen kamer hebben. Je moet dus aan dit soort cliënten denken. Je hebt toch wel redelijk snel in de gaten of het ergens al dan niet mis gaat. Wij doen het niet alleen; wij hebben ook een aantal partners. Ik noem de politie. Wij werken nauw samen met de politie. Wij hebben ook directe contacten met de politie. Ik noem ook de verslavingszorg; ook daarmee hebben wij directe contacten. Ik denk aan de bemoeizorgteams uit de verslavingszorg, die op straat functioneren.

De **voorzitter**: Die contacten zijn ontzettend belangrijk bij het volgen. U zegt ook dat u het gedrag nauwlettend in de gaten houdt. Op het moment dat u signaleert dat er iets mis dreigt te gaan, wat kunt u dan doen? Kun je aan de hand van urinecontroles vaststellen dat het middelengebruik erger is dan je denkt? Trek je dan de conclusie dat er iets dreigt te gebeuren? Een van de psychiaters die hier gehoord is, zei: dat zet de stoornis op scherp en de persoon in kwestie kan dan heel gevaarlijk worden. Wat kunt u dan doen?

De heer **Don**: Wij maken dan gauw een afspraak met onze partners.

De **voorzitter**: De politie?

De heer **Don**: Ja, de politie. Ik refereer aan het veiligheidsprogramma Hartslag in Heerlen. Daar zitten de partners in verband met de cliëntengroep rond de tafel. Zij kijken waar de risico's zitten en wat er van de zijde van justitie of de zorg moet worden gedaan om in te grijpen.

De **voorzitter**: U loopt daarbij niet tegen knelpunten aan? U zegt niet "als wij dit zouden kunnen doen of wanneer dat zou gebeuren, zou het een stuk veiliger zijn"?

De heer **Don**: Ik moet zeggen dat Hartslag daadwerkelijk goed werkt. U moet zelf maar eens in Heerlen gaan kijken; dan kunt u er getuige van zijn dat de problemen op straat verminderd zijn. De misdaadcijfers vertonen daar een dalende lijn.

Er zijn wel knelpunten in de vorm van capaciteitsproblemen. Bij de formule die wij hanteren, zal er ongetwijfeld nog een fine tuning nodig zijn. Daardoor zullen onderdelen verbeteren. Ik kan ze niet even gauw noemen, maar er zijn wel forse capaciteitsproblemen. Een tweede en derde RIBW-behandelingscapaciteit erbij zou goed zijn. Je moet aan een keten denken. Die heeft niet

alleen een zorgschakel, maar ook een strafrechtschakel. Ook bij justitie zijn er capaciteitsproblemen. Als die verholpen zijn, kunnen er nog grotere groepen cliënten naar de zorg of eventueel de strafrechtelijke kant gaan. Op het niveau van fine tuning is het soms heel teleurstellend dat een en ander niet door een structuur bepaald kan worden, maar dat het door medewerkers bepaald wordt. Een afdelingshoofd dat het goed kan vinden met een netwerker van de politie of de buurtbrigadier van de politie, levert veel meer rendement op dan wanneer wij een heel mooi beleidsdocument hebben ondertekend waarvoor wij ons allemaal gaan inspannen. Daar zitten ook risico's. Op het moment dat de fine tuning tussen de verschillende personen die dit werk doen, niet meer goed lukt, ontsporen er klanten. Bij een geslaagde fine tuning denk ik aan gemaakte afspraken die nagekomen worden, een telefoontje, de politie die binnenkomt of de zorg die gaat handelen als de politie zich meldt. Dat hangt helemaal van de desbetreffende personen af. Op het moment dat dit allemaal goed werkt, zie je ook resultaten.

De **voorzitter**: Het is wat u zegt: op papier kan het nog zo mooi geregeld zijn, maar als de mensen elkaar niet kennen en niet goed samenwerken, loopt het anders. Krista van Velzen stelt de laatste vragen.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Wouda, u sprak zojuist over het verschil in behandeling tussen iemand die verslaafd is en in een tbs-kliniek zit en iemand die in een verslavingskliniek zit. Afgelopen maandag hebben wij het onderzoek gezien dat een analyse maakt van de factoren die voorspellend kunnen werken voor onttrekking, ontsnapping en recidive. Dat onderzoek is u bekend. Er ontstaat een beeld van een bepaald slag patiënt dat al hoog scoort op psychopathie en nog enkele factoren en die tijdens verlof middelen gebruikt. Die patiënt vormt een extra groot risico. U stipt echter aan dat juist de terugval in de behandeling eigenlijk noodzakelijk is, dus dat er een mogelijkheid gecreëerd wordt om de patiënt naar middelengebruik te laten terugvallen, om daarna de behandeling weer verder op te bouwen. Zit er een logica in om te pleiten voor het opsplitsen van verschillende patiëntengroepen? Ik denk aan de patiënten die een extra risico vormen, dus die een hoge psychopathie scoren. Die patiënten zouden niet voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen. Juist de mensen die een minder groot risico vormen, kunnen dan wat meer aansluiten op het type behandeling dat u aanbiedt.

De heer **Wouda**: Ik vind dit een goede vraag. Dat heeft mij ook "gepuzzeld". Ik denk dat er in de tbs-klinieken een doelgroep zit die wellicht niet voorafgaand aan de oplegging van de maatregel gekregen heeft wat nodig zou zijn geweest om te voorkomen dat zij die maatregel opgelegd kregen.

Als je zou kunnen meekijken over de schouder van de tbs-behandelaar zijn er in de tbs-klinieken wellicht groepen aan te wijzen waarmee binnen de ggz en bij onze forensische verslavingskliniek Tactus iets mee is aan te vangen. Misschien kan dat niet op voorhand, maar in een soort van samenwerking kan er gewerkt worden naar een punt waarop het overgenomen wordt. Ik denk dat er in een tbs-kliniek in de tijd een optimaal moment is aan te wijzen waarop er iets anders moet gebeuren. Naarmate iemand langer in een gesloten behandelkliniek verblijft, gaat dat namelijk gepaard met negativiteit die de

behandeling kan beïnvloeden. Als je als fvk dus zou mogen meelopen in een tbs-kliniek zouden er mensen zijn aan te wijzen die wellicht veel meer geholpen waren bij een behandelaanbod zoals dat van ons. Daarnaast zouden er in de uitstroom misschien mensen tussen zitten die in het kader van proefverlof of transmu- raal verlof meer geholpen zijn dan bij de tbs. Immers, iedereen moet nu in de tbs door dezelfde te kleine achterdeur naar buiten. U sprak zojuist over psychopathie en verslaving. Wij nemen overigens geen mensen met een hoge psychopathiescore op. Daar zijn wij niet voor toegerust.

Mevrouw **Van Velzen**: De kennis die bij dat onderzoek is opgedaan, was u indirect al bekend, althans als ik het goed interpreteer.

De heer **Wouda**: Onze kliniek is ook sterk gericht op de wijze waarop wij de behandeling willen organiseren. Wij investeren dus ook veel in de behandelrelatie. Wij willen in de behandeling namelijk niet opnieuw allerlei verwaar- lozende elementen inbouwen die in het verleden vaak kenmerkend voor de ontwikkeling geweest zijn. Wij proberen dan ook vooral positief, constructief en uitnodigend, alsook uitlokkend tot verandering hierin te zijn. Wij proberen de behandeling en het klimaat in de kliniek ook op die manier in te richten. Er zijn bijvoorbeeld mensen met een hoge score van psychopathie die geen oog hebben voor die uitnodiging. Die mensen kun je daarmee ook niet bedienen.

Mevrouw **Van Velzen**: U sprak over het volgen van patiënten of cliënten. Op het moment dat er een juridische titel verdwijnt en de behandeling in uw kliniek met een positief resultaat wordt afgerond, hebt u dan nog mogelijkheden om een patiënt te volgen? Waar kunt u aankloppen als er signalen komen dat die cliënt terugvalt in middelengebruik en daarmee meer risicovol gedrag gaat vertonen?

De heer **Wouda**: Wij zijn met iemand een behandelrelatie aangegaan in een juridisch kader. Op het moment dat het juridische kader wegvalt, blijft de behandelrelatie wel bestaan. Op basis van die relatie en de verantwoordelijk- heid die daarbij hoort, voelen wij ons wel gemachtigd om contact te onderhouden.

Mevrouw **Van Velzen**: En als de cliënt dat niet wil?

De heer **Wouda**: Als iemand zegt "dat is wel leuk en aardig, maar ik heb daar verder geen behoefte meer aan", houdt het op. Wij kunnen dan alleen maar met de verwijzende instantie overleggen. Wij kunnen dan aangeven dat wij ons grote zorgen maken om wat er aan de hand is, namelijk dat wij niet meer in contact komen met die cliënt. Het is dan toch aan de verwijzende instantie om daar iets op uit te zetten.

Mevrouw **Van Velzen**: Op dat moment is er toch geen verwijzende instantie meer?

De heer **Wouda**: Bij onze doelgroep zie je vaak dat de verwijzende instantie er toch weer met een regelmaat is. Wanneer het niet goed gaat met mensen, omdat zij weer delicten plegen en met de politie in contact komen, is de verwijzende instantie er ook. Dat zien wij nu ook vaak bij

mensen, nadat het juridische kader is opgeheven. Zij vertrekken, maar wij zien ze ook terugkomen. In de kliniek moet je de behandeling dan zo inrichten dat die mensen bereid zijn, natuurlijk met de justitiële stok achter de deur, om zich een tweede keer bij ons aan te laten melden.

De **voorzitter**: Mijnheer Don en mijnheer Wouda, wij danken u voor uw komst. Wij hebben uitgebreid gesproken over het thema verslaving in relatie tot stoornis en tbs. U hebt een aantal keren gezegd dat u steeds jongere mensen in aanraking ziet komen met uw kliniek en met justitiële instanties. Op dit onderwerp gaan wij later deze dag door. Dit gesprek is dan ook een goed aanknopingspunt voor de rest van de dag.

Sluiting 13.05 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 22 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Woensdag 22 maart 2006

Aanvang 13.45 uur

Gehoord worden de heren drs. N. Duits en drs. A.A.J. Bartels

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heropen de vergadering van de tijdelijke onderzoekscommissie tbs en heet de heren Duits en Bartels welkom. Dank u voor uw komst. Wij willen graag met u spreken over een onderwerp dat geen dag niet is besproken, maar dat alleen zijdelings is benoemd. Ik heb het over jeugdproblematiek en over de vraag wat hetgeen wij nu bij de jeugd zien, betekent als wij het in de tijd zetten. Ik zal verder niet vooruitlopen op de vragen, maar dat is de reden dat wij u willen spreken. Dit punt is vaak genoemd. U hebt beide een bijzondere ervaring en expertise op dat gebied. Mag ik u vragen welke functies u nu bekleedt en wat uw ervaringen zijn met dit specifieke werk?

De heer **Duits**: Ik ben kinder- en jeugdpsychiater en hoofd jeugd bij de Forensisch Psychiatrische Dienst. Ik ben in 1988 begonnen op de FOBA. Ik heb als psychiatrisch consulent in huizen van bewaring gewerkt, maar ook in justitiële jeugdinrichtingen. Ook heb ik als consulent bij de Raad voor de Kinderbescherming gewerkt. Nadien ben ik bezig geweest met het verspreiden van kennis. Ik ben hoofdredacteur van een handboek over jeugdpsychiatrie en recht. Binnenkort hoop ik te promoveren op de kwaliteit van de rapportage pro justitia van jongeren.

De **voorzitter**: Specifiek op jongeren gerichte pro justitia-rapporten?

De heer **Duits**: Ja.

De **voorzitter**: Vorige week hebben wij gesproken over de pro justitia-rapportage op zich, maar u bent specifiek gespecialiseerd in jongeren.

De heer **Duits**: Ja.

De **voorzitter**: Mijnheer Bartels, aan u dezelfde vraag. Uw huidige activiteiten en misschien ook relevante voorgaande activiteiten?

De heer **Bartels**: Ik ben coördinerend hoofdbehandelaar in de Van Mesdagkliniek in Groningen. Ik ben daar sinds vijf jaar ook hoofd van het onderzoek. Ik kom uit de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ik heb in de loop van twintig jaar programma's ontwikkeld voor jeugdige delinquenten. Ik heb gewerkt met adolescenten, verstandelijk gehandicapten en veel jeugdige delinquenten. Ik heb daar veel onderzoek naar gedaan. Ik ben bestuurslid van drie grote jeugdinrichtingen. Ik heb ongeveer 90 publicaties daarover geschreven.

De **voorzitter**: Ik denk niet dat we ze alle 90 kunnen behandelen vanmorgen, maar ik denk dat dit heel veel aanleiding geeft om er verder met u over te spreken. Ik geef daarvoor het woord aan Nebahat Albayrak.

Mevrouw **Albayrak**: Er is al gezegd dat de jeugd al vele malen is benoemd in deze zaal, zo ook vanochtend. Er zijn al een paar opstapjes gemaakt naar dit gesprek. Zo is bijvoorbeeld gesignaleerd dat het aantal jongeren met een psychose aan het toenemen is, met name in specifieke allochtone groepen. Er is ook geconstateerd dat er een toename is van het problematisch drugsgebruik onder jongeren.

Mijnheer Duits, u hebt zelf ook in eerdere onderzoeken aangegeven dat de toegang tot de jeugd-ggz, de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren, niet optimaal is en dat dit doorwerkt in crimineel gedrag. Over dat alles en meer gaan wij het vandaag hebben. Ik wil beginnen met de volgende kwestie. Wij weten dat heel veel tbs'ers een verleden hebben dat is gevuld met momenten van contacten met justitie dan wel met de psychiatrie tijdens de jeugd. Er is dus sprake van heel veel jeugdproblematiek die uiteindelijk verder groeit in de volwassenheid en uiteindelijk een dader tot zijn daad brengt. Kunt u zeggen welk deel van de mensen die nu in tbs zit, vroeger in aanraking is gekomen met justitie en psychiatrie?

De heer **Duits**: Daar zijn geen precieze cijfers over bekend. Ik heb in 1999 een congres georganiseerd over de PIJ-maatregel. Laten wij dat voorlopig de jeugdversie van de tbs noemen. Toen werd al gesteld dat eenderde van de mensen in de tbs een jeugdinrichtingverleden had. Als je

het preciezer zou nagaan, zou blijken dat een deel een jeugd-ggz verleden heeft en een heel groot deel ook een jeugdinrichting- en jeugdstrafrechtverleden.

Mevrouw **Albayrak**: Het verschil is dat het een het strafrecht is, waarbij de betrokkenen ooit veroordeeld zijn geweest of in een jeugdinrichting hebben gezeten, en het ander een jeugdinrichting met behandeling voor de psychische stoornis die op dat moment al aanwezig was.

De heer **Duits**: Ja. Wij komen misschien nog te spreken over de indicaties om in jeugdinrichtingen terecht te komen.

Mevrouw **Albayrak**: Zeker. Wat is volgens u de relatie tussen problemen in de jeugdfase en de latere tbs?

De heer **Duits**: Laat ik vooropstellen dat wij in Nederland een apart jeugdstrafrecht en een apart meerderjarigenstrafrecht hebben. Het jeugdstrafrecht begint met twaalf jaar en eindigt met achttien, hoewel het in uitzonderingen tot en met het 21e levensjaar kan worden opgelegd. Dat heeft gekke "splitsen" tot gevolg. Een groot dilemma is de informatieoverdracht, waarover wij misschien nog komen te spreken. Daaraan voorafgaand moet ik een aantal dingen stellen die de afgelopen periode, eigenlijk vanaf het begin van de jaren negentig, aan de orde zijn geweest. Er is sprake van een toename van de geweldadige jeugddelinquentie. Met name in de grote steden is er een oververtegenwoordiging van etnische minderheden in de jeugdcriminaliteit. Er is überhaupt een toename van etnische minderheden in de jeugdbevolking in de grote steden. Dat heeft ertoe geleid dat wij, ook met de rapportages die voor justitie worden gemaakt en die via de forensisch psychiatrische dienst lopen, in toenemende mate te maken hebben gekregen met geweldadige delicten met name gepleegd door jongens maar toenemend ook door meiden, en met jongens uit etnische minderheden. Dat zeg ik omdat deze jongeren vaak niet uit zichzelf naar de zorg komen of naar de ggz gaan. Via het jeugdstrafrecht, dat tenslotte ook een pedagogische doelstelling heeft, komt dit soort jongeren in aanraking met rapporten pro justitia. Dan wordt geconstateerd dat zij vaak en veel last hebben van psychische stoornissen. Als ik het heel eenvoudig stel, komen onder deze doelgroep vijf tot zes keer meer psychische stoornissen voor dan onder jongeren van de algemene bevolking. Dat is uit verschillende onderzoeken gebleken. Die stoornissen worden via de rapportage eigenlijk voor het eerst geconstateerd. Uiteindelijk moet dan worden getracht om via deze rapportages en via de adviezen aan de kinderrechter te komen tot een goede afdoening en een toegeleiding naar de jeugd-ggz. Hoewel dit de afgelopen periode enigszins is verbeterd, ging dat tot nu toe erg moeizaam.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt dus eigenlijk dat de relatie tussen de psychische stoornis bij jongeren en het uiteindelijke foute gedrag – de link naar het strafrecht – eigenlijk wel te maken is, zoals wij die ook maken in de algemene tbs.

De heer **Duits**: Ja, maar je kunt het natuurlijk niet omkeren. Niet alle jongeren die delicten plegen, hebben psychische stoornissen.

Mevrouw **Albayrak**: Natuurlijk niet. Ook daar komen wij nog over te spreken.
Mijnheer Bartels, deelt u die mening?

De heer **Bartels**: Ja, die kan ik volmondig onderschrijven. Ik heb er even over nagedacht hoe ik dit kort zou kunnen zeggen. Wat mensen nodig hebben in hun leven, is dat zij de dingen kunnen doen waarvoor zij gesteld worden. Daarvoor hebben zij kennis, vaardigheden en overtuigingen nodig. Zij moeten weten wat er speelt – daarin voorziet het onderwijs – en zij moeten vaardigheden leren. Dat is breder dan wat je op school leert. Je moet ook conflicthantering leren, je moet met elkaar leren omgaan en je moet op tijd zien aankomen dat iets verkeerd gaat lopen. Dat soort dingen is erg belangrijk. Je moet ook een adequate overtuiging verwerven. Als je er voortdurend van uitgaat dat iedereen tegen je is en je onderuit gaat halen, sta je op een bepaalde manier heel specifiek in het leven. Dan ben je erop voorbereid wat anderen mogelijk gaan doen. Dat roept bij anderen een reactie op van bijvoorbeeld reserve en weerstand, die dan weer wordt geïnterpreteerd als een bevestiging van de overtuiging. Dat hele proces, en daarbij gevoegd de stoornis, zorgt er dan voor dat iemand in juridische zin de fout in gaat, dus dat hij delinquent wordt. Dat zie je zowel bij de jeugd als bij volwassenen in de tbs. De behandeling moet in feite de balans herstellen tussen wat mensen moeten kunnen doen in de samenleving, dus de levensstaken waar zij voor staan, en de vaardigheden en de overtuigingen die zij hebben om daarmee overweg te kunnen.

Wij zoeken eigenlijk naar betere methoden om die zaken in balans te brengen. Effectievere behandelmethoden moeten daarop gericht zijn. De risicotaxatie geeft de factoren aan die van invloed zijn op die balans. In die zin is er dus een continuïteit tussen de jeugd en de tbs. Een van de aardigste onderzoeksresultaten van de laatste tien jaar is geweest dat kinderen op hun tweede jaar het meest agressief zijn in een mensenleven. Dat zal de meeste mensen verbazen, maar kijk maar eens in peuterspeelzalen. Daar trekken ze elkaar van fietsjes af en duwen ze elkaar aan de kant. Het is allemaal niet zo erg, het wordt gereguleerd en het kan niet zoveel kwaad, maar het is wel agressie. Een van de ideeën is dat degenen die dat niet leren omzetten in andere vormen van conflicthantering, degenen zijn die in de fout gaan. Je ziet dan ook dat dit zich over een heel lange levensloop uitspreidt. Als het dan inderdaad al 20 of 30 jaar aan de gang is, heb je het ook niet een twee drie teruggedraaid.

Mevrouw **Albayrak**: Mijnheer Duits noemde zojuist al de PIJ-maatregel, die in de volksmond ook wel de jeugd-tbs is gaan heten. PIJ staat voor plaatsing in een inrichting voor jeugdigen. Kunt u vertellen wat deze maatregel precies inhoudt? Voor wie is deze maatregel bedoeld?

De heer **Duits**: Dat vraag ik mijzelf ook wel eens af. Er zijn eigenlijk drie cumulatieve gronden voor. Ten eerste moet het misdrijf preventievehechteniswaardig zijn, het moet dus een bepaalde ernst hebben. Ten tweede dient de maatregel ter bescherming van de maatschappij, ingeval de veiligheid van personen of goederen dit vereist, vergelijkbaar met de tbs-maatregel. Ten derde moet de maatregel – dat is het grote verschil met de tbs – in het belang zijn van een zo gunstig mogelijke ontwikkeling van de jeugdige. Dat is een heel breed begrip, waarover

verwarring ontstaat. Het betekent eigenlijk dat de PIJ-maatregel een behandelmaatregel is. De hele discussie over de tbs-maatregel inzake beveiliging dan wel behandeling, en de vraag of je nu behandeloverwegingen moet maken voordat je een tbs-maatregel oplegt, doet zich bij de PIJ-maatregel eigenlijk niet voor. Er wordt dus verwacht dat je een behandeloverweging maakt die ten goede dient te komen aan de ontwikkeling van een jongere.

Mevrouw **Albayrak**: Daar wilde ik straks nog verder op ingaan, maar eerst zou ik nog wat feiten willen horen. Hoeveel jongeren hebben op dit moment een PIJ-maatregel opgelegd gekregen?

De heer **Duits**: Dat wisselt in de tijd.

Mevrouw **Albayrak**: De maatregel bestaat nu ruim tien jaar?

De heer **Duits**: Ja, sinds 1995. Voorheen waren er twee andere maatregelen die op een bepaalde leeftijd eindig waren. Toen heeft de wetgever bedacht: dat moet je niet hebben. Deze maatregel is trouwens ook eindig; zij kan maximaal zes jaar duren. Er zijn drie sporen in de PIJ-maatregel van twee, vier en zes jaar: voor niet gewelddadige zaken, voor gewelddadige zaken en voor degenen bij wie een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis aanwezig zou zijn. Dat wordt achterhaald door de werkelijkheid, omdat veel van deze jongeren een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens hebben. Dat heb ik zojuist al verteld. Op dit moment zijn er ongeveer 650 lopende PIJ-maatregelen. De cijfers lopen altijd achter bij de actualiteit. De hoeveelheid opleggingen neemt weer toe. Afgelopen jaar waren er zo'n 250, volgens de cijfers van het OM. Dat zijn flinke aantallen. De gemiddelde leeftijd waarop een PIJ-maatregel wordt opgelegd, is zo'n zestien jaar. Dan zijn de jongens al heel wat keren in aanraking geweest met het jeugdstrafrecht. Het jeugdstrafrecht kent als het ware een soort trapsgewijze afdoening, waarbij de PIJ-maatregel als ultimum remedium geldt. Als je in hoger beroep gaat en er ook nog wat jeugdetentie bij hebt gehad, betekent dit dat er jongens van 23, 24, 25 jaar zijn die nog met een PIJ-maatregel in een jeugdinstelling kunnen zitten. Dat is tegelijkertijd ook het dilemma, want de PIJ-maatregel sluit door de eindigheid in het geheel niet aan op de tbs-maatregel. Ik denk dat de overwegingen die hier over de tbs zijn gemaakt, bijvoorbeeld over de effectiviteit van behandelmethodieken, ook opgeld doen voor de PIJ-maatregel. Het gaat ook bij deze jongens vaak om heftige, gewelddadige zaken. De aansluiting en overlap met de tbs is er niet. Dat betekent dat de jeugdinstellingen zitten met een lastige doelgroep, waarmee zij er niet uitkomen.

Mevrouw **Albayrak**: Ik wil toch nog even bij de feiten blijven. Wij gaan het uitgebreid hebben over wat er allemaal mis is met de aansluiting tussen PIJ en tbs. Deze maatregel is in de volksmond de jeugd-tbs gaan heten, maar zij is veel breder dan de tbs. Je hoeft niet geestelijk gestoord te zijn om een PIJ-maatregel opgelegd te krijgen, maar het betreft wel vaak wel jongeren met een geestelijke stoornis. Er hoeft ook geen verband te zijn tussen delict en stoornis. Het zijn dus niet alleen ontoe-

rekeningsvatbare of verminderd toerekeningsvatbare jongeren. Wat zijn de andere verschillen met de reguliere tbs?

De heer **Duits**: Eentje heb ik zojuist al genoemd, namelijk dat het ook een behandelmaatregel is. De gekke paradox, en dat is ook in de Tweede Kamer aan de orde gekomen toen de PIJ-maatregel ontstond, is dat toerekeningsvatbaarheid in relatie tussen delict en stoornis geen issue zou zijn. Ik heb daar vaak discussies over. Het jeugdstrafrecht zou door de pedagogische doelstelling al rekening houden met de jeugdige leeftijd van de dader. Maar juist met dit soort zaken, waar je langdurig een PIJ-maatregel opgelegd kunt krijgen, moet je niet alleen goed borgen wat je vindt en goede risicotaxaties doen. De stoornis en de relatie tot het delict spelen natuurlijk wel een rol, althans voor degenen die dat in de rapportage pro justitia dienen te beschouwen en die daarover dienen te oordelen. Dat is dus een paradox. Een ander verschil, wat ook een dilemma inhoudt voor degenen die met die jongens in de weer zijn, is dat de maatregel eindig is. De tbs-maatregel is in principe niet eindig. Dat betekent dat jongens die er geen zin in hebben ...

Mevrouw **Albayrak**: Die eindigheid is niet gebonden aan de leeftijd van achttien?

De heer **Duits**: Neen. Vroeger was dat wel het geval. Er waren vroeger twee jeugdmaatregelen die wel eindig waren gerelateerd aan de leeftijd. Nu krijgt iemand een PIJ-maatregel opgelegd en wordt na twee jaar gekeken of de maatregel moet en kan worden verlengd. Na twee jaar gebeurt dat nog een keer. Dat gebeurt op basis van beschrijvingen uit de jeugdinstelling. Na maximaal zes jaar houdt het op. Voor ongeveer 50% van de jongeren duurt de PIJ-maatregel twee jaar, voor een kwart ongeveer drie jaar en voor een kwart vier jaar of meer.

Mevrouw **Albayrak**: Mijnheer Bartels, vanochtend vertelde de heer Van Veldhuizen, met wie wij uitgebreid hebben gesproken, dat de geestelijke gezondheidszorg inderdaad tekortschiet als het gaat om het bereiken van jongeren met een psychische stoornis. Hij bevestigde het beeld dat het eerste moment dat die stoornissen aan het licht komen, vaak het moment is dat de jongere in aanraking komt met justitie en er bijvoorbeeld om een pro justitia-rapportage wordt gevraagd, dus om een onderzoek naar de geestvermogens. Loopt u daar ook tegenaan in uw werk? Zegt u: dat is mij allang bekend? Weet u iets over de oorzaken van de slechte bereikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg?

De heer **Bartels**: Het is bekend dat er verkokering is. Mensen kunnen in het ggz-kanaal terecht komen of eerst in het justitiële kanaal. Dat kan een verschil maken. Je hebt natuurlijk altijd met vals-positieven en vals-negatieven te maken. Er zijn een aantal mensen van wie je achteraf zegt: dit had veel eerder onderkend moeten worden en er had veel adequater op gereageerd moeten worden. Als je dat echter bij iedereen zou doen die dezelfde signalen uitzendt, zou je in een aantal gevallen het hele apparaat overbelasten. Dat kun je dus ook niet doen. Je moet echt selectief te werk gaan en kijken voor wie het er echt somber uitziet. Wij zijn pas recent aan het ontdekken welke factoren tekenen zijn dat het lang gaat

duren. In dat opzicht denk ik dat het heel treurig is als je toch vrij veel voorkomende cases langs gaat, dus gevallen van jongeren die zijn aangemeld in een jeugdinrichting of voor de jeugdzorg ... Dan was er een diagnose gesteld en dan konden ze er nog niet terecht, omdat ze op een wachtlijst kwamen en ergens anders heen moesten. Inmiddels waren de problemen thuis verergerd en kwam de wijkagent erbij. Nog even later moesten ze weer voor een nieuw diagnostisch onderzoek. Zij krijgen een nieuwe, andere diagnose. Intussen is er dan een delict gepleegd en komt de Raad voor de Kinderbescherming erbij, met een nieuw onderzoek, et cetera. Kortom, dat heet rondpompen. Dat is heel kwalijk. Het komt nog vrij veel voor.

Mevrouw **Albayrak**: Laten wij nu focussen op de groep allochtonen in probleemwijken in de grote steden. U begon daar al over, mijnheer Duits. Kunt u iets meer zeggen over de rol van etniciteit en waarom die etniciteit mede bepalend is voor de mindere toegang tot de geestelijke gezondheidszorg? Dat was het beeld dat vanochtend ook naar voren kwam in het gesprek met de heer Van Veldhuizen. Wij hebben het uiteindelijk over jongeren die in aanraking komen met justitie en daarmee in aanraking blijven komen.

De heer **Duits**: Voordat ik wegging, heb ik de heer Van Veldhuizen nog even gezien. Hij sprak ook over shifts, maatschappelijke veranderingen. Een aantal shifts heb ik ook genoemd, zoals de toename van de gewelddadige jeugdcriminaliteit en de toename van etnische minderheden, zeker in de grote steden. Hij zei ook dat de verantwoordelijkheid of de stabiliteit van gezinnen en dorpen daarin een rol speelden. Dat is hier ook van belang. Wij hebben met de toename van etnische minderheden andere gezinsconstellaties en andere ideeën over opvoeding en verantwoordelijkheid gekregen. De overheid speelt daar ook op in, door als het ware verantwoordelijkheid over te nemen. Dat is terug te zien in de discussie over de behandelmaatregel, meer gedwongen bemoeienis, opvoedingsondersteuning. Dat is een issue. Bij Marokkaanse mensen is er een groot verschil tussen de binnenwereld van het gezin en de buitenwereld. Wij hebben er heel lang over moeten doen om daar een antwoord op te vinden of om daar iets voor te bedenken.

Mevrouw **Albayrak**: En het te benoemen.

De heer **Duits**: En ook te benoemen. Het is heel taboe-beladen om onderzoek te doen naar etniciteit en opvoeding en gezondheid dit soort zaken, bijvoorbeeld naar de prinsjesopvoeding van jongens die – zonder alles over een kam te scheren – als zij buiten het gezin zijn eigenlijk geen begrenzingen krijgen of kennen. Bij Antillianen komen er heel veel eenoudergezinnen of andere gezinsconstellaties voor. Er wordt bij hen ook anders met conflicten en krenking omgegaan. Dat zijn zaken die wij pas in de loop der tijd duidelijker in de gaten kregen. Wij moeten daar op een andere manier mee omgaan. Dat speelt ook een rol in de behandeling van dit soort jongeren, zeker als het gepaard gaat met het vaker voorkomen van psychische stoornissen.

Mevrouw **Albayrak**: Als wij er van uitgaan dat alles wat met deze jeugd gebeurt, het voorland is van de tbs – dus

de brede jeugd, maar daarbinnen ook de specifieke groepen met hun specifieke kenmerken – vindt u dan dat er op dit moment voldoende urgentie is voor deze problematiek? Denkt u dat de antwoorden die op dit moment worden verzonden de problemen zullen wegnemen?

De heer **Duits**: Ik vind van niet. Ik ben blij dat ik hier zit om dat te vertellen. Ik vind dat de analyse die nu wordt gemaakt over de tbs-maatregel ook gemaakt moet worden van de PIJ-maatregel. Laat ik anders beginnen. Ik vind de splits die wordt gemaakt tussen jeugd en volwassenheid, ook in beleidsmatige overwegingen, een rare. De kloof is zo groot tussen 18- en 18+. Daarvan dienen veel betere analyses te worden gemaakt. Daarbij komt nog datgene wat mijn buurman zei over het langs elkaar heen werken van alle instanties die met dit soort problematische jongeren te maken hebben. De urgentie is groot en er wordt te weinig aandacht aan besteed, vind ik.

Mevrouw **Albayrak**: Welke plaats heeft de PIJ-maatregel in dezen? U hebt allebei duidelijk veel kritiek daarop. Het zou een maatregel moeten zijn die deze jongeren ook corrigeert, het zou niet alleen een behandelende maar vooral ook een opvoedkundige maatregel zijn. In hoeverre wordt die taak waargemaakt met deze maatregel?

De heer **Duits**: Ik denk dat dit beter geanalyseerd moet worden. Wij weten er nu te weinig van. De hele discussie die over de tbs-maatregel wordt gevoerd, over effectieve behandelmethodieken en het inschatten van risico's, moet op precies dezelfde wijze worden gevoerd over de PIJ-maatregel.

Mevrouw **Albayrak**: Meneer Bartels, vindt u dat ook?

De heer **Bartels**: Ja, ik vind dat ook. Ik kom nog even terug op de vraag die u net stelde over de allochtonen. Dat is een probleem, met name omdat de taken die aan hen gesteld worden, anders en veel complexer zijn dan de taken die aan autochtonen worden gesteld. Zij leven in twee culturen en zij moeten zich aanpassen. Zij hebben andere manieren van conflictoplossing. Zij worden anders voorbereid op de samenleving. Potentieel is dat zonder meer een gevaar. Uit onderzoek blijkt dat de risicofactoren voor zowel allochtonen als autochtonen in feite gelijk zijn. Het zijn dezelfde dingen. Mensen kunnen niet met conflicten overweg, er zijn ouderlijke problemen, men is te arm, men heeft te weinig mogelijkheden in de samenleving, men kan de kinderen niet als goed model voorgeaan et cetera. Het enige wat er uit zeer recent onderzoek bij is gekomen, is dat voor allochtonen het gevoel gediscrimineerd te worden eraan kan bijdragen. Dat verslechtert de prognose. Voor het overige zijn het dezelfde risicofactoren die ook gelden voor autochtonen, alleen zijn bij allochtonen die risicofactoren in veel gevallen versterkt aanwezig. Zij hebben minder opleiding, de behuizing is slechter en de buurten bieden minder perspectief. Zij groeien dus op in beperktere omstandigheden. De samenleving moet er dus voor zorgen dat mensen worden voorbereid op de taken die zij in het leven te verwerken krijgen. Maar wat er gebeurt, is dat zij om te beginnen naar een vmbo gaan waar zij in veel gevallen niet datgene leren wat zij nodig hebben om hun leven later op een goede manier in te richten. Het is natuurlijk

zorgelijk dat veel Nederlandse ouders in toenemende mate hun kinderen naar Vlaamse scholen laten gaan. Je kunt je afvragen of zij ook voldoende zelfdiscipline leren. Ook dat zijn taken waarvoor je in het leven wordt gesteld. Je moet een zekere planning kunnen maken, je moet een zekere zelfdiscipline opbrengen, je moet je doelen kunnen volhouden ... Allochtonen hebben in dit opzicht een achterstand en het onderwijs werkt die niet weg.

Mevrouw **Albayrak**: Zaken waarin ouders en gezinnen ook een rol spelen.

De heer **Bartels**: Ja. Ouders, gezinnen, familie, media, vrienden uiteraard, dat alles speelt een rol. Bij mensen met een goede ontwikkeling in een middenklasse milieu loopt dat doorgaans parallel. Bij allochtonen die beperkte beroepsmogelijkheden hebben, gemiddeld minder te besteden hebben en in wijken wonen met minder perspectief, zijn er juist op al die fronten problemen. Uit de media komt het beeld naar voren dat je geslaagd bent als je bepaalde signalen uitzendt, bijvoorbeeld door dure kleding te dragen. Als je daar niet op een gewone manier aan kunt komen, zijn er altijd wel mensen om je heen die weten hoe je dat wel moet doen via delinquentie. Daarmee leer je echter niet de vaardigheden die je nodig hebt in de samenleving. Hiermee ben ik nog even ingegaan op uw vraag over de allochtonen. Wat de jeugdinrichtingen in zijn algemeenheid betreft, heeft het heel lang geduurd voordat er rekening werd gehouden met de uitkomsten van effectonderzoek. Het heeft heel lang geduurd voordat er überhaupt een positief klimaat kwam jegens effectonderzoek. Er is al 30 jaar sprake van effectonderzoek, maar het is heel moeizaam tot stand gekomen. Ik heb zelf ooit onderzoek gedaan om dit op het gebied van de jeugdzorg te inventariseren. Daaruit bleek dat 3 tot 4% effectonderzoek is van alle jeugdonderzoek. Men had theorieën over hoe je te werk moest gaan met jongeren. Die theorieën werden bevestigd ervaren in de omgang met jongeren. De vraag of het werkelijk iets hielp in de zin dat zij minder recidiveerden en zich beter wisten te redden, werd soms wel gesteld, maar doorgaans niet onderzocht. Nu is er gelukkig een kentering, maar die is er helaas vooral omdat de publieke opinie daarom vraagt en niet omdat vanuit het vak die noodzaak hard gevoeld werd. Overigens was er wel belangstelling voor effectonderzoek, maar dat was te vrijblijvend. Als je bijvoorbeeld gaat kijken naar meerjarenplannen van jeugdinrichtingen, vond je tot voor enkele jaren nog weinig aanwijzingen dat men het voor de toekomst van belang achtte om evidence-based te werken.

Mevrouw **Albayrak**: U hebt het nu over jeugdinrichtingen in den brede?

De heer **Bartels**: Ja, waarin de jongeren terecht komen over wie wij het net hadden.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt dus dat daar net zoals in de tbs nauwelijks evidencebased ...

De heer **Bartels**: Dat was tot voor kort zo. Er is nu dus een inhaalslag gaande. Dat is heel goed. Wij zijn nu voor het volgende probleem gesteld: als je weet dat bepaalde methoden effectief zijn, is het nog maar de vraag of die ook effectief zijn in je eigen huis met net iets andere

jongeren, een net iets andere groepsleiding en net iets andere modules voor het behandeltraject. Als je een goede methode hebt maar een chaotische organisatie, kun je wel zeggen dat het wel positief is, maar feitelijk zal het niet tot resultaat leiden. Er is bijvoorbeeld een methode, een competentie model die in meer dan de helft van de jeugdinrichtingen wordt gebruikt. Je kunt je echter afvragen of dat goed gaat werken als er veel verloop en ziekteverzuim is en de organisatie het net aankan. Ik denk dat dit de vervolgslag is. Nu het besef er is dat wij evidencebased dienen te werken, moeten wij gaan letten op de omstandigheden waaronder dat moet worden waargemaakt. Op dat vlak is nog erg veel te doen.

Mevrouw **Albayrak**: De PIJ-maatregel bestaat pas ruim tien jaar, sinds 1995, maar de justitiële jeugdinrichtingen bestaan al veel langer. Hebt u een verklaring voor het feit dat dit besef nu pas begint door te dringen?

De heer **Bartels**: Nee, ik heb alleen een persoonlijke verklaring, die niet uit onderzoek voortkomt.

Mevrouw **Albayrak**: Die mag u ook geven.

De heer **Bartels**: Die is dat mensen vasthouden aan hun theorieën. Normaal gesproken behoor je in de wetenschap uit een theorie hypothesen af te leiden die je gaat toetsen. In dit veld werkt dat helaas niet zo. Je hebt een theorie, bijvoorbeeld dat mensen hun onbewuste exploreren, die je gaat toetsen door bepaalde gesprekken, waarin je ingaat op dingen die mensen meemaken. Als jongeren daar niet op ingaan en het niet goed werkt, blijft de theorie nog steeds overeind, maar wordt die op een andere manier uitgevoerd. Tussen theorie en de resultaten zitten dus toepassingsregels. Als het resultaat niet is wat je verwacht, worden de toepassingsregels veranderd en de theorie niet. Daardoor gaan theorieën eindeloos mee. Daaronder is het vak naar mijn idee gebukt gegaan.

Mevrouw **Albayrak**: Worden bij de PIJ-maatregel wel de effecten onderzocht? Is er bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar recidive?

De heer **Duits**: Ja, en die zijn niet zo goed. Het WODC heeft zojuist algemene recidivecijfers naar buiten gebracht, ook van jongens die in justitiële jeugdinrichtingen hebben verkeer. Binnen het eerste jaar is er 40% recidive en binnen de eerste twee jaar meer dan 60%. De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft zelf onderzoek gedaan naar jongens die een PIJ-maatregel hebben gekregen. Ook daar zijn de recidivecijfers niet zo goed. Je moet wel onderscheid maken tussen algemene recidive, ernstige recidive en zeer ernstige recidive. De algemene recidive is ongeveer vergelijkbaar met wat ik net noemde. De ernstige recidive, waarbij moet worden gedacht aan zaken van diefstal met geweld tot en met doodslag en moord, bedraagt ook nog tot 60% binnen drie jaar. Dat is relatief veel. Dat is alleen gerelateerd aan daadwerkelijke veroordelingen, dus niet aan proces-verbalen of iets dergelijks. Ik schets nu misschien een erg negatief beeld, maar je moet je wel realiseren dat de pakkans natuurlijk niet zo groot is. Voor gewelddadige delicten is die natuurlijk wel groter, maar de cijfers zijn niet zo mooi.

Mevrouw **Albayrak**: U verklaart dat deels uit het feit dat de PIJ-maatregel een keer ophoudt. Dat ophouden heeft

niets te maken met de vraag of je nog gevaarlijk bent, of je de samenleving wel in zou moeten en of je wel goed begeleid wordt als je teruggaat, maar komt gewoon omdat de maatregel eindig is. Er is een knip. Hoor ik u pleiten voor een brug tussen de PIJ en de tbs? Zijn er PIJ'ers die eigenlijk zo zouden kunnen doorstromen naar de tbs?

De heer **Duits**: U stelt twee vragen. Op de eerste vraag wil ik ook graag ingaan, of dit alleen te wijten is aan de eindigheid van de PIJ-maatregel. Laten wij beter onderzoeken wat de behandelmethodieken zijn en wat voor wie effectief is. Ook in de PIJ-maatregel en in de jeugdinstelling heb je verschillende doelgroepen, zoals de zedendelinquenten. De discussie die hier is gevoerd over de verschillende doelgroepen, geldt ook voor de jeugdinstellingen. Ook daarvoor dien je verschillende behandelmethodieken en effectiviteitscijfers te hebben, maar die hebben wij op dit moment eigenlijk niet.

Mevrouw **Albayrak**: Klopt het dat hetgeen wel bekend is, niet wordt teruggekoppeld naar de mensen die aan het begin zitten, dus naar de deskundigen die betrokken waren bij het maken van de pro justitia-rapportage over de jongere? Klopt het dat zij nooit meer te horen krijgen of datgene wat zij hebben geadviseerd, wel of niet heeft gewerkt?

De heer **Duits**: Ik roep al jaren dat je die terugkoppeling nodig hebt om goed te kunnen indiceren, want waar indiceer je anders voor? Als psychiaters en psychologen onderzoek doen voor de rechtbank en er wordt een PIJ-maatregel geadviseerd en opgelegd, dan indiceer je, om het heel boud te zeggen, op hoop in plaats van op wat er werkelijk mogelijk is, want dat weten wij eigenlijk niet. Ik zeg het heel boud, om het maar duidelijk te stellen. Wij dienen dus gewoon te weten wat de effectiviteit is van de behandelingen die met een PIJ-maatregel worden gedaan. Ook dient er een terugkoppeling te zijn. Ook stelde u de vraag of de eindigheid van de PIJ-maatregel een issue is. Natuurlijk is dat een issue. Ik moet nu over een jongere rapporteren en adviseren of de verlenging tot zes jaar nodig is. Er zijn nogal wat jongens, dat weet ik ook uit andere bronnen, bij wie er patstellingen zijn, die misschien niet in jeugdinstellingen thuis horen, voor wie het beter zou zijn als er een overloop was naar tbs-instellingen – als daarvoor effectieve methodieken zijn – en voor wie een eindigheid ook niet aan de orde zou moeten zijn. Er is ooit bedacht dat het binnen zes jaar voor iedereen wel klaar zou kunnen zijn. Dat is ook gebaseerd op meningen in plaats van op wetenschappelijk onderzoek. Het punt dat de maatregel eindig is, maakt ook dat sommige jongens hun tijd wel uitzitten.

De heer **Bartels**: Ik zou daarop een aanvulling willen geven. Als je naar de ernstige recidivecijfers binnen zes jaar kijkt, dus naar de delicten met een strafdreiging van vier jaar of meer, vind je 28% bij de tbs, 58% bij de gevangenen en 68% bij de jeugdinstellingen. De tbs komt er in dat opzicht dus goed vanaf met 28%. Dat is natuurlijk betrekkelijk, want het is toch altijd nog iets meer dan een kwart. Ik denk dat dit veel te maken heeft met het feit dat iemand in de tbs weet dat hij iets moet veranderen, omdat het anders niet gaat. Hij zal minimaal enigszins moeten meewerken. Als hij dat niet doet, wordt er gewacht totdat hij dat wel doet. In de gevangenis hoef

je dat niet, want je weet dat je op een zeker moment weggaat. Doorgaans is dat na tweederde van je straf. Dat is de vervroegde invrijheidsstelling. Jongeren in jeugdinstellingen weten dat zij op een zeker moment ook weggaan. Als je dat voegt bij een sfeer waarin er veel ziekteverzuim is, kom je niet zo gemakkelijk toe aan feitelijk behandelen, ook omdat de jongeren zich daar minder voor openstellen. Dat zou best een heel belangrijke reden kunnen zijn.

Indirect zegt die 28% natuurlijk wel wat. Als mensen in de tbs dan willen veranderen, als zij daaraan meewerken en als dat kennelijk ook werkt, betekent dit dat er wel iets goeds zit in datgene wat er gebeurt. Dat kun je er indirect uit afleiden. Door de verantwoordelijkheid om mee te doen bij de mensen zelf te leggen, hoe moeilijk dat ook is ... Mensen die werken in tbs-instellingen of jeugdinstellingen weten niet alles wat er gebeurt. Jongeren zetten elkaar onder druk. Tbs-gestelden zetten elkaar onder druk, manipuleren elkaar, zeggen dat zij bepaalde dingen wel of niet mogen vertellen en rekenen elkaar daarop af. Als jongeren met gevoelens van onveiligheid naar de groepsleiding gaan, worden zij daarop aangesproken. Wij weten eigenlijk weinig van dat soort dingen. Ondanks dat is er kennelijk perspectief als zij meewerken. Een van de goede dingen is natuurlijk om aan de hand van de dingen die je wel ziet, ideeën te krijgen over datgene wat je als groepsleiding of behandelteam niet ziet. Als je de mensen op een bepaalde manier met elkaar ziet omgaan, wat betekent dat dan indirect? Kun je eruit afleiden of zij elkaar onder druk zetten of elkaar manipuleren? Het komt bijvoorbeeld voor dat jongeren of tbs-gestelden met wie het goed gaat, door degenen met wie het niet goed gaat terug worden gehouden. Zij krijgen gratis drugs of worden gevraagd om mee te doen aan een of ander incident, zodat zij uiteindelijk hun eigen traject weer verstoren. Dat zijn mechanismen die optreden en waarop je als behandelteam maar beperkt zicht hebt. Ondanks de moeilijkheden die er praktisch gesproken zijn, is het feit dat je als tbs-gestelde of als jongere in een jeugdinstelling moet meewerken omdat het anders niet kan, erg werkzaam voor de latere recidive en voor de voorspellende waarde. Het zou dus goed zijn om na te gaan wat de recidivecijfers zijn van met name PIJ'ers die op een zeker moment zonder meer vrijkomen. Die moeten heel hoog zijn.

Mevrouw **Albayrak**: Als wij dit benoemen als het voorland van de tbs, is dat bijna met zekerheid te zeggen. Dat lijkt mij ook. U bent beiden erg kritisch over de PIJ-maatregel, met name over datgene wat er na de PIJ komt. Kunt u die fase nog wat beter omschrijven?

De heer **Bartels**: Ik zou niet willen zeggen dat de PIJ-maatregel er nooit had moeten zijn. Zo zou ik het niet willen uitdrukken. Vroeger had je twee maatregelen, de bijzondere behandeling en de jeugd-tbs. Dat was ook buitengewoon onhandig. In die zin heeft het wel een duidelijke eenheid geschapen. Voor een bepaalde categorie, ik schat voor zo'n 40%, zal de maatregel ook wel werken. Maar het feit dat je op een gegeven moment maar hoeft te wachten totdat je er uit komt, is een negatief iets. Wij weten niet hoeveel dat doet bij hoeveel PIJ'ers.

Mevrouw **Albayrak**: Als u zegt: het had er nooit moeten zijn ...

De heer **Bartels**: Dat zeg ik dus juist niet. Dat wil ik niet zeggen. Ik wil niet zeggen dat het er nooit had moeten zijn.

Mevrouw **Albayrak**: Maar als je dat zo zou zeggen, zeg je dat dan vooral omdat voorkomen kan worden dat jongeren zodanig psychisch in de knel komen dat zij een strafbaar feit plegen? Dus dat de algemene psychiatrie tekortschiet, zoals de heer Van Veldhuizen eigenlijk ook zei? Of zegt u: je zou met deze groep jongeren iets anders moeten, ook als zij een strafbaar feit hebben pleegd? Is er een alternatief voor de PIJ op dit moment?

De heer **Duits**: Je kunt een PIJ-maatregel ook elders ten uitvoer leggen, ook in tbs-instellingen trouwens. Dat gebeurt eigenlijk niet, gezien de lange wachttijden die ook voor de tbs-instellingen gelden. Je kunt met een PIJ-maatregel ook in een (jeugd)psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen.

Mevrouw **Albayrak**: Daarvoor zijn de wachttijden lang.

De heer **Duits**: Ja, die zijn ook erg lang.

Mevrouw **Albayrak**: Is dat ook een van de redenen waarom rechters snel naar de PIJ-maatregel grijpen?

De heer **Duits**: Dat hangt ook af van de adviezen die de rechters krijgen. Misschien moet ik nog even uitleggen dat de Forensisch Psychiatrische Dienst wordt gevraagd om een onafhankelijk psychiater of psycholoog te zoeken die dat soort onderzoeken ook voor jongeren doet. Er zijn ongeveer 200 psychologen en psychiaters die jongeren onderzoeken. Dat loopt via de Forensisch Psychiatrische Dienst. Daarna gaan die adviezen naar de rechtbank toe. De adviezen van die rapporteurs zijn dus erg belangrijk, niet alleen ten aanzien van de risico-inschattingen – iets dat zich pas heel recent bij jeugdigen aan het ontwikkelen is en dat goed geborgd moet worden in de rapportages – maar ook ten aanzien van de indicaties voor wat er nodig is. Jongeren met psychiatrische stoornissen horen natuurlijk thuis in een psychiatrisch ziekenhuis. Als je ziek bent, hoor je in een ziekenhuis thuis. Het punt is dat de justitiële jeugdinrichtingen natuurlijk geen psychiatrische inrichtingen zijn. Ook de psychomedische zorg in de justitiële jeugdinrichtingen kan beter. De Inspectie heeft dat vorig jaar nog aan de orde gesteld. Dat betekent dat je psychiatrische ziekenhuizen moet hebben waarin psychiatrisch zieke jongens en meiden terecht kunnen. Die zijn er eigenlijk te weinig. Er is nu wel een ontwikkeling naar andere methodieken waarbij de gezinnen meer betrokken worden, zoals functionele gezinstherapie en multisysteemtherapie. Dat kunnen alternatieven zijn voor of aanvullingen op een verblijf in een jeugdinrichting. Er is eenvoudigweg een tekort aan mogelijkheden voor psychiatrische bemoeienis, zowel in het voortraject als in het natraject. Daarnaast is er ook een onderkenningsprobleem. Wij dienen de jongens die in een justitiële jeugdinrichting terecht komen, ook voor preventieve hechtenis, beter te screenen om erachter te komen wie een psychische stoornis heeft en wat je daar het beste mee zou kunnen doen. Dat kan allemaal beter.

Mevrouw **Albayrak**: Dat blijkt wel. Kunt u nog iets zeggen over mogelijke oplossingen? U zegt dat de PIJ niet werkt zoals hij zou moeten werken en dat er groepen in

zitten die elders misschien beter zouden kunnen worden geholpen. Wij hebben het echter over jongeren die niet alleen geestelijk ziek zijn maar ook crimineel, vaak herhaald crimineel. Het beveiligingsaspect speelt hier dus ook een rol. Wat zouden wij op dit moment kunnen doen om voor alle groepen jeugdigen, die al dan niet psychische problemen hebben, maar die in ieder geval crimineel gedrag vertonen, zowel zorg als beveiliging een plek te geven?

De heer **Duits**: Het is wel een mer à boire wat u vraagt.

Mevrouw **Albayrak**: Misschien kunt u een paar van de meest simpele te realiseren oplossingen noemen.

De heer **Duits**: Ik ben langdurig kinder- en jeugdpsychiater in Amsterdam geweest, wat ik nu nog ben, maar ook voorzitter van allerlei jeugdforensisch-psychiatrische netwerken. Een belangrijk aspect is dat er in de grote steden heel erg langs elkaar heen wordt gewerkt door alle verschillende instanties die zich met kinderen en jongeren bemoeien die gevaar veroorzaken of in gevaar zijn. Daarbij moet u denken aan kinderen die thuis worden mishandeld tot en met jongeren die gevaarlijke delicten plegen. In Amsterdam bijvoorbeeld waren er 24 instanties die zich met kinderen en jongeren bezig houden. Dat zijn er nu nog twintig. Die instanties zijn ook erg met zichzelf bezig, want zij krijgen allemaal andere namen en zij moeten allemaal reorganiseren. Samenwerking en afstemming tussen instanties lukt wel als je probeert om daar meer cement tussen te bakken. Je dient te investeren om die instanties meer te laten samenwerken en af te stemmen. In Amsterdam bijvoorbeeld zijn er een heleboel samenwerkingsverbanden ontstaan die ervoor zorgen dat kinderen en jongeren eerder worden gesignaleerd en dat er zorg tot stand komt. Een ander punt dat daarbij aan de orde is, wat hier al eerder is genoemd, is de informatieoverdracht. Dat speelt vanaf de kinderleeftijd tot en met de volwassenheid en de overdracht naar het tbs-circuit en de ggz. Ik heb er lang over nagedacht en het ook uitgewerkt als idee. Staatssecretaris Ross is ook enigszins met het idee van een register gekomen. Mijn voorstel is een elektronisch zorgregister te ontwikkelen voor kinderen en jongeren die in gevaar zijn of die gevaar veroorzaken voor anderen. Er hoeft helemaal niet zoveel inhoudelijke informatie in te staan. Er moet staan dat er iemand bemoeienis mee heeft, wat de bemoeienis is en wanneer en hoe die is beëindigd, zodat alle instanties dat in ieder geval van elkaar weten. Dan kun je op een andere manier wel achter de inhoudelijke informatie komen. De overdracht is echt een wezenlijk probleem in de signalering van risicogedrag. Afgezien van het feit dat je psychische stoornissen moet signaleren en onderkennen en er uiteindelijk iets aan moet doen, is de overdracht een heel groot probleem.

Mevrouw **Albayrak**: Ons is al enkele malen gemeld dat behandelaars in de tbs geen beschikking hebben over dossiers die tijdens de jeugd zijn ontstaan, dus van de jeugdpsychiatrie en de jeugdjustitie. Dat wordt als een knelpunt ervaren. U zegt dat ook daarvoor de informatie-uitwisseling tussen instanties die met de jeugd bezig zijn beter zou kunnen?

De heer **Duits**: Ja. Ik kan dat ook met een voorbeeld illustreren. Ik heb steeds gewerkt voor zowel volwassenen

als jeugdigen, dus ik overzie die velden. Toen ik als consulent in een justitiële jeugdinrichting werkte, zaten er op de behandelafdeling twee jongens die voor veel moeilijkheden zorgden met een bb-maatregel. Omdat die maatregel eindig is, kwamen de jongens op een gegeven moment in aanraking met het meerderjarigenstrafrecht. Ik kwam ze toen tegen omdat ik op dat moment ook consulent-psychiater was in het huis van bewaring. Er was helemaal niets over die jongens bekend, echt helemaal niets. Alles begon overnieuw. De rechter-commissaris vroeg dan ook opnieuw een pro justitia-rapportage aan, terwijl er een enorm dossier was over beide jongens. Dat is illustratief. Alles begint opnieuw.

Mevrouw **Albayrak**: Wat zegt dat over de behandeling? Hoe essentieel is het voor de uiteindelijke behandeling om te kunnen beschikken over die informatie?

De heer **Duits**: Zeer essentieel. In de jeugdzorg wordt heel veel gepraat en heel veel opgeschreven, dus je moet ook goed bedenken hoe je de basale informatie zo efficiënt mogelijk kunt overdragen en waar je de informatie kunt halen.

De heer **Bartels**: Voor de jeugdige zelf is het natuurlijk ook uitermate verwarrend. Alles begint steeds weer opnieuw. Dat gezin kent die molen op een gegeven moment wel. Lange tijd denkt men: ach, het zal wel meevallen. Op een zeker moment schrikt men als er dan toch een keertje een veroordeling volgt. Dat vindt men dan bijna onrechtvaardig. Dat krijg je natuurlijk na zo'n lange geschiedenis.

Als u het hebt over het begin, dan herinner ik mij dat jongens mij vertelden dat schoolgenoten leraren bedreigden die hen onvoldoendes gaven. Leraren sliepen daardoor een aantal avonden niet thuis, want zij wilden hun gezin niet in gevaar brengen. Dat zegt natuurlijk eindeloos veel. Dat weet een aantal jongeren van elkaar. Dat is bij een aantal mensen op die school bekend. Dat kan dus allemaal. Dat gaat op een zeker moment dus tot de norm horen van wat wel en niet kan. Daar wordt dan soepel op gereageerd en op een zeker moment gaat het weer over. Dat is ook een teken dat je ergens als samenleving een grens moet stellen. Dat gebeurt wel, maar zulke gevallen geven aan dat die grens eigenlijk al overschreden is. Wat geef je mensen dan in feite voor een milieu mee om in op te groeien? Waar is hun balans? Wat voor taken worden hen gesteld? Wat leren zij als vaardigheden voor het leven? Zij leren dat zij met bedreiging een eind kunnen komen.

Mevrouw **Albayrak**: Nog een laatste, heel concrete vraag. Hoe groot is de rol die problematisch drugsgebruik, misschien ook van softdrugs, speelt bij deze jongeren?

De heer **Bartels**: Groot, maar het probleem is dat er ook een heleboel jongeren zijn die ook veel drugs gebruiken maar bij wie dat niet zonder meer tot eenzelfde probleem leidt. Voor degenen die met een opeenstapeling van risicofactoren te maken hebben, is drugsgebruik een uitermate ongunstige factor.

Mevrouw **Albayrak**: Er moet dus duidelijk meer aan de hand zijn dan alleen drugsgebruik, wil een jongere uiteindelijk echt problematisch worden.

Meneer Duits, hebt u hierover wat te zeggen?

De heer **Duits**: Bij de jongens die voor de rechtbank worden onderzocht en die in justitiële jeugdinrichtingen en de jeugdzorg zitten, is het èn èn èn èn èn. Dus èn moeilijke psychosociale omstandigheden èn psychische stoornissen èn drugsmisbruik èn verstandelijke beperkingen èn schoolachterstanden. Zeker in de grote steden maken wij mee dat jongens al ik weet niet hoe lang niet meer naar school gaan en volledig de boot hebben gemist. Iets wat misschien in de oorzakelijke factoren te weinig wordt benoemd maar waarover wij het wel vaak met elkaar hebben, zijn de mammoetscholen en hoe die voor deze kwetsbare doelgroep een uiterst slechte zaak zijn.

De **voorzitter**: Wij hebben het al een paar keer gehad over onderwijs en scholen. De heer Bartels had het over soepelheid. Wij moeten weer grenzen leren stellen. Een halfuurtje geleden zei u dat het niet zo vreemd was dat een aantal mensen in Brabant hun kinderen naar Vlaamse scholen sturen ...

De heer **Bartels**: Ja, dat denk ik inderdaad.

De **voorzitter**: ... omdat daar die soepelheid niet is.

De heer **Bartels**: Dat is natuurlijk niet omdat de Belgen zulke verschrikkelijke mensen zijn, maar omdat zij op een respectvolle, vriendelijke manier zelfdiscipline leren aan jongeren. De kinderen leren daarmee die vaardigheid voor zichzelf. Als je nooit je eigen leven hebt leren plannen, kun je je geld niet beheren. Dan wil je uitgaan met je vriendin maar dan is er geen geld. Dan is de verleiding groot om het maar te jatten of om een straatroof te plegen, in ieder geval als je al in zulke kringen zit en de risicofactoren zich opstapelen. Je moet dus een zekere mate van zelfdiscipline leren; een school moet dat ook bieden. Scholen willen dat wel, maar de omstandigheden maken het vaak niet erg gemakkelijk. De scholen zijn groot en er is weinig sprake van een persoonlijke band. Het lerarenkorps kent niet elke leerling meer, dat is ondoenlijk met meer dan 1000 leerlingen.

De **voorzitter**: Ik vraag het ook omdat u het had over grenzen stellen en wat dwingender optreden. Dat deed mij denken aan een gesprek eerder vanochtend waarin werd gezegd: af en toe hangt er nog een beetje te veel de mentaliteit van de jaren zeventig en de flower power, wij zijn te vrijblijvend.

De heer **Bartels**: Het punt is dat dit een mooie beweging was voor de mensen die deze vaardigheden al in huis hadden. Voor die mensen is het waarschijnlijk nog steeds mooi. Als je die vaardigheden niet in huis hebt, als je nog onvoldoende zelfdiscipline hebt, als je je laat meesleuren door van alles, als je impulsief reageert, als je ontzettend krenkbaar bent omdat je toch al zo weinig zelfgevoel hebt en je hoort iets zeggen en je denkt dat het op jou betrekking heeft en je wordt gelijk agressief, dan heb je niet veel aan flower power.

De **voorzitter**: Dit kan al ontstaan als mensen tien, elf, twaalf jaar oud zijn. U werkt in de Van Mesdagkliniek. Als de mensen bij u komen, zijn zij 22, 23, 24 jaar. Je hoort tegenwoordig dat ze soms al zo jong zijn.

De heer **Bartels**: Af en toe zijn ze zo jong, ja. Dat klopt.

De **voorzitter**: Als er in de tien tot twaalf jaar daarvoor niets is gebeurd, als er niet is gecorrigeerd, hoe moeilijk is het dan nog voor u om het bij te sturen?

De heer **Bartels**: Dat is heel moeilijk, maar niet onmogelijk. Op een zeker moment is het doenlijk omdat de mensen zich realiseren dat zij iets moeten gaan doen, want anders komen zij er niet weg. Zij realiseren zich dat zij toch nog een aardig deel van hun leven voor zich hebben en willen dat gaan benutten. Over dat proces doen zij soms lang hoor, een halfjaar, een jaar, anderhalf jaar, maar velen komen daar wel aan toe. Bij veel patiënten in de Van Mesdagkliniek heb ik een positief image, omdat ik ook veel doe met jeugd. Dan zeggen ze: ik had eerder daar en daaraan moeten denken, ze hadden dat eerder tegen mij moeten zeggen. Ik heb dan wel eens gezegd: toen jij zestien was, zou jij dat niet zo gezegd hebben. Zij onderkennen dat zelf ook, ja.

De **voorzitter**: Nu praten wij over corrigeren van vormen van gedrag. Het komt ook voor dat mensen al een lange criminele carrière hebben – ik vind "carrière" in dezen altijd een raar woord, maar goed, dat is schijnbaar gebruikelijk – maar ook een lange carrière in middelengebruik. Zij zijn dan halverwege de twintig en hebben daarin ook al een verleden van tien, twaalf jaar. Hoe moeilijk is het voor u dan om nog te behandelen? Ik hoor ook verhalen dat het al zoveel schade heeft veroorzaakt dat er onherstelbare dingen zijn gebeurd.

De heer **Bartels**: Dat is een risicofactor, dat is eens te meer gebleken uit het EFP-onderzoek. Het was al bekend dat dit een risicofactor is. Aan de andere kant is het ook weer niet onmogelijk. De mensen zetten zich wel in. Het recidivepercentage na zes jaar in vergelijking met gevangenis en jeugdinrichtingen laat ook wel zien dat er wat kan.

De **voorzitter**: Er is hier ook gezegd dat dit percentage laag is omdat veel mensen er nooit meer uit komen. Het percentage gaat alleen maar over de mensen die eruit komen, dus dan krijg je een laag percentage.

De heer **Bartels**: Bij de gevangenen zitten ook veel mensen met veel lichtere delicten dan tbs-delicten. Je zou van gevangenen dus eigenlijk een veel lager percentage dan 58% ernstige recidive verwachten.

Nou ja, veel mensen die nooit meer uit de tbs komen? Er blijft een aantal mensen in de longstay hangen. Aan de ene kant heb je de longstay en aan de andere kant de volledige beëindiging van de tbs. In de toekomst kan daar van alles tussen komen te zitten: transmuraal verlof, begeleid wonen op basis van transmuraal verlof en longcare, waarbij je in een inrichting blijft maar met verloven naar buiten kunt. Er kan een heel gedifferentieerd pakket komen. Voor een aantal mensen moeten wij er in de toekomst naartoe dat de tbs niet of pas heel laat ophoudt, maar dat zij wel gewoon naar huis gaan en daar wonen, en moeten berichten als er problemen zijn op het werk. Als de relatie problemen geeft, moeten zij langskomen en dat vertellen. Anders komen wij periodiek langs om de zaken door te nemen. Dan kun je als behandelaar of toezichthouder zeggen: je komt eventueel een maand of twee maanden terug en daarna ga je weer verder.

Justitie kan dan zeggen: hij is nu een maand of twee maanden terug en wij vinden hem toch wel een risico, hij moet voorlopig even binnen blijven. Als dat tot gevolg heeft dat zo'n persoon datgene kwijtraakt wat hij heeft opgebouwd, dan pleeg je een heel strikt veiligheidsbeleid dat uiteindelijk de veiligheid niet ten goede komt.

De **voorzitter**: Op de lange duur niet.

De heer **Bartels**: Op de lange duur niet, nee.

De **voorzitter**: U hebt in jeugdinrichtingen gewerkt en werkt nu in een tbs-kliniek. Beide geven hetzelfde beeld: er is lang behandeling gepleegd zonder dat gekeken is of de behandeling echt effectief was en succes had. Dat is soms onluisterend als je aan deze kant van de tafel zit, dat je denkt: hoe kan dat nu? Maar laten wij die vraag even parkeren en naar de toekomst kijken. Zijn er typen behandelingen, interventies of medicaties in een jeugdinrichting die soortgelijk zijn aan die in een tbs-inrichting?

De heer **Bartels**: Er is veel vergelijkbaars. De cognitieve gedragstherapie is de afgelopen decennia een effectieve methode gebleken. Waar wij nu voor staan, is om die aan te passen aan verschillende omstandigheden en verschillende subgroepen van jongeren en tbs-gestelden. De Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie heeft veel kennis in huis en zou beslist graag willen meedenken over het opstellen van allerlei richtlijnen. Voor de jeugd is er gelukkig de Erkenning-commissie Gedragsinterventies Justitie gekomen, die overigens een groot wetenschappersgehalte heeft en waarvan het goed zou zijn als zij ook vanuit de praktijk wat gevoed zou worden. Dat zijn allemaal heel gunstige ontwikkelingen. Ik zie daar wel iets in op gang komen. Toen u in de Van Mesdagkliniek was, heb ik gezegd dat het werk met volwassenen in de tbs mij pessimistischer heeft gemaakt over de jeugd. Als ik zie wat wij als behandelaars kunnen doen in de tbs ... Wij kunnen tegen iemand zeggen: als je van je werk terugkomt, kom je eerst hier naartoe en daarna ga je naar het begeleid wonen of naar huis, want wij willen weten hoe de dag verlopen is. Wij kunnen tegen iemand zeggen: met die en die persoon moet je maar niet meer omgaan, want dat is een riskant contact. Dat is allemaal niet zo gemakkelijk bij de jeugd; dat is zelfs heel moeilijk. Als ik dan zie hoe moeilijk het toch nog is voor ons om wat te bereiken, dan is het voor de jeugd hard knokken.

De **voorzitter**: Ik kijk nu even naar de heer Duits. Bij hem zijn de aantallen groter. De leeftijd waarop de dingen misgaan ligt lager; de mensen zijn jonger. Ik ben zeer pessimistisch als ik dat voor ogen heb. En u?

De heer **Duits**: Mij wordt altijd verweten dat ik dat ook ben. Wat ik altijd heb gesteld, is dat je van deze jongeren geen normale mensen kan of hoeft te bakken. Wij hebben te maken met heel beschadigde kinderen en jongeren. Het is goed om voor hen realistische behandeldoelen te stellen. Het begrip heropvoeding ... ik weet niet wat dat is, maar het wordt nog wel in het jeugdstrafrecht bij de PIJ-maatregel, de jeugdzorg en de jeugdbescherming gehanteerd. Daarom is het van belang om realistische doelstellingen te maken, aan te sluiten bij kennis over volwassenen, bij kennis over bejegening en de continui-

teit van zorg tot stand te brengen. Ook de effectiviteit van behandeling moet beter worden nagegaan. Dat is de grootste opgave, naast het feit dat degenen met psychische stoornissen beter herkend moeten worden en dat ook van die groep de behandelmogelijkheden en de effectiviteit van behandeling moet worden nagegaan.

De **voorzitter**: Wij praten op verschillende niveaus over de koppeling tussen jeugd en volwassenen. Dat is het individu die ooit ergens op zijn zestiende terecht kwam en later op zijn zesentwintigste opnieuw. Informatie-uitwisseling. Het is een koppeling als het gaat om behandelmethoden, effectiviteit van behandelingen en geneesmiddelen. Het is ook een koppeling in de zin van een organisatie vormen.

De heer **Bartels**: Dat zou wenselijk zijn. Die is er dus niet. Iemand van 25 of ouder weet dat hij eraan moet werken om van zijn leven wat te maken. Iemand van 16 leeft meer bij de dag, een maand is ver weg. De jeugd heeft natuurlijk iets specifieks, want er is een ontwikkelingsdynamiek. Jongeren zijn nog in ontwikkeling. Daarmee moet je natuurlijk rekening houden, maar een aantal van de problemen waarover wij het nu hebben, spelen al vanaf heel jong.

De **voorzitter**: Tot en met zeer oud.

De heer **Bartels**: Ja.

Mevrouw **Joldersma**: De heer Bartels zei heel mooi: tussen theorie en praktijk zitten uitvoeringsregels. Mensen stellen hun theorie niet bij, maar soms alleen de uitvoeringsregels. Als ik luister naar de theorie die u uitstraalt en die wij deze week ook hebben gehoord, is dat een theorie van effectiviteit van behandelmethoden en risicotaxatie. Moeten wij de uitvoeringsregels aanpassen of moeten wij nu tien jaar in deze theorie blijven, waarna wij weer in een andere theorie terechtkomen?

De heer **Bartels**: Wij zullen vast nog wel ergens anders uitkomen. Ik denk wel dat wij dit nu gewoon consequent moeten inzetten, want de risicotaxatie biedt nog allerlei perspectieven. Je kunt op de risicofactoren veel meer enten met je behandeling. Als je bijvoorbeeld weet dat impulsiviteit en vijandigheid van invloed zijn, dat dat de dynamische risicofactoren zijn, kun je daarop in je behandeling sterk inzetten. Dat moet je dus zeker doen. Er is een aantal effectieve behandelmethoden waarvan wij dat nu weten. Er zijn ook buiten de risicotaxatie allerlei risicofactoren bekend. Ik noem maar wat: thuis stelen, delinquent gedrag, agressief gedrag op vroege leeftijd, concentratieproblemen et cetera. Dat betekent dat je een patroon kunt opstellen waarmee je in de behandeling gericht kunt werken, niet alleen gericht op de stoornis "sec" maar ook op de dingen daaromheen. Wij moeten dat consequent doen. De uitvoeringsregels moeten wij heel strikt maken. Als iets niet werkt, moeten wij zeggen dat de achterliggende gedachte niet klopt en niet meteen zeggen dat wij de uitvoeringsregels gaan veranderen omdat het eigenlijk wel moet werken.

Mevrouw **Joldersma**: De theorie houden wij dan nog even.

De heer **Bartels**: Dat is een ramp.

De **voorzitter**: Ik heb er moeite mee om te eindigen met de woorden "dat is een ramp". Dat zou niet goed zijn.

De heer **Bartels**: Wij gaan dat dus ook niet doen.

De **voorzitter**: Daar hebt u helemaal gelijk in. Dat is een beter einde.

Mijnheer Bartels, mijnheer Duits, ik dank u hartelijk voor uw komst en voor de informatie die u met ons hebt gedeeld.

Sluiting 14.50 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 22 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Woensdag 22 maart 2006

Aanvang 15.00 uur

Gehoord worden de heer A. Rijk en mevrouw R.C.M.F. Hamers

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Wij spreken over thema's rondom tbs, direct en indirect. Vandaag hebben wij gesproken over jeugd- en verslavingszorg. Wij hebben in ons onderzoek gezien dat er een aantal zaken is waarop wij dieper moeten ingaan. Wij kijken niet alleen wat er in de tbs-klinieken gebeurt. Er gebeuren ook dingen annex, ervoor, ernaast, enz. Daarom hebben wij ook u uitgenodigd.

Mag ik u voordat ik het woord geef aan Krista van Velzen kort vragen naar uw huidige functie en naar misschien relevante werkzaamheden in het recente verleden?

Mevrouw **Hamers**: Ik ben vanaf 1 mei 2005 algemeen directeur van PI Haaglanden. Daaronder vallen het complex Scheveningen en het complex Zoetermeer. Bijzonderheden daarin zijn de BIBA (Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling) en het PSC (het Penitentiair Selectiecentrum). Verder werk ik al 18 jaar voor DJI in diverse functies.

De heer **Rijk**: Ik werk sinds 1995 als psycholoog bij PI Breda. Ik heb eerst gewerkt voor de mannenafdeling. Momenteel werk ik op een behandelafdeling voor zeden-delinquenten. Dat doen wij samen met collega's van de Grote Beek, een psychiatrisch ziekenhuis met forensisch psychiatrische afdeling in Eindhoven. Dit project loopt al zeven jaar met succes.

Mevrouw **Van Velzen**: Mevrouw Hamers, kunt u mij schetsen wat er gebeurt op het moment dat iemand veroordeeld is en bij u in de penitentiaire inrichting belandt? Wordt er dan bekeken of hij een stoornis heeft en welk traject doorloopt hij dan?

Mevrouw **Hamers**: Iemand komt al in de inrichting op het moment dat hij preventief gehecht is. Dan start het proces in principe al. Hij komt binnen op een inkomstenafdeling en wordt dan uiteraard ook gezien door de medische dienst. In de beginfase wordt al gekeken of er sprake is van een bijzonder verleden, eventueel een psychiatrisch verleden, en of iemand bekend is bij de reclassering. Er vindt ook een intakegesprek plaats op de inkomstenafdeling. Wij zien dan al heel snel of wij te maken hebben met een gedetineerde met een bijzondere achtergrond of met iemand die extra aandacht nodig heeft. Op dat moment wordt die persoon al voorgedragen voor een gesprek met een psycholoog om te kijken of er sprake is van een bijzondere gedetineerde die extra zorg of aandacht nodig is. Na dat gesprek wordt die persoon besproken in een PMO (Psycho-Medisch Overleg).

Mevrouw **Van Velzen**: U sprak over het bestaan van een PSC. Waar past dat in dit traject.

Mevrouw **Hamers**: Dat komt pas verder in het traject aan de orde als iemand veroordeeld is. Het PSC wordt gebruikt als iemand een heel lange straf heeft. Gaandeweg die straf, wordt bekeken op welke manier iemand het beste kan uitstromen. Wij kijken ook of er een mogelijkheid is om iemand intern al een bepaald traject te geven en via welke afdeling hij het beste uitgeplaatst kan worden naar eventueel een psychiatrische inrichting of een andere vorm van extramurale behandeling.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Rijk, loopt het traject in uw instelling hetzelfde of is dat anders?

De heer **Rijk**: Globaal verloopt het hetzelfde. In veel gevallen krijgen wij over de gedetineerden redelijk veel informatie binnen, hetzij via de reclassering, hetzij via de psychiater via een vroegconsult op de rechtbank of het politiebureau. Natuurlijk hebben wij ook dossiers gevormd, waardoor wij kunnen nagaan hoe het met een gedetineerde gegaan is tijdens eerdere detentie. Verder is er een intakegesprek door de medische dienst. Het wordt vrij snel duidelijk of wij te maken hebben met een gedetineerde met een redelijk ernstige psychiatrische problematiek. Daarop wordt meteen ingegrepen. Die persoon wordt besproken in het psycho-medisch overleg. Daarin zitten een psychiater, een psycholoog, een huisarts en een verpleegkundige en staat onder voorzitterschap van een psycholoog. In dat overleg wordt de zorg

gecoördineerd afgestemd en wordt besproken of plaatsing op een speciale afdeling aan de orde is. Er wordt ook een medicatiebeleid geformuleerd en elementen benoemd voor een eventueel begeleidingsplan.

Mevrouw **Van Velzen**: Wij hebben in vorige gesprekken een aantal keren het signaal gekregen dat niet altijd alle dossiers ter beschikking staan van de hulpverleners dan wel het personeel van een penitentiaire inrichting. U spreekt nu over de pro justitia rapportage. In het voorgaande gesprek spraken wij over jeugdetentie en de PIJ-maatregel. Krijgt u de dossiers standaard aangeleverd of moet u daar specifiek om vragen?

De heer **Rijk**: Wij kunnen geen dossiers opvragen zonder toestemming van de betreffende gedetineerde. Als hij de verklaring voor toestemming niet tekent, kunnen wij bijvoorbeeld niet de psychiatrische instelling benaderen waar hij waarschijnlijk heeft verbleven. Dan krijgen wij de gevraagde informatie niet. Wij kunnen ook niet zijn huisarts benaderen. Daarvoor is die toestemming nodig.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe verloopt het in de praktijk? Krijgt u gemakkelijk toestemming, of wisselt dat erg?

De heer **Rijk**: Dat wisselt. Het hangt ook af van de aard van de stoornis. Als het gaat om een gedetineerde met een psychotische stoornis met achterdocht, kunt u zich voorstellen dat die niet gauw zal tekenen voor het inwinnen van informatie. Wij hebben ook veel te maken met zedendelinquenten. Die zijn blij dat zij bij ons terecht kunnen en geven altijd toestemming om informatie op te halen. Het verschilt dus per gedetineerde.

Mevrouw **Van Velzen**: Er is een specialisatie voor zedendelinquenten binnen de penitentiaire inrichting Breda. Kunt u kort beschrijven hoe die er in de praktijk uitziet en wat een en ander inhoudt?

De heer **Rijk**: Wij hebben sinds 1999 een speciale afdeling voor zedendelinquenten in PI Breda, de enige in heel Nederland. Die afdeling is bedoeld om zedendelinquenten een beschermde plaats binnen het gevangeniswezen te geven. Dat is hard nodig omdat zedendelinquenten in de hiërarchie onderaan de trede staan. Het komt niet zelden voor dat deze mensen binnen het gevangeniswezen gepest, getreiterd, mishandeld of zelfs neergestoken worden, zoals twee weken geleden gebeurd is. Het is een zeer kwetsbare groep met als resultaat dat die mensen zich vaak isoleren, zij komen hun cel niet meer uit en houden noodgedwongen hun delict en hun voorgeschiedenis achter. Zij sluiten zich niet alleen af van de rest van de inrichting, maar worden min of meer gedwongen om hun delictgeschiedenis weg te blokken. Dat heeft vaak zeer vervelende gevolgen: psychische problemen, depressiviteit, et cetera. Wij hebben gemeend daarvoor een voorziening te moeten treffen en zijn in 1999 gestart met een behandelaanbod voor zedendelinquenten. De zedendelinquenten vormen slechts 5% van de totale populatie van de gedetineerden. Als wij echter kijken in welke mate zij drukken op de tbs-capaciteit, is dat een veelvoud. Het is dus een belangrijke groep voor de tbs-wereld. Zij blijven meestal een redelijk lange tijd bij ons en ik vind

het ontzettend belangrijk dat die tijd wordt benut. Als er niets mee gedaan wordt, trekken mensen zich terug, isoleren zij zich, raken zij gedemotiveerd, met alle negatieve consequenties van dien voor de behandeling, zeker in de beginfase.

Wij proberen die mensen een dagprogramma met werk en recreatie te geven in een beschermde en beveiligde omgeving, afgeschermd van de rest. Zij voelen zich dan veilig, kruipen uit hun schulp en worden veel actiever. Hun sociale vaardigheden bloeien op. Als je dan ook nog in staat bent om daar bovenop een behandelaanbod te geven zoals wij dat doen, valt daar ook volgens directies en behandelaren uit de tbs-wereld een enorme winst te behalen, juist in de beginfase. Die kan oplopen tot zes à zeven maanden per gedetineerde. Zij maken een vliegende start tijdens de eerste fase van de tbs-behandeling. Als je dat vermenigvuldigt met de dagprijs voor tbs, kan ook hier een enorme winst gemaakt worden. Er wordt mogelijk ook druk weggehaald bij de wachtlijstproblematiek. Puur economisch gezien is het ook rendabel. Dit soort projecten kost eigenlijk niets.

Mevrouw **Van Velzen**: Zijn de delinquenten waarover u spreekt per definitie passanten, mensen die wachten op een plek in een tbs-kliniek, of zijn het ook gewoon gedetineerden die u dit behandelprogramma aanbiedt?

De heer **Rijk**: Het zijn zedendelinquenten die tbs-passant zijn, het zijn gedetineerden met tbs met voorwaarden, maar ook gedetineerden die nog niet zijn afgestraft. Het is een mix.

Mevrouw **Van Velzen**: Het zijn altijd gedetineerden die een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen?

De heer **Rijk**: Nog niet eens. Er zijn ook gedetineerden bij die onder het toezicht van de reclassering worden gesteld. Door deze mensen te betrekken bij deze behandeling, proberen wij hen te motiveren om die behandeling ook buiten voort te zetten. Tot nu toe hebben wij ongeveer 125 mensen in behandeling gehad. Daarvan zijn er twee op eigen initiatief gestopt. Van degenen die bij ons uitstromen, gaat meer dan 95% naar een vervolgbehandelplek. Dat gebeurt gedeeltelijk in het kader van tbs met dwang of tbs met voorwaarden, en gedeeltelijk op vrijwillige basis ambulante. Ik denk dat hier veel winst te behalen is, ook gezien de problemen in de tbs-wereld.

Mevrouw **Van Velzen**: U zegt dat met deze behandeling een tbs'er een vliegende start heeft als hij verder behandeld wordt in een kliniek.

De heer **Rijk**: Dat zijn niet mijn woorden, die geluiden komen bijvoorbeeld van de directie van de Van der Hoeven kliniek.

Mevrouw **Van Velzen**: Wordt daar onderzoek naar gedaan? Weet u of de behandelmethode effectief is?

De heer **Rijk**: Dat is een leuke vraag. Wij zijn gestart in een periode dat behandelen binnen detentie een vies woord was, dat mocht niet. Een gevangenis is voor het detineren van mensen, daarbij hoort geen behandeling. Er waren ook terechte twijfels, of behandeling hanteerbaar was binnen een gevangenis, of er geen risico bestond op toename van suïcidaliteit en dergelijke. Ik denk dat wij

bewezen hebben dat het wél kan. Mede onder druk van een aantal trieste gebeurtenissen in de maatschappij heeft de heer **Dittrich** een motie ingediend, op grond waarvan behandeling binnen detentie bespreekbaar is geworden. De politiek heeft daar geld voor beschikbaar gesteld. Behalve ons project moesten er nog vier of vijf andere projecten gestart worden. Inmiddels is er een klein project in Maastricht. Wij moesten echter ook aantonen dat het zin heeft. Dat is heel lastig, omdat een redelijk groot deel van onze populatie doorstroomt naar de tbs. Eigenlijk kunnen wij niet aantonen wat precies onze bijdrage is in het uiteindelijke effect.

Mevrouw Van Velzen: Het grootste deel van de mensen die u in behandeling heeft gehad, is nog niet teruggekeerd in de maatschappij?

De heer **Rijk:** Precies. Dat is een van de redenen waarom wij zelf het effect niet kunnen aantonen en dit moeten laten afhangen van de mening van de deskundigen in de klinieken.

Wij hadden het hele onderzoeksprogramma eigenlijk al af en toen verzandden wij in allerlei regels over een Europese aanbesteding. Ik zal u de details besparen, maar het was zeer ontmoedigend. Er heeft nog geen onderzoek plaatsgevonden, omdat het officieel niet mag en misschien ook wel omdat men niet graag heeft dat duidelijk wordt dat behandeling in detentie misschien wel een optie is. Als de conclusie inderdaad is dat dit toekomst is, moeten er namelijk voorzieningen getroffen worden. Justitie zit op dit moment echter in een overgangsfase naar een nieuwe inrichtingsstructuur en detentiebehandeling op maat. Er is sprake van inkrimping van het aantal soorten afdelingen. Men wil een versobering in de organisatie. Misschien is daarin voor een kleine groep als de zedendelinquenten nog geen plaats.

Mevrouw Van Velzen: U geeft aan dat u een onderzoeksprogramma had bedacht om aan te tonen dat deze behandeling effectief is. Dat is gestrand op aanbestedingswetgeving?

De heer **Rijk:** Onder andere, ja.

Mevrouw Van Velzen: Vervolgens zegt u dat het niet mag. Wat mag er niet en van wie mag dat niet?

De heer **Rijk:** Dat is meer mijn persoonlijke gevoel. Ik denk dat het lastig is om dit soort onderzoeken uit te voeren omdat de uitkomst wel eens kan zijn dat dit soort afdelingen er moeten komen. En dat gaat in tegen de reorganisatie die het Ministerie van Justitie op dit moment doorvoert. Men wil een versobering: niet te veel verschillende afdelingen. Men gaat naar een domeinstructuur waarbij gedetineerden in het eerste domein geplaatst moeten worden in een PI dicht bij de rechtbank en waarbij slechts in het derde domein behandeld zou mogen worden. In dat domein is echter geen voorziening getroffen voor zedendelinquenten.

Mevrouw Van Velzen: Begrijp ik goed dat u zegt dat deze afdeling met opheffing bedreigd wordt?

De heer **Rijk:** Ja.

Mevrouw Van Velzen: Wanneer zou dat moeten gebeuren?

De heer **Rijk:** Dat is moeilijk te zeggen. Wij krijgen steeds voor een aantal maanden of voor een jaar min of meer zekerheid, maar deze keer gaat het niet verder dan het einde van dit jaar. Dan zouden de financiële middelen opdrogen en wij moeten verdwijnen.

Mevrouw Van Velzen: Mevrouw Hamers, u heeft zojuist het traject geschetst wat een gedetineerde volgt. Welk percentage van de mensen die bij uw inrichting binnenstromen heeft een ernstige psychische stoornis?

Mevrouw Hamers: Het is heel lastig om een percentage te noemen. In het verleden zijn daar onderzoeken naar gedaan. Wat versta je onder een stoornis c.q. een zware stoornis? Daar gaat het om. Van de 15.000 plaatsen die er beschikbaar in het hele gevangeniswezen zijn er 750 voor bijzondere zorg. Dat is ongeveer 5%. Op die plaatsen komen vooral zedendelinquenten terecht. Verder hebben wij nog 450 à 500 plaatsen voor meer gespecialiseerde zorg. Ik spreek dan over IBA (individuele begeleidingsafdeling), BIBA (beveiligde individuele begeleidingsafdeling) en FOBA (forensische observatieafdeling). Het zijn allemaal bijzondere afdelingen. Van de 15.000 plaatsen zijn er ongeveer 8% beschikbaar voor gestoorde gedetineerden.

Wat versta je onder gestoorde gedetineerden? Volgens de classificatie van DSM-IV kom je uit bij klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Mensen met die stoornissen komen met name op die afdelingen terecht. Dat wil echter niet zeggen dat zij allemaal daar terechtkomen. Zolang iemand zich staande kan houden, goed meedraait in het gewone regime en het gestructureerde programma aankan, komt hij niet op zo'n afdeling terecht. Wij focussen heel erg op structuur, regelmaat en ADL en zien dat een aantal gestoorde gedetineerden het goed doet in het gewone programma. Het feit dat wij maar voor 8% bijzondere plaatsen hebben, betekent niet dat het aantal gestoorde gedetineerden 8% is. Dat aantal is vele malen groter.

Mevrouw Van Velzen: U beschrijft specifieke afdelingen voor gedetineerden die wat meer zorg nodig hebben. Een gedeelte van de gedetineerden krijgt die extra zorg niet terwijl zij wel een stoornis hebben.

Wat wordt er aangeboden aan de mensen die op de speciale afdelingen terechtkomen? Krijgen die een behandeling? Welke doelstelling zit daarachter?

Mevrouw Hamers: Op een bijzondere zorgafdeling is sprake van een groepsklimaat. In Scheveningen krijgen zedendelinquenten interventies vanuit de Waag, een onderdeel van de Van der Hoeven Kliniek. Daarbij is geen sprake van een groepsaanpak, er worden vooral individuele gesprekken gevoerd. Verder kijken wij welke medicatie er nodig is. Wij hebben een psychiater die regelmatig onze inrichting bezoekt en deelneemt aan het PMO.

Mevrouw Van Velzen: Is dat een behandeling?

Mevrouw Hamers: Het is voor een heel groot deel gericht op beheersbaarheid. Mensen moeten natuurlijk wel hun verblijfstijd bij ons door. Wij kijken welke interventies

daarvoor nodig zijn. Ik denk niet dat je kunt spreken van een behandeling zoals wij die binnen de tbs kennen. Een echte therapeutische omgeving hebben wij niet. Wij kijken wel welke interventies nodig zijn om iemand de tijd goed door te laten komen. Die kunnen bestaan uit medicatie, uit een individueel gesprek met een psycholoog of een psychiater. Wij hebben ook contacten met de reclassering en met andere buitenorganisaties die eventueel programma's bij ons verzorgen. Het is echter allemaal zeer minimaal.

Mevrouw Van Velzen: U zegt eigenlijk dat zo gauw de gedetineerde klaar is met zijn strafmaatregel, hij door zou moeten stromen naar een plek waar hij alsnog behandeld wordt? Die noodzaak blijft bestaan?

Mevrouw Hamers: Dat ligt er maar net aan. Het wordt wel bekeken. Als iemand op een bijzondere afdeling verblijft en wij achten het niet verantwoord dat hij naar buiten gaat en de persoon in kwestie wil vrijwillig meewerken, dan wordt er gekeken of hij geplaatst kan worden in een externe ggz-instelling. Dat gebeurt regelmatig. Op het moment dat iemand uit IBA gaat, of weggaat van een bijzondere afdeling en met name bij uitstroom vanuit de BIBA, is meestal sprake van óf doorstroming naar tbs óf plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Wij hebben daar veel contact mee en dat gebeurt ook heel vaak.

Mevrouw Van Velzen: U zegt dat er een groep gedetineerden is die niet op een speciale afdeling terecht komt en het gewone programma doorloopt. Wat betekent dit? Wat is een gewoon programma?

Mevrouw Hamers: Er is een standaard dagprogramma. Daarvoor hebben wij met elkaar regels afgesproken binnen de Beginselenwet. Dagelijks lucht, eventueel arbeid, recreatie. Het is een gestructureerd programma dat wij zeven dagen in de week aanbieden.

Mevrouw Van Velzen: Als tijdens de detentie blijkt dat een van deze mensen toch een tikkeltje meer gestoord is dan in eerste instantie werd ingeschat, kan hij dan overgeplaatst worden naar zo'n afdeling?

Mevrouw Hamers: Jawel. Er wordt gekeken wat iemand nodig heeft aan extra zorg. Daarbij speelt het psycho-medisch overleg een belangrijke rol. Daar wordt de gedetineerde besproken. Er wordt gekeken of eventueel een psychiater geraadpleegd moet worden. In overleg kan overplaatsing naar een bijzondere zorgafdeling plaatsvinden. Dat is een interne differentiatie. Is er meer nodig dan kan iemand doorgeplaatst worden naar een IBA. Dat is meer een regionale faciliteit.

Mevrouw Van Velzen: Gebeurt het vaak dat een gedetineerde eerst op een gewone afdeling terecht komt en later naar een speciale afdeling gaat?

Mevrouw Hamers: Zij komen allemaal binnen op een gewone inkomstenafdeling. Als wij iemand al kennen vanuit het verleden, kan er misschien sneller tot plaatsing op een speciale afdeling worden overgegaan. Het wordt wel snel duidelijk of iemand kan functioneren op een gewone inkomstenafdeling. Als dat niet het geval is, wordt er gekeken waar hij dan het beste geplaatst kan

worden binnen het gevangeniswezen.

Mevrouw Van Velzen: U zegt dat u eigenlijk niet behandelt.

Mevrouw Hamers: Wij plegen alleen interventies. Die zijn met name gericht op de beheersbaarheid.

Mevrouw Van Velzen: Wat betekent dat voor het natraject? Op het moment dat een gedetineerde uitstroomt, aan wie draagt u dan de gegevens van de interventies en van de psychische toestand van de inmiddels ex-gedetineerde over? Heeft u zicht op de nazorg?

Mevrouw Hamers: In de nazorg hebben wij ook een aantal trajecten lopen. Er wordt bijvoorbeeld bekeken of iemand bekend is bij de reclassering en welke rol de reclassering kan vervullen. Het is ook mogelijk dat er gekeken wordt naar een vrijwillige plaatsing in de ggz als daar überhaupt plaats is, want dat is vaak moeilijk. Verder hebben wij verschillende contacten met gemeenten om te kijken om mensen woonruimte hebben, of dat zij buiten opvang hebben, etc. Dat zijn allemaal zaken die wij proberen te regelen voor een gedetineerde. Als er geen maatregel opgelegd is, iemand kan naar buiten en er is geen echte reden om bijzondere maatregelen te treffen, gaat hij gewoon naar buiten.

Mevrouw Van Velzen: Wij spraken vanochtend met de heer Gorter van FOBA, de Bijlmerbajes in de volksmond. Hij gaf aan dat hij met enige regelmaat te maken krijgt met justitie die de strafmaatregel plotseling beëindigt, of met een gedetineerde die van de ene op de andere dag onverwacht in de maatschappij terugkeert. Komt u dat ook tegen?

Mevrouw Hamers: Dat gebeurt inderdaad. Wij proberen dan wel samen met onze externe partners te kijken of er een plaatsing mogelijk is. Wij hebben daarmee gelukkig goede afspraken. Als wij echt vinden dat iemand niet gewoon op straat gezet kan worden, proberen wij daar in ieder geval een bed te krijgen. Het is inderdaad mogelijk dat iemand daar met een rechterlijke machtiging geplaatst wordt. Dan moet er dus wel iets gebeuren. Dat gaat niet vanzelf.

Mevrouw Van Velzen: Mijnheer Rijk, maakt u dat ook mee?

De heer Rijk: Ja.

Mevrouw Van Velzen: Om welke mensen gaat het dan?

De heer Rijk: Het gaat om mensen zonder een behandeltraject na detentie die vaak ernstige psychiatrische problemen hebben. Het gaat vaak om schizofrene, psychotische mensen die plotsklaps uit detentie ontslagen worden en voor wie je moet vrezen of het buiten wel goed gaat voor henzelf of voor hun omgeving. Ik heb vaak meegemaakt dat je heel wat inspanningen moet plegen – niet altijd succesvol – om bijvoorbeeld een plaats binnen de ggz te krijgen. Je merkt dat de ggz een beetje bevreesd is voor het opnemen van mensen die komen uit een detentiesituatie. Misschien komt dat deels vanuit angst voor het onbekende. Ik denk ook dat het ten dele komt

omdat de ggz niet altijd beschikt over voorzieningen om mensen die gevaarlijk kunnen zijn, op een goede, verantwoorde manier op te vangen. Het is tragisch om te zien dat de diverse ggz-instellingen soms proberen elkaar het balletje toe te spelen. Ik geef een voorbeeld. Wij hadden iemand die afkomstig was uit de omgeving van Den Haag. Wij wilden die persoon geplaatst hebben in de ggz aldaar. Die ggz zei echter: hij verblijft nu in Breda, dus jullie moeten daar maar een plek zoeken. Maar als wij met die persoon naar Breda gaan, krijgen wij te horen dat hij ingeschreven staat in Den Haag. In dit geval heeft het ertoe geleid dat de man gewoon de straat op gelopen is. Wij moesten hem laten gaan, terwijl wij hem graag nog een dagje een bed hadden gegund.

Mevrouw Van Velzen: Wij krijgen hier tegenstrijdige signalen. Er wordt ons gemeld dat de ggz graag iedereen opvangt en klaarstaat, met name als het gaat om de uitstroom uit tbs-klinieken. Wij hebben het nu over de uitstroom uit gevangenis. U geeft het signaal af dat daar een probleem ligt. Voor mij is het moeilijk om in te schatten waar de realiteit ligt. Kunt u mij aangeven over hoeveel gevallen het gaat? Wat zijn uw specifieke ervaringen bij de uitstroom van uw gedetineerden richting de ggz?

De heer Rijk: Het hangt heel erg af van de aard van de problematiek. Als het gaat om zedendelinquenten die misschien relatief wat minder gevaarlijk zijn, is er minder vrees om hen op te nemen dan bij psychiatrisch fors gestoorde draaideurcriminelen die voor relatief kleine vergrijpen vastgezet worden, maar toch een flinke overlast veroorzaken. Dan is het niet altijd gemakkelijk om voor die mensen een geschikte plek te vinden.

Mevrouw Van Velzen: Wij werden vanochtend erop gewezen dat er mensen zijn die eigenlijk onder de draaideurcriminelen vallen, maar van het kastje naar de muur gaan en door hun stoornissen niet meer terechtkunnen in psychiatrische klinieken. Er zou sprake zijn van een zwarte lijst waardoor zij in dat geval direct richting FOBA gingen. Herkent u dit? Komen er bij u gedetineerden binnen die eigenlijk in een eerder traject goede psychiatrische hulp hadden moeten krijgen maar daar geweigerd zijn?

De heer Rijk: Er mij niets bekend van een zwarte lijst. Ik vraag mij wel eens af of het niet goed zou zijn om voordat mensen het justitiële kanaal ingaan, te kijken of zij niet beter het ggz-kanaal in kunnen gaan. Als iemand voor een relatief klein vergrijp – bijvoorbeeld het stelen van een pakje shag of een brood – worden vastgezet, zou men moeten bekijken of het niet beter om zo iemand niet het justitiële kanaal in te sturen maar naar de ggz. Als zo iemand overlast bezorgt, zijn ggz-instellingen niet altijd happig om hem op te nemen. Dan komen zij uiteindelijk toch bij justitie binnen en is het moeilijk om hen daar weer uit te krijgen, want dan moet je namelijk vanuit het gevangeniswezen alsnog proberen een plek in de ggz te krijgen. De ggz is dan toch wel afhoudend.

Mevrouw Van Velzen: Ziet u de oplossing?

De heer Rijk: Er is een redelijke kloof tussen het gevangeniswezen en de ggz. De ggz heeft expertise in de zorg, terwijl het gevangeniswezen met name gericht is op

beheersbaarheid. Er zou een voorziening moeten komen die een goede mix van de twee biedt, waarin de expertise en de behandelmogelijkheden van de ggz gecombineerd worden met de beheersmogelijkheden van justitie. Misschien is dit het gemakkelijkst te realiseren in het justitiële kanaal.

Mevrouw Van Velzen: Het klinkt een beetje als het Amerikaanse systeem. Daar wordt gewerkt met tussenhuizen voordat iemand echt voor de volle 100% terugkeert in de maatschappij. Bedoelt u dat?

De heer Rijk: Ik doelde daarop niet echt, maar ik denk wel dat het een goede oplossing zou zijn om de cliënten op te vangen die nu tussen de wal en het schip vallen.

Mevrouw Van Velzen: Ik zag u instemmend knikken, mevrouw Hamers. Wilt u reageren?

Mevrouw Hamers: Dit sluit aan bij de ISD-maatregel (inrichting voor stelselmatige daders). Dat is een vervolg op de strafrechtelijke opvang voor verslaafden. Die maatregel wordt beëindigd. Bij de strafrechtelijke opvang verslaafden hadden wij altijd nog een contra-indicatie. De psychiatrie kon niet onder die maatregel vallen. Bij de ISD-maatregel is sprake van een veel ruimere doelgroep. Daar is eigenlijk geen contra-indicatie, het gaat hier ook om gedetineerden met een psychiatrische stoornis. Door de reclassering wordt in opdracht van het OM een maatregelrapport gemaakt en een RISK om de risico's in beeld te brengen. Het gaat ook om mensen met een psychiatrische stoornis, met een zware verslaving of wat dan ook. Voor een maatregeltraject dat dan eventueel wordt opgelegd en dat twee jaar duurt, moeten wij een plan van aanpak op maat maken. Afhankelijk van hoe een ander bepaald is, wordt aangegeven wat er binnen de inrichting kan plaatsvinden. Daarbij speelt ook de reclassering een rol. In de loop van dat traject gaat iemand echter ook naar buiten, extramuraal. Ondanks het feit dat het belangrijk is dat iemand naar buiten gaat, zitten daaraan wel de nodige risico's. Dat wordt ook door de reclassering onderschreven. De beveiliging valt immers ineens weg. Zeker bij deze groep gaat het om veelplegers. Maatschappelijk willen wij deze groep graag even van de straat houden. Deze mensen worden wel behandeld. Zij krijgen zorg op maat. Als deze mensen in een extramuraal setting geplaatst worden, gaat het echter nog wel eens mis. Het is wel een groep mensen die ook bij de politie bekend is. Zij worden weer heel snel opgepakt en komen via de voordeur weer bij ons binnen. Je zou iets willen hebben voor deze mensen, waar wel de veilige schil eromheen blijft bestaan en toch begonnen kan worden met de behandeling. Binnen de muren kunnen wij het goed beheersbaar houden. Je ziet dat veel mensen het daar goed doen, zeker om te stabiliseren, ADL op te pakken. Het is vaak een goede basis om daar vanuit verder te gaan. Ik weet niet of je het binnen of buiten de muren zou moeten doen. Als je het buiten doet, zou je de buitenkant van die inrichting meer moeten beveiligen zodat de mensen binnen gehouden worden.

Mevrouw Van Velzen: U sprak zojuist over stelselmatige daders. Daarvoor is een speciale maatregel getroffen en wordt een behandeling gegeven. Toch zegt u dat die mensen weer snel terug zijn. Wat is het dan het doel van de behandeling? Hoe werkt dat in de praktijk?

Mevrouw **Hamers**: De maatregel kan maximaal twee jaar duren. Er wordt een plan van aanpak gemaakt. Dat gebeurt binnen de inrichting onder verantwoording van de directeur. De reclassering speelt daarin wel een heel belangrijke rol. In dat traject van twee jaar vindt een deel van de aanpak plaats binnen de inrichting en een deel extramuraal. Dat traject is opgeknipt in fases, afhankelijk van onze inschatting van wat iemand aan kan. Als iemand extramuraal geplaatst wordt bijvoorbeeld in een verslavingskliniek en daar wegloupt, ja, dan staat hij weer op straat en komt hij weer heel snel aan de voorkant bij ons binnen. Wij kijken dan hoever hij zit in het maatregel-traject. Het plan van aanpak wordt aangepast en er wordt bekeken hoe het verder moet gaan. Het is soms heel lastig om te bepalen op welk moment je een gedetineerde verantwoord extramuraal kunt plaatsen.

Mevrouw **Van Velzen**: Het gaat over mensen met een ernstige stoornis die een relatief klein delict gepleegd hebben? Als zij wat verdergegaan waren in het overtreden van de wet, hadden zij net zo goed in een tbs-kliniek kunnen zitten?

Mevrouw **Hamers**: Dat zou kunnen. Die groep is wel heel divers. Het zijn allemaal veelplegers, mensen die vaker met justitie in aanraking zijn geweest en een aantal veroordelingen op hun naam hebben. De ISD-maatregel bestaat ongeveer een jaar. Wij proberen de plannen heel erg op maat te maken, maar het dilemma op welk moment iemand extramuraal kan gaan, blijft bestaan. Het is soms lastig om iemand in de ggz geplaatst te krijgen omdat er geen plaats is.

Mevrouw **Van Velzen**: Wij hebben de afgelopen weken een aantal mensen horen pleiten om een gedeelte van de populatie in een tbs-kliniek in een gevangenis te plaatsen. Ik zou u de tegenovergestelde vraag willen stellen. Is er een noodzaak om psychiatrische behandelingen zoals die in psychiatrische ziekenhuizen plaatsvinden, naar de gevangenis te halen en mensen daar een betere behandeling aan te bieden?

Mevrouw **Hamers**: Het is heel lastig om die vraag te beantwoorden. In hoeverre kun je in een gevangenis een goed behandelklimaat creëren? Wij proberen op een aantal plekken daarop interventies te plegen. Is de plaats zo belangrijk?

Mevrouw **Van Velzen**: Zegt u dat deze groep ernstig gestoorde gedetineerden net zo goed buiten de gevangenis behandeld kan worden?

Mevrouw **Hamers**: Als de beveiliging maar voldoende is, zodat de maatschappij beschermd is. Dat is de essentie. Waar je het doet, in een tbs-inrichting of in een gevangenis, doet er eigenlijk niet zo toe. Het gaat erom dat er een goed behandelklimaat is. Als je vindt dat een gedetineerde behandeld moet worden, moet hij naar een goede behandelsetting kunnen gaan. Vervolgens moet je ervoor zorgen dat de buitenschil zodanig beveiligd is dat mensen niet weg kunnen. En dat is waar je tegenaan loopt op het moment dat je iemand in een psychiatrische inrichting plaatst of in een andere extramurale omgeving.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Rijk, ik wil even terug naar de populatie van mensen die wel in de gevangenis

zitten maar ook een stoornis hebben. Een gedeelte krijgt een behandeling aangeboden, komt in een speciale afdeling terecht of in een behandelingsgroep voor zedendelinquenten zoals u beschreven heeft. Er zijn ook mensen die wel een stoornis hebben maar geen speciale behandeling krijgen; mensen die beheersbaar zijn in een gevangenissetting en daardoor niet noodzakelijk behandeld moeten worden. Kunt u mij beschrijven hoe die mensen uitstromen uit de gevangenis op het moment dat de straf is uitgezeten? Welke informatie geeft u door aan bijvoorbeeld de reclassering over deze specifieke groep mensen?

De heer **Rijk**: De groep zedendelinquenten krijgt een behandeling. Er is een grote groep gedetineerden die volgens DSM-IV ook wel lijdt aan een psychische stoornis. De percentages variëren, maar kunnen inderdaad oplopen tot 70% à 80%. Een gevangenis is een beheersinstituut. Je probeert de problemen binnen de perken te houden door na een goede observatie een goed behandel- of begeleidingsplan te maken. Daarbij is het afdelingspersoneel heel belangrijk. Samen met PIW'ers die de oren en ogen zijn van de hulpverlening binnen een inrichting, probeer je te komen tot een benaderwijze waardoor de problematiek van de gedetineerde zo goed en zo kwaad als mogelijk binnen de perken gehouden wordt, eventueel ondersteund door medicatie.

Het allergrootste gedeelte van de gedetineerden met psychische problemen, met name de mensen met een verslavingsprobleem, verdwijnt gewoon via de deur naar buiten.

Mevrouw **Van Velzen**: Er is een groep die in de gevangenis een specifieke behandeling aangeboden krijgt. Geeft u de informatie die u in de loop der jaren vergaard heeft, mee aan de mensen die daarna toezicht houden, de reclassering of andere instanties? Of stopt daar het dossier en is het hopen dat het goed komt?

De heer **Rijk**: De reclassering zorgt zelf voor haar dossiers. De reclassering kent de mensen binnen de PI's heel goed. Veel gedetineerden komen regelmatig terug en dan is het gewoon het dossier uit de la trekken en kijken hoe de laatste detentie verlopen is. Dat kan een paar weken geleden zijn geweest. Wij hoeven niet ontzettend veel mee te geven, want er is vrij veel bekend.

Mevrouw **Van Velzen**: Het is ons opgevallen dat de recidivecijfers van delinquenten fors hoger liggen dan van mensen die een behandeling in een tbs-kliniek hebben ondergaan. Is er ooit onderzoek gedaan naar de recidive bij gedetineerden die een vorm van behandeling hebben ondergaan? Heeft zo'n behandeling een positief effect daarop?

De heer **Rijk**: Er zijn diverse onderzoeken gedaan.

Mevrouw **Van Velzen**: U gaf daarstraks aan dat er eigenlijk geen onderzoek gedaan is naar de effecten van de behandeling van de groep zedendelinquenten in Breda. Bij welke groepen heeft wel onderzoek plaatsgevonden?

De heer **Rijk**: Bij groepen gedetineerden binnen het gevangeniswezen heeft zo'n onderzoek nog nergens plaatsgevonden. Ik vind dat je moet kijken naar het delict.

Bij zedendelinquenten leidt een behandeling duidelijk tot resultaten. Het is mij niet bekend hoe dat zit bij geweldplegers.

Mevrouw **Van Velzen**: Vindt u het wel noodzakelijk om daarnaar te kijken? Uiteindelijk draait het toch om de veiligheid van de maatschappij? De recidivecijfers zouden genoeg aanleiding moeten zijn om een diepteonderzoek te gaan doen naar hoe dat komt en hoe dat te voorkomen valt.

De heer **Rijk**: Als je geld investeert in behandelingen, lijkt het mij niet meer dan logisch dat je uiteindelijk wilt weten wat het effect daarvan is.

Mevrouw **Van Velzen**: Wij hebben de afgelopen maanden gezien dat in tbs-klinieken onderzoek gedaan is naar factoren op basis waarvan het voorspelbaar is of iemand zich onttrekt aan een behandeling of in recidive schiet. Het bleek dat er een onderzoek lag van 2001, waarin soortgelijke conclusies stonden. Zou het kunnen zijn dat wij gaande ons onderzoek erachter komen dat er ook al een dergelijke onderzoek over het gevangeniswezen bestaat dat echter nooit is opgepikt en in beleid is omgezet?

De heer **Rijk**: Ik weet zeker dat het zo is. Er zijn genoeg rapportages gemaakt. Ik wijs op een rapport uit 2004 van het Trimbos-instituut. Ik heb het dan over zedendelinquenten. In dat rapport wordt heel expliciet beschreven dat de behandeling van gedetineerden in een vroeg stadium moet beginnen. Dat wil niet zeggen meteen de eerste weken na de detentie. Als de storm wat geluwd is en er rust in de tent gekomen is, moet je beginnen met het motiveren en begeleiden van mensen. Tegelijkertijd is het heel goed mogelijk om voorzichtige stappen te zetten op het gebied van de behandeling. Wij werken volgens dezelfde principes en dezelfde gedachtegang die in de tbs-klinieken gehanteerd worden. Veel gedetineerden heb je een lange tijd tot je beschikking. Als je daar niets mee doet, betekent dit met name voor de zedendelinquenten dat zij zich terugtrekken, dat hun motivatie enorm afneemt en het de klinieken ontzettend veel tijd, moeite en geld kost om deze mensen weer klaar te maken voor behandeling. Als je deze mensen apart zet in je inrichting, kun je ze bij wijze van spreken in de grondverf zetten waardoor de verdere behandeling in de tbs-kliniek meteen plaats kan vinden. Dat is slim, efficiënt en handig.

Mevrouw **Van Velzen**: Wij hebben de afgelopen dagen ook veel gehoord over de werking van medicatie bij zedendelinquenten. Is het op basis van de Beginselenwet mogelijk om medicatie te geven aan zedendelinquenten, ook als zij dat weigeren? Hoe werkt dat in de praktijk?

De heer **Rijk**: Als zij dat weigeren, gaat het niet. Ik heb meegemaakt dat zedendelinquenten in behandeling merken dat hun seksuele impulsen zo sterk zijn, dat zij daarvan zelf psychisch en fysiek last hebben. Zij vragen dan om passende medicatie om de seksuele impuls onder controle te houden. Dat vraagt overigens wel extra medische zorg omdat er allerlei vervelende bijverschijnselen zijn. Het gebeurt echter wel, ook bij ons.

Mevrouw **Hamers**: U vergelijkt het gevangeniswezen met de tbs. Een behandeling in het kader van tbs is natuurlijk

iets anders dan van iemand die een gevangenisstraf opgelegd krijgt. Als het gaat over iemand die een straf uitzit, kan wel gekeken worden of iemand gemotiveerd is en vrijwillig wil meewerken. Dan kan er wel iets gedaan worden en daarmee hebben wij ook ervaring. Bijvoorbeeld bij de verslavingsbegeleidingsafdeling wordt geprobeerd om "mensen in de grondverf te zetten" zoals mijn collega zojuist zei, om hen daarna te kunnen laten doorstromen naar een verslavingskliniek. Een en ander is wel afhankelijk van hoe lang een straf is. Bovendien heeft iemand bij ons een straf opgelegd gekregen en geen behandeling. Dat is een wezenlijk ander uitgangspunt.

Mevrouw **Van Velzen**: Dat is redenerend vanuit het hier en nu. Wij kijken naar de knelpunten zitten en vragen waar volgens u verbetering mogelijk is. Ik krijg de indruk dat er een groep mensen is die niet meteen ontoerekeningsvatbaar verklaard wordt, maar wel met een groot probleem zit, met een zware psychische stoornis. Waar horen deze mensen volgens u het beste thuis en waar zitten de knelpunten?

Mevrouw **Hamers**: Je moet vooral bekijken, hoe je deze mensen de juiste zorg kunt bieden en vooral hoe je deze mensen op een goede manier kunt laten uitstromen. Er zijn maatregelen waarin dat extramurale deel al een plaats krijgt. Ik wijs op de ISD-maatregel. Het is wel belangrijk dat je je partners buiten goed weet te vinden en er moet natuurlijk plaats zijn. Dat laatste is vooral erg belangrijk.

De **voorzitter**: Vorig week zei de heer Van Panhuis die bij FPD werkt en pro justitia rapportages moet maken, dat het niet altijd gemakkelijk is om afspraken te maken met mensen die in detentie zitten. Hij zei dat je een bepaalde tijd krijgt toegewezen waarop je er moet zijn, dat je soms maar drie kwartier krijgt, et cetera. Hij ondervindt in de praktijk problemen bij het maken van een goede rapportage omdat hij niet langs kan komen wanneer hij wil of niet lang genoeg langs kan komen. Herkent u dat voor de instellingen waarvoor u verantwoordelijk bent? Als iemand van de FPD langs wil komen om een pro justitia-rapportage te maken, kan hij dan op ieder tijdstip langskomen, of moet dat bijvoorbeeld tussen tien en elf op donderdagmorgen?

Mevrouw **Hamers**: Wij hebben bepaalde openingstijden, tussen acht en twaalf en tussen een en vijf. Dan houdt het op en in de weekenden is het niet mogelijk om langs te komen.

De **voorzitter**: De heer Van Panhuis vertelde dat het feit dat die openingstijden weinig flexibel zijn, de kwaliteit van de rapportages niet ten goede komt.

Mevrouw **Hamers**: Wij hebben inderdaad beperkte openingstijden.

De **voorzitter**: Waar ligt de sleutel om daarin verandering te brengen?

Mevrouw **Hamers**: In de personele component.

De **voorzitter**: Er is niet genoeg personeel om langere openingstijden te hanteren?

Mevrouw **Hamers**: Inderdaad. 's Avonds hebben wij een laag serviceniveau en dat betekent dat wij dan geen bezoek kunnen ontvangen. De gedetineerden zitten ingesloten, er vinden geen activiteiten plaats, dus wij kunnen dan ook niet iemand van de FPD ontvangen.

De **voorzitter**: Ontvangt u daarover regelmatig klachten?

De heer **Rijk**: Wij krijgen er misschien wel regelmatig klachten over, maar dat heeft ook te maken met het feit dat sommige mensen denken dat zij aan de voordeur kunnen bellen en dat de gedetineerde dan maar onmiddellijk naar hen toegebracht moet worden. Er valt heel veel te regelen en het gevangenispersoneel doet heel veel om het de pro justitia rapporteurs gemakkelijk te maken. Wij zitten ook met een verkort dagprogramma. Bij ons gaan om vijf uur de deuren dicht. Als een rapporteur een afspraak maakt, kan hij drie à vier uur achter elkaar met iemand spreken. Het is een kwestie van plannen. Als een rapporteur zijn zaken goed plant, valt het goed te doen en doet het niets af aan de kwaliteit.

Mevrouw **Albayrak**: Een deel van de tbs'ers zit eerst een gevangenisstraf uit. Ziet u wel eens mensen binnenkomen waarvan u zegt dat zij absoluut detentieongeschikt zijn?

Mevrouw **Hamers**: Wat is detentieongeschikt?

Mevrouw **Albayrak**: In relatie tot de gevangenis. Als iemand ook tbs heeft gekregen, is er een psychische stoornis geconstateerd.

Mevrouw **Hamers**: Dat klopt. Die gedetineerden zie je met name op de BIBA terugkomen. Die is onderverdeeld in een afdeling psychiatrie, een afdeling met persoonlijkheidsstoornissen en een afdeling waar vooral langgestrafte en publiciteitsgevoelige gedetineerden zitten. Als je op die afdeling komt, heb je bijna het gevoel dat je een psychiatrische inrichting binnenstapt. Daar heerst een heel ander leefklimaat. Er wordt weinig in groepen gedaan. Er is erg veel individuele benadering. Het personeel dat daar werkt, is anders opgeleid dan de rest van de inrichtingswerkers. De psychiater bezoekt die afdeling vaak. PMO speelt daarin een belangrijke rol. Als het nodig is, als wij denken dat wij het niet meer kunnen behappen, kunnen wij richting FOBA gaan. Het gebeurt ook wel eens dat wij voor een interventie richting tbs gaan. Dat komt zelden voor, maar het gebeurt wel.

Mevrouw **Albayrak**: Die weg staat dus duidelijk wel open? Het gaat over mensen die een stoornis hebben maar niet rechtstreeks in de behandelmaatregel komen doch in principe in de gevangenis. U heeft gezegd dat u niet behandelt, dat u geen psychiatrische inrichting bent, maar dat u wel kunt beheersen als een stoornis tot overlast leidt op een afdeling.

Mevrouw **Hamers**: Zowel de psycholoog als de psychiater speelt daarbij een belangrijke rol. Die plegen daar veel interventies. Medicatie is zeer belangrijk. Het gebeurt slechts zeer incidenteel dat mensen vroegtijdig richting tbs gestuurd wordt. Er wordt wel geprobeerd om die tijd te gebruiken om die mensen uiteindelijk op een goede tbs-plaats te krijgen. Het is heel wrang als er geen tbs-plaats beschikbaar is op het moment dat de gevangenisstraf afgelopen is. Er moeten voldoende tbs-plaatsen

zijn, zodat wij mensen niet hoeven houden nadat hun gevangenisstraf afgelopen is.

Mevrouw **Albayrak**: Mijnheer Rijk, waarom wilt u de groep zedendelinquenten blijven behandelen? U spreekt over het geven van medicatie op voornamelijk vrijwillige basis. Ik neem aan dat het vooral om libidoremmers gaat. Dat is een tijdelijk medicijn. Ik kan mij voorstellen dat mensen tijdens hun tijd in de gevangenis niet rechtstreeks in de verleiding komen om een zedendelict te begaan. Dat speelt pas als zij weer in de samenleving komen. Toch vindt u het nodig om deze groep al in detentie te behandelen. Kunt u daarover iets meer zeggen?

De heer **Rijk**: De behandeling bestaat niet uit het geven van medicatie. Dat gebeurt in uitzonderlijke gevallen. De behandeling bestaat uit het geven van individuele en groepstherapeutische interventies. De behandeling is meer gericht op het motiveren en het opnieuw socialiseren van die mensen met het doel dat zij zich weer durven te begeven tussen andere mensen; dat zij uit hun schulp komen, actief worden. Dat zijn heel belangrijke dingen. Vervolgens is de behandeling erop gericht om de mensen inzicht te geven in de achtergrond van hun delict, in de manier waarop het delict tot stand is gekomen, wat hun persoonlijke ontwikkelingsgeschiedenis daarmee te maken, de risicofactoren die ertoe bijgedragen hebben dat het delict gepleegd is en dus de valkuilen waarvoor zij moeten oppassen. Wij hebben dat niet zelf bedacht, die behandelingsmethode is afkomstig uit de Angelsaksische en de Amerikaanse literatuur en is gemeengoed in de tbs-wereld in Nederland. Wij laten de mensen daarmee kennismaken volgens dezelfde principes die in de tbs-klinieken gehanteerd worden. Wij motiveren, geven de mensen inzicht in hun persoonlijke ontwikkeling, in hun sterke en zwakke kanten zien en proberen hen te laten zien wat de relatie kan zijn met het delict dat zij gepleegd hebben. Wij kijken ook specifiek hoe de planning van het delict was. Een zedendelinquent zegt vaak dat een delict uit de lucht komt vallen. Dat is absoluut niet waar. Er zit altijd een planning in, die de zedendelinquenten zelf vaak minimaliseren of ontkennen. Wij proberen mensen ook voorzichtig bewust te maken van het feit dat zij zelf dat delict gepland hebben, dat zij 100% verantwoordelijk zijn voor wat zij hebben gedaan. Wij spreken hen daarop aan en geven handvaten om die zwakke plek in de toekomst wat steviger te maken. Daarop wordt in de tbs-klinieken verder ingegaan. Wij laten de mensen ruiken aan de behandeling die hen in de tbs-kliniek te wachten staat en proberen hen te motiveren. Wij laten hen eraan wennen om in groepsverband te spreken over seksualiteit. Zij kunnen zo instromen in de tbs. Wij hebben recent iemand gestuurd naar de Singel en die zat binnen twee dagen op een vervolgafdeling omdat hij veel voorsprong had op de andere gedetineerden. Hij kon meteen naar de arbeid en in een therapiegroep omdat hij eigenlijk klaar was om de behandeling door te zetten. Die mensen hebben een voorsprong van maanden op iemand die ergens anders vandaan komt en zich drie jaar heeft geïsoleerd omdat hij anders in elkaar geslagen omdat hij een zedendelinquent is. Dat maakt een wereld van verschil. Het is zonde als er niet meer met die mensen gedaan wordt. Het gevangeniswezen biedt die mogelijkheid. Het Trimbos-instituut adviseert ook, een paar plekken te creëren waar zedendelinquenten bij elkaar gezet worden en een start gemaakt wordt met de behandeling om hen te motiveren.

Mevrouw **Albayrak**: U kent deze groep delinquenten zeer goed. Wat vindt u zelf van het gebruik van libidoremmers en chemische castratie?

De heer **Rijk**: Daarvan wordt in de politiek soms een soort kermis gemaakt. Het zijn uiterste middelen. Het is veel belangrijker om mensen inzicht te geven waarom zij tot het delict zijn gekomen. Zij moeten hun zwakke plekken leren kennen. Het is belangrijk om deze mensen ook na beëindiging van de tbs langdurig te blijven controleren. Gedetineerden zijn wel eens geïrriteerd door de discussies hierover op de televisie en zeggen dan: zo komen wij er nooit vanaf. Ik heb tegen hen gezegd: jullie moeten het niet als controle zien, het is ook een vorm van zorg. Als je voelt dat je libido te sterk wordt, is het alleen maar goed en fijn om te weten dat je ergens heen kunt. Dat kun jij een controleur noemen, ik noem het een zorgverlener. Dat is heel essentieel. Ik denk dat er veel gedaan kan worden, in de gevangnissen en in een lang nazorgtraject.

De **voorzitter**: Het houdt natuurlijk niet op na het einde van de detentie, misschien begint het dan juist?

De heer **Rijk**: Precies. Het Trimbos-instituut zegt het ook: het is een grote lange lijn: beginnen in detentie en eindigen met een lange nazorg.

De **voorzitter**: Dit was de afgelopen weken een terugkerend thema.

Mevrouw **Joldersma**: Ergens in het gesprek zei u dat behandeling in detentie een taboe leek en dat het taboe weer terug lijkt te komen in verband met de nieuwe inrichting. Waarom bestaat de kans dat dit project bij u beëindigd moet worden?

De heer **Rijk**: Justitie is aan het reorganiseren. Het aantal differentiaties moet worden teruggebracht. Het aantal verschillende soorten afdelingen zoals BIBA, IBA, BZA enz. moet eigenlijk allemaal wat versimpeld worden. In dat kader komt er een driedeling binnen het gevangeniswezen. Instellingen krijgen een domein 1, een domein 2 of domein 3 titel toebedeeld. Domein 1 is voor preventief gehechten, in domein 2 komen gedetineerden die na een eerste rechtsgang een strafbestand hebben van minder dan vier maanden: in domein 3 zitten gedetineerden die een strafbestand hebben van langer dan vier maanden. In domein 3 zou eventueel een behandeling gerealiseerd kunnen worden. Dat gebeurt op de basis van RISc, het risicotaxatie instrument van de reclassering. Op basis daarvan kan een aantal factoren vastgesteld worden dat heeft bijgedragen tot het delictgedrag en worden op individuele basis behandelmodules aangeboden aan gedetineerden. U kunt zich voorstellen dat zedendelinquenten vanwege hun persoonlijke veiligheid niet happig zijn om te midden van andere geweldplegers een behandeling te ondergaan. Er wordt dus aan een van de basisvoorwaarden getornd. Het streven van justitie naar een vereenvoudiging van de organisatiestructuur leidt ertoe dat een aantal specialismen moeilijk inpasbaar wordt. Dat heeft ertoe geleid dat er geen voorzieningen getroffen zijn voor een aantal zedendelinquenten en daarvoor bestaan ook geen plannen.

Mevrouw **Joldersma**: Ik zie mevrouw Hamers nee schudden.

Mevrouw **Hamers**: Ik wil hierop even een kleine correctie aanbrengen. Ik hoor de heer Rijk zeggen dat er straks geen IBA en BIBA meer zijn.

De heer **Rijk**: Dat zei ik niet.

Mevrouw **Hamer**: In een inrichting kan er een huis van bewaring zijn, er kan een gevangenis zijn. In die gevangenis zitten kortgestraften en langgestraften. Wij kunnen eventueel alles in één inrichting hebben op diverse afdelingen. In de toekomst willen wij in een inrichting één domein hebben zodat er veel efficiënter gewerkt kan worden. Dan wordt ook veel meer gekeken welk programma op een gedetineerde gezet moet worden. Op dit moment wordt altijd met hetzelfde gestart. Het maakt niet uit of een gedetineerde maar een maand bij ons is of tien jaar blijft. In de toekomst is het de bedoeling dat in domein 1 iedereen verblijft tot veroordeling eerste aanleg. Op het moment dat die veroordeling eerste aanleg heeft plaatsgevonden, gaat iemand afhankelijk van het strafrestant naar domein 2 of naar domein 3. Domein 3 is voor gedetineerden die een strafrestant hebben van meer dan vier maanden. Daar wordt dan bekeken in hoeverre iemand beïnvloedbaar is. Daar wordt die RISc afgenomen. In hoeverre wil iemand iets in detentie? Als iemand helemaal niets wil, wordt daarin niet geïnvesteerd.

Mevrouw **Joldersma**: Ik heb wel eens gehoord dat die RISc wordt toegepast bijvoorbeeld op mensen met een psychiatrische stoornis of op mensen met een verslaving. Als die mensen niets willen en bij de RISc eruit vallen, zouden zij geen behandel aanbod krijgen. Klopt dat?

Mevrouw **Hamers**: Dan bekijken wij wat wij met zo iemand kunnen doen. Wij proberen natuurlijk wel om iemand die jaren bij ons blijft, te motiveren en te blijven prikkelen. Die persoon krijgt echter niet hetzelfde programma als iemand die heel graag met zichzelf aan de slag wil. Daarnaast zullen de bijzondere groepen – IBA en BIBA - op een paar plaatsen in het land worden ondergebracht. Er komen meer zorginrichtingen waarin vooral de bijzondere producten ondergebracht worden die nu versnipperd zijn over het hele land. Dat gebeurt om daarmee op een efficiëntere manier te kunnen omgaan.

Mevrouw **Joldersma**: Er komen dus zorginrichtingen, bijna behandelgevangnissen, maar ook de gewone gevangnissen blijven bestaan waar de RISc wordt afgenomen. Daar kunnen toch nog steeds mensen met een psychiatrische stoornis tussen zitten die misschien heel delictgevaarlijk zijn en niet behandeld worden?

Mevrouw **Hamers**: Ja, maar ook binnen de domeinen houd je altijd een bijzondere zorgafdeling. In domein 1 komt iedereen zo van de straat binnen en ook daar zal altijd een bepaald percentage bijzondere zorgcellen zijn. Daarmee wordt rekening gehouden.

De **voorzitter**: Het is goed dat u dit aanvult. Wij komen hiermee aan het einde van dit gesprek. Mevrouw Hamers en mijnheer Rijk, ik dank u hartelijk voor uw komst en voor uw bijdrage aan de discussie over de forensische psychiatrie.

Sluiting 16.05 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op woensdag 22 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Woensdag 22 maart 2006

Aanvang 16.15 uur

Gehoord worden de heren P. van Eijck en J. Smit en mevrouw G.A. Noorda

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. Van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Mevrouw Noorda, mijnheer Smit en mijnheer Van Eijck, welkom en dank voor uw komst. Voor vandaag stond een veelheid aan onderwerpen op de agenda en het was dan ook een lange dag. Wij hebben al gesproken over de jeugdproblematiek en over de verslavingsproblematiek. Onder anderen hebben wij gesproken met mensen uit het gevangeniswezen, natuurlijk steeds in relatie tot tbs. Ik wijs erop dat in de afgelopen twee weken veel zaken zijn besproken met mensen uit de tbs-wereld en nu komen weer onderwerpen uit vorige gesprekken aan de orde. Thans zijn wij toe aan het laatste gesprek van deze dag en daarin willen wij het hebben over een aanverwant onderwerp, maar een niet onbelangrijk onderwerp. Het is zelfs een zeer belangrijk onderwerp. Het beheerst de publieke discussie. Wij hebben er veel over gesproken met mensen van de werkvloer, met psychiaters en met rechtskundigen. De publieke discussie is ergens ontstaan en ten slotte is deze commissie eruit voortgekomen. Er was namelijk maatschappelijke onrust. Wij hebben u uitgenodigd om daarover te spreken.

Mag ik u vragen kort aan te geven welke functies u hebt en wat uw relatie is met het onderwerp? Mag ik daarvoor eerst het woord geven aan mevrouw Noorda?

Mevrouw **Noorda**: Mijn naam is Greet Noorda en ik voer het woord namens het buurtcomité van Venlo. Vorig jaar januari zijn wij min of meer overvallen met de mededeling dat vier tbs-patiënten ter resocialisatie in onze woonwijk zouden worden geplaatst. Die plaatsing bracht zo veel onrust en angst bij de bewoners van de wijk teweeg, dat wij besloten een aantal stappen te nemen.

De heer **Smit**: Mijn naam is Jaap Smit. Ik ben algemeen directeur van de stichting Slachtofferhulp Nederland. Wij

stellen het zeer op prijs dat wij bij dit onderzoek worden betrokken en dat wij de kans krijgen om namens slachtoffers iets te zeggen. U zult begrijpen dat wij veel te maken hebben met mensen die het slachtoffer zijn van de zeer ernstige misdrijven waarvoor de daders een tbs-maatregel opgelegd krijgen.

De heer **Van Eijck**: Mijn naam is Pieter van Eijck. Ik ben manager bij de stichting Delinkwentie en Samenleving in Groningen. Wij begeleiden de mensen die vrijkomen uit detentie, onder anderen tbs'ers.

De **voorzitter**: Dus u allen hebt te maken met de maatschappelijke discussie over tbs, maar uw achtergrond is verschillend. De reden dat wij u tegelijk hebben uitgenodigd is dat wij over de verschillende elementen in één gesprek van gedachten willen wisselen. Wij willen dat doen op een open manier. Voor het stellen van vragen geef ik allereerst het woord aan Krista van Velzen.

Mevrouw **Van Velzen**: Mevrouw Noorda, in uw wijk heeft een huis de bestemming gekregen voor huisvesting van mensen uit de Rooyse Wissel. Ik wil daarover met u spreken en dan proberen te achterhalen in hoeverre het met de huisvesting van deze mensen in uw wijk goed ging en wat er misging. Verder wil ik graag van u horen welke verbeteringen in zo'n situatie mogelijk zijn. Kunt u misschien eerst kort beschrijven hoe u erachter kwam dat de tbs-kliniek de Rooyse Wissel in uw wijk een huis had gekocht met de bedoeling daar tbs-patiënten te huisvesten?

Mevrouw **Noorda**: Een aantal mensen in de wijk zijn er eigenlijk via het geruchtencircuit achtergekomen dat een huis aan de Rooyse Wissel verkocht zou worden. 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. Omdat er zeer veel onrust, angst en vragen waren, hebben medewerkers van de Rooyse Wissel een informatiebijeenkomst belegd. Die bijeenkomst is door zeer veel mensen bezocht. Tijdens die bijeenkomst bleek dat bij de burgers heel weinig bekend was over tbs. Op een gegeven moment werd gezegd dat het zou gaan om

de huisvesting van mensen die diefstallen, auto-inbraken enzovoort hadden gepleegd. Daarmee werd naar mijn idee niet een juist beeld gegeven van de mensen die bij ons gehuisvest zouden worden. Dat vond ik op zichzelf zorgwekkend.

Mevrouw **Van Velzen**: Is gemeld welk type patiënten in het huis in uw wijk gehuisvest zouden worden?

Mevrouw **Noorda**: Er zouden vier patiënten ter resocialisatie worden geplaatst. Er is tijdens de gelegenheid die ik aangaf nog niet gezegd welk type patiënten of patiëntengroepen geplaatst zouden worden.

Mevrouw **Van Velzen**: Er werd dus een informatiebijeenkomst belegd en u zei dat de mensen die dicht bij het betreffende huis woonden daarvoor waren uitgenodigd. Toch werd de bijeenkomst massaal bezocht.

Mevrouw **Noorda**: Die bewoners maakten zich zeer veel zorgen en dachten: dit is niet een aangelegenheid voor ons alleen, maar iets wat de hele straat en wellicht de hele wijk aangaat. Misschien is het wel een zaak die de gehele gemeente betreft. Zij hebben daarom een oproep geplaatst en mensen benaderd om naar de informatiebijeenkomst te komen. Daaraan heeft men massaal gehoor gegeven.

Zoals ik zei, stuurde de Rooyse Wissel een brief naar die vier of vijf bewoners en nodigde de kliniek ze uit voor een informatiebijeenkomst. Vier mensen van de Rooyse Wissel zouden iets zeggen over het hele traject, de patiënten en de risico's die hun huisvesting zou kunnen opleveren. Het buurtcomité meende dat die informatie iets voor de hele wijk was. Er is daarom een uitnodiging voor het bijwonen van deze bijeenkomst naar de mensen in de buurt verzonden. De bijeenkomst werd gehouden in de naastgelegen parkeergarage en massaal bezocht. De mensen van de Rooyse Wissel waren toen ook wel een beetje onaangenaam verrast. Zij hadden namelijk verwacht dat er vier of vijf buurtbewoners zouden komen, maar er kwamen er 140 of 150, terwijl de media en de politiek ook geïnteresseerd waren.

Mevrouw **Van Velzen**: U hebt een coup gepleegd.

Mevrouw **Noorda**: Misschien kun je het zo zeggen.

Mevrouw **Van Velzen**: Wat kreeg u uiteindelijk te horen? Werde gezegd wanneer de mensen zouden komen, welk type mensen zou komen en wat uw taak als buurtbewoner tegenover een tbs'er zou zijn?

Mevrouw **Noorda**: In eerste instantie werd gezegd dat mensen uit alle patiëntengroepen zouden komen, maar een vijftal patiëntengroepen werd apart genoemd. Er werd letterlijk gezegd dat er verkrachters, moordenaars en pedofielen onder zouden zitten. Dat zorgde voor angst. In eerste instantie werd ook gezegd dat het de bedoeling was om deze mensen te laten integreren. Het ging om resocialisatie. Daarom zou het contact met de buurtbewoners belangrijk zijn. Barbecueën op straat werd zelfs als voorbeeld genoemd, maar tijdens het traject viel op dat de verschillende informatiebronnen strijdig met elkaar waren. Eerst werd namelijk gezegd dat de patiënten die geplaatst zouden worden in de derde fase van resocialisatie verkeerden. Dat zou betekenen dat ze in de volgende fase

alleen de wijk in zouden kunnen. Dat is later teruggedraaid. Later werd gezegd dat het mensen van fase 2 waren, dat zij dus zaten in de fase voorafgaande aan die van resocialisatie en van begeleid wonen. Op de verschillende momenten werd niet steeds dezelfde informatie verstrekt. Dat barbecueën en integreren in de wijk was in de latere fase dan ook niet aan de orde. Toen ging het om iets heel anders. Zoals ik zei, betrof het toen mensen die nog verkeerden in de fase voorafgaande aan die van resocialisatie en het begeleid wonen. Het integreren in de wijk zou daarom minder belangrijk zijn dan in eerste instantie was aangegeven. Hiermee wil ik zeggen dat op de verschillende momenten de buurt beter had kunnen worden geïnformeerd en de communicatie beter had gekund. Dat hebben de mensen van de Rooyse Wissel ook toegegeven. Zij waren dus eveneens van mening dat de communicatie bij de huisvesting van de mensen in deze woning in Venlo niet de schoonheidsprijs verdient.

Tegen de commissie zeg ik daarom: als men er ervoor kiest om de buurtbewoners te informeren over de komst van tbs-patiënten, handel dan dat communicatietraject zeer zorgvuldig af. Geef eerlijke informatie en geef ook de juiste informatie op het juiste moment. Doe geen mededelingen die strijdig met elkaar zijn en wees open en transparant. Verder: als het even kan, laat dan de mensen meedenken en meezoeken naar oplossingen, zodat maximale veiligheid kan worden gegarandeerd.

Mevrouw **Van Velzen**: Welke specifieke informatie had u willen krijgen? Welke informatie hebt u niet tijdig gekregen?

Mevrouw **Noorda**: Ons is bijvoorbeeld niet de mogelijkheid gegeven om garanties voor de veiligheid te verkrijgen. Vanaf het begin was namelijk de veiligheid een heikel punt. Er werd gezegd dat tbs-patiënten nu eenmaal een risico voor de maatschappij waren. Er zou altijd wat kunnen gebeuren, maar dat gold ook voor het gewone leven. Daarin heeft ook iedereen te maken met risico's. 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. Ik meen dat dat punt in deze commissie aan de orde is geweest. Ik denk nu aan de vraag of je het aantal delicten moet bepalen in relatie tot het aantal verlofdagen of in relatie tot het aantal personen. In het ene geval zijn de cijfers geheel anders dan in het andere. Er ontstaat dan de discussie over de vraag of het risico 0,009% bedraagt of dat een ander percentage geldt. Gaandeweg merkten wij echter dat er met de cijfers werd gegoocheld 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.

Mevrouw **Van Velzen**: Had u specifieke informatie over de patiënten willen hebben die bij u in de wijk zouden komen wonen? Of ging het u om algemene cijfers over

recidive? Zou informatie daarover voor u voldoende zijn geweest?

Mevrouw **Noorda**: Wij wilden ook gegevens over de patiëntengroepen. Bij ons speelde namelijk het punt dat onze buurt zeer kinderrijk is. Er is een speeltuintje direct naast de betreffende woning. Daarom was men bang voor pedofiele verkrachters, want dat soort termen werden natuurlijk gebruikt. Wij wilden dus weten of die mensen in het huis zouden komen wonen. Door de gemeenteraad is destijds het voorstel gedaan ons inzage te geven in de dossiers. Naar mijn idee kon dat niet. Wij wilden dat ook helemaal niet, maar wij wilden wel meer achtergrondinformatie over de patiëntengroepen en over de risico's die zij met zich mee zouden kunnen brengen.

Mevrouw **Van Velzen**: Heeft de gemeente iets te zeggen over de vestiging van een tbs-huis in een wijk en over de plaatsing van tbs'ers in een gemeente?

Mevrouw **Noorda**: Ik wil de commissie dan heel graag laten weten dat wij niet gehoord zijn, hoe hard wij ook ons best hebben gedaan. Mij is verder heel erg opgevalen dat alles een kwestie werd van afschuiven en doorschuiven. De gemeenteraad zei tegen ons: bij ons moet je niet zijn, want dit is iets voor de landelijke politiek. De landelijke politici zeiden: wij hebben met alle betrokken partijen, ook met de uwe, contact gehad. Wij hebben geïnformeerd naar uw standpunt. Tegelijkertijd wezen zij erop dat bij zo'n plaatsing sprake is van een maatschappelijk dilemma en dat de gemeente verantwoordelijk is voor de veiligheid. U wilt niet weten hoezeer ik mijn best heb gedaan om van de commissie voor de veiligheid te vernemen hoe ver hun verantwoordelijkheid in dit geval ging, maar iedereen wees naar de ander. Ik heb hierover ook gesproken met mensen van de Rooyse Wissel. Zij zeiden voortdurend dat iedereen verantwoordelijk was. Dus niemand, denk ik dan. Maar zij bedoelden te zeggen: het is een verantwoordelijkheid voor de buurt, de patiënten en voor de Rooyse Wissel, dus voor de maatschappij. Daarmee werd die verantwoordelijkheid veralgemeniseerd. Ik had de indruk dat niemand de verantwoordelijkheid wilde nemen en iedereen die op anderen wilde afschuiven, hetgeen mijns inziens een kwalijke zaak is.

Mevrouw **Van Velzen**: U brengt een aantal concrete punten, met name met betrekking tot de communicatie, onder onze aandacht. Hadden mensen in uw wijk en die van de Rooyse Wissel iets kunnen leren van vergelijkbare projecten elders in Nederland?

Mevrouw **Noorda**: Ik denk het wel. Tegen ons is een aantal keren gezegd dat bij vergelijkbare projecten in Nederland alles goed ging en de ervaringen daar gunstig waren. Daarop hebben wij gevraagd of wij bij een kliniek of een dergelijke buurt op werkbezoek zouden mogen. Dat kon dan niet vanwege de privacy en allerlei regels. Zelf werk ik in de gezondheidszorg en via mijn netwerk heb ik ook contacten met mensen in de psychiatrie. Zodoende heb ik kunnen spreken met mensen die in tbs-instellingen werken. Aan hen heb ik gevraagd hoe dergelijke projecten zijn verlopen en wat de effecten voor de buurt waren. Dan bleek alles net iets anders te zijn dan de Rooyse Wissel ons wilde laten weten.

Mevrouw **Van Velzen**: Is uw relatie met de mensen van de Rooyse Wissel inmiddels verbeterd?

Mevrouw **Noorda**: Ja en nee. Wij voelden ons in de beginfase door de mensen van de Rooyse Wissel niet serieus genomen. Zij pleegden als het ware een overval. Wij vonden ook de communicatie slecht. Ik meen evenwel dat zij nu alles op alles hebben gezet om de informatievoorziening en de communicatie te verbeteren. Dat vind ik prima. Ik wijs er wel op dat in het begin geen onderhandeling mogelijk was. Daarmee bedoel ik dat het probleem er nu eenmaal was. De mensen van de Rooyse Wissel moesten de mensen ergens plaatsen ter resocialisatie, ter afronding van hun behandeling. Tegelijk was er angst in de wijken. Het een was per definitie strijdig met het ander. Daarmee is hét probleem aangegeven.

Mevrouw **Van Velzen**: U hebt in de wijk fysiek actie gevoerd?

Mevrouw **Noorda**: Ja.

Mevrouw **Van Velzen**: Hebben de buurtbewoners contact met de tbs-patiënten die in uw wijk wonen? Is die relatie hersteld in het afgelopen anderhalf jaar?

Mevrouw **Noorda**: Wij zijn een jaar verder, maar wij hebben eigenlijk geen contact met die patiënten. Je ziet elkaar bij het in- en uitlopen van woningen. Aan de mensen die direct naast het betreffende huis wonen heb ik gevraagd hoe het gaat, maar ook zij hebben niet een direct contact met de patiënten. Er wordt dus niet met elkaar gesproken, laat staan met elkaar gebarbecued, waarover men het aanvankelijk had.

Mevrouw **Van Velzen**: Is er zoiets geweest als een open dag, informatieavonden of momenten waarop men met deze tbs-patiënten kennis kan maken?

Mevrouw **Noorda**: Dergelijke bijeenkomsten zijn steeds door de Rooyse Wissel georganiseerd, maar met de slechte communicatie in de beginfase had men eigenlijk zijn kruit verschoten. Daardoor is door de buurtbewoners niet gereageerd op dergelijke oproepen. Met uitzondering van een enkeling heeft men niet van bedoelde momenten gebruik gemaakt. Op de initiatieven van de kant van de Rooyse Wissel is dus niet gereageerd zoals men daar had gewild. Ook dit is een punt dat ik onder uw aandacht wil brengen.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Smit en mijnheer Van Eijck, wat vindt u nu van zo'n discussie? Mijnheer Smit, vindt u dat de wijkbewoners per definitie moeten weten welke mensen in zo'n huis geplaatst worden?

De heer **Smit**: In zo'n geval lijkt mij dat zeer verstandig. De plaatsing van de patiënten in zo'n huis heeft natuurlijk een geweldige impact op de buurtbewoners, zeker doordat het hier een maatschappelijk zeer beladen issue betreft. Het lijkt mij dus zeer verstandig dat men de bewoners vertelt wat er gaat gebeuren en dat ze wordt gezegd dat men hun medewerking nodig heeft.

Mevrouw **Van Velzen**: Maakt het voor u nog wat uit of het om tbs'ers of ex-tbs'ers gaat? Komt er een moment in de behandeling waarop je het huisvesten van de

patiënten in een wijk niet meer hoeft te melden? Of vindt u dat altijd kenbaar gemaakt moet worden dat de persoon die in een wijk komt wonen een ernstig misdrijf heeft begaan?

De heer **Smit**: Ik kan die vraag alleen maar beantwoorden door mij te verplaatsen in de situatie waarin zich in mijn buurt zo iets zou afspelen. Ik zou zeker willen weten wat er gaat gebeuren en ik zou mee willen denken en mee willen praten over de vraag wat de beste aanpak kan zijn. Nogmaals, de plaatsing van deze mensen in een wijk heeft een geweldige impact op de buurtbewoners. Men zou ook de zaak kunnen beoordelen vanuit het perspectief van het slachtoffer, maar ik neem aan dat daarover straks nog vragen worden gesteld.

Mevrouw **Van Velzen**: Zeker. Mijnheer Van Eijck, wat is uw opvatting?

De heer **Van Eijck**: Het is altijd moeilijk om mensen terug te brengen in de maatschappij. De vraag is hoe je dat moet doen, want deze mensen zullen ergens moeten wonen en ergens moet je daarom een begin maken met het verblijven in een wijk. Het lijkt mij voor de hand liggend dat je in dergelijke gevallen een informatiebijeenkomst houdt en dat je zo open en eerlijk mogelijk handelt. De betrokken mensen hebben het recht om te weten wie er bij ze komt wonen. Er leven heel veel ideeën die een verkeerd beeld kunnen scheppen. Meestal is men angstig, en terecht. Daarom meen ik dat correcte, inhoudelijke informatie een eerste vereiste is.

Mevrouw **Van Velzen**: Mevrouw Noorda, als in het afgelopen jaar wel goede informatie was gegeven, als wel bekend was gemaakt om welk type patiënten het ging en met welke stoornissen zij te maken hadden, denkt u dat er dan in de wijk wel een draagvlak was geweest voor de huisvesting van deze mensen? Of zou men dan evenzeer bang zijn geweest voor het mogelijk recidiveren?

Mevrouw **Noorda**: Ik heb heel lang nagedacht over de vraag of het überhaupt verstandig is om burgers hierover te informeren. Het blijft toch iets zeer lastigs. Je wordt opgezadeld met kennis waarvan je eigenlijk liever geen weet hebt. Wil ik wel weten wat voor persoon mijn buurman is? Ik meen dus dat je eerst helder voor ogen moet hebben of je wilt dat alles wordt verteld. Echter, als men informatie gaat uitwisselen, is het heel goed de nabije bewoners optimaal bij een aantal zaken te betrekken. Je zou ze kunnen vragen: wat willen jullie geregeld hebben opdat de veiligheid maximaal gegarandeerd is? Daarover kunnen concrete afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld kan afgesproken worden dat meteen contact met de Rooyse Wissel wordt gezocht als zich iets verdachts voordoet, als er iets is wat mensen onrustig maakt of wat voor onrust in de wijk zorgt enzovoorts. Verder denk ik aan het contact met de politie, zodat men in het geval men de situatie niet vertrouwt daar terecht kan. Voor die aspecten moet je oog hebben en je moet zeer serieus naar de mensen luisteren. Dat is bij ons in de eerste fase niet gebeurd. Dat is jammer.

Mevrouw **Van Velzen**: U duidde op een dilemma. U zei: ik weet niet of ik het wel wil weten.

Mevrouw **Noorda**: Ja, ik heb mij de afgelopen tijd steeds afgevraagd of ik alles wel had willen weten. Ik weet dat het hierbij gaat om een maatschappelijk probleem, om de huisvesting van pedofielen. Je wilt dus duidelijkheid op de verschillende punten, maar ik heb mij echt afgevraagd: wil ik dat allemaal wel weten? Ik ben nu op de hoogte, omdat men mij heeft geïnformeerd, maar door iemand te informeren creëer je ook angst.

De heer **Smit**: Mevrouw Van Velzen: u vroeg of er situaties denkbaar zijn waarin je niet alles moet vertellen. Het gaat hierbij in die zin om een moeilijk vraagstuk dat ik nu ook niet weet wat mijn buurman of buurvrouw heeft uitgespookt voordat hij of zij naast mij kwam wonen. Ik hoef dat ook allemaal niet te weten. Op dit aspect doelde mevrouw Noorda al. Het gekozen beleid brengt met zich mee dat je mensen de kans biedt om terug te keren naar de maatschappij. De vraag kun je dus niet met een simpel ja of nee beantwoorden. Wel is het nodig dat in dergelijke situaties aandacht wordt besteed aan de wijk. Zodra je bekend maakt dat tbs'ers daar worden gehuisvest, ontstaat er een brede maatschappelijke discussie met voor- en tegenstanders. Zo'n discussie is niet altijd zinvol, maar je kunt ervoor zorgen dat er hulpverleners aanwezig zijn die in ieder geval aandacht besteden aan de situatie in de wijk. Daarmee kun je de mensen een zekere mate van veiligheid en rust bieden. Echter, de vraag of je moet vertellen wat iemands verleden is voordat je hem in de wijk plaatst, blijft een zeer lastige.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik heb in de gesprekken van de afgelopen weken verschillende opvattingen gehoord, ook bij de klinieken. Sommige klinieken kiezen ervoor de wijk niet te melden dat er patiënten bij hen komen wonen. Anderen doen dat juist weer wel. Hoe handelt de Rooyse Wissel? Mevrouw Noorda, u bereikte het gerucht dat een huis de bestemming kreeg voor de opvang van tbs'ers. Dat gerucht bleek waar te zijn. Toen kwam de kliniek in actie en gaf zij informatie. Door uw inspanningen is een bredere groep geïnformeerd. Was men bij de Rooyse Wissel sowieso van plan om de wijk te informeren?

Mevrouw **Noorda**: Zij waren van plan om alleen de naaste buurtbewoners te informeren, de vier of vijf mensen die naast het desbetreffende pand woonden. Die mensen zouden namelijk de grootste impact ondervinden en met die mensen zou men het meeste van doen hebben. Echter, men informeerde die mensen pas nadat het pand was aangekocht. Dus er blijft sprake van een overval. In een latere fase heb ik aan de Rooyse Wissel gevraagd waarom zij voor deze manier van opereren hebben gekozen. Toen is gezegd dat bewust voor deze strategie was gekozen. Zij zeiden: wij weten dat iedereen bij voorbaat tegen zal zijn. Dus men handelde bewust zo.

Mevrouw **Van Velzen**: Mijnheer Smit, vindt u dat een slachtoffer van een ernstig misdrijf, een misdrijf waarvoor tbs gegeven zou kunnen worden en dat is gepleegd door iemand met een stoornis, altijd op de hoogte gebracht moet worden als die dader verlof krijgt?

De heer **Smit**: Ja, als het slachtoffer dat wil. Inmiddels is vastgelegd dat het slachtoffer in zo'n geval wordt geïnformeerd. Dit is met het Europese kaderbesluit met betrekking tot de informatieverstrekking aan slachtoffers geregeld. Ook wij vinden dat een slachtoffer op de hoogte

gesteld moet kunnen worden als de dader van het zeer ernstige misdrijf met verlof gaat c.q. op vrije voeten komt. Niet alle slachtoffers willen dit weten, maar je moet de keus aan het slachtoffer of de nabestaanden laten. Zij moeten op de hoogte gehouden worden als zij dat willen.

Mevrouw **Van Velzen**: Kunt u beschrijven hoe dat in de praktijk gaat? Wat krijgt een slachtoffer of een nabestaande te horen?

De heer **Smit**: Er is een nieuwe regel die bepaalt dat slachtoffers en nabestaanden informatie moeten krijgen. Dat wil zeggen dat ergens gemeld moet worden dat een tbs'er met verlof gaat of op vrije voeten komt. Het slachtoffer of de nabestaande moet de kans krijgen om aan te geven dat men op de hoogte gehouden wil worden. Sommigen kiezen ervoor die informatie niet te krijgen. Zij willen wat gebeurd is achter zich laten. Veel mensen zeggen echter: ik wil dat weten. Ik wijs erop dat het hierbij gaat om een zeer belastende zaak voor de slachtoffers. Zij hebben te maken met een ernstige geschiedenis. Deze mensen zijn zeer getraumatiseerd vanwege het zeer, zeer ernstige delict. Een aantal mensen uit de groep van slachtoffers en nabestaanden heeft mij dan ook benaderd toen zij hoorden dat ik vanmiddag met de tbs-commissie zou praten. Sommige mensen hebben te maken gekregen met gestoord gedrag met zeer grote gevolgen. Dus die slachtoffers en nabestaanden ervaren het als een grote belasting als een dader met proefverlof gaat of vrijkomt. Vaak is hun reactie: ik heb levenslang, want ik ben mijn dochter kwijt, ik ben mijn kind kwijt, maar de mijnheer of mevrouw die het heeft gedaan loopt na een aantal jaren weer op straat. Er wordt in de dader geïnvesteerd. Voor deze persoon staan hulptroepen klaar om hem of haar de kans te geven om terug te keren in de samenleving, maar wat gebeurt er met mij? Dat is de reactie van veel slachtoffers! Zij zeggen: ik lig er wakker van, het doet van alles en nog wat met mij, maar voor mij staat geen advocaat klaar, ik krijg geen bijstand, ik moet alles zelf uitzoeken. In de dader wordt echter fors geïnvesteerd. Je moet dus rekening houden met de gevoelens van de slachtoffers en van de nabestaanden. Voor hen is het vrijkomen van de dader een gevoelige zaak. Ik meen daarom dat het verstandig is met dit aspect rekening te houden. Daarmee spreek ik mij niet uit over de vraag of je tbs'ers proefverlof moet geven of op een gegeven moment vrij moet laten, maar ik zeg wel dat als je de maatregel van het proefverlof hanteert, je meer rekening moet houden met het feit dat zoiets voor slachtoffers en nabestaanden veel betekent. Zij hebben een zeer zwaar traject achter de rug en zij hebben vaak het gevoel dat zij in de steek gelaten worden en dat de dader de kansen krijgt die zij nooit meer zullen krijgen.

Mevrouw **Van Velzen**: Zegt u daarmee dat het voor een slachtoffer moeilijker te accepteren is dat de dader tbs opgelegd krijgt in plaats van gevangenisstraf?

De heer **Smit**: Misschien zou je het zo kunnen zeggen. 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 knijpen '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.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik wil nog met u spreken over het punt van de communicatie bij het verlenen van verlof. U gaf aan dat slachtoffers ervoor kunnen kiezen om geïnformeerd te worden.

De heer **Smit**: Zij hebben die mogelijkheid. De regeling "informatie aan slachtoffers bij (proef)verlof van tbs-ers" bestaat al sinds vorig jaar. Met het Europese kaderbesluit is een aantal richtlijnen gegeven. Daarmee wordt bepaald dat slachtoffers en nabestaanden dit recht moeten hebben.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik weet van een briefwisseling, waarmee een officier van justitie een slachtoffer of een nabestaande op de hoogte stelt van het aanbreken van een verlofperiode voor een tbs'er. Kent u die brieven ook?

De heer **Smit**: Nee.

Mevrouw **Van Velzen**: Er werd bijvoorbeeld gemeld dat er een verlofmachtiging was afgegeven. Er werd dan niet specifiek benoemd waar dat verlof doorgebracht zou worden en in welke periode. Weet u wat de mensen waarmee u werkt daarvan vinden?

De heer **Smit**: Die willen graag duidelijkheid. Nogmaals, de onzekerheid is erg groot. Vergeet niet dat veel van dit soort delicten wordt gepleegd door iemand uit de kring van het slachtoffer. Het zijn niet altijd wildvreemden die de misdaad plegen. Als de daders met verlof gaan, kan het slachtoffer ze dus weer in zijn eigen buurt tegenkomen of ontmoeten in de eigen, kleine kring. Daarom is het van groot belang dat zij weten waaraan zij toe zijn.

Mevrouw **Van Velzen**: Moet volgens u het slachtoffer of de nabestaande heel specifiek weten waar dat verlof wordt doorgebracht, waar iemand tijdens het verlof gaat wonen? Of is het genoeg dat bekend wordt gemaakt in welke plaats of provincie de dader het verlof doorbrengt?

De heer **Smit**: Ik vind het lastig te zeggen hoe precies men moet zijn. In ieder geval vind ik het wel van belang dat de mensen op de hoogte gesteld worden van het feit dat de persoon in kwestie vrij rondloopt. Het lijkt mij wat ver gaan ook te vermelden op welk adres hij bijvoorbeeld veertien dagen zal verblijven. Het slachtoffer of de nabestaande moet echter wel weten wanneer de dader op vrije voeten komt. Wij willen er in dit verband ook op hameren dat het belangrijk is dat je de nodige zorg besteedt aan de mensen die met angsten te maken krijgen. Informatie geven is één ding, maar het bieden van de nodige zorg een ander. Je kunt deze mensen de nodige zorg bieden, maar daar schort het nogal eens aan.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe gaat dat nu in de praktijk. Stel dat een slachtoffer in psychische nood zit, kan hij dan bij een huisarts terecht?

De heer **Smit**: Bij een huisarts kan iedereen terecht. De vraag is echter of die persoon meteen de hulp krijgt die hij echt nodig heeft. Veel mensen die in deze situatie verkeren, hebben het gevoel dat zij uiteindelijk alles zelf moeten uitzoeken. In de beginfase is er het een en ander geregeld voor de slachtoffers. Zij kunnen gebruik maken van onze diensten, maar de moeilijkheden voor de slachtoffers duren vaak jaren. Ik spreek nogal eens mensen die zeggen dat zij aan hun lot worden overgelaten. Het komt voor dat mensen hun baan kwijt raken doordat zij psychisch in de knel zitten. Zij zoeken juridische steun, maar zij moeten die dan zelf betalen. Soms staan mensen op een wachtlijst voordat zij de geestelijke hulp krijgen die zij nodig hebben. Vaak hebben dus de slachtoffers het gevoel dat zij het kind van de rekening zijn. Onze stelling is daarom dat als je meer zorg zou besteden aan de mensen die de moeilijkheden lijfelijkelijk ervaren, het voor die groep gemakkelijker te verdragen zou zijn dat de daders uiteindelijk de kans krijgen om terug te keren naar de samenleving.

Mevrouw **Van Velzen**: U spreekt over juridische steun, psychische zorg en over het feit dat mensen vaak op wachtlijsten staan.

De heer **Smit**: Ik kan voorbeelden geven. Ik word bijvoorbeeld regelmatig gebeld door mensen die jarenlang moeten knokken om iets voor elkaar te krijgen. Ik weet van een echtpaar dat hun dochter heeft verloren. Die dochter is vermoord door haar ex-partner. Er was een jarenlange strijd ontstaan over de voogdij van de kinderen. Voor die mensen is dat een enorme belasting. Zij bellen mij op met de vraag: mijnheer Smit, kunt u mij helpen? Ik kan echter niet zomaar een advocaat uit de hoge hoed toveren. Ik kan niet veel meer doen dan ze een lijst geven met namen van mensen die zij zouden kunnen benaderen. Uiteindelijk gaat het er ook om dat hun de financiën worden geboden waarmee zij de hulp kunnen betalen die zij nodig hebben. Vaak voelen deze mensen zich dus in de kou gezet. Zij denken: ik moet alles uitzoeken en de dader wordt met de nodige zorg omgeven. Nogmaals, ik keur dat laatste niet af, ik geef alleen aan wat het gevoel van de slachtoffers is en hoe de situatie op hen overkomt.

Mevrouw **Van Velzen**: Regelmatig wordt in een vonnis waarmee een tbs-maatregel wordt opgelegd bepaald dat de dader het slachtoffer schadevergoeding moet bieden. Hoe verloopt zoiets in de praktijk?

De heer **Smit**: Dat zijn nooit bedragen waarmee je bij wijze van spreken de wereld kunt winnen. Soms worden die bedragen niet geïnd. Overigens kan ook een beroep worden gedaan op het schadefonds geweldsmisdrijven, maar het gaat dan om symbolische bedragen vergeleken met de kosten die de slachtoffers zouden moeten of willen maken om hun recht te halen. Het is wel goed dat deze mogelijkheden er zijn, maar daarmee wordt niets afgedaan aan het gevoel bij het slachtoffer of de nabestaande. Die denken: ik krijg minder zorg dan die ander. Nogmaals, ik keur het niet af dat die andere partij zorg krijgt, maar ik vraag aandacht voor de mogelijkheden

voor slachtoffers en nabestaanden. Wij denken zelf hard na over het ontwikkelen van aanvullende diensten. Wij kunnen bijvoorbeeld een slachtoffer een zaakwaarnemer toekennen. Die zaakwaarnemer volgt de ontwikkelingen bij de familie en op momenten dat dat nodig is, is hij er voor die mensen. Als het nodig is kan hij als het ware deuren intrappen en regelen dat het slachtoffer krijgt wat hij nodig heeft.

Mevrouw **Van Velzen**: Een soort reclassering voor slachtoffers.

De heer **Smit**: Ik meen dat in dit verband de term reclassering totaal verkeerd is gekozen.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik bedoel dat er iemand is die steun kan bieden en toezicht kan houden.

De heer **Smit**: Ja, die de zorg kan bieden die de mensen nodig hebben.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik gebruikte het verkeerde woord. Sorry.

De heer **Smit**: De zaakwaarnemer kan ervoor zorgen dat iemand op de been blijft. Namens de slachtoffers laat ik nu dus een hartenkreet horen.

Mevrouw **Van Velzen**: En die wordt gehoord. Mijnheer Van Eijck, kunt u kort beschrijven wat u concreet doet met mensen die een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen?

De heer **Van Eijck**: Wij krijgen een verzoek van de kliniek, over het algemeen van de Van Mesdagkliniek, om iemand te plaatsen. Wij gaan dan na wat de persoon in kwestie zou moeten doen. Wij kunnen de persoon aan een aantal activiteiten laten deelnemen, wij kunnen hem tewerkstellen, ervaring laten opdoen of met iets kennis laten maken. De keus is afhankelijk van de fase waarin die persoon verkeert en welke verlofregeling voor hem geldt. In een gesprek laten wij weten welke werkzaamheden wij kunnen bieden en dan gaan wij na of de persoon er geschikt voor is en of hij die aankan. Als hij bepaalde activiteiten aankan, komt er een tweede gesprek en bij dat gesprek is de patiënt ook aanwezig. Wij bespreken dan wat de werkzaamheden zijn. Wij gaan goed na wat de problematiek is en of het met het oog op de veiligheid verantwoord is dat zo'n persoon bij ons werkzaamheden gaat verrichten.

Ik heb in die zin goede contacten met de kliniek, dat als ik een vraag heb over een bepaald gedrag, gedrag dat ik niet begrijp, of dat ik iets zie wat ik niet kan verklaren dan wel dat er anderszins vragen zijn, ik direct het nummer van de desbetreffende begeleider kan bellen. Als hij mij geen antwoord kan geven, word ik binnen tien minuten teruggebeld en krijg ik het antwoord. Blijft het gedrag raar, dan is het mogelijk direct een gesprek te voeren. Dan wordt besloten of de persoon tijdelijk weer naar binnen gaat of dat nader onderzoek moet volgen.

Mevrouw **Van Velzen**: U begeleidt de patiënten bij het vinden van werk. Wat moet ik mij bij uw activiteiten concreet voorstellen?

De heer **Van Eijck**: Als mensen heel lang binnen hebben gezeten, moeten zij weer wennen aan de maatschappij. De maatschappij kan dan heel vreemd op hen overkomen. Het is natuurlijk heel fijn als je vrijkomt, maar tegelijkertijd is het ook heel beangstigend en heel naar. Je bent de vaste omgeving gewend, je hebt een vast ritme gevolgd, alles is steeds bekend en er zijn geen onverwachte dingen. Als je vrijkomt, moet je bijvoorbeeld weer wennen aan het verkeer en aan het feit dat je voor heel veel dingen verantwoordelijkheid moet dragen. Veel dingen vinden wij vanzelfsprekend, maar voor die mensen zijn ze heel vreemd, bijvoorbeeld in een gesprek zeggen: wacht even, ik ben het daar niet mee eens, ik vind dat wij iets anders moeten doen. Soms denken deze mensen: ik vind dit niet fijn, maar als ik dat aangeef, slaag ik misschien niet, dan vindt men misschien dat ik in de buitenwereld nog niet kan functioneren. Zij zijn bang weer naar binnen geplaatst te worden. Zij hebben vrij veel angsten en moeten leren wat wel of niet normaal is. Zij weten niet wat wel of niet gewenst is in een setting buiten de kliniek. Zij moeten dus aan erg veel dingen wennen.

Mevrouw **Van Velzen**: De afgelopen jaren is er kritische publiciteit geweest. Daarmee werd een zwaar beeld van de tbs'er geschetst. Als de tbs'er die bij u is geplaatst daarmee wordt geconfronteerd, wat doet dat dan bij hem? Hoe komt zoiets bij hem aan?

De heer **Van Eijck**: Zij ervaren een heel vreemd dilemma. Aan de ene kant is de behandeling steeds persoonlijk, individueel bepaald. Aan de andere kant is een algemene maatregel niet individueel. Als bijvoorbeeld wordt bepaald dat iedereen weer naar binnen moet, denkt een patiënt: hoe kan dat nou, ik krijg een persoonlijke behandeling, maar moet naar binnen omdat iemand anders iets heeft gedaan. Denken ze misschien dat ik betrokken ben bij het delict? Als ze dan na twee, drie dagen of een week weer op de werkplek komen, is hun grote angst dat iedereen denkt dat zij bij de overtreding betrokken zijn geweest. Dat is dan niet zo en wij begrijpen ze wel, maar ik geef nu aan wat de patiënten denken.

Mevrouw **Van Velzen**: Zijn in de zomer vorig jaar na dat incident veel tbs'ers teruggeroepen naar de kliniek, terwijl zij al in de maatschappij functioneerden?

De heer **Van Eijck**: Ja.

Mevrouw **Van Velzen**: Waren daar ook cliënten van u bij?

De heer **Van Eijck**: Ja, daar waren ook cliënten van ons bij. Als zij weer terugkomen, vragen zij zich af: moet ik mij gaan verantwoorden? Moet ik zeggen dat ik niets met de overtreding van doen heb gehad? Zij moeten dan over een drempeltje om terug te kunnen keren naar de maatschappij. Soms zitten de mensen in de fase van een voorwaardelijk ontslag of onvoorwaardelijk ontslag en vragen zich af of zij aan de burens moeten uitleggen dat zij niets met de overtreding van doen hebben. Ik zeg in zo'n situatie: als je er niets mee van doen hebt, hoef je ook geen verantwoording af te leggen; het zijn zaken die jou helemaal niet aangaan. Maar ik moest wel terug naar binnen, zeggen ze dan. Hiermee schets ik het dilemma waarmee de patiënten zitten. Zij worden dus aan de ene kant individueel benaderd, maar worden toch gestraft voor iets wat een ander heeft gedaan. Dat maakt voor hen

de situatie erg lastig. Zij vragen: kan ik nu niet meer spoedig naar buiten, moet ik nu weer extra therapieën gaan volgen? Hiermee geef ik hun beleving van de situatie weer. Het is moeilijk uit te leggen wat er aan de hand is. Voor de patiënten is de situatie onbekend en zij zitten zich van alles af te vragen. Eigenlijk vind ik dat niet nodig.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik herken wat u zegt. In de afgelopen weken hebben wij in beslotenheid met een aantal tbs-patiënten gesproken. Kunt u mij beschrijven wat er de afgelopen zomer precies is gebeurd? Wij hebben allerlei verhalen gehoord, bijvoorbeeld dat tbs'ers met busjes van justitie of politie op hun huisadres werden opgepikt en naar klinieken gebracht.

De heer **Van Eijck**: Dat heeft zich bij ons niet voorgedaan. Er is wel tegen patiënten gezegd dat ze terug moesten komen. Daarvoor werd dan een reden gegeven. Zij hebben zich toen allemaal gemeld. Bij ons is dus alles in goede orde verlopen. Er zijn geen vreemde dingen gebeurd. De patiënten vroegen wel: waarom moet ik terug? Het gaat goed met mij. Ik heb toch niets met die andere man van doen. Met dat soort vragen blijven zij zitten.

Mevrouw **Van Velzen**: Heeft dat uiteindelijk zijn weerslag op de tbs'er als hij terugkeert in zijn werk- of woon-situatie? Hebt u cliënten gehad die niet terug konden keren in de baan die zij hadden gevonden?

De heer **Van Eijck**: Dat durf ik niet een, twee, drie te zeggen. Wel vroegen zij: moet ik de burens vertellen dat ik niets met de zaak van doen heb? Zij wijzen er dan op dat zij een leuk contact met de burens hadden. Zij zitten dus met dit soort, eigenlijk heel eenvoudige, dilemma's. De problemen spelen zich eigenlijk meer in hun hoofd af. Ze hebben ook angst. Als ze nog geen onvoorwaardelijk ontslag hebben, vragen zij: krijg ik opnieuw therapie omdat ik misschien niet sociaal genoeg ben? Daarvoor zijn zij bang. Nogmaals, ik schets nu hun belevingswereld. Wat je dan feitelijk doet, is ze geruststellen, bijvoorbeeld door te zeggen: dat deed iemand in Amsterdam en als je gewoon je traject blijft volgen en geen rare dingen doet, betekent deze zaak voor jou niets.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik las in de informatie over uw stichting dat u ook werkt met ex-delinquenten die voorlichting geven op scholen. Doen ook ex-tbs'ers dat?

De heer **Van Eijck**: Als zij dat willen en als wij denken dat zij daartoe in staat zijn en als wij ook menen dat zoiets geen risico's met zich meebrengt voor de veiligheid, dan kan dat.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe werkt dat? Hoe komt zoiets over op scholieren?

De heer **Van Eijck**: Als wij mensen op pad sturen voor voorlichting, willen wij allereerst vermijden dat er sensatieverhalen worden verteld. Daarvan staan er genoeg in de krant en daar is geen behoefte aan. Waaraan wel behoefte is, is de uitleg hoe zo'n persoon in de gevangenis is gekomen. De vraag is dan: hoe kwam het dat jij datgene deed wat niemand leuk vond? De persoon vertelt bij zo'n gelegenheid over de detentie. Hij kan

bijvoorbeeld zeggen dat die te vergelijken is met het verblijf in een hotel, maar dat ze dat niet allemaal vinden. Ik vind belangrijk dat aangegeven wordt of je in detentie verandert en, zo ja, wat de verandering inhoudt en of het kwalijk voor anderen is als je daarna weer terugkeert in de maatschappij. Daarover wordt tijdens de voorlichting gesproken. Als ze een verlofregeling hebben of ergens wonen, wordt gesproken over de vraag hoe de weg terug verliep, of ze gemakkelijk contact met de bureaus hebben kunnen krijgen, hoe ze het doen van vrijwilligerswerk hebben ervaren en of ze wel vrijwilligerswerk doen. Het ligt namelijk niet direct voor de hand dat ze gewoon werk doen. Er wordt dus wel voorlichting gegeven, maar zonder sensatie of met het idee dat er stoere jongens komen praten.

De voorzitter: Er is niet alleen vorig jaar, maar ook eerder negatieve publiciteit geweest over tbs'ers. Heeft die publiciteit ertoe geleid dat het nu moeilijker is om werk voor deze mensen te vinden dan pakweg vijf, zes, zeven jaar geleden? Is het nu moeilijker om potentiële werkgevers te vinden die voor deze mensen een plaats willen vrijmaken?

De heer Van Eijck: Het is altijd al moeilijk geweest om deze mensen te plaatsen. Zodra het woord tbs valt gaan de muren of schotten omhoog. Men denkt dan aan problemen en tracht de persoon waarom het gaat buiten de deur te houden. Echter, via een gesprek komt er wel oog voor het individu. Op den duur ziet men niet alleen de patiënt, maar ook de mens. Dan wordt plaatsing gemakkelijker, niet dat dan de banen voor het oprapen liggen. Je kunt ook redeneren dat vrijwilligerswerk mooi en nuttig is.

De voorzitter: In feite zegt u: onbekend maakt onbemind. Dat hoor ik eigenlijk bij u alledrie. Steeds is de ondertoon: als je meer weet, begrijp je iets beter. Dat is heel logisch en dit pleit er ook voor om goed informatie uit te wisselen. Het gaat mij er nu om of u nu met de plaatsing van personen vaker tegen barrières en muren oploopt dan vroeger. Moet u meer uitleggen? Nu is men niet alleen onbekend met de tbs, maar men heeft daarover ook meer negatieve berichten gelezen.

De heer Van Eijck: Wij moeten met een andere uitleg komen. Er is een verschuiving geweest. Als tbs nu in de media komt, is het bijna altijd op een negatieve manier. Als je reageert, is het bijna altijd: achteraf. De opstelling is reactief. Het zou veel beter zijn dat er in de media aandacht kwam voor de positieve aspecten van de behandelingen in een kliniek. Ik mis die positieve aandacht. Nu vraagt u of ons werk is veranderd en of het moeilijker geworden is. Dan zeg ik dat er de laatste tijd minder aandacht lijkt te zijn voor datgene waarmee de instellingen die tbs'ers behandelen succesvol zijn.

De voorzitter: Dat is de afgelopen weken een aantal keren gezegd: kijk ook naar wat goed gaat en naar de verworvenheden. Ik denk in dit verband aan de opmerking van mevrouw Noorda. Zij zei: als er informatie wordt gegeven, moet dat goede informatie zijn. Als buurtbewoners op geruchten moeten afgaan, ontstaat wantrouwen. Mevrouw Noorda zei ook dat wij ons ten principale moeten afvragen of informatie moet worden verstrekt. Zijn u situaties bekend waarin niets bekend was over de tbs'er die terugkeerde naar de maatschappij en daarnaast

ook situaties waarin daarover veel bekend was? Wat werkte beter bij de resocialisatie en bij de integratie in de buurt? Is wel een vergelijking mogelijk?

De heer Van Eijck: Dan wil ik aangeven hoe wij handelen. Ik spreek met degene die de desbetreffende patiënt gaat plaatsen. Die persoon weet alles van de patiënt. Hij kent zijn ziektebeeld, weet wat de problemen met hem zijn enzovoorts. Wij plegen overleg over de vraag wat wij wel en wat wij niet moeten vertellen. Daarbij maken wij een afweging. Wat is zinvolle informatie, informatie waar mensen iets aan hebben en wat is eigenlijk te zware informatie, informatie waarmee je anderen eigenlijk niet moet belasten? Per individu maak je die afweging.

De voorzitter: Per geval bepaal je wat het beste is, ook voor de buurt.

De heer Van Eijck: Ja.

De voorzitter: Heeft u als stichting Delinkwentie en Samenleving een taak bij het informeren van een buurtcomité als dat van mevrouw Noorda? Of neemt u op een afstand waar wat er gebeurt?

De heer Van Eijck: Wij nemen waar wat er gebeurt en desgevraagd komen wij over de verschillende kwesties praten. Echter, wij zien op dit punt niet voor ons zelf een taak weggelegd.

De voorzitter: Bij gebrek aan tijd of is dat een bewuste keus?

De heer Van Eijck: Voor een deel komt dit door gebrek aan tijd en voor een deel door iets anders. Met dat laatste bedoel ik dat huisvesting in een wijk een zaak is voor de kliniek. Die brengt de mensen weer terug naar de maatschappij. Die mensen moeten ergens gaan wonen en de direct betrokkenen zijn de bewoners van de buurt waar die mensen komen te wonen. Ik vind het te ver gaan als wij zeggen: D en S moet hierin een rol spelen.

De voorzitter: Dat snap ik. Mijnheer Smit, is er naar aanleiding van de gebeurtenissen van vorig jaar en naar aanleiding van andere incidenten meer discussie gekomen bij Slachtofferhulp Nederland? Is er veel naar boven gekomen?

De heer Smit: Wij hebben veelvuldig contact met groepen van lotgenoten. Die lotgenoten zijn slachtoffer of nabestaanden van slachtoffers van tbs-veroordeelden. Er is bij ons inderdaad meer discussie geweest. Ik heb al gemeld welke aspecten in die gesprekken aan de orde komen. Dus doordat het onderwerp in de maatschappij veel meer besproken werd, was dat in deze kringen met name het geval.

De voorzitter: U zegt dat zodra er in de maatschappij veel over wordt gesproken, komt er bij de slachtoffers veel naar boven. Dat maakt voor hen de situatie weer moeilijker, want iedere keer beleven zij de misdrijven opnieuw.

De heer Smit: Precies. Het onderwerp raakt rechtstreeks de existentie van deze mensen.

De **voorzitter**: Zegt u daarmee niet indirect dat het "ons" liever was als er wat minder publiciteit over dit onderwerp was?

De heer **Smit**: Nee, als ik mij verplaats in de positie van de mensen die mij hierover aanspreken, merk ik dat zij het goed vinden dat er aandacht voor dit onderwerp is. Het gevolg kan zijn dat er ook aandacht komt voor de positie waarin zij zich bevinden. Ik heb dus niet het idee dat men het betreurt dat dit onderwerp besproken wordt. Dat zorgt voor aandacht voor datgene waarmee zij te maken hebben.

De **voorzitter**: De discussie heeft dan effect op een breder gebied.

De heer **Smit**: Ja.

De **voorzitter**: Mevrouw Noorda, ik zei: onbekend maakt onbemind. Misschien gold dat ook voor de situatie waarmee u te maken had. Is er meer acceptatie bij de buurtbewoners nu zij meer van het onderwerp weten? Onderschrijven zij nu de doelstelling van resocialisatie? Begrijpen zij het nut en de noodzaak daarvan?

Mevrouw **Noorda**: Jawel, maar het probleem blijft dat de huisvesting van deze patiënten in een wijk een risico met zich meebrengt. Door het EFP werd tegen ons gezegd: de risicotaxatie-instrumenten die er thans zijn, zijn onvoldoende gevalideerd. En: er wordt nog te veel afgegaan op de klinische expertise van degenen die moeten oordelen over de tbs-patiënten. Wij willen daarom onderzoek op dit gebied promoten. Heel bewust heb ik geluisterd naar de presentatie van de heer Hildebrand. Blijkbaar wordt gewerkt aan het ontwikkelen van betere instrumenten. Als blijkt dat meer veiligheid te garanderen valt, zal dat zeer waardevol zijn. Als je beschikt over instrumenten waarmee je recidivering kunt voorkomen, zullen de buurtbewoners veel meer vertrouwen in dergelijke projecten hebben. Daarnaast blijft informatievoorziening altijd belangrijk, bij welke implementatie dan ook. Ik meen echter dat het heel belangrijk is om aan de hand van risicotaxatie de veiligheid te kunnen garanderen.

De **voorzitter**: En dat de instrumenten ook wetenschappelijk worden toegepast.

Mevrouw **Noorda**: Het gaat mij niet alleen om het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten en het ontwikkelen van allerlei andere instrumenten, maar het gaat mij ook om de toepassing in de praktijk van alle dag. Ik werk zelf in de gezondheidszorg en ik weet hoe lastig het is om nieuwe instrumenten toe te passen. Dat stelt eisen aan de cultuur. Dat is bij de instellingen in de tbs-wereld niet anders. Ook daar heeft men te maken met een bepaalde cultuur en die cultuur maakt het lastig nieuwe instrumenten toe te passen. Het is lastig een bepaalde gewoonte los te laten. Experts hebben bijvoorbeeld jarenlang met bepaalde methodes gewerkt en dan moeten zij de werkwijze veranderen. Dat is lastig.

De **voorzitter**: Dan komt de behandelaar in botsing met zijn eigen professionele oordeel. Daarover hebben wij het vorige week gehad.

Mevrouw **Noorda**: Ik meen dus dat gewerkt zou moeten worden aan het creëren van veiligheidsgaranties voor buurtbewoners. Daarnaast moeten zij goed geïnformeerd worden. Er moet dus niet alleen onderzoek worden gedaan naar risicotaxatie-instrumenten, maar ook naar effectieve implementatie. Beide is nodig.

De **voorzitter**: Ja, dat beide gebeurt, is heel belangrijk.

Mevrouw **Albayrak**: Mevrouw Noorda, heeft de komst van tbs'ers in uw buurt consequenties gehad voor het gedrag van de buurtbewoners? Is men bijvoorbeeld voorzichtiger geworden met het buiten laten spelen van kinderen? Is men vaker en langer de ramen en deuren op slot gaan doen en houden?

Mevrouw **Noorda**: Ja, dat is nu nog zo. Er is nog steeds, een jaar na dato, een unheimisch Gefühl bij de buurtbewoners. Men realiseert zich dat tbs'ers dicht bij hen wonen en dat zij 's avonds in de wijk rondlopen. Zij trekken ook een bepaald publiek aan. Laatst zei iemand tegen mij: wij zijn ook voor ons leven gestraft. Wij hebben hier namelijk een huis gekocht. Nu zijn wij net zo goed benadeeld als de slachtoffers en evenzeer gestraft als de daders; wij zijn onderdeel van het geheel geworden.

Mevrouw **Albayrak**: U zei dat de tbs'ers een bepaald publiek aantrekken. Wat bedoelt u daarmee?

Mevrouw **Noorda**: Er zijn jongeren die het wel interessant vinden om bij de tbs-woningen wat te doen, daar wat te roepen of aan deuren of auto's te morrelen.

Mevrouw **Albayrak**: Hebben zich incidenten voorgedaan?

Mevrouw **Noorda**: Ja, op de manier die ik schetste. Ik noem ook: drugs- en alcoholgebruik. Wellicht is bij de commissie bekend dat er in Venlo vrij veel drugs-criminaliteit is. Destijds hebben wij gevraagd: waarom in deze wijk, waarom in deze buurt en waarom in deze stad? Juist drugs- en alcoholgebruik blijkt een belangrijke determinant te zijn voor recidivering. Dan denk ik: er moet toch over de keus van de plaats zijn nagedacht, bepaalde gegevens moeten toch een rol spelen bij de keus voor een locatie. Ook in dat opzicht is mijn advies om een instrument te ontwikkelen aan de hand waarvan men tot een goede locatiekeuze kan komen en aan de hand waarvan men weet welke criteria men moet hanteren.

Mevrouw **Albayrak**: Er is dus in die zin angst dat het voor tbs'ers in Venlo heel erg gemakkelijk is om aan bepaalde middelen te komen. Hebt u concrete aanwijzingen dat deze mensen drugs en alcohol gebruiken?

Mevrouw **Noorda**: Dat kun je niet weten. Er kunnen alleen vermoedens zijn. Sommige mensen wonen recht tegenover het pand en die zien het een en ander.

Mevrouw **Albayrak**: U zei dat voor u nooit duidelijk is geworden wie nu echt verantwoordelijk is voor de veiligheid in de buurt. Weet u dat nog steeds niet?

Mevrouw **Noorda**: Ik zei al dat iedereen de verantwoordelijkheid doorschoof naar een ander. Op een gegeven moment heb ik contact opgenomen met het ministerie van justitie en zo'n twaalf à vijftien pogingen gedaan om

antwoord te krijgen op mijn vragen. Al mijn brandende vragen zouden worden beantwoord, maar tot op heden is dat niet gebeurd. De directeur van de Rooyse Wissel heeft drie, vier of vijf keer geprobeerd mijn vragen beantwoord te krijgen, maar tot op de dag van vandaag heb ik niets gehoord.

Mevrouw **Albayrak**: Als er iets misgaat wilt u weten wie u daarvoor verantwoordelijk moet achten en wie u ter verantwoording kunt roepen.

Mevrouw **Noorda**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is duidelijk, maar u wilde ook vooraf veiligheidsgaranties.

Mevrouw **Noorda**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: U gaf daarvan een aantal voorbeelden, zoals de mogelijkheid om dag en nacht iemand te kunnen melden dat er iets verkeerd dreigt te gaan of is gegaan. Zijn er überhaupt zodanige veiligheidsgaranties te geven dat bij de buurtbewoners de bereidheid om tbs'ers te accepteren groter wordt? Ik veronderstel dat dat dusdanige veiligheidsgaranties moeten zijn dat er niets mis kan gaan, maar zijn die te geven?

Mevrouw **Noorda**: Men kan nooit de veiligheid voor 100% garanderen, maar ik sprak over het verbeteren van risicotaxatie-instrumenten. Dat is heel belangrijk voor het garanderen van meer veiligheid. Verder meen ik dat in de beginfase van het implementatietraject afspraken moeten worden gemaakt tussen de buurtbewoners en de gemeente over het bewaken van de veiligheid. Men moet de buurtbewoners in de gelegenheid stellen om mee te denken over de vraag wat nodig zou zijn, zodat zij minder bang zijn voor de komst van de tbs'ers en meer bereid zijn om in de buurt te blijven wonen.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt eigenlijk: als tbs'ers in een wijk mogen gaan wonen, moet er nauwelijks het risico zijn dat zij recidiveren. Op dat punt mag er geen misverstand zijn.

Mevrouw **Noorda**: Ja, en verder is het nodig dat de juiste informatie wordt versterkt over de kans op recidivering en dat men zegt wat daarover bekend is.

Mevrouw **Joldersma**: Mevrouw Noorda, u zei dat u geen contact hebt met de tbs'ers in uw buurt. Zei u daarmee dat het een illusie is te verwachten dat die mensen in de buurt integreren? Of zegt u: dat zou niet zo zijn als de omstandigheden bij ons anders waren geweest?

Mevrouw **Noorda**: Dat laatste. Ik heb het tegen het ministerie ook gezegd het niet verantwoord te vinden deze patiënten in onze buurt te huisvesten. Niemand zit op ze te wachten. Er wordt alleen vijandig op hun komst gereageerd. Daar komt het althans op neer. Mag je dat de bewoners eigenlijk wel aandoen? Zijn dat niet belangrijke aspecten die je van tevoren in aanmerking moet nemen bij het inrichten van huizen in een wijk voor dit soort mensen? Op die vraag heb ik nog geen antwoord. In alle oprechtheid hebben wij getracht om niet alleen onze positie maar ook die van de toekomstige bewoners in aanmerking te nemen. Dat hebben wij herhaaldelijk

gedaan en daarbij ook aandacht gehad voor de maatschappelijke problematiek. Wij hebben dus heel serieus het probleem behandeld, maar wij vinden het tegelijk jammer dat er zo weinig aandacht is geweest voor onze problemen. Wij hebben ons best gedaan.

Mevrouw **Joldersma**: U zei dat u achteraf gezien niet weet of u alles had willen weten. U twijfelde. In uw buurt zijn in een huis vier tbs'ers komen wonen. Het komt ook voor dat deze mensen worden geplaatst in een vorm van beschermd wonen, waar ook andere psychiatrische patiënten zijn gehuisvest. Dan woont een tbs'er tussen andere patiënten. Wij weten dat er in Amerika huizen zijn met zedendelinquenten die op enige afstand van een woonwijk staan. Het is misschien heel moeilijk voor u om daarover iets te zeggen, maar toch vraag ik u of u het idee hebt dat het beter is om deze mensen bij elkaar te zetten. Of vindt u het beter dat de bezetting gemengd is, omdat dan niet bekend is in de buurt wie wat heeft gedaan?

Mevrouw **Noorda**: Dat is een heel lastige vraag. Vanuit de optiek van de patiënt meen ik dat je een zo goed mogelijk resocialisatietraject moet kiezen. Daartoe zou je geen vier dezelfde type patiënten bij elkaar moeten zetten, want dan is er geen sprake van resocialisatie. Resocialisatie houdt per definitie in integratie in de woon- en werkomgeving. Dan kun je niet alleen maar contact hebben met je hulpverleners en je medepatiënten. Dan lukt de integratie gewoon niet. Je kunt dus voorzien dat er een poging wordt gedaan tot reïntegratie. Wij hebben het ook wel gehad over het vestigen van deze mensen aan de rand van een industriegebied. De vraag is echter of dat wel een maatschappelijke oplossing is. Volgens mij niet. Dat is dus gewoon geen optie. Die mogelijkheid is in onze woonwijk wel heel veel genoemd. Als hier iemand anders had gezeten, had die misschien gezegd: laat ze maar aan de rand van een bos wonen. Dat gaat mij echter iets te ver.

De **voorzitter**: Hiermee komen wij aan het eind van het gesprek, maar ik wil nog een opmerking maken. Normaal trekken wij onze conclusie met het uitbrengen van een rapport. Dan zeggen wij wat wij vonden van de gesprekken. Ik wil nu echter alvast het volgende zeggen. Toen wij begonnen met het openbare deel van ons onderzoek, zeiden wij: waar publieke onrust heerst, moet publieke discussie volgen om die onrust weg te nemen. Dat zou een belangrijke functie van de gesprekken zijn. Ik vind het dan heel goed dat wij vandaag dit gesprek met u hebben kunnen voeren op de wijze waarop wij dat gedaan hebben. Wij zaten namelijk met drie mensen aan tafel die alledrie een verschillende invalshoek hebben. Soms waren die een beetje strijdig met elkaar. Ik zeg een "beetje", maar het gaat mij erom dat het naar mijn mening heel goed was dat wij in deze fase met u drieën op een zo open wijze konden spreken over wat vanuit alledrie de gezichtspunten toch een lastig probleem is.

De heer **Smit**: Het laatste woord is natuurlijk aan u, mijnheer de voorzitter, maar er brandt mij nog iets op de tong, iets wat ik steeds in gedachten heb gehad en daarbij denk ik aan wat mij door nabestaanden en direct betrokkenen is ingefluisterd. Zojuist werd de vraag besproken of je bepaalde gebeurtenissen niet had kunnen zien aankomen. Wij moeten niet vergeten dat de mensen waarover wij het hebben voordat ze hun daad pleegden, bepaald gedrag vertoonden. Dat is vanmorgen al een keer

benadrukt, maar ik wil dat ook nog een keer doen. Bij de bestudering van dit onderwerp moeten wij mijn inziens ook aandacht besteden aan het moment voorafgaande aan de misdaad. Kennis van dat moment is een flinke maatschappelijke discussie waard. Ik wil dat gezegd hebben, omdat met name mensen die direct bij delicten betrokken zijn geweest, hierop hebben gewezen. Zij zeggen: wij hebben dit zien aankomen.

De **voorzitter**: Het is goed dat u dit nog een keer zegt. Misschien kan dit niet vaak genoeg gezegd worden. Je moet er vroeg bij zijn en je moet heel vroeg kunnen signaleren om preventief te kunnen ingrijpen, om te kunnen voorkomen dat er iets uit de hand loopt. Ik wilde zojuist echter een tussentijdse conclusie trekken en zeggen dat het goed was dat u alledrie tegelijk vanuit de verschillende invalshoeken met ons op een open en constructieve wijze over dit onderwerp hebt willen spreken. Ik dank u daar hartelijk voor.

Suïting: 17.17 uur.

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op vrijdag 24 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Vrijdag 24 maart 2006

Aanvang 09.30 uur

Gehoord wordt mevrouw C.J. de Boer-van Schaik

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Wij komen vandaag voor de laatste keer bijeen voor een hele reeks gesprekken. Ik heet voor dit eerste gesprek mevrouw De Boer welkom. Dank voor uw komst uit Engeland. U werkt daar momenteel en u bent op de hoogte van het Engelse systeem. U bent ook op de hoogte van het Nederlandse tbs-systeem. Voordat wij verder ingaan op de inhoud, wil ik graag weten wat uw huidige functie in Engeland is en wat uw ervaringen zijn met het Nederlandse tbs-systeem.

Mevrouw **De Boer**: Ik werk sinds 1 juni 2005 als visiting lecturer in het Broadmoor Hospital in Engeland. Het Broadmoor Hospital is een special hospital voor de gedwongen opname en behandeling van psychiatrische patiënten die delicten hebben gepleegd. Tegelijkertijd ben ik ook nog stafdirecteur van de Dr. H. van der Hoeven Kliniek. Dat is maar voor een aantal dagen per maand. Daar houd ik mij bezig met innovatie en ontwikkeling van het beleid.

De **voorzitter**: U heeft waarschijnlijk al een langere ervaring binnen het tbs-veld, want ik neem aan dat u niet zomaar in Engeland bent gekomen.

Mevrouw **De Boer**: Dat is correct. Sinds 1995 ben ik werkzaam geweest bij de Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Justitie. Daar was ik eerst directeur Beleid en daarna was ik plv. directeur van de Directie TBS en Jeugd.

De **voorzitter**: U heeft dus een lange ervaring op dit terrein. Daar komen wij later in dit gesprek op terug. U bent visiting lecturer. Bent u door de Engelsen gevraagd om naar Engeland te komen?

Mevrouw **De Boer**: Ik ben door de Engelsen gevraagd om naar Engeland te komen om de ervaringen die wij hier

hebben met het tbs-systeem te delen met de Engelsen. Zij zijn op dit moment bezig met het ontwikkelen en oprichten van vier projecten of units die zich speciaal richten op de behandeling van delinquenten met antisociale persoonlijkheidsstoornissen.

De **voorzitter**: De Engelsen willen dat wij ervaringen met elkaar delen. Dat willen wij ook. Onze onderzoeksoopdracht is ook heel duidelijk om te kijken naar het buitenland, om te kijken wat wij daarvan kunnen leren. Engeland heeft een heel ander systeem dan Nederland. Om van die ervaringen te kunnen leren, hebben wij u uitgenodigd. Ik wil voor dit gesprek met u het woord geven aan mevrouw Nebahat Albayrak.

Mevrouw **Albayrak**: U bent gevraagd om de Engelsen te helpen. Nu vragen wij u om ons inzicht te geven in de manier waarop in Engeland wordt gewerkt. U heeft daar inmiddels al enige ervaring mee opgedaan. Kunt u beginnen met een algemene schets van de wijze waarop in Engeland wordt omgegaan met daders die een psychische stoornis hebben?

Mevrouw **De Boer**: In Engeland zijn er wel degelijk ook mogelijkheden om daders met een psychische stoornis of psychiatrische problemen die een ernstig delict hebben gepleegd, op te nemen in een gesloten psychiatrische instelling. Zij hebben niet, zoals in het Nederlandse tbs-systeem, het systeem van eerst een gevangenisstraf en daarna opname in een psychiatrische inrichting. In Engeland ben je of ziek, mentaal ill, en dan kun je worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Of je bent dat niet, en dan word je opgesloten in de gevangenis. De hele opname en behandeling van delinquenten met een psychische stoornis is in Engeland geregeld in een zogenaamde Mental Health Act. Dat is het legale systeem voor behandeling en opname van patiënten met psychiatrische stoornissen, zowel in een civielrechtelijke als in een strafrechtelijke procedure. In die Mental Health Act worden ook heel specifiek de categorieën van de psychische stoornissen genoemd waarvoor iemand opgenomen kan worden.

Mevrouw **Albayrak**: Voordat u over die categorieën begint, wil ik nog de volgende vraag stellen. Is het de rechter die bepaalt of iemand ziek is, en dus naar een ziekenhuis gaat?

Mevrouw **De Boer**: In principe kan de rechter het bepalen. Daarbij moet wel de volgende kanttekening worden geplaatst. De rechter kan wel bepalen dat er in principe een opname in een ziekenhuis zou moeten plaatsvinden, maar het zijn de ziekenhuizen zelf die kunnen zeggen: in dit geval doe ik het wel of in dit geval doe ik het niet. Wat dat betreft, is de rechter heel erg gebonden aan de mogelijkheden die ziekenhuizen bieden om iemand op te nemen. Het is niet zoals in Nederland, dat als de rechter eenmaal heeft uitgesproken dat iemand opgenomen moet worden, die persoon ook opgenomen móet worden. Nee, dat kan in Engeland niet. In Engeland hebben de ziekenhuizen heel veel mogelijkheden om te zeggen: deze wel en deze niet.

Dan kom ik een beetje terug op de categorieën. Dat is in dit geval heel erg belangrijk, omdat zij een heel duidelijk verschil maken tussen delinquenten met meer psychiatrische stoornissen – psychotische stoornissen of schizofrenie – en patiënten die zogenaamde antisociale persoonlijkheden hebben. En het is met name bij die antisociale persoonlijkheden dat de meeste ziekenhuizen de wettelijke mogelijkheid hebben om te zeggen: wij gaan eerst kijken of wij denken dat wij persoon kunnen behandelen. Dat is een zogenaamde “treat ability” clause die men in de wetgeving heeft. Zij kunnen zeggen: wij zien geen mogelijkheden om deze man of vrouw met die antisociale persoonlijkheidsstoornissen te behandelen. Daar zie je ook misschien weer het grote verschil tussen de tbs en de Mental Health Act. De doelstellingen van de Mental Health Act zijn niet zozeer om de samenleving te beschermen of om mensen weer te kunnen laten reïntegreren in de samenleving, maar veel meer het behandelen van de stoornis. Het is dus veel meer een medisch model. Het is echt een ziekenhuis. Iemand heeft een stoornis, die kan worden behandeld, die persoon kan beter worden gemaakt, zonder dat daarbij expliciet de doelstelling is: de bescherming van de samenleving of het weer reïntegreren in de samenleving.

Mevrouw **Albayrak**: Ik doe even een stapje terug. Ik ga helemaal naar het begin. Iemand pleegt een misdrijf en komt bij de rechter. Op dat moment komen de ziekenhuizen, dus de behandelaars, in beeld.

Mevrouw **De Boer**: Ja, als er redenen zijn om aan te nemen dat deze man of vrouw een psychische stoornis had ten tijde van het plegen van het delict.

Mevrouw **Albayrak**: Daar is een aanwijzing voor. Op dat moment zeggen de ziekenhuizen: mensen die psychoses hebben, zijn mensen die in feite geestelijk ziek zijn. Dat zijn zwakbegaafde mensen. Dat zijn mensen die onder dwang van die psychoses het strafbaar feit misschien ook hebben gepleegd. Als kan worden aangetoond dat zij die psychoses hebben, dan vallen zij onder de categorie zieke mensen. Daarnaast is er de categorie persoonlijkheidsstoornissen. Men zegt in Engeland dat men het van die categorie niet goed weet, dat men kijkt of die mensen behandelbaar zijn. Men neemt dus aan dat mensen die tot die eerste groep behoren, behandelbaar zijn. Die groep gaat meteen naar de special hospitals.

Mevrouw **De Boer**: Exact. Daarover is eigenlijk geen discussie, want gebleken is dat deze mensen met die psychotische stoornis, wanen of wat dan ook, behandel-

baar zijn met medicatie en therapieën. Bij persoonlijkheidsstoornissen is dat veel ingewikkelder.

Mevrouw **Albayrak**: Schizofrenie et cetera. Behandelbaar, dus ziekenhuis.

Mevrouw **De Boer**: Precies. Maar het grote verschil is wel dat in Engeland het hele toerekeningsvatbaarheidsprincipe niet geldt. Het gaat erom: ben je ziek of ben je niet ziek? En als je ziek bent, is er een mogelijkheid om opgenomen te worden in een ziekenhuis. Dan gaat het niet per definitie om bescherming van de samenleving of om reïntegratie, maar dan gaat het er echt om dat je behandeld moet worden omdat je ziek bent.

Mevrouw **Albayrak**: Maar het is duidelijk gekoppeld aan behandelbaarheid. Houdt dat in dat mensen met psychoses, schizofrene mensen, mensen die als behandelbaar worden beschouwd, niet in de gevangenis komen? Helemaal niet? Of bestaat er ook een tussen-vorm?

Mevrouw **De Boer**: Daar zijn ze dus nu mee bezig. Dat zijn die projecten die nu gestart worden. In Engeland hebben ze ook nagedacht over de vraag of er met behandelprogramma's in het gevang kan worden gestart. Ze zijn nu bezig om te kijken wat de mogelijkheden zijn voor die behandeling in de gevangenis.

Mevrouw **Albayrak**: En dat is voor de brede groep? Dus zijn dus zowel psychotische mensen als mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

Mevrouw **De Boer**: Eigenlijk is dat toch meer gericht op de delinquenten met persoonlijkheidsstoornissen of de mensen met seksuele stoornissen. Maar dat zijn nu juist die twee categorieën waarvan ze in de ziekenhuizen zeggen: dat is eigenlijk niet iets voor ons.

Mevrouw **Albayrak**: Maar in principe is de praktijk dat psychotici eigenlijk meteen in een vorm van een mental hospital komen.

Mevrouw **De Boer**: Ik wil niet zeggen “meteen”, want ook daar spelen natuurlijk wel capaciteitsproblemen. Het is in ieder geval daar veel meer de traditie dat mensen met psychotische stoornissen of schizofrene mensen worden opgenomen in een mental health hospital om daar behandeld te worden.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is dan een relatief duidelijke groep.

Mevrouw **De Boer**: Precies, het is een relatief duidelijke groep.

Mevrouw **Albayrak**: Maar van mensen die tot die andere groep behoren, dus de mensen met de persoonlijkheidsstoornissen, wil men eerst zeker weten dat een vorm van behandeling mogelijk is voordat zij in een ziekenhuis worden opgenomen.

Mevrouw **De Boer**: Ja, zo is het.

Mevrouw **Albayrak**: Wat is de praktijk op dit moment? Waar belandt die groep op dit moment?

Mevrouw **De Boer**: Dat was het grote probleem in Engeland: dat die groep met erge persoonlijkheidsstoornissen – met antisociale persoonlijkheidsstoornissen of seksuele stoornissen...

Mevrouw **Albayrak**: Daar vallen ook de psychopaten onder.

Mevrouw **De Boer**: Daar vallen absoluut ook de psychopaten onder. Ik noem mensen die impulsiviteit vertonen, agressief of wat dan ook zijn. Met die groep werd eigenlijk niets gedaan. Dat was het grote probleem in Engeland: een heel grote categorie van geweldsplegers en sex offenders die na de gevangenisstraf weer vrij komen en in grote mate gaan recidiveren of gewelddadig gedrag vertonen. Daar wilde men iets aan gaan doen. De discussie is dan ook geweest of die mensen toch niet echt opgenomen kunnen worden in de special hospitals. Kunnen die hospitals die behandeling op zich nemen? Daar zijn hele discussies over gevoerd. Ik herinner me dat al die Engelsen tien jaar geleden al bij ons op bezoek kwamen om te kijken hoe het hier geregeld is. Er was altijd grote bewondering voor het hele tbs-systeem, omdat dat veel meer mogelijkheden biedt om enerzijds de samenleving te beschermen en anderzijds ook, daar waar dat mogelijk is, de behandeling te starten met het doel om te reintegreren in de samenleving.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe is die discussie in Engeland gestart? Was dat inderdaad vanwege het voortschrijdend inzicht?

Mevrouw **De Boer**: Het was het probleem waarmee zij geconfronteerd werden, met al die sex offenders en de geweldsplegers die uit de gevangenis kwamen.

Mevrouw **Albayrak**: Dus het recidiveprobleem.

Mevrouw **De Boer**: Ja, het recidiveprobleem was het grote probleem. Het was het probleem van de openbare orde, van de veiligheid van de samenleving. Dat was hun probleem.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe kwam dat aan het licht? Hoe ontstond dat maatschappelijke debat?

Mevrouw **De Boer**: Door allerlei incidenten die plaatsvonden. Gevangenen die vrijgelaten werden, pleegden opnieuw akelige delicten. De overheid had geen mogelijkheden gehad om daar iets mee te doen.

Mevrouw **Albayrak**: Het was dus een maatschappelijke roep om iets met persoonlijkheidsstoornissen te doen.

Mevrouw **De Boer**: Ja, in ieder geval om iets te gaan doen met het recidiverende gedrag van plegers van geweldsdelicten en sex offenders.

Mevrouw **Albayrak**: Oké, en toen?

Mevrouw **De Boer**: Toen hebben zij erg lang gediscussieerd over de wijze waarop dat zou moeten worden aangepakt. Er waren daarbij eigenlijk twee opties. De eerste optie was: wij gaan een beetje à la het tbs-systeem heel speciale centra oprichten die samenwerken met de gevangenis en de special hospitals, die zich specifiek

richten op de behandeling van de "offenders with severe and dangerous personality disorders".

Mevrouw **Albayrak**: Dat is het DSPD-programma.

Mevrouw **De Boer**: Ja, de DSPD, de dangerous severe personality disorders. De tweede optie was: wij moeten onze hele wetgeving gaan veranderen, met name de Mental Health Act, en de hele "treat ability" clause eruit halen, zodat er ook veel meer dwang zou kunnen zijn op de special hospitals om deze categorie delictplegers op te nemen.

Mevrouw **Albayrak**: Klopt het dat er heel erg veel weerstand is in de psychiatrische inrichtingen om mensen met persoonlijkheidsstoornissen op te nemen?

Mevrouw **De Boer**: In principe is er een grote weerstand bij de mental health hospitals om deze mensen op te nemen. Dat is ook wel goed voorstelbaar omdat hun doelstelling eigenlijk veel meer is gericht op het behandelen en genezen van mensen. Zij zijn niet gericht op reïntegratie in de samenleving, maar zij moeten iets doen aan het veranderen van die persoonlijkheidsstoornissen. Maar de mogelijkheden die zij daarvoor hebben, zijn eigenlijk heel beperkt. Het is veel meer alleen maar de medicatie en misschien wat therapieën, terwijl onze ervaring in de tbs is dat het veel breder moet. Een behandeling van mensen met antisociale persoonlijkheden vereist meer dan alleen maar een therapie en medicatie. Je moet proberen te ondersteunen en te helpen, ook op allerlei andere gebieden van hun leven waar de mogelijkheden ontbreken om zich op een normale manier, op een prosociale manier, in de samenleving te gedragen.

Mevrouw **Albayrak**: Men zoekt dus eigenlijk naar manieren om de selectie aan de poort, de selectiefunctie van de behandelbaarheid, af te schaffen en het mogelijk te maken dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen in die inrichtingen komen.

Mevrouw **De Boer**: Precies. Dat is het doel.

Mevrouw **Albayrak**: Maar dat gaat niet snel genoeg?

Mevrouw **De Boer**: Daar is eigenlijk een hele discussie over. De wijziging van de Mental Health Act is nog steeds in discussie. Gaan wij het wel doen of gaan wij het niet doen? Gaan wij die "treat ability" clause eruit halen of niet? Dat zou namelijk meer mogelijkheden bieden. Tegelijkertijd heeft men gezegd: wij willen nu wel beginnen met het aanpakken van het probleem, dus wij gaan nu zogenaamde pilots oprichten, zowel in het gevangeniswezen als in de special hospitals, met het specifieke doel om de samenleving te beschermen en tegelijkertijd te proberen de behandeling van deze gedetineerden te starten.

Mevrouw **Albayrak**: De pilots dienen ook om te bewijzen dat het kan?

Mevrouw **De Boer**: Precies, de pilots zijn heel erg bedoeld om te kijken of er mogelijkheden in Engeland te zijn om iets met deze mensen te gaan doen. Zijn er mogelijkheden om deze mensen hetzij in de samenleving

te laten reïntegreren, hetzij gewoon binnen te houden? Het is eigenlijk exact zoals het tbs-systeem werkt.

Mevrouw **Albayrak**: Is het ook een beetje afgekeken van het tbs-systeem in Nederland?

Mevrouw **De Boer**: Gelet op het aantal delegaties dat de afgelopen tien jaren in ons land is geweest, denk ik dat ze wel heel erg jaloers zijn op het systeem dat wij hier hebben. Zo was ik gisteren nog met een groep hoge ambtenaren van het ministerie van justitie, het Home Office, en het ministerie van gezondheidszorg in Nederland om een tour te maken langs twee instellingen en het Pieter Baan Centrum om te laten zien hoe wij de hele diagnosestelling doen, maar vooral ook om te laten zien hoe de tbs-instellingen erin slagen om toch voor een grote categorie patiënten die heel geleidelijke terugkeer in de samenleving te realiseren. Dat is eigenlijk wel een van de dingen waar zij ontzettend naar op zoek zijn. Zij hebben nu wel mooie instellingen opgericht waarin de eerste klinische behandeling van de persoonlijkheids-gestoorde plaatsvindt, maar wat dan? Wat moet er gebeuren nadat zij in die beveiligde setting zijn geweest? Zeker in de afgelopen tien jaar zijn er in de tbs heel veel mogelijkheden gecreëerd om in samenwerking met ggz-instellingen, met de reclassering of met een transmurale behandeling ervoor te zorgen dat een heel graduele, langzame reïntegratie mogelijk is, met allerlei mogelijkheden voor de tbs-klinieken om die patiënt steeds in de gaten te houden en die patiënt weer terug te nemen als het niet goed gaat. Er is echter ook een andere kant. Wij hebben ook een longstay afdeling bezocht. Voor die patiënten voor wie het niet mogelijk is om te reïntegreren, moet het ook mogelijk zijn om ze binnen te houden en daarmee de samenleving te beschermen. Zij zijn dus eigenlijk heel erg op zoek naar die twee opties: de mogelijkheid om mensen toch heel langzaam weer te kunnen laten reïntegreren en de mogelijkheid om hen op een humane manier buiten de samenleving te houden als reïntegratie niet kan.

Mevrouw **Albayrak**: U weet dat de commissie in Engeland is geweest. Wij hebben u daar in het Broadmoor Hospital mogen spreken. Wij hebben de indruk gekregen dat het programma inzake de dangerous and severe personality disorders heel erg onder politiek druk is ontstaan. Er was, vooral vanwege die politieke druk, opeens heel veel geld beschikbaar voor een zeer beperkt aantal patiënten. Dat was tegelijkertijd ook de kritiek van heel veel mensen: dat het heel veel windowdressing is om iets te doen met deze mensen, zonder dat men weet of zij überhaupt behandelbaar zijn. Herkent u dat?

Mevrouw **De Boer**: Er was absoluut een politieke druk. Ik heb al verteld dat men al heel erg lang bezig is met de vraag hoe dit probleem kan worden getackeld. Ik zou echter niet willen zeggen dat het windowdressing is. Ik denk dat met heel veel goede intenties getracht wordt om iets te doen aan dit probleem, om de samenleving te beschermen tegen allerlei recidiverende personen, tegen alle akelige delicten die gepleegd worden, maar dat er bij de aanvang van dit project met heel veel projecten is gestart zonder dat goed nagedacht is over de vraag, wat er daarna zou moeten gebeuren. Ik denk dat dat meer het grote probleem op dit moment is. U heeft zelf ook kunnen zien wat zij nu doen. Zij geven in principe een goede

therapeutische behandeling en zijn ook ontzettend gemotiveerd om met die behandeling te starten, maar hun probleem is een beetje wat er moet gebeuren na die drie tot vijf jaar in die ongelooflijk beveiligde omgeving. Dat is eigenlijk op dit moment het grote probleem in Engeland. Daarom komen zij ook weer altijd naar Nederland: om te zien hoe het, na zo'n behandeling in een beveiligde setting, verder moet met die mensen van wie wordt gedacht dat het grootste risico eigenlijk wel gemanaged is en dat zou kunnen worden geprobeerd om hen in een wat minder beveiligde omgeving te laten verblijven. Die mogelijkheden zijn daar op dit moment niet.

Mevrouw **Albayrak**: En het is de vraag of het met het gedrag dan inderdaad goed zal gaan. Wij hebben daar met mensen gesproken, ook met de patiënten zelf die waren geselecteerd om aan het programma mee te doen. Zij waren nauwelijks gemotiveerd om mee te doen. Men had het gevoel: dit is oneindig; ze hebben mij ergens in gestopt en ik weet niet of ik hier ooit nog uit kom, dus bekijk het maar! Herkent u dat?

Mevrouw **De Boer**: Ik geloof niet dat je dat van alle patiënten kunt zeggen. Maar een groot gedeelte van hen zat er nog maar kort. Zij hadden zoiets van: wat overkomt ons hier, wat zijn mijn perspectieven? Die perspectieven kunnen ook op dit moment niet geboden worden. Dat is natuurlijk een beetje het tekortschieten van het systeem: dat het voor de meeste patiënten, en misschien zelfs ook wel voor de meeste mensen die daar werken, niet helemaal helder is wat er met deze mensen gaat gebeuren na de vier tot vijf jaar dat zij in deze kliniek hebben gezeten. Er zijn, wat dat betreft, nog absoluut onvoldoende mogelijkheden om ze als het ware over te brengen naar minder beveiligde situaties, waar kan worden bekeken of er misschien een mogelijkheid is om ook weer terug te keren in de samenleving.

Mevrouw **Albayrak**: Kunnen wij stellen dat er in Engeland, net zoals in Nederland, vele vraagtekens zijn of persoonlijkheidsstoornissen überhaupt te behandelen zijn?

Mevrouw **De Boer**: Er is natuurlijk altijd een ongelooflijke discussie geweest over de vraag of persoonlijkheidsstoornissen te veranderen of te behandelen zijn. Een van de redenen waarom deze units werden opgezet, was dat men in Engeland wilde bekijken of die mogelijkheden er zijn. Maar tegelijkertijd is er weer het probleem over het vervolg. Bij de wijze waarop het nu wordt opgezet in Engeland, kun je je afvragen: als je geen vervolgvorzieningen hebt of gaat creëren, kun je dan überhaupt wel zien of het ook kan?

Mevrouw **Albayrak**: Ik neem aan dat u de discussie in Nederland nog steeds volgt. Hier is nu een omgekeerde discussie gaande. Deze commissie heeft gesproken met deskundigen die pleiten voor het invoeren van de behandelbaarheid als criterium, als een soort poortwachtersfunctie voor de tbs, omdat daar volgens de deskundigen eigenlijk te veel mensen te gemakkelijk in terecht komen. Je zou daarom misschien juist behandelbaarheid moeten hanteren als criterium. Wat vindt u van die stelling?

Mevrouw **De Boer**: Ik ben natuurlijk geen expert. Ik ben geen psychiater of psycholoog. Wat ik alleen maar kan zien vanuit mijn ervaring, is dat je misschien achteraf zou kunnen zeggen dat er mensen zijn die tot een hoge risicogroep behoren – omdat zij bepaalde kenmerken hebben, bijvoorbeeld een heel hoge mate van psychopathie gecombineerd met een seksuele stoornis – en dat de kans dat er gerecidiveerd zou kunnen gaan worden, voor die groep heel erg groot is. Maar ik geloof niet dat er enig onderzoek is op grond waarvan dat zou kunnen worden teruggebracht naar één individu, op grond waarvan je zou kunnen zeggen: als die persoon tot die risicogroep behoort, dan doen wij maar niets meer, want die is niet behandelbaar of die zou zijn gedrag niet kunnen veranderen. Het is een statistisch gegeven dat iemand die tot een bepaalde categorie behoort, een hoger risico heeft. Maar dat wil niet zeggen dat je van ieder individu dat over die kenmerken beschikt, al bij voorbaat zou kunnen zeggen dat er niets mogelijk is.

Mevrouw **Albayrak**: Er is ongetwijfeld in Engeland onderzoek gedaan naar recidivecijfers. Is dat getal in Engeland vele male hoger dan in Nederland? Ik heb het dan over de recidivecijfers van mensen met een persoonlijkheidsstoornis en van zedendelinquenten.

Mevrouw **De Boer**: Men heeft in Engeland heel weinig ervaring met de behandeling van mensen met antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Dat moet eigenlijk nog gestart worden. Er wordt in Engeland heel veel onderzoek gedaan, maar dat richt zich veel meer op de behandeling van mensen met psychotische stoornissen of schizofrenen. Maar er wordt eigenlijk nog heel weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis of een seksuele stoornis. Daar is nog niet veel over bekend.

Mevrouw **Albayrak**: Men wist wel dat er veel gerecidiveerd werd. Daarom wilde men daar ook met een tbs-achtig programma beginnen.

Mevrouw **De Boer**: Ja, dat wel. De cijfers zijn daar erg hoog. Zeker bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen of met seksuele stoornissen die vanuit een gevangenisstraf worden vrijgelaten, is de recidive heel erg hoog. Ik weet de exacte cijfers niet, maar er zijn onderzoeken gedaan waaruit blijkt dat zo'n 50 à 60% recidiveert.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is dan hoger dan in Nederland. Heeft dat te maken met het feit dat mensen vanuit de gevangenis rechtstreeks op straat komen?

Mevrouw **De Boer**: Ja, dat lijkt me duidelijk. Dat is absoluut het geval.

Mevrouw **Albayrak**: Terwijl wij hier in Nederland daarvoor de tbs open hebben gesteld.

Mevrouw **De Boer**: Ja. Maar er is steeds weer die tweezijdige doelstelling. Het moet ook mogelijk zijn om mensen binnen te houden. De tbs is er ook heel nadrukkelijk voor de beveiliging van de samenleving en, waar mogelijk, wordt de reïntegratie van de mensen in de samenleving ter hand genomen.

Mevrouw **Albayrak**: Ik wil even teruggaan naar de mensen die wel rechtstreeks in een inrichting terechtkomen. Deze mensen komen in het strafsysteem en de rechter bepaalt na contact met psychiaters dat zij ziek zijn en naar een mental hospital moeten. Daarin zijn gradaties van licht naar zwaar beveiligd. Hoe gaat het met deze mensen?

Mevrouw **De Boer**: U heeft het nu over de delictplegers met psychotische stoornissen en schizofrenie?

Mevrouw **Albayrak**: Ja, ook daar speelt blijkbaar de gedachte dat de kans op behandelbaarheid aanwezig is, maar dat er ook beveiligd moet worden, omdat het gevaarlijke mensen zijn.

Mevrouw **De Boer**: Ja, dat klopt. Ik denk dat er op dat gebied, net zoals in Nederland, veel goede resultaten zijn geboekt, omdat zij daar ook een heel lange traditie hebben van behandeling, medicatie en therapieën, van mensen met psychotische stoornissen, wanen of wat dan ook. In principe is het een beetje afhankelijk van de zwaarte van hun delict of zij naar een heel zwaar beveiligde instelling gaan of naar een meer medium secure instelling. Zij komen daar binnen en zij worden daar, eigenlijk net zoals in een tbs-instelling, met medicatie en therapieën behandeld voor hun stoornissen. In Engeland duurt de behandeling in met name de high secure hospitals tamelijk lang. In dergelijke instellingen is er een gemiddelde behandelingstijd van toch wel zeven, acht of negen jaar. En daarna, als men denkt dat er een mogelijkheid is, als men ziet dat de stoornis verminderd is, dan is er een mogelijkheid om iemand over te brengen naar een medium secure hospital ziekenhuis. In principe is het met name voor die mensen met psychotische stoornissen of schizofrenie goed geregeld in Engeland. Er zijn een heleboel medium secure instellingen die bereid zijn om mensen met dit soort stoornissen over te nemen. Maar dat geldt weer niet voor mensen met die antisociale persoonlijkheden of seksuele stoornissen.

Mevrouw **Albayrak**: Wij hebben hier de vrij breed gedeelde kritiek gehoord dat psychotici langdurig in de tbs vast kunnen zitten, terwijl je daar misschien ook andere vormen van behandeling in combinatie met beveiliging zou kunnen bedenken. Is dat iets wat in Engeland goed geregeld?

Mevrouw **De Boer**: Het is in principe in Engeland goed geregeld. Wij hebben een heel systeem ontwikkeld voor de mensen met psychotische stoornissen, waarbij zij na de behandeling in een beveiligde setting kunnen doorstromen naar de medium secure hospitals en daarna naar de community. Er is in Engeland bovendien nog iets anders wat veel meer mogelijkheden biedt. Een heleboel van deze delictplegers hebben een levenslange gevangenisstraf. Zij worden in principe overgeplaatst naar de hospitals, maar zij hebben tegelijkertijd ook nog een restriction order. Dat betekent dat, als zij naar medium secure hospitals gaan of daarna naar de community, er levenslang mogelijkheden zijn om ze als het ware onder condities in de samenleving te laten zijn. Er is dus de mogelijkheid om die mensen gedurende de rest van hun leven te blijven volgen. Als je ziet dat er iets niet goed als, als de medicatie bijvoorbeeld niet wordt ingenomen, dan

zijn er altijd mogelijkheden om ze direct terug te halen en weer op te sluiten.

Mevrouw **Albayrak**: En dat hebben wij in Nederland niet.

Mevrouw **De Boer**: De klopt. Het zou misschien niet zo gek zijn als dat ook in Nederland zou kunnen.

Mevrouw **Albayrak**: Misschien moet u daar iets meer over vertellen. Zo'n restriction order volgt de persoon?

Mevrouw **De Boer**: Ja, die volgt de persoon.

Mevrouw **Albayrak**: Dus in principe wordt er gezegd: wij gaan van alles met u proberen, maar ...

Mevrouw **De Boer**: Ja, altijd onder condities. Als iemand iets niet doet, als iemand de medicatie niet inneemt of niet regelmatig bij de community nurse verschijnt, dan zijn er altijd weer mogelijkheden voor het ministerie van justitie om te zeggen: je houdt je niet aan de voorwaarden, je moet weer terugkomen.

Mevrouw **Albayrak**: Dat is dus zowel voor de duur van de maatregel – wat begrijpelijk is, want dan kun je allerlei voorwaarden opleggen; dat hebben wij in Nederland ook wel – als voor de tijd na het beëindigen van de maatregel?

Mevrouw **De Boer**: Het is niet een beëindiging van de maatregel, want het is een levenslang gevangenisstrafe met de mogelijkheden om toch te zeggen: na tien of twintig jaar kun je in principe weer terug naar de samenleving, maar onder bepaalde condities. En als je je niet aan die condities houdt, dan kom je weer terug.

Mevrouw **Albayrak**: Het is dus een soort van levenslang voorwaardelijk?

Mevrouw **De Boer**: Ja, het is levenslang voorwaardelijk.

Mevrouw **Albayrak**: Dat noemen ze "lifetime probation".

Mevrouw **De Boer**: Precies. Maar nogmaals, dit is eigenlijk alleen maar van toepassing op mensen met psychiatrische stoornissen ...

Mevrouw **Albayrak**: En levenslang hebben gekregen.

Mevrouw **De Boer**: Ja, en levenslang hebben gekregen.

Mevrouw **Albayrak**: Kan het ook gelden voor mensen die niet levenslang hebben gekregen en na een paar jaar al weer terugkeren in de samenleving?

Mevrouw **De Boer**: Nee.

Mevrouw **Albayrak**: Ziet u gevallen in de ziekenhuizen waar u heeft gewerkt, bij wie dat wel nodig zou zijn?

Mevrouw **De Boer**: Daarvoor ben ik er te kort. Ik heb mij natuurlijk geconcentreerd op de nieuwe unit die zich bezighoudt met behandeling van antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Ik zou mij wel kunnen voorstellen dat er ook bij mensen die niet een levenslange maar afgeperkte periode – *determinate sentence* – hadden, incidenten zijn gebeurd naar aanleiding waarvan

zij dachten: hadden wij nog maar meer mogelijkheden gehad om deze mensen langer te kunnen volgen.

Mevrouw **Albayrak**: Ik heb nog een vraag over de mental hospitals. Komt iedereen daar op het hoog beveiligde niveau binnen?

Mevrouw **De Boer**: Niet iedereen. Ik heb heel vaak gevraagd: hoe schatten jullie in of iemand naar een hoogbeveiligde setting toe moet of naar een medium secure? De antwoorden zijn niet heel helder.

Mevrouw **Albayrak**: Zijn er geen risicotaxatie-instrumenten?

Mevrouw **De Boer**: Er zijn misschien wel risicotaxatie-instrumenten, maar ik denk dat het veel meer te maken heeft met de zwaarte van het delict of je in een high secure of een medium secure terecht komt. Als iemand moorden heeft gepleegd of verkrachtingen, is men meer geneigd om die man of vrouw naar een high secure te laten gaan. Dat het risico groot is, dat hij of zij nog een akelig delict pleegt als hij of zij zou ontsnappen, is een reden om die man of vrouw high secure op te nemen.

Mevrouw **Albayrak**: Dat besluit wordt weer door de rechter genomen op basis van de adviezen die hij krijgt? Of is dat in de wet geregeld?

Mevrouw **De Boer**: Er is een samenwerking tussen de rechter en het ziekenhuis of de psychiater die hij inschakelt om te bekijken wat er met deze man of vrouw moet gebeuren.

Mevrouw **Albayrak**: Mag ik een heel concreet geval aan u voorleggen? Wij hebben hier een paar keer gesproken over de zwakbegaafde, inmiddels hoogbejaarde pedoseksuele man, die in Nederland nog in de tbs, vaak longstay, kan zitten. Waar vinden wij zo iemand in Engeland?

Mevrouw **De Boer**: Óf in de gevangenis, óf in de samenleving. Als hij is veroordeeld voor moord en geen mogelijkheden heeft gekregen om te worden opgenomen in een ziekenhuis, zal hij zijn leven lang in het gevang blijven, al hangt dat van zijn strafmaat af. Als hij levenslang heeft gekregen, maar met een bepaald tarief en er is besloten dat er geen risico is, dan gaat hij zo weer de samenleving in.

Mevrouw **Albayrak**: Wij vinden deze mensen niet terug in de mental hospitals waar zij met een afgebouwde mate van veiligheid levenslang zitten?

Mevrouw **De Boer**: Misschien dat er een of twee zijn, maar niet veel.

Mevrouw **Albayrak**: In principe niet?

Mevrouw **De Boer**: Nee. Nogmaals, deze mental hospitals zijn er niet voor de bescherming van de samenleving. Dat is echt een groot verschil. De doelstelling van de mental hospitals is echt niet de bescherming van de samenleving noch de reïntegratie van mensen in de samenleving. De doelstelling is het behandelen van die stoornissen, een medisch model dus. Dat levert allerlei

bepkeringen op om iets te doen met mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

Mevrouw **Albayrak**: Nog heel kort de gevangnissen. Wij zijn ook in gevangnissen in Engeland geweest. Daar is een zeer basale vorm van psychische zorg aanwezig voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Zou u dat een behandeling willen noemen?

Mevrouw **De Boer**: Je zou het een behandeling kunnen noemen, absoluut, maar het probleem is dat deze mensen dan wel in de gevangenis worden behandeld – en er kunnen heel goede programma's zijn – maar dat de vraag is: wat, als zij uit de gevangenis komen? Je kunt mensen in een beveiligde situatie wel behandelen, maar wil je kunnen toetsen of die behandeling daadwerkelijk heeft geleid tot een bepaalde gedragsverandering, dan zul je hen daarin moeten ondersteunen en moeten helpen als zij weer in de samenleving terug zijn gekomen. Als zij geen werk hebben, als zij geen goede relaties hebben, als er niks is, dan is de kans toch wel heel erg groot dat zij weer terugvallen in hun oude delictgedrag, hoewel zij allemaal mooie behandelingsprogramma's hebben gehad.

Mevrouw **Albayrak**: Daarvan zegt u: dat doen ze in Engeland niet goed, wij doen dat beter?

Mevrouw **De Boer**: Wij doen het in ieder geval beter, ja.

Mevrouw **Albayrak**: Heeft Engeland vormen van verlof die vergelijkbaar zijn met wat wij in Nederland doen?

Mevrouw **De Boer**: Ja, maar niet in de high secure hospitals. Daar is geen enkele vorm van verlof mogelijk. Die mogelijkheid is er pas als een patiënt is overgebracht naar een medium secure hospital. Dan zijn er meer mogelijkheden tot verlof die vergelijkbaar zijn met de verlofmogelijkheden die wij in Nederland kennen.

Mevrouw **Albayrak**: Is dat vergelijkbaar met de fasering die wij in Nederland in de tbs-klinieken hebben?

Mevrouw **De Boer**: Je kunt zeggen, dat het eigenlijk überhaupt niet vergelijkbaar is met tbs, want eigenlijk is een tbs-instelling high secure, medium secure en low secure tegelijkertijd. De tbs-instelling is veel meer geënt op het individu: is het voor deze meneer of mevrouw mogelijk begeleid verlof te hebben of onbegeleid verlof? Het is niet zo dat voor iedereen in een tbs-kliniek dezelfde regels gelden. Die worden heel erg afgestemd op de eventuele mogelijkheden van de patiënten.

Mevrouw **Albayrak**: Ik bedoel dat de overgang van high secure naar medium secure in Engeland te maken zal hebben met het vormen van een minder groot risico.

Mevrouw **De Boer**: Absoluut.

Mevrouw **Albayrak**: Is dat vergelijkbaar wat er in de tbs wordt gedaan met risicotaxatie et cetera? Daar doelde ik op. Je komt niet in de tbs en hebt de volgende dag verlof.

Mevrouw **De Boer**: Absoluut niet. In de tbs heb je absoluut niet meteen verlof. Eerst wordt heel erg goed bekeken wat de risico's zijn die deze persoon voor de samenleving vormt. De vraag is: is het überhaupt

mogelijk met hem of met haar op verlof te gaan? Het is niet: een tbs-kliniek geen verlof en een medium secure wel verlof.

Mevrouw **Albayrak**: U zei van de vormen van verlof dat die vergelijkbaar zijn met wat wij in Nederland doen: van begeleid verlof naar onbegeleid verlof en dan naar vormen van zelfstandig wonen?

Mevrouw **De Boer**: Dat is een beetje verschillend. Sinds een aantal jaren heb je bij tbs de mogelijkheid om naast begeleid en onbegeleid verlof iemand zogenaamd transmuraal te behandelen, dat wil zeggen dat iemand ...

Mevrouw **Albayrak**: In een beschermde woonomgeving ...

Mevrouw **De Boer**: Dat kan, maar er zijn ook mogelijkheden om met name mensen met persoonlijkheidsstoornissen in een flat of wat dan ook in de buurt van de kliniek te laten wonen, met heel intensief toezicht en contact met de patiënt om deze te helpen om het langzamerhand na de klinische behandeling weer zelf te doen. Men heeft niet de mogelijkheid om vanuit een medium secure iemand als het ware buiten de kliniek te laten wonen en hem heel intensief te begeleiden, en hem terug te halen als de kliniek denkt dat het niet goed gaat. Het is meer rigide verdeeld in high secure, medium secure en community services. Die hele transmurale behandeling, die volgens mij heel goed is, kennen zij niet vanuit de medium secure.

Mevrouw **Albayrak**: U zegt in een bijzin dat die transmurale behandeling volgens u heel erg goed is. U ziet dus een toegevoegde waarde boven de verlofvormen die men in Engeland heeft.

Mevrouw **De Boer**: Die behandeling heeft een ongelooflijk grote toegevoegde waarde, want in een kliniek kan een patiënt het heel goed doen, zich goed gedragen et cetera, maar als zo iemand naar de samenleving teruggaat en wordt geconfronteerd met allerlei verleidingen (drank, drugs of wat dan ook) en het niet goed met hem gaat, is de kans erg groot dat hij weer dat delictgedrag gaat vertonen. Juist de tbs-klinieken die iemand heel erg goed kennen en nog heel intensief begeleiden, kunnen op dat moment direct ingrijpen, hem terughalen naar de kliniek en de behandeling en bekijken onder welke condities hij wel naar buiten kan. Je ziet dat het heel erg goed werkt om iemand op deze graduele manier te helpen om weer voor zichzelf te zorgen. Zo iemand is natuurlijk al een hele tijd uit de samenleving geweest en dan is het nogal een overgang om weer in je eentje voor jezelf te zorgen.

Mevrouw **Albayrak**: Ook in andere landen hebben wij dat geluid gehoord, hebben wij gehoord dat als de overgang te abrupt is de kans van terugval heel erg groot is. Is de werkelijkheid omtrent onttrekkingen tijdens verlof in Engeland dezelfde als die in Nederland? Is daar een vergelijkbare discussie gaande?

Mevrouw **De Boer**: Daar kan ik u niet direct antwoord op geven.

Nogmaals, in het special hospital in Broadmoor is sprake van geen enkel verlof. De mensen mogen bij wijze van

spreken niet eens op het terrein van het ziekenhuis lopen. Daar zijn onttrekkingen dus niet aan de orde van de dag.

Mevrouw **Albayrak**: Wij hadden het al even over de lifetime probation, waarbij mensen levenslang hebben en levenslang met een restriction order worden gevolgd en waarbij kan worden ingegrepen als dat nodig is. Wat zouden wij in Nederland concreet moeten veranderen om ook iets dergelijks mogelijk te maken?

Mevrouw **De Boer**: Wij hebben nu de voorwaardelijke tbs die mogelijkheden biedt voor de reclassering om iemand drie jaar lang heel intensief te volgen nadat hij uit de tbs is ontslagen. Je zou kunnen zeggen dat er een mogelijkheid zou moeten zijn – niet voor iedereen misschien – om die periode langer te laten duren, zodat je mogelijkheden blijft hebben om mensen te volgen om te kijken of het wel goed gaat en of er geen terugval is in het oude delictgedrag en om, als dat wel het geval is, betrokkene terug te halen naar een tbs-kliniek of hem een behandeling te bieden. Op dit moment hebben een heleboel tbs-klinieken poliklinieken die veel meer outreachend werken en ook wat dat betreft een preventieve functie zouden kunnen hebben, als zij de mogelijkheid hadden om die mensen te blijven volgen.

Mevrouw **Albayrak**: Een van de grootste risicogroepen wordt gevormd door de zedendelinquenten. Die groep kent een hoger recidivecijfer in Engeland, in Nederland ook overigens. Als deze mensen klaar zijn met het strafstelsel, doet Engeland daar iets bijzonders mee via de Multi-Agency Public Protection Programmes. Kunt u daar iets over vertellen?

Mevrouw **De Boer**: Ik heb al in het besloten gesprek gezegd dat het nog vooral mooie ideeën zijn en dat wij nog maar moeten zien hoe die allemaal in de praktijk worden gebracht. Het idee is dat er, als iemand naar buiten komt, een Multi-Agency is die gaat bekijken wat precies het risico is, wat men met hem moet doen en naar wat voor voorziening hij moet gaan. Eerlijk gezegd, heb ik dat nog niet echt zien werken in de praktijk, met name niet voor de sex offenders en de mensen met antisociale persoonlijkheidsstoornissen. De bedoeling is dat die Agencies als het ware gaan beoordelen welke voorzieningen, diensten of behandelingen voor deze man of vrouw nodig zijn als hij of zij hetzij uit de gevangenis, hetzij uit een high secure of medium secure komt. De bedoeling is dat er een wat bredere beoordeling is van wat er met zo iemand moet gaan gebeuren. Op dit moment is het nog heel erg iets wat op papier staat en wat ik nog niet zo erg in de praktijk heb gezien.

Mevrouw **Albayrak**: Die theorie sprak de commissie enigszins aan, omdat wij in Nederland natuurlijk een vergelijkbare discussie hebben over hoe je mensen volgt die tbs hebben gehad en zich, in dit geval, herhaaldelijk schuldig hebben gemaakt aan aanranding, verkrachting et cetera. De vraag is hoe je deze mensen volgt in de samenleving en hoe je ervoor zorgt dat zij zich blijven gedragen na hun behandeling. Als er dan een systeem is van instanties die met elkaar samenwerken en om zo'n persoon heen staan, is dat niet iets waarvan u zegt dat wij daar in Nederland op z'n minst over zouden moeten nadenken? In Engeland hebben ze drie risicogroepen: laag, medium en hoog.

Mevrouw **De Boer**: Bedoelt u nadat iemand uit de tbs is ontslagen en de voorwaardelijke tbs ook is afgesloten?

Mevrouw **Albayrak**: Ja, als hij helemaal klaar is met justitie.

Mevrouw **De Boer**: Dan kan ik het me voorstellen. Maar goed, het is wel erg moeilijk om het heel goed te regelen, zodat het niet allemaal bureaucratische blauwdrukken worden die in de praktijk eigenlijk niet werken. Dat is wel het gevaar.

Mevrouw **Albayrak**: Wij zullen Engeland blijven volgen om te kijken hoe men dit in de praktijk gaat regelen, naast de theorie die u beschrijft. Dat is interessant. Wij hebben in Engeland ook kennis mogen nemen van het National Forensic Mental Health R&D Programme, een nationaal programma voor onderzoek. Degene die daarvoor in Engeland verantwoordelijk was of is, zei tegen ons: in Nederland zijn jullie hartstikke goed in het doen, dus het behandelen en het begeleiden van mensen, maar wat minder goed in onderzoek en het laten meelopen van onderzoek; daar zijn wij hier weer beter in. Het leren van tachtig jaar tbs in Nederland is niet optimaal geweest. Dat hadden wij misschien beter kunnen doen. Wij hebben in Nederland geen nationaal onderzoekprogramma. Hebben wij wat gemist?

Mevrouw **De Boer**: Dat is helemaal waar. Ik denk dat wij in Nederland wat dat betreft niet de onderzoekstraditie hebben, die ze in Engeland wel hebben. Het valt mij ook absoluut op dat er ongelooflijk veel meer wordt gedaan, zeker bij de start van die DSPD-programma's. Er is direct gezegd: wij moeten een gemeenschappelijk datasysteem hebben waaraan al die projecten meewerken, zodat wij die kunnen blijven volgen om te zien wat de resultaten zijn en of ze zich aan de afspraken houden die wij met elkaar hebben gemaakt. Tegelijkertijd is er alweer een heel goed onderzoeksprogramma opgezet dat nu wordt gestart. Dat is een heel goede evaluatie. Er wordt veel meer geld en aandacht aan besteed en er zijn veel meer contacten met allerlei universiteiten om daadwerkelijk onderzoek te doen naar wat er eigenlijk werkt, wat evidence based is. Ik denk dat Engeland wat dat betreft een veel betere traditie heeft dan wij.

Mevrouw **Albayrak**: Is dat traditie of een goede aansturing?

Mevrouw **De Boer**: Misschien is het alle twee, maar het is absoluut ook traditie dat zij daar voor onderzoek veel meer aandacht hebben en veel meer geld uittrekken om het te doen. Je ziet dat de meeste klinieken ook veel nauwere relaties hebben met universiteiten. Broadmoor heeft een relatie met het Imperial College in Londen en met de Oxford University. Er wordt veel onderzoek gedaan. Het enige is: wat doen zij ermee? Wij zijn de goede doeners, zij doen veel onderzoek. Maar wat doen zij met het resultaat van dat onderzoek? Zij doen echt ongelooflijk veel meer onderzoek. Wat ik zie bij de DSPD is heel erg interessant. Het biedt de mogelijkheden om echt goed te volgen wat er gebeurt in de twee projecten die in de gevangenis zijn gestart, wat er gebeurt in de twee projecten die in de special hospitals zijn gestart en wat er aan resultaten wordt geboekt. Dat is heel erg interessant en dat ontberen wij een beetje in Nederland.

Natuurlijk worden door het WODC die recidivestudies gedaan, maar wat doen wij met die resultaten?

Mevrouw **Albayrak**: Met name de samenwerking met kennisinstituten, universiteiten, hogescholen et cetera ...

Mevrouw **De Boer**: Is minimaal. Er is nu een expertisecentrum opgericht, maar daarvan krijg je ook de indruk dat het wat geïsoleerd is. Waar zijn de contacten met de universiteiten? Waar zijn de universiteiten die zeggen: dit is een interessante groep, daarmee gaan wij iets doen, daarnaar gaan wij onderzoek doen, daarbij gaan wij kijken wat er werkt en wat niet? Ik denk dat wij wat dat betreft heel veel van Engeland kunnen leren en Engeland kan iets van ons leren over hoe je het moet doen.

Mevrouw **Albayrak**: Dan hebben wij toch nog één leerpunt vanochtend.

Mevrouw **De Boer**: Absoluut.

Mevrouw **Albayrak**: Wij hebben u niet voor niets gevraagd hier naartoe te komen. Het gaat ons inderdaad om de vergelijking Engeland-Nederland. Wat kunnen wij leren van de praktijk in Engeland? Of misschien willen wij bevestigd krijgen wat wij goed doen in Nederland. Dat wij het goed doen, hebt u ook een aantal keren gezegd. U hebt één ding gezegd waarover ik u nog kort een vraag wil stellen. Ik denk dat mijn collega's staan te trappelen om u daarna vragen te stellen. U zei dat ziekenhuizen patiënten helemaal aan het begin kunnen weigeren.

Mevrouw **De Boer**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: Dat van de persoonlijkheidsstoornissen is voldoende duidelijk geworden. Ze kunnen zeggen: deze meneer is niet behandelbaar, dus die willen wij hier niet hebben. Dat recht hebben ze. Het alternatief is dan de gevangenis.

Mevrouw **De Boer**: Precies.

Mevrouw **Albayrak**: Maar dan de groep mensen met psychoses. Kunnen ze die ook weigeren?

Mevrouw **De Boer**: In principe wel. Als ze geen plek hebben, kunnen ze weigeren.

Mevrouw **Albayrak**: Wat gebeurt er dan met deze mensen?

Mevrouw **De Boer**: Die blijven in de gevangenis.

Mevrouw **Albayrak**: Die blijven ook in de gevangenis. Is er dan nog een verschil in behandeling in de gevangenis tussen deze twee typen gevangenen?

Mevrouw **De Boer**: Nee, helaas niet. In Engeland kan de rechter uitspreken dat iemand in plaats van een gevangenisstraf te krijgen wordt opgenomen in een special hospital of een mental health institution. Maar als die persoon in het gevang zit en er duidelijk sprake is van de een of andere stoornis, dan is er ook een mogelijkheid om hem alsnog in een ziekenhuis te laten opnemen. Er zijn eigenlijk twee mogelijkheden: het kan gebeuren tijdens het vonnis en het kan gebeuren als iemand in de

gevangenis zit en er duidelijk sprake is van een psychische stoornis. Het is dan mogelijk om betrokkene alsnog te laten opnemen in het ziekenhuis, want dan is hij gewoon weer ziek. In principe wordt hij dan behandeld. Is zijn gevangenisstraf nog niet uitgezeten, dan gaat hij daarna weer terug naar het gevang.

Mevrouw **Albayrak**: Maar die behandeling kan heel erg lang duren.

Mevrouw **De Boer**: Dat is waar, die kan heel erg lang duren. In Engeland is het zo dat als je langer in het ziekenhuis moet blijven dan je gevangenisstraf duurt, er mogelijkheden zijn om je langer in het ziekenhuis te laten blijven.

Mevrouw **Albayrak**: Hoe gaat dat in de praktijk in z'n werk? Iemand wordt onhandelbaar in de gevangenis, wordt ziek, komen er dan psychiaters bij?

Mevrouw **De Boer**: Ja, er komen twee psychiaters bij. Als die het met elkaar eens zijn dat het een behandelbare ziekte is, dan kan hij worden opgenomen in een ziekenhuis en dan blijft hij daar zo lang het nodig is in verband met zijn ziekte, en dat kan langer zijn dan zijn gevangenisstraf.

Mevrouw **Albayrak**: En dat geldt voor zowel de psychoses als de persoonlijkheidsstoornissen?

Mevrouw **De Boer**: In principe wel, ja.

Mevrouw **Albayrak**: Daartussen wordt geen onderscheid gemaakt?

Mevrouw **De Boer**: Nee.

Mevrouw **Albayrak**: Tot zover mijn vragen.

De **voorzitter**: Mevrouw De Boer, toen u net antwoordde op de vraag over onderzoek, zei u twee zinnestjes die mij intrigeerden. Wat doen ze ermee? Wat doen wij met de resultaten? Begrijp ik goed dat Engeland wel veel onderzoek doet, maar moeite heeft met de vertaling van dat onderzoek naar de praktijk? Begrijp ik dat men bijvoorbeeld niet werkt met risicotaxatie-instrumenten die kunnen voortkomen uit onderzoek?

Mevrouw **De Boer**: Misschien was het wel een wat harde uitspraak van mij, maar mijn indruk is een beetje dat ze ongelooflijk veel onderzoek doen, maar dat heel moeilijk te zien is hoe dat in de praktijk wordt gebracht. Dat wil niet zeggen dat ze niet ook werken met risicotaxatie-instrumenten. Daar gaat het niet om. Het is een beetje dat je denkt: wat gebeurt er met al dat onderzoek dat er gestart wordt?

De **voorzitter**: Wij moeten veel onderzoek doen, klonk een beetje als een verzuchting. Die is hier vaker gehoord. Ik maak even gebruik van uw voorgaande ervaring. U hebt al eerder gezegd dat u langer in het veld hebt gewerkt. In de jaren negentig zijn er interdepartementale beleidsonderzoeken geweest, aanbevelingen gedaan en adviezen gegeven. Toen was u ook werkzaam in het veld en toen is ook gezegd: wij moeten veel meer investeren in onderzoek en wij moeten gaan werken met risicotaxatie-

instrumenten. Is dat toen gebeurd?

Mevrouw **De Boer**: Het werken met risicotaxatie-instrumenten is absoluut gebeurd. In alle klinieken wordt nu met risicotaxatie-instrumenten gewerkt, zowel voor het verkrijgen van verlof alsook voor het ontslag uit tbs. Dat gebeurt dus wel.

De **voorzitter**: Is er toen ook onderzoek gestimuleerd vanuit de overheid zelf? Is er vanuit het ministerie gezegd: wij willen ook dingen weten? U hebt niet alle discussies van deze week kunnen volgen, maar maandag hebben wij een presentatie gekregen van het EFP over onderzoek naar onttrekkingen en recidive bij onttrekkingen. Die onderzoeker wees op resultaten uit eerder onderzoek waarin een aantal kenmerken naar voren kwamen van mensen die zich onttrokken en recidiveerden. Hij zei: dit was dus eigenlijk al eerder onderzocht. Weet u waarop ik doel?

Mevrouw **De Boer**: U hebt het over het onderzoek van Martin Hildebrand over de recidive?

De **voorzitter**: Die was afgelopen maandag hier.

Mevrouw **De Boer-van Schaik**: De resultaten van dat onderzoek zijn pas in 2002 bekend geworden. Het is een mooi onderzoek, maar het is niet iets wat al heel lang bekend is. Gesteld wordt: als je bepaalde risicotaxatie-instrumenten gebruikt, zoals de PCLR en de HCR-20, kun je als het ware een betere inschatting maken of deze meneer of mevrouw tot een hogere risicogroep behoort. Ik denk dat die twee instrumenten al langere tijd in heel veel klinieken worden gebruikt en dat het steeds meer gebruikelijk wordt voor alle tbs-klinieken om met die risicotaxatie-instrumenten te werken. Ik meen dat het nu zelfs een eis is van het departement om bij het aanvragen van verlof een gedegen risicotaxatie te doen.

De **voorzitter**: Hij kwam achter een aantal kenmerken die overeenkomen bij grote groepen van onttrekkers en recidivisten, maar hij zei ook dat er een eerder onderzoek was van een zekere mijnheer Hilterman dat soortgelijke uitkomsten had. Kent u dat onderzoek?

Mevrouw **De Boer-van Schaik**: Ik denk dat het allemaal wel bekend is geweest, maar ik wil nogmaals zeggen, dat je natuurlijk wel een heel goede risicotaxatie kunt hebben, maar dat die in principe geldt voor een groep en niet voor één ...

De **voorzitter**: Ik begrijp dat het de methode is die je toepast. Daar hebben wij het ook over gehad.

Mevrouw **De Boer**: Wat dat betreft, kan ik alleen maar opmerken dat wij op het departement al in 1996 zijn begonnen te zeggen dat de risicotaxatie kliniekbreed, dus in alle klinieken, zou moeten worden ingevoerd. Ik zie nu dat die risicotaxatie ook door alle klinieken wordt gehanteerd.

De **voorzitter**: Ik kreeg de indruk dat het onderzoek van Hilterman midden of eind jaren negentig was geïnstigeerd door Justitie en dat men toen heeft gezegd: wij moeten investeren in onderzoek. Het is even een zijstapje, maar u was er ook in die tijd, daarom vraag ik het aan u.

Mevrouw **De Boer**: Het is ook wel zo, maar volg me mij is dat Hilterman-onderzoek pas in 2000 of 2002 gerealiseerd.

De **voorzitter**: Dat klopt.

Mevrouw **De Boer**: Maar ook toen is er wel al geïnvesteerd en is gezegd: wij moeten kijken of wij niet meer gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten kunnen gebruiken om een duidelijker uitspraak te kunnen doen of er een risico bij deze persoon is of niet. Ik geloof absoluut dat erin is geïnvesteerd.

De **voorzitter**: Ik probeer even voor de geest te halen hoe het zat. In 1996, 1997 zei men: het is belangrijk om te investeren in onderzoek. U zegt er steeds bij: je moet niet alleen onderzoek doen, maar ook implementeren. Dat begrijp ik heel goed.

Mevrouw **De Boer**: Volgens mij implementeren wij nu ook wel. Ik zeg nu weer even "wij" sprekend over de klinieken. Die risicotaxatie-instrumenten en die psychopatiescorechecklist waarnaar dat onderzoek is gedaan, worden nu in alle klinieken toegepast.

De **voorzitter**: Je zou je kunnen afvragen of het departement niet voor de check, double-check, een soortgelijke kennis in huis moet hebben. Daarom zat ik even met dat onderzoek.

Mevrouw **De Boer**: Ik zou vanuit het ministerie misschien wat meer aandacht hebben willen besteden aan het vergelijken van de uitkomsten van de verschillende klinieken. Daar zou je iets mee kunnen doen. Ik zei net al: wij hebben mooie studies over de recidivecijfers. Maar hebben wij wel goed toegespitst op wat dat betekent voor die kliniek en voor die kliniek? Zie je dat de methodes die in die kliniek worden gehanteerd een beter effect hebben op die patiëntencategorie? Wat zijn de verschillen tussen de klinieken? Hoe kunnen wij proberen de klinieken te laten leren van de behandelmethodieken? Dat is volgens mij ongelooflijk weinig gebeurd. Dat kwam natuurlijk doordat de tbs-klinieken tot 1999 konden zeggen: ja, maar ik heb toch eigenlijk een heel andere patiëntencategorie dan jij, dus eigenlijk is het niet vergelijkbaar. Sinds wij hebben geïntroduceerd dat het een meer aselechte toewijzing is, kun je gaan bekijken of er grote verschillen zijn tussen de ene kliniek en de andere. Je zou nu kunnen zeggen: wat er in deze kliniek gebeurt met meer nadruk op dit of meer op dat werkt toch eigenlijk beter voor deze patiënten dan wat er in een andere kliniek gebeurt.

De **voorzitter**: Dan leer je van elkaar.

Mevrouw **De Boer**: Absoluut.

De **voorzitter**: En dan is er voortschrijdend inzicht op basis van elkaars resultaten. Dat is de afgelopen twee weken al vaker gezegd. Ik heb nog één korte vraag om vast te stellen of ik het echt goed begrijp. Is dat onderzoek van Hilterman in de jaren negentig geïnstigeerd door het ministerie? Is er toen na IBO 1 en IBO 2 gezegd: wij moeten zelf ook gaan investeren in onderzoek?

Mevrouw **De Boer**: In ieder geval is na IBO 2 gezegd: wij moeten absoluut meer gaan investeren in onderzoek. IBO 2 was in 1996, 1997.

De **voorzitter**: "Wij", is dat het departement of de sector?

Mevrouw **De Boer**: Het was de sector, maar zeker ook het departement. Dat heeft het initiatief genomen en heeft gezegd: er moet een expertisecentrum worden opgericht dat zich meer gaat toeleggen op onderzoek in deze sector.

Mevrouw **Joldersma**: U hebt een aantal dingen aangegeven, maar kunt u zeggen wat de onderwerpen van discussie waren in de tijd dat u op het ministerie was? Eigenlijk lijken die onderwerpen volgens mij heel veel op de onderwerpen waarover wij nu discussiëren. Of ziet u een verschuiving in de discussie en zegt u: jullie moeten in de discussie dáár de nadruk op gaan leggen, want daar moeten wij naartoe?

Mevrouw **De Boer**: Toen ik er was, was de discussie meer dat er grote verschillen waren tussen de klinieken, dat de klinieken ook verschillende patiëntencategorieën hadden, tenminste dat zeiden ze, en dat er weinig mogelijkheden waren om te sturen op de lengte van het verblijf van de patiënten in de klinieken. Er was ook niet echt voldoende aandacht voor. Patiënten bleven er eindeloos zitten. Er werden onvoldoende mogelijkheden gecreëerd om samen met andere instellingen van de ggz of met de reclassering, te bekijken: wat kunnen wij eventueel doen om deze patiënten uit de kliniek te laten uitstromen in samenwerking met andere instellingen? Heel erg was toen onderwerp van de discussie: hoe kunnen wij ervoor zorgen dat die tbs-klinieken niet helemaal verstopt raken? Ik weet niet of dat op dit moment nog het item is, maar toen was het: de klinieken zitten vol, er is onvoldoende uitstroming en er is onvoldoende samenwerking met de ggz.

Mevrouw **Joldersma**: Ik kan mij voorstellen dat er toen ook onttrekkingen waren en ook incidenten. Speelden die een rol? Het lijkt alsof toen de discussie was: wij moeten de doorstroom vergroten.

Mevrouw **De Boer**: Dat was de discussie, ja. Natuurlijk speelden de incidenten zo af en toe wel mee, maar de discussie was echt: de tbs-klinieken zitten vol, het duurt te lang, er moeten meer mogelijkheden worden gecreëerd om ze te laten uitstromen. Dat was het onderwerp van de discussie, niet de incidenten.

Mevrouw **Joldersma**: Waar zou de discussie nu heen moeten? Wij hebben hier een aantal dingen de revue laten passeren: onderzoek, evidence based en dergelijke. Zegt u: dat is de kern van de discussie? Of zegt u, mede op basis van uw ervaring in Engeland: nee, er zijn nog andere zaken die echt de kern van de discussie zouden moeten zijn?

Mevrouw **De Boer**: Nee, ik denk dat de discussie moet gaan over de vraag: hoe maken wij meer evidence based behandelmethodieken? Wat doen wij eraan om de samenwerking te verbeteren met de ggz-instellingen of andere instellingen die je als tbs-kliniek nodig hebt om die graduele uitstroom te realiseren? Aan de andere kant denk ik dat wij ons allen moeten realiseren dat je nooit

een systeem kunt creëren waarbij er geen enkel risico is. Dan moet je mensen levenslang opsluiten. Wij moeten ons met elkaar realiseren: geen enkel risico bestaat niet.

Mevrouw **Van Velzen**: Mevrouw De Boer, wat mij fascineert, is dat het Nederlandse en het Engelse systeem eigenlijk heel verschillend zijn, maar langzamerhand steeds meer naar elkaar aan het toegroeien zijn. Tenminste, die indruk heb ik mede door het starten van het DSPD-project, een tbs-achtig project.

Mevrouw **De Boer**: Zeker.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik heb begrepen dat er vrij recentelijk een aantal incidenten in Engeland is geweest, een van de aanleidingen voor het starten van het DSPD-project.

Mevrouw **De Boer**: Dat is wel tien jaar geleden, hoor.

Mevrouw **Van Velzen**: Hoe is de discussie in de media en in de politiek verlopen? Zit daar ook een parallel in met de situatie die wij in Nederland hebben gehad het afgelopen jaar?

Mevrouw **De Boer**: Ik denk dat er een parallel is. In Engeland was er het geval Michael Stone. Duidelijk was dat iemand die uit de gevangenis was gekomen ontzettend had gerecidiveerd en dat er geen mogelijkheden waren geweest om hem in behandeling te houden nadat hij uit de gevangenis was gekomen en om überhaupt de samenleving te beveiligen. De discussie was in Engeland iets anders, omdat de Engelse regering iets had van: wij hebben eigenlijk helemaal geen middelen om iets aan deze hogericogroep te doen. Dat is iets anders dan in Nederland waar wij wel degelijk middelen hebben om er iets aan te doen, maar waaraan misschien iets zou moeten worden verbeterd. In Engeland was meer de discussie: wij hebben als overheid eigenlijk onvoldoende middelen om iets met deze categorie gevaarlijke mensen te doen. Vandaar dat ze het project zijn gestart om iets te doen om de samenleving te beschermen. Nogmaals, hun Mental Health Act is er niet ter bescherming van de samenleving. Dat was de grote omissie die zij voelden. Zij constateerden: wij hebben niet de mogelijkheden om iedereen te laten opnemen van wie wij denken dat die zou moeten worden opgenomen in een beveiligde omgeving. In principe hebben wij die mogelijkheid in Nederland wel.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik heb nog een vraag over de behandeling in gevangenissen waarover u sprak. Wij hebben een gevangenis bezocht en met een aantal behandelaars gesproken. Ik had de indruk dat de opzet van de behandeling vrij minimaal was. U zei daarnet: er wordt wel behandeling aangeboden. Dan wordt het een definitiekwestie: wat is behandelen en wat is stabiliseren? Hebt u een indruk van waar het verschil zit met wat in Nederland in gevangenissen wordt aangeboden aan behandelingen aan dat kleine groepje van mensen, ongeveer 10%, die ernstige psychische stoornissen hebben?

Mevrouw **De Boer**: Eerlijk gezegd denk ik dat ik niet genoeg ervaring heb met wat er precies in de Nederlandse gevangenis gebeurt wat de behandeling betreft. Ik weet wel dat er behandelafdelingen zijn, dat die heel goed

werk doen en dat er voor crisisgevallen FOBA's worden opgericht. Als het alleen maar een kwestie van medicatie is, kun je die in de gevangenis regelen. Het probleem dat in Engeland en Nederland gelijk is, is dat je wel mooie behandelprogramma's kunt hebben in de gevangenis, maar dat het er altijd om gaat hoe je deze mensen kunt helpen om datgene wat zij in de gevangenis hebben geleerd ook toe te passen in de samenleving. Dat is het grote manco van behandelen in de gevangenis, zonder een vervolgvoorziening als zij uit de gevangenis komen.

De voorzitter: Ik wil nog graag een laatste vergelijking tussen Engeland en Nederland om van te leren. Er is altijd een spanning tussen wat justitieel en wat volksgezondheid is. U zegt dat de scheiding in Engeland nog strikter is. Is onderzoek, het starten van onderzoek, maar ook de richting en de achtergrond van onderzoek, een activiteit die wordt georganiseerd en gefinancierd door het departement dat verantwoordelijk is voor de volksgezondheid? Of is het een activiteit uit een oogpunt van veiligheid en zegt de minister van justitie of het Home Office in Engeland: nee, dat is een prioriteit van ons?

Mevrouw De Boer: Het mooie van het hele DSPD-programma is dat het een ongelooflijk goed samenwerkingsproject is tussen het Home Office, het ministerie van volksgezondheid en de Prison Service. Ze doen het met z'n drieën in dit geval. Al die onderzoeksprogramma's worden gedeeld door het ministerie van justitie en het ministerie van volksgezondheid.

De voorzitter: Wat was de succesleutel die maakt dat zij nu zeggen: wij doen het samen?

Mevrouw De Boer: Gisteren heb ik op bezoek bij die ambtenaar nog eens gevraagd: hoe lukt het jullie om die samenwerking zo goed te houden? Misschien is het toch een kwestie van personen die elkaar kunnen vinden. Er is ook politieke druk om het samen te doen. Zij hebben blijkbaar een sleutel gevonden waardoor het mogelijk is, dit met elkaar te doen.

De voorzitter: Dus in financiële zin en in organisatorische zin doet men het samen? En ook het bepalen van doelstelling en prioriteit?

Mevrouw De Boer: Ja. Maar goed, dat was in Nederland bij de IBO ook mogelijk. Ik herinner mij dat wij op een heel prettige en constructieve wijze met het ministerie van Volksgezondheid hebben samengewerkt om het IBO-rapport te schrijven. In principe is het dus mogelijk. Ik denk dat tbs eigenlijk ook heel nadrukkelijk vraagt om die samenwerking tussen het ministerie van Justitie en het ministerie van Volksgezondheid. Enerzijds Justitie voor bescherming en veiligheid van de samenleving en anderzijds Volksgezondheid voor de kwaliteit van de behandeling. Het is iets wat juist in samenwerking met elkaar moet gebeuren en niet hetzij door Justitie, hetzij door Volksgezondheid. Het zou iets gezamenlijks moeten zijn.

De voorzitter: Het zou iets gezamenlijks moeten zijn, maar je hoort twee soorten verhalen. Het ene is: in mijn tijd ging het zo goed en deed men het prima. Dat hebben wij de afgelopen maanden vaak gehoord. Het andere verhaal is de terugkerende klacht dat men elkaars taal niet

spreekt, elkaar niet begrijpt, dat er verkoking is en dat er dus geïntegreerd moet worden, hetzij aan de ene, hetzij aan de andere kant. Dat verhoudt zich moeilijk tot elkaar.

Mevrouw De Boer: Kijk eens naar de praktijk. Kijk eens naar hoe de klinieken dat doen. Als ik kijk naar de Pompekliniek of de Van der Hoeven Kliniek zie ik dat die op een heel constructieve wijze in de praktijk kunnen samenwerken met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of voor beschermde woonvormen. Er zijn allerlei samenwerkingsovereenkomsten met die instellingen waardoor een heleboel patiënten met psychotische stoornissen wel degelijk in de ggz kunnen instromen. Ik denk dan: waarom kan dat niet op een hoger niveau?

De voorzitter: Of misschien ook in een andere regio, want wij hebben ook voorbeelden gehad van andere regio's. Wij zoeken naar de succesfactoren, de sleutelfactoren om het goed tot stand te brengen.

Mevrouw De Boer: Omdat de tbs zo uniek is, omdat je die twee doelstellingen hebt, zou het zonde zijn als het stelsel niet ook op een hoger niveau op goede samenwerking zou kunnen rekenen.

De voorzitter: Misschien zijn het goede vragen om vanmiddag te stellen als wij de mensen van hoog niveau voor ons hebben, want wij spreken vanmiddag met de bewindslieden van beide departementen. **Mevrouw De Boer,** ik dank u hartelijk voor uw komst uit Engeland. U hebt, naar ik begrijp, nog steeds ook activiteiten in Nederland, maar u vertrekt weer naar Engeland. Ik ben u zeer erkentelijk dat u deze informatie met ons hebt willen delen en dat u hier aanwezig hebt willen zijn.

Sluiting 10.34 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op vrijdag 24 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Vrijdag 24 maart 2006

Aanvang 11.00 uur

Gehoord wordt de heer Uwe Dönisch-Seidel

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Mijnheer Dönisch-Seidel, ik heet u van harte welkom bij de tijdelijke commissie tbs. U bent speciaal uit Nordrhein-Westfalen gekomen om met ons te spreken over het Duitse tbs-systeem. Toen wij een aantal maanden geleden bij u op bezoek kwamen, zei u: dit is een historische dag, want Nederlanders komen niet vaak naar Duitsland.

De heer **Dönisch-Seidel**: Toen ik als psycholoog in de psychiatrische kliniek Bedburg-Hau werkte, heeft er een uitwisseling plaatsgevonden met De Grote Beek in Eindhoven. Dat is nu meer dan tien jaar geleden. De vraag was altijd wat de Duitsers van de Nederlanders konden leren en niet omgekeerd. Ik heb heel veel contact gehad met Nederlandse klinieken. Voor mij is het dus een historisch feit dat de vraag nu is wat Nederland van Duitsland kan leren.

De **voorzitter**: Daar gaan wij uitgebreid over praten. De commissie wil ook kijken naar de ontwikkelingen in het buitenland om te bezien wat wij daarvan kunnen opsteken.

Ik wil beginnen met uw functie binnen het Duitse systeem. U bent Landesbeauftragter. Dat is een functie die wij in Nederland niet kennen. Misschien is het goed dat u even kort toelicht wat dat inhoudt.

De heer **Dönisch-Seidel**: De deelstaat Nordrhein-Westfalen is een heel groot Bundesland met 19 miljoen inwoners. Daaronder zijn meer dan 2000 forensische patiënten. In het oosten van het Land bevindt zich het Landschaftsverband Westfalen-Lippe met een grote gemeentelijke administratie en in het westen het Landschaftsverband Rheinland. Daar hebben verschillende ontwikkelingen plaatsgevonden in de forensische behandeling. In Westfalen-Lippe zijn er speciale forensi-

sche klinieken gekomen. In Lippstadt-Eickelborn bijvoorbeeld – de commissie is daar geweest – bevindt zich een heel grote kliniek voor psychisch zieke mensen uit de regio. In Rheinland zijn er vooral psychiatrische klinieken met een forensische afdeling.

De **voorzitter**: Nordrhein-Westfalen is qua grootte ongeveer vergelijkbaar met Nederland. Het aantal inwoners is iets groter dan dat van Nederland, maar het gebied is net als Nederland voor een belangrijk deel verstedelijkt. Wat dat betreft, is het voor ons interessant om de ontwikkelingen daar te volgen. Ik begrijp dat in Duitsland het systeem van de forensische psychiatrie, dus wat wij hier tbs noemen, aan de deelstaten is uitbesteed. Klopt het dat dit niet vanuit Berlijn wordt geregeld, maar dat het wordt uitgevoerd door de deelstaten?

De heer **Dönisch-Seidel**: Rheinland en Westfalen hebben eigen wetten. Er is bundesweit wel een wet opgesteld door Berlijn inzake de forensische psychiatrie, maar de behandeling en de regels op dat punt gelden landesweit, dus per deelstaat.

De **voorzitter**: Hoe omschrijft u uw functie ter uitvoering van die wet?

De heer **Dönisch-Seidel**: Het is mijn taak om te bezien of de wet in Nordrhein-Westfalen wordt uitgevoerd. Ik voer controles uit op forensische behandelingen en houd mij bezig met ontwikkeling. Wij moeten bijvoorbeeld heel veel nieuwe klinieken bouwen. Die opdracht heb ik gekregen van het ministerie van Gezondheid in Nordrhein-Westfalen.

De **voorzitter**: U werkt voor het ministerie van gezondheid, maar u hebt ook contacten met het ministerie van justitie.

De heer **Dönisch-Seidel**: Natuurlijk, want justitie is er verantwoordelijk voor dat die mensen in een forensische kliniek komen. Justitie is er dus ook verantwoordelijk voor dat zij er weer uit komen. Dat gaat alleen via de rechtbank. De behandeling en de betaling lopen via het ministerie van gezondheid.

De **voorzitter**: Kunt u in grote lijnen voor ons schetsen hoe het systeem in Duitsland werkt? Er is een verdachte. De politie denkt dat de man of vrouw in kwestie mogelijk

een geestelijke stoornis heeft en dat die stoornis verband kan houden met hetgeen hij of zij heeft misdaan. Wat gebeurt er dan in Duitsland?

De heer **Dönisch-Seidel**: Dan zal de rechter een psychiater bellen, die een korte rapportage maakt. Als de psychiater zegt dat er sprake is van een psychiatrische stoornis en dat het strafbare feit door die stoornis komt, dan zal betrokkene direct naar een forensische kliniek worden gebracht. Als dat niet vast staat, dan gaat hij naar de gevangenis, totdat de rechtbank...

De **voorzitter**: Men is dus toerekeningsvatbaar, zoals wij dat in Nederland noemen, of niet.

De heer **Dönisch-Seidel**: Het is een eerste inschatting. Als de persoon in kwestie is opgenomen in een forensische kliniek, dan wordt er voor de openbare rechtszitting een grote rapportage gemaakt door een psychiater of psycholoog. Om mee te beginnen wordt er dus een eerste inschatting gemaakt van waar iemand naar toe moet.

De **voorzitter**: Voordat iemand veroordeeld is.

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja.

De **voorzitter**: Welke mogelijkheden heeft de rechter, als men erachter komt dat iemand met een psychische stoornis schuldig is? Wordt het dan een gevangenisstraf of een psychiatrische inrichting of is er ook een combinatie van die twee mogelijk?

De heer **Dönisch-Seidel**: Als er geen verband bestaat tussen het feit dat iemand een psychiatrische stoornis heeft en het feit dat hij een strafbaar feit heeft gepleegd, dan komt hij niet in een forensische kliniek. Dan komt hij in de gevangenis terecht. Als het noodzakelijk is om de stoornis te behandelen, krijgt hij wel een psychiatrische behandeling.

De **voorzitter**: Kan de rechter in Duitsland iemand met een geestelijke stoornis die een misdaad heeft begaan waar tien jaar voor staat, zes jaar gevangenisstraf opleggen plus een maatregel voor behandeling na de gevangenisstraf?

De heer **Dönisch-Seidel**: Natuurlijk, maar dan moet er een causaal verband bestaan tussen de stoornis en het strafbare feit. Het kan ook zijn dat de persoon in kwestie niet schuldig, niet verantwoordelijk is, en dan wordt geen straf opgelegd. Als iemand verminderd toerekeningsvatbaar is – paragraaf 21 Strafgesetzbuch – dan krijgt hij een gevangenisstraf en een forensische behandeling. Maar in Duitsland begint de straf altijd met de forensische behandeling. De duur van de gevangenisstraf wordt vervolgens verrekend met de forensische behandeling. Het is dus niet zo dat hij drie of vier jaar naar de gevangenis gaat en daarna naar een tbs-instelling.

De **voorzitter**: Dat is omgekeerd aan de situatie in Nederland.

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja, dat is omgekeerd. Voor verslaafden aan drugs en alcohol geldt in Duitsland paragraaf 64. Ook zij krijgen eerst een forensische behandeling en daarna gevangenisstraf. Er wordt

momenteel over gediscussieerd om de wet zo te veranderen – waarschijnlijk komt die wijziging er wel door – dat deze mensen eerst naar de gevangenis gaan en dat daarna wordt bekeken of zij nog een forensische behandeling nodig hebben. Mensen met een psychische stoornis krijgen echter altijd eerst een forensische behandeling.

De **voorzitter**: Wat is daar de gedachte achter? Waarom gaat zo iemand eerst naar een psychiatrische kliniek en pas daarna de gevangenis in?

De heer **Dönisch-Seidel**: Dat is heel simpel. Iemand die een strafbaar feit pleegt en een psychiatrische stoornis heeft, is niet verantwoordelijk voor zijn daad en kan dus ook niet in een gevangenis gestopt worden. Zo iemand moet geholpen worden in een kliniek. Die kliniek moet beveiligd zijn, de persoon in kwestie vormt immers een risico. Maar die persoon is wel ziek en behoort dus niet in een gevangenis.

De **voorzitter**: In Nederland is het mogelijk om iemand die "ziek" is, deels niet verantwoordelijk te verklaren.

De heer **Dönisch-Seidel**: In Nederland zijn er vijf differentiaties, wij hebben er maar twee. Het is ook mogelijk dat de rechtbank het niet zeker weet. Dan krijgt de persoon in kwestie ook een mindere straf. Normaal zijn er volgens de wet echter maar twee mogelijkheden.

De **voorzitter**: Kunt u globaal omschrijven met welke psychische stoornissen mensen ervoor in aanmerking komen om meteen behandeld te worden? Gaat het dan om mensen met een psychiatrische stoornis, om psychotici, schizofrenen of om persoonlijkheidsstoornissen?

De heer **Dönisch-Seidel**: Dan praten wij ook over persoonlijkheidsstoornissen.

De **voorzitter**: Het gaat dus om alles?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja. Wij hebben in Nordrhein-Westfalen een groot aandeel persoonlijkheidsstoornissen. Dit heeft geleid tot een discussie tussen wetenschappers. Er zijn inmiddels samen met rechtbank, psychiaters en psychologen criteria ontwikkeld om te bepalen wanneer een persoonlijkheidsstoornis vergelijkbaar is met een psychiatrische stoornis en wanneer die stoornis zo erg is dat iemand niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor zijn daad. Momenteel zijn er te veel mensen onder forensische behandeling, terwijl niet duidelijk is of zij lijden aan een ernstige persoonlijkheidsstoornis of dat zij gewoon crimineel zijn.

De **voorzitter**: Wij hebben net een gesprek gehad met iemand die het Engelse systeem goed kent. Als een psychiater denkt dat er een stoornis is en de rechter overweegt om iemand te laten opnemen in een kliniek, kan die kliniek dat weigeren. Als een kliniek meent dat iemand niet te behandelen is, dan gaat die persoon alsnog naar een gevangenis. Kan een Duitse kliniek iemand weigeren, als de rechter heeft gesproken?

De heer **Dönisch-Seidel**: Nee, de kliniek moet zo iemand opnemen.

De **voorzitter**: Dan speelt de vraag of een aandoening te genezen of te behandelen is, dus geen rol?

De heer **Dönisch-Seidel**: Nee. Wij kennen wel het probleem dat er geen plaats is. Het gebeurt ook wel dat klinieken zeggen: de psychiater of de rechtbank heeft het verkeerd gezien; die persoon hoort niet in een forensische instelling. Dan volgt er een lange procedure om de zaak om te zetten. De klinieken hebben echter geen mogelijkheid om iemand te weigeren, als de rechtbank heeft besloten dat forensische behandeling noodzakelijk is.

De **voorzitter**: U hebt gezegd dat mensen eerst worden opgenomen in een kliniek en dat zij, als de behandeling voorbij is, terug kunnen naar de gevangenis, als er althans nog gevangenisstraf over is om uit te zitten.

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja, maar dat gebeurt niet. Zij zijn dan namelijk al voor de duur van hun straf in een forensische kliniek geweest en dat wordt verrekend.

De **voorzitter**: Mensen komen dus meestal niet meer in een gevangenis terecht, omdat de behandeling langer duurt dan de straf. Kan de behandeling eindeloos worden verlengd?

De heer **Dönisch-Seidel**: Als er geen mogelijkheid is om de persoon vroeger te ontslaan, dan mag de behandeling niet langer gemaakt worden dan de duur van de opgelegde gevangenisstraf. Normaal gesproken zit iemand die tien jaar gevangenisstraf en een forensische behandeling opgelegd heeft gekregen, minimaal vijf jaar in een forensische kliniek. Halverwege de straf is het eerste moment waarop die persoon vrijgelaten kan worden.

De **voorzitter**: Wie beslist erover of iemand wel of niet naar buiten kan? Beslist de rechter over het beëindigen van de maatregel, doet de overheid dat, doet u dat of doet de kliniek dat?

De heer **Dönisch-Seidel**: De rechter beslist. In Duitsland moet de rechter ieder jaar beoordelen of het nog wel zinvol is dat een persoon in een forensische kliniek zit. Daarvoor vraagt hij om een rapportage van de kliniek, waarin de kliniek aangeeft of behandeling nog noodzakelijk is of dat het genoeg is geweest en dat de persoon naar buiten kan gaan. Iedere drie jaar moet er een rapportage gemaakt worden door een psychiater of een psycholoog die niet aan de kliniek is verbonden. De rechter beslist evenwel.

De **voorzitter**: Kan de rechter ook beslissen dat een behandeling gestopt moet worden, omdat hij vindt dat iemand te zwaar gestraft wordt of te lang in een kliniek zit en te lang uit de samenleving weg is?

De heer **Dönisch-Seidel**: Dat heet Verhältnismäßigkeit, proportionaliteit. De realiteit is echter anders.

De **voorzitter**: Wat zijn de recente ontwikkelingen in Duitsland op het gebied van forensische psychiatrie en algemene psychiatrie? Ik vraag dat omdat zich in Nederland de laatste tien jaar een enorme stijging van het aantal tbs-patiënten aftekent. Tegelijkertijd zijn wij ook geweest op de ontwikkelingen in de algemene psychia-

trie. Er zijn minder mogelijkheden om in te grijpen. Daardoor ontsporen mensen. Het gevolg is dat mensen later zo'n ernstig misdrijf plegen dat zij in een forensische kliniek komen. Zie je in Duitsland ook een stijging van het aantal mensen dat veroordeeld wordt tot een maatregel?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja, het worden er ieder jaar meer, zij het dat die stijging rustig verloopt. Een groter probleem is dat de mensen langer in een forensische kliniek blijven. Er worden weliswaar meer mensen in forensische klinieken behandeld, maar het grootste probleem is dat niemand of maar heel weinig patiënten de klinieken weer verlaten.

De **voorzitter**: Gisteravond was er een korte documentaire op de Nederlandse televisie over het systeem in uw deelstaat. Daarin werd gezegd: als iemand naar buiten gaat, dan zorgen wij altijd voor huisvesting; dat is verplicht; iemand kan alleen maar uit zo'n kliniek ontslagen worden, als zeker is dat er nazorg is, dat er een huis is et cetera. Is dat echt een harde voorwaarde?

De heer **Dönisch-Seidel**: In Duitsland is de financiering van de nazorg in de wet opgenomen, want wij vinden dat heel belangrijk. Wetenschappers stellen ook dat het risico op terugval duidelijk minder groot is, als er nazorg wordt gegeven. In vergelijking met de gevangenis is het risico al minder, maar met nazorg wordt het nog veel beter. In Nordrhein-Westfalen belooft de financiering €10 per dag per patiënt. Dat klinkt niet geweldig, maar het is veel meer dan het normale bedrag voor ambulante behandeling in de psychiatrie in Duitsland. Hierdoor hebben wij de mogelijkheid om ambulante forensische zorg te bieden in samenwerking met een psycho-sociaal netwerk in de buurt. Er zijn ook prikkels ingebouwd in de reclassering. De mensen krijgen proefverlof voordat zij vrijgelaten worden. Dat is ook interessant voor de kliniek. In de laatste twee jaar zijn er meer proefverloven gekomen en zijn er ook meer mensen in de nazorg gekomen.

De **voorzitter**: Er zijn meer proefverloven gekomen, maar de uitstroom is de afgelopen jaren afgenomen. U zei: de toestroom gaat langzaam door, maar de uitstroom wordt minder. Daardoor zijn er, net als in Nederland, meer mensen met een maatregel in een kliniek. Wat is er de oorzaak van dat er minder mensen vrij komen, ondanks al die nazorgmaatregelen? Is er zo'n heftige discussie over veiligheid? Is er een nieuwe manier van risico taxeren? Zijn er behandelingen die niet zinvol blijken te zijn?

De heer **Dönisch-Seidel**: Er is heel veel gebeurd op het punt van risicotaxatie. Uit Anglo-Amerikaanse hoek zijn veel testen en methodes naar Europa gebracht. Ook in Duitsland zijn er methodes ontwikkeld. Ik denk dat de risicotaxatie in de laatste vijf tot tien jaar in Duitsland, in Europa, heel veel beter geworden is. Dat is het belangrijkste. Wij hebben echter ook met veel Duitse instituten gesproken die nu nazorg bieden, terwijl zij vroeger geen forensische patiënten wilden. Wij hebben heel veel gedaan om dat te veranderen. De rechter die beslist dat de persoon naar buiten kan gaan, moet zien dat er een systeem is, dat er mensen zijn die samenwerken en die een en ander controleren, dat er een woning is, dat er werk is, dat er communicatie is en dat de criminologische knowhow van de kliniek beschikbaar is. Volgens mij is dat

een goede weg. Deze aanpak heeft ertoe geleid dat nu toch wat meer mensen naar buiten kunnen.

De **voorzitter**: Toch zou je kunnen zeggen dat de rechters voorzichtiger zijn geworden. Er komen namelijk minder mensen vrij. Of zijn de risicotaxatie-instrumenten strenger geworden?

De heer **Dönisch-Seidel**: Natuurlijk zijn die strenger. Het zijn schizofrene mensen die naar buiten komen. Misschien komen er mensen vrij die een geweldsmisdrijf hebben gepleegd, maar geen zedendelinquenten.

De **voorzitter**: Zijn zedendelinquenten volgens de risicotaxatie te gevaarlijk?

De heer **Dönisch-Seidel**: Dat is ook een vraag van het algemene klimaat. Je vindt op dit moment geen rechter, geen psychiater, geen mens die daarmee een risico wil lopen.

De **voorzitter**: Wat gebeurt er dan, als iemand niet vrijgelaten wordt? In Nederland hebben wij een discussie over de longstay, zoals wij dat noemen. Het wordt ook wel "verkapt levenslang" genoemd, want het kan eindelijk herhaald worden. Het gaat dan om een speciale voorziening met een lagere behandeling. Gebeurt dat in Nordrhein-Westfalen ook?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja, natuurlijk. Wij hebben in zes van de dertien klinieken in Nordrhein-Westfalen afdelingen voor longstay-patiënten. Er is een discussie over – ik vind dat niet goed, maar het is nu eenmaal zo – voor die afdelingen minder financiële middelen beschikbaar te maken. Het is wel de verwachting – dat was in Nederland ook het geval – dat een longstay-afdeling goedkoper is. Er werd gedacht aan 50% minder kosten, maar 25% is realistischer. Dat is ook de eerste ervaring van Veldzicht geweest. In Nordrhein-Westfalen wordt erover gesproken, die afdelingen 50% minder geld te geven. Dat is een probleem, want in Nederland wordt meer betaald voor forensische behandeling dan in Duitsland. Als er bij ons 50% af gaat, blijft er niets over. Dat vind ik geen goede ontwikkeling. Wij hebben longstay-afdelingen en ik denk dat dit ook zo blijft.

De **voorzitter**: Ik heb nog een laatste vraag over de longstay. De groep van de longstay-patiënten groeit binnen het totaal aan mensen dat een maatregel opgelegd krijgt in Duitsland. Zijn dat alleen maar zedendelinquenten of is die groep op een andere manier te definiëren? Zijn dat mensen die onbehandelbaar blijken te zijn, psychopaten?

De heer **Dönisch-Seidel**: Het betreft ook schizofrene patiënten die een probleem met alcohol of drugs hebben, maar meestal gaat het om zedendelinquenten. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 600 van de 2000 patiënten al meer dan zes jaar een forensische behandeling ondergaan, maar geen perspectief hebben. Dat is ongeveer vergelijkbaar met Nederland. Zij kunnen niet allemaal speciaal beveiligd worden.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan mevrouw Albayrak.

Mevrouw **Albayrak**: Ik wil niet alles herhalen, maar ik wil wel proberen om het beter te begrijpen. Zoals u het vertelt, lijkt er in Duitsland net iets meer helderheid over te bestaan wie er waar terecht komt. Komt dat bijvoorbeeld doordat wij het begrip "toerekeningsvatbaar" zo hebben ingekleed dat daar verschillende gradaties in zijn? Daardoor zijn er namelijk meer combinaties mogelijk van wel schuld/geen schuld en wel een stoornis/geen stoornis. U zegt dat bij u de rechter bekijkt of iemand ziek is of niet. Als iemand ziek is, gaat hij naar een forensisch-psychiatrische inrichting. Als iemand ziek is, maar die ziekte heeft geen causaal verband met het delict, dan gaat hij naar de gevangenis. Zitten er in de gevangenis ook mensen met psychoses?

De heer **Dönisch-Seidel**: Er is wetenschappelijk onderzoek gedaan naar gevangenispopulaties. Er zitten heel veel mensen met persoonlijkheidsstoornissen en met psychoses in de gevangenis, maar dan bestaat er geen relatie tot de daad.

Mevrouw **Albayrak**: Verder hebt u gezegd dat er voor die mensen "in-reach"-achtige psychologische hulpverlening is, dus hulpverlening van buiten naar binnen komend. Hoe gaat dat in zijn werk?

De heer **Dönisch-Seidel**: Voor mensen die in de gevangenis zitten en een psychische ziekte hebben, komt een psychiater naar de gevangenis. Er zijn ook psychiatrische afdelingen in gevangenissen, net zoals er bijvoorbeeld een chirurgische afdeling is. Gevangenissen hebben eigen ziekenhuizen die goed beveiligd zijn. Een gevangene kan ook in een normaal psychiatrisch ziekenhuis komen. In dat geval gaat er iemand van de gevangenis mee om op te passen.

Mevrouw **Albayrak**: Wij zijn in de gevangenis van Remscheid geweest. Daar was de filosofie: dit is een gevangenis; hier behandelen wij niet; als mensen ziek zijn, dan halen wij wel een psychiater van buiten. Er was daar geen voorziening. Is dat een uitzondering?

De heer **Dönisch-Seidel**: Nee, dat is normaal. In heel Nordrhein-Westfalen wordt op dit moment in één ziekenhuis een afdeling ingericht voor deze mensen. In München en Berlijn bestaat al iets dergelijks, maar in Nordrhein-Westfalen gaan de mensen normaliter voor een bepaalde tijd naar een gewoon psychiatrisch ziekenhuis en dan gaat er iemand mee om op te passen.

Mevrouw **Albayrak**: In de gevangenissen zelf is dus geen verregaande psychische zorg aanwezig.

De heer **Dönisch-Seidel**: Nee, daar moet iemand voor komen.

Mevrouw **Albayrak**: Dat komt door het ontbreken van een causaal verband tussen de daad en de ziekte. Iemand is gewoon crimineel, maar dat is geen aanleiding voor de daad en daarom wordt hij niet in de gevangenis behandeld.

De heer **Dönisch-Seidel**: In Zwitserland zijn er veel meer mogelijkheden om te kiezen tussen gevangenis, forensische kliniek en psychiatrische kliniek. Daar is het idee dat de persoon in kwestie precies het soort behande-

ling moet krijgen dat noodzakelijk is. Dat is in Duitsland een probleem. Als er eenmaal bepaald is dat iemand onder paragraaf 63 valt en naar een forensische kliniek moet, dan is er praktisch geen mogelijkheid meer om een andere behandeling te krijgen. Als iemand die verantwoordelijk wordt gehouden voor zijn daad, tot een gevangenisstraf wordt veroordeeld, dan gaat hij naar de gevangenis. Als hij een psychiatrische stoornis heeft, wordt er een psychiater gehaald, maar er is geen mogelijkheid om die patiënt ergens anders te laten behandelen.

Mevrouw Albayrak: Een gevangenisstraf is eindig. Wat gebeurt er als zo iemand op straat komt te staan? Zijn er dan psychiaters die bekijken of die persoon gevaarlijk is vanwege zijn stoornis en vanwege het feit dat die stoornis niet of nauwelijks behandeld is tijdens de gevangenisstraf? Vindt er aan het einde van de straf een check plaats om te beoordelen of het wel verantwoord is dat zo iemand weer de samenleving in gaat?

De heer Dönisch-Seidel: Dat gebeurt in toenemende mate. Daarbij gaat het echter niet om de stoornis en de noodzaak, die te behandelen. Het gaat om het risico. Wij hebben in Duitsland een nieuwe wet, vanuit Berlijn, die bepaalt dat mensen die binnenkort uit de gevangenis zouden moeten komen, maar nog steeds een risico vormen, in Sicherungsverwahrung gesteld kunnen worden.

Mevrouw Albayrak: Ik wil graag doorgaan op de Sicherungsverwahrung, want dat is een Duitse maatregel die ons erg is opgevallen. Het is een soort beveiligingsmaatregel. Wanneer en op wie wordt deze maatregel toegepast?

De heer Dönisch-Seidel: Als iemand een strafbaar feit heeft begaan, dan krijgt hij een straf van een aantal jaren. De rechter heeft een lijst waarop staat hoe lang de straf is voor een bepaald strafbaar feit. Als je de opgelegde straf hebt uitgezeten, kom je normaal gesproken vrij. Het idee achter de Sicherungsverwahrung is om iemand die nog steeds gevaarlijk wordt geacht, in de gevangenis te kunnen houden om te voorkomen dat hij weer een strafbaar feit pleegt. Het is dus een preventieve gevangenisopname.

Mevrouw Albayrak: Wij hebben begrepen dat er op het moment van de veroordeling al gezegd kan worden dat de veroordeelde bijvoorbeeld zes jaar plus Sicherungsverwahrung krijgt.

De heer Dönisch-Seidel: Dat gebeurt ook, maar dan bij mensen die voor de derde, vierde of vijfde keer voor dezelfde zaak voor de rechter staan. De rechter kan de persoon dan niet alleen voor het laatste strafbare feit veroordelen, maar ook voor alles wat hij daarvoor gedaan heeft. Dan kan hij Sicherungsverwahrung opleggen om ervoor te zorgen dat het de komende jaren niet weer gebeurt.

Mevrouw Albayrak: Het gaat dan om iemand die een daad heeft gepleegd waarvoor hij vier, vijf, zes of zeven jaar zou moeten zitten. Omdat hij blijvend gevaarlijk is gebleken, kan de rechter de maatschappij beschermen door Sicherungsverwahrung op te leggen. Dat is een

juridische titel die wij in Nederland niet kennen. Komt dit feitelijk neer op levenslang?

De heer Dönisch-Seidel: Ik zie de Sicherungsverwahrung als een soort longstay in de gevangenis. Een gevangenisstraf is, normaal gesproken, tijdelijk begrensd. Zij duurt twee, drie of vier jaar. Mensen mogen er soms eerder uit. Zo niet, dan komt er enig moment waarop je er uit moet, normaal gesproken. De Sicherungsverwahrung is een soort longstay in de gevangenis. In een forensische kliniek kun je tot het einde van je leven blijven. Dat is in een gevangenis niet mogelijk, maar het gaat er wel om dat de veiligheid wordt gediend.

Mevrouw Albayrak: Het is geen behandelmaatregel. De stoornis en de relatie tot de daad en de behandeling staan niet voorop.

De heer Dönisch-Seidel: De hoogste rechtbank zegt wel dat bij Sicherungsverwahrung altijd bekeken moet worden of er sprake is van een ontwikkeling en dat behandeling mogelijk moet zijn.

Mevrouw Albayrak: Als iemand met zo'n maatregel in de gevangenis zit, wordt er dus tussentijds gekeken naar de ontwikkeling van die persoon. Het kan gebeuren dat iemand tussentijds overgeplaatst wordt naar een psychiatrische inrichting waar hij verder behandeld wordt, omdat hij daarvoor vatbaar is gebleken.

De heer Dönisch-Seidel: Dat zou kunnen.

Mevrouw Albayrak: Dit speelt dus bij de veroordeling. U zegt echter nog iets interessants. Als er bij een persoon die haar gevangenisstraf helemaal heeft uitgezeten, geconstateerd wordt dat zij nog steeds een gevaar vormt voor de samenleving, dan kan de rechter die persoon achteraf alsnog een extra straf opleggen, nachträgliche Sicherungsverwahrung genoemd.

De heer Dönisch-Seidel: Dat is heel nieuw in Duitsland.

Mevrouw Albayrak: Wij kennen die mogelijkheid niet in Nederland. Wordt die maatregel vaak opgelegd in Duitsland?

De heer Dönisch-Seidel: Die maatregel is er in Duitsland om dezelfde redenen gekomen die ook hier in Nederland aan de orde zijn. Er is iets gebeurd, een eerder veroordeelde heeft weer een delict gepleegd, de mensen willen dat niet en de politiek zegt: wij moeten iets doen. Toen is de wet dus veranderd.

Mevrouw Albayrak: Is deze wet er gekomen naar aanleiding van incidenten in Duitsland?

De heer Dönisch-Seidel: De bepaling over de nachträgliche Sicherungsverwahrung kwam er naar aanleiding van incidenten, ja.

Mevrouw Albayrak: Hebt u de indruk dat de nachträgliche Sicherungsverwahrung doet wat zij moet doen, namelijk de maatschappij beschermen tegen blijvend gevaarlijke mensen?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja, natuurlijk. Zolang iemand in de gevangenis zit, kan hij geen strafbaar feit plegen. Dat wel. Maar dit is een ontwikkeling die wij al tien jaar geleden in Amerika zagen. Daar zijn zoveel mensen in de gevangenissen en in forensische klinieken beland, dat zij daar niet meer weten hoe zij het moeten betalen. Ik denk dat wij in Europa moeten oppassen dat wij niet iedereen die niet meer in het systeem past, ergens in een gevangenis of in een forensische kliniek stoppen. Natuurlijk zijn er erge incidenten gebeurd. Mijn functie is in 1999 geïntroduceerd. Toen was iemand uit een forensische kliniek weggelopen en had twee mensen vermoord, na ze misbruikt te hebben. Dat leidde ook tot een parlementair onderzoek en toen is natuurlijk wel overlegd over de vraag wat wij konden doen. Er zijn veel mogelijkheden, denk ik, om het systeem te verbeteren, maar ik vind het niet zinvol om alle mensen in de gevangenis te stoppen.

Mevrouw **Albayrak**: U denkt dat die mensen beter op hun plaats zijn in de forensische psychiatrie, als wij de maatschappij tegen hen willen beschermen?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ik denk dat wij met de huidige risicotaxatiemethoden heel goed kunnen differentiëren. Het is niet mogelijk om uit te sluiten dat er iets gebeurt. Als je dat wilt uitsluiten, dan moet je iedereen opsluiten. Anders zal er hoe dan ook iets gebeuren.

Mevrouw **Albayrak**: Iets anders wat u in Duitsland wel hebt en wij in Nederland niet, is de mogelijkheid van de rechter om iemand die opgepakt wordt direct, onmiddellijk, een tijdelijke tbs op te leggen onder artikel 126. Kunt u uitleggen wat dat precies is?

De heer **Dönisch-Seidel**: Als iemand een delict gepleegd heeft en de rechter ziet dat er sprake is van een psychiatrische ziekte, dan haalt de rechter een psychiater of psycholoog erbij voor een korte beoordeling. Is de psychiater of psycholoog van oordeel dat er sprake is van een psychiatrische ziekte en dat er mogelijk een samenhang bestaat tussen de ziekte en het strafbare feit, dan moet de betrokkene binnen 24 uur in een forensische kliniek worden geplaatst.

Mevrouw **Albayrak**: Is er dan ook gegarandeerd plaats?

De heer **Dönisch-Seidel**: Die komt er dan, ja.

Mevrouw **Albayrak**: U zei dat er op dit moment in Nordrhein-Westfalen een tekort is aan bedden in forensische klinieken voor de psychiatrie. Er worden ook klinieken bij gebouwd.

De heer **Dönisch-Seidel**: Heel veel, ja. Er komt een uitbreiding met ongeveer 500 plaatsen.

Mevrouw **Albayrak**: Waar zitten de mensen dan nu? Zitten zij in algemene psychiatrische inrichtingen?

De heer **Dönisch-Seidel**: Zoals gezegd moet een persoon bij wie de rechter op advies van een psychiater een samenhang constateert tussen psychiatrische ziekte en strafbaar feit, onder artikel 126 binnen 24 uur in een forensische inrichting worden geplaatst. Vanaf het moment dat de rechter tot zijn oordeel komt en plaatsing

in een forensische kliniek oplegt, was er tot nu toe een wachttijd van ongeveer drie maanden tot er een plaats in een kliniek gevonden was. De hoogste rechtbank heeft nu bepaald dat drie maanden niet kunnen. Eerder was er de zogenaamde Organisationshaft en ging men ervan uit, dat drie maanden nog wel gaan. Nu is door de hoogste rechtbank bepaald dat dit niet gaat en dat zo'n persoon op de snelste weg naar de tbs moet. Veroordeelden worden nu binnen een maand in een kliniek geplaatst. Nu ben ik uw vraag kwijt.

Mevrouw **Albayrak**: Ik had het over de capaciteit in Nordrhein-Westfalen en over wat u doet met mensen die niet in de forensische psychiatrie terecht kunnen.

De heer **Dönisch-Seidel**: De klinieken kunnen niemand weigeren. Vroeg of laat komen alle veroordeelden in een forensische kliniek. Een kliniek kan een forensische afdeling hebben met 100 plaatsen, terwijl er 110 of 120 patiënten zijn. Verder hebben wij de algemene psychiatrische afdelingen. Daar bevinden zich ook forensische patiënten, op dit moment ongeveer 500 van de in totaal 2100.

Mevrouw **Albayrak**: Wij hebben de passanten. Ik weet niet of u die term kent. Dat zijn mensen die wachten op een plaats in een tbs-inrichting. Die zitten bij ons in de gevangenis. Bij u zitten zij in de algemene psychiatrie te wachten op een plaats?

De heer **Dönisch-Seidel**: Zij zitten niet in de algemene psychiatrie om te wachten. Wij proberen te differentiëren. Welke forensische patiënten kunnen in een minder beveiligde algemene psychiatrische kliniek behandeld worden en welke moeten echt een plaats hebben in een beveiligde forensische kliniek? Maar er is voor iedereen wel een plaats. Wij hebben geen mensen die in een gevangenis of buiten zitten en geen plaats hebben in de tbs. Dat bestaat niet in Duitsland.

Mevrouw **Albayrak**: Wat gebeurt er met mensen die vrijkomen? U hebt ons verteld dat u sinds een jaar of twee, drie werkt met de forensische Fachambulanz. Dat is een netwerk van mensen die om de ex-tbs'er heen staan, van de reclassering over mensen uit de zorg tot en met justitie. U zegt dat sinds het bestaan van deze werkmethode het recidivecijfer fors omlaag is gegaan, althans dat zei u in het gesprek dat wij in Duitsland hadden. Kunt u dat ook hier nog eens toelichten? Wat doet u precies met mensen die vrijkomen?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ik denk dat dit een punt is dat heel speciaal is voor Nordrhein-Westfalen. Gepland zijn bij ons 13 klinieken, maar die zijn nog niet allemaal gebouwd. Wij hebben op dit moment zeven klinieken. Dortmund is net geopend en er is nog een aantal klinieken in opbouw. Als zij allemaal klaar zijn, krijgen wij 13 klinieken. Wij werken met een geregionaliseerd forensisch systeem. Ik denk dat dit heel belangrijk is en misschien ook wel interessant voor Nederland. Wij hebben namelijk geconstateerd dat het qua bevolking vergelijkbaar is en qua omvang...

Mevrouw **Albayrak**: Als ik dat punt even verder mag bespreken met u. Het is een punt dat wij eerder aan deskundigen hebben voorgelegd hier in de zaal: de rol

van de plaatsing. U zegt nu dat u in Duitsland goede ervaringen hebt met plaatsing in de regio waar daders vandaan komen. Zegt u dat gebaseerd op onderzoek? Wat is er precies het voordeel van, die mensen in hun eigen regio te houden?

De heer **Dönisch-Seidel**: Er is onderzoek gedaan. Wij hebben gekeken of de mensen die door de rechtbank veroordeeld en naar een forensische kliniek zijn gestuurd, uit de buurt komen. 90% van hen komt uit de buurt. Dat was de uitkomst van een onderzoek. In een ander onderzoek hebben wij bekeken waar zich de forensische klinieken in Duitsland bevinden. Klinieken zoals die in Lippstadt-Eickelborn en in Bedburg-Hau, waar ik gewerkt heb, zitten aan de rand van het land. Zij zitten niet daar waar de meeste mensen wonen, leven en strafbare feiten plegen. Wij hebben in Nordrhein-Westfalen 19 rechtbanken die mensen naar forensische klinieken sturen. Het idee was om te kijken hoe zich dat verdeelt over de buurt. Zijn er in de regio plaatsen voor forensische patiënten? Het was niet verrassend om te ontdekken dat er in het hele Ruhrgebied niet één forensische plaats was of dat er in Keulen, de grootste stad in Nordrhein-Westfalen, niet één forensische behandelaarsplaats was. Die plaatsen bevinden zich op het platteland en langs de grens. Dus hebben wij in een nader onderzoek bekeken, welke rechtbanken de meeste mensen naar forensische klinieken sturen en hoeveel plaatsen er zijn in die regio. Overeenkomstig de uitslag bouwen wij nu klinieken in Bochum, Duisburg, Essen, Münster en Keulen. Ik acht een regionaal systeem om twee redenen een goede zaak. Enerzijds hebt u nu, als u in Lippstadt-Eickelborn bent, patiënten vanuit heel het land. Het is een hele operatie om hen weer terug te krijgen voor de reclassering. Het is onmogelijk om alle mensen en alle instanties te kennen van het psychosociale verzorgingsnetwerk, maar persoonlijke contacten zullen altijd van invloed blijven. Dan gaan er weer twintig mensen naar die en die stad, omdat daar een maatschappelijke werker zit die men kent. Wij vinden dat niet zinvol. In Keulen bijvoorbeeld bouwen wij een nieuwe kliniek met ongeveer 130 plaatsen en er is nu al een team dat een nazorgsysteem organiseert. De plaatselijke samenhang is er gewoon. Als de rechtbank in Keulen is en de kliniek is in Keulen, dan kan ik met iedereen praten die eerder al met de patiënt te maken had. Met de politie, met de familie, met de werkgever. Dat kan allemaal, omdat iedereen dichtbij is. De weg van de een naar de ander is kort. Al die mensen zo dichtbij te hebben, is goed voor de diagnostiek, het is goed voor de behandeling en het is ook goed voor de reclassering. De tweede reden is dat de last rechtvaardig verdeeld moet worden. Ooit was er bijvoorbeeld een incident in Lippstadt-Eickelborn. Dat is een klein dorpje in Nordrhein-Westfalen en daar gebeurde iets met een klein meisje. De bevolking van dat dorpje voelde zich verantwoordelijk voor al die delinquenten uit het hele land en dat kan natuurlijk niet. De plaatselijke bevolking zei op een gegeven moment: er moet een rechtvaardigere verdeling komen. Nu kunnen wij zeggen dat er in Keulen alleen patiënten uit Keulen en omstreken komen te zitten. Daar voelt men zich in Keulen ook echt voor verantwoordelijk. Dat heeft het mogelijk gemaakt om instemming te krijgen met de bouw van die nieuwe klinieken. Acht of tien jaar geleden was het onmogelijk geweest om in Nordrhein-Westfalen een nieuwe kliniek te bouwen. Daar was veel

teveel weerstand tegen bij de plaatselijke bevolking en politiek.

Mevrouw **Albayrak**: Ik vat het zo samen. U dacht dat het goed zou zijn om de tbs-klinieken regionaal in te bedden. Die inbedding was er eerder niet, met name in het Ruhrgebied waar de grote steden dicht op elkaar zitten. Uit die regio kwamen wel veel daders, maar zij moesten elders in de deelstaat een plek vinden. U hebt ervoor gezorgd dat die forensische klinieken er ook in het Ruhrgebied komen. U noemt twee belangrijke redenen die daarvoor pleiten. Voor het succes van de nazorg is het belangrijk dat iedereen op de hoogte is van de voorgeschiedenis. Dus moeten mensen van de politie, van justitie, behandelaars, zorgverleners en anderen die de patiënt kennen, betrokken blijven bij de nazorg van een ex-tbs'er die weer geresocialiseerd wordt. U zegt dat dit de nazorg succesvoller maakt en dat het helpt, recidive te voorkomen. Ten tweede zegt u dat er veel meer bereidheid is in de omgeving om te accepteren dat er niet alleen een kliniek komt, maar misschien ook dat er met verlof geoefend wordt, omdat mensen zeggen: het zijn onze criminelen, zij komen hier vandaan en wij zijn verantwoordelijk voor hun resocialisatie. Werkt dat echt zo?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja.

Mevrouw **Albayrak**: Ziet u bij mensen in de omgeving een grotere bereidheid om ex-tbs'ers te helpen resocialiseren als er sprake is van een regionale aanpak?

De heer **Dönisch-Seidel**: Wat de bereidheid betreft om te helpen bij de reclassering en resocialisering, weet ik het niet. Maar het is wel zo dat de bevolking de aanwezigheid van de kliniek daar accepteert en een zekere verantwoordelijkheid voelt voor de mensen die in de kliniek zitten. Die ervaring hebben wij gemaakt.

Mevrouw **Albayrak**: Uw eerste argument was dat de directe omgeving, de mensen die de voorgeschiedenis kennen, betrokken zijn bij de nazorg. Wij worden er steeds op gewezen dat mensen die met de nazorg of zelfs met de behandeling bezig zijn, in Nederland niet kunnen beschikken over dossiers uit het verleden, jeugdstraf-dossiers of jeugdpsychiatriedossiers bijvoorbeeld. Is het in Duitsland wel mogelijk om te zeggen: ik wil nu weten of deze persoon ook in de jeugd jaren al iets heeft misdaan?

De heer **Dönisch-Seidel**: Een tbs-kliniek kan dat via de rechtbank regelen. De tbs-kliniek moet alle informatie hebben. Wat er speelde in de jeugd van een persoon is heel belangrijk voor de risicotaxatie. Als mensen uit het buitenland komen, dan moet ik weten of zij al in het buitenland strafbare feiten hebben gepleegd. Dat is heel belangrijk voor de risicotaxatie. De behandelaars in de forensische kliniek proberen om alle relevante informatie te krijgen, indien nodig via de rechtbank. Zij krijgen die informatie dan ook.

Mevrouw **Albayrak**: Een rechter moet dus bepalen dat u dat dossier mag inzien. Men heeft niet automatisch de beschikking over een algemeen computerbestand waar alle informatie in staat.

De heer **Dönisch-Seidel**: Nee, dat niet.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hadden in Nederland gisteravond een uitzending op televisie over het Duitse systeem. Een directeur van een kliniek zei daarin dat de behandeling in Duitsland goedkoper is dan die in Nederland. Kunt u iets zeggen over de kosten van het systeem van de forensische psychiatrie in Duitsland? Zijn die aan het stijgen of blijven zij constant? Hebt u de indruk dat het in Duitsland goedkoper is dan in Nederland?

De heer **Dönisch-Seidel**: Het is goedkoper, maar voor de Duitse politiek is het nog steeds te duur. Het gemiddelde ligt in Duitsland bij ongeveer €225 per dag.

Mevrouw **Joldersma**: Dat zijn de verblijfskosten binnen de kliniek zelf, maar toen wij bij u op bezoek waren, hebben wij ook op staatjes gezien dat de kosten in de forensische psychiatrie heel erg aan het stijgen waren. Waar zit die stijging dan in? Zijn het puur de plaatsen in de kliniek?

De heer **Dönisch-Seidel**: Bedoelt u die €225?

Mevrouw **Joldersma**: Nee, ik bedoel eigenlijk het hele systeem. U hebt toen gezegd dat de kosten in de algemene psychiatrie afnemen, terwijl zij in de forensische psychiatrie stijgen.

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja, dat is dramatisch. De behandeling in de algemene psychiatrie wordt door de ziektekostenverzekering betaald. Die behandelingen worden steeds korter. De forensische psychiatrie wordt betaald door de staat. Dat is een heel groot probleem, zeker nu er sprake is van forse bezuinigingen, bijvoorbeeld in Nordrhein-Westfalen en bijvoorbeeld op de longstay.

Mevrouw **Joldersma**: Zitten de kosten alleen in de behandeling, dus in het dagtarief waar u het over had? Of ook in het systeem van nazorg waar wij het eerder over gehad hebben?

De heer **Dönisch-Seidel**: Het systeem van nazorg is niet zo duur. Ik zei dat de nazorg gedurende de vijf jaar waarin een patiënt ervoor in aanmerking komt, €10 per patiënt per dag kost. Dat maakt het niet duur. Van die €225 per dag is 80% personeelskosten en 20% Sachkosten, eten en dat soort zaken dus. De personeelskosten zijn het probleem.

Mevrouw **Joldersma**: Maar de stijging van de kosten zit hem vooral in de uitbreiding van het aantal plaatsen in de forensische psychiatrie?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja, er zijn meer mensen in de forensische psychiatrie en daarom kost het meer.

Mevrouw **Joldersma**: U hebt eerder iets gezegd over zedendelinquenten en over verslaafden. Kunt u daar nog op ingaan? Hoe wordt er in Duitsland omgegaan met zedendelinquenten? Komen zij gewoon vrij of krijgen zij een soort tbs opgelegd?

De heer **Dönisch-Seidel**: Mensen voor wie ik weet dat het klimaat niet zo negatief is – schizofrenen, geweldplegers, verstandelijk gehandicapten en zo – kunnen gewoon vrijgelaten worden. Het probleem is dat de

gemiddelde Duitser het idee heeft dat mensen die in een forensische kliniek zitten, per definitie zedendelinquenten zijn. Daarom is het ook zo belangrijk, het publiek te informeren over het feit dat slechts een deel van de hele kliniekkpopulatie zedendelinquent is. Van alle mensen die in Duitsland per jaar in een forensische kliniek komen, is ongeveer 15% zedendelinquent, maar van de populatie van die klinieken is 50% zedendelinquent. Je kunt dus zo ongeveer redeneren dat iedere zedendelinquent die in een forensische kliniek komt, daar ook blijft.

Er zijn programma's ontwikkeld voor de behandeling van zedendelinquenten. Wij hebben bijvoorbeeld in Langenfeld een kliniek die gespecialiseerd is in de behandeling van zedendelinquenten. Maar zelfs als zij een hele behandeling doorlopen hebben, is niemand bereid het erop te wagen om die mensen te helpen resocialiseren. Dat is op dit moment het probleem.

Mevrouw **Joldersma**: Begrijp ik het goed dat u eigenlijk zegt: bij het inrichten van het systeem is rekening gehouden met hoe de bevolking reageert op dit soort daders? Is er rekening mee gehouden dat het bij zedendelinquenten veel gevoeliger ligt dan wanneer het gaat om andere patiënten?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja. Het is op dit moment voor mij niet mogelijk om zedendelinquenten op weg te sturen naar een resocialisatie, maar ook daarin zijn differentiaties mogelijk. Ik herinner mij dat meer dan tien jaar geleden professor Van Marle in Keulen was, een man die in hoge mate differentieert. Ook hij zei dat de terugvalpercentage bij pedofielen nagenoeg 100% is.

Mevrouw **Van Velzen**: Mij valt op dat waar wij in Nederland bij tbs'ers in de regel eerst gevangenisstraf en dan behandeling toepassen, dat in ieder geval in Nordrhein-Westfalen geregeld andersom is. U stopt mensen eerst in een kliniek en dan kan daar eventueel – als het binnen te tijd past – nog een gevangenisstraf op volgen. Wat is de ratio daarachter? Hebt u enig idee wat de effecten daarvan zijn?

Ik vraag dat, omdat wij de afgelopen weken veel mensen gesproken hebben en hoewel de meningen verschillend waren, zijn er toch ook geluiden geweest dat het zitten in een gevangenis een negatief effect kan hebben voor iemand met een psychische stoornis of dat het in ieder geval de behandeling vertraagt. Kunt u uitleggen hoe dat in Duitsland werkt? Wat zijn er de effecten van dat iemand die net een behandeling heeft ondergaan, in de gevangenis wordt geplaatst?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ik weet het niet zeker, maar als iemand in Duitsland een straf van bijvoorbeeld tien jaar gevangenis opgelegd krijgt en forensische behandeling, dan begint hij in de forensische kliniek. Hij gaat echter niet terug naar de gevangenis. Hij blijft in de forensische kliniek tot hij de duur van zijn gevangenisstraf heeft uitgezeten, althans tweederde daarvan. Hij gaat niet terug naar de gevangenis.

Mevrouw **Van Velzen**: Wat gebeurt er met een patiënt die door de behandeling zo ver is dat hij eigenlijk vrijgelaten zou worden, voordat hij tweederde van zijn straf heeft uitgezeten?

De heer **Dönisch-Seidel**: Hij verblijft in een open setting.

Mevrouw **Van Velzen**: De uitleg die wij gekregen hebben over de reden dat mensen die feitelijk een vrij ernstige psychische stoornis hebben, toch in de gevangenis belanden, is eigenlijk een maatschappelijk gevoel. Iemand heeft een zware misdaad gepleegd, dan moet er vergelding komen in de vorm van een gevangenisstraf. Wordt die discussie bij u in Duitsland niet gevoerd?

De heer **Dönisch-Seidel**: Die wordt wel gevoerd. Als ik voor duizend mensen zit – dat gebeurt wel eens – in een plaats waar wij een nieuwe kliniek willen bouwen, dan zegt het publiek daar ook: deze mensen hebben geen behandeling nodig, die moeten opgesloten worden. Daar hoor ik die geluiden ook. Natuurlijk hoor je die mening in Duitsland, maar dat heeft gelukkig tot nu toe geen invloed gehad. Het is nog steeds zo dat iemand die niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor zijn daden, niet in de gevangenis kan. Dat is gewoon het systeem in Duitsland.

Mevrouw **Van Velzen**: Wat voor opsporingsbeleid wordt er in Duitsland gevoerd in geval van ontsnappingen, van onttrekkingen? Wat zijn de taken van de politie, mogelijk van de media, van buurtbewoners? Kunt u schetsen hoe dat bij u gaat?

De heer **Dönisch-Seidel**: Wij hebben de regel dat bij een ontsnapping onmiddellijk de politie moet worden gewaarschuwd. Dat is de allereerste stap. Daarna komt er een hele organisatie op gang. Er komt een crisismanagement team bij elkaar om te overleggen of in het onderhavige geval de televisie moet worden ingeschakeld, de media, of dat er overgegaan moet worden tot openbare opsporing. Dat wordt dan overlegd.

Mevrouw **Van Velzen**: Wordt dat per geval apart bekeken?

De heer **Dönisch-Seidel**: Dat wordt per geval bekeken.

Mevrouw **Van Velzen**: Is er geen protocol?

De heer **Dönisch-Seidel**: Er zijn natuurlijk regels. Een van die regels is dat ingeval van de onttrekking van bepaalde daders het hele crisisteam binnen één uur bij elkaar moet komen.

Mevrouw **Van Velzen**: Zijn er bepaalde typen patiënten waarvan altijd het signalement wordt doorgegeven of een foto gepubliceerd ingeval van een ontsnapping?

De heer **Dönisch-Seidel**: Ja.

Mevrouw **Van Velzen**: Wat voor typen patiënten zijn dat?

De heer **Dönisch-Seidel**: De kliniek heeft van iedere patiënt een foto en persoonsgegevens. Deze bevinden zich niet op de afdeling, anders kom je er niet aan als er bijvoorbeeld sprake is van een gijzeling. Zij worden elders bewaard om te waarborgen dat je er ingeval van een ontsnapping bij kunt. Dan wordt er beslist of de foto in de krant moet of zo.

Mevrouw **Van Velzen**: Zijn er bepaalde groepen patiënten waarvan de foto's altijd gepubliceerd worden? Of wordt dat echt van geval tot geval bekeken?

De heer **Dönisch-Seidel**: Er wordt per geval beslist, maar bij zedendelinquenten of geweldplegers wordt het voor zover ik weet in ieder geval gedaan.

De **voorzitter**: Wij komen aan het einde van dit gesprek, mijnheer Dönisch-Seidel. Ik zei het in het begin al: de taak van deze commissie is om naar het verleden en over de grenzen heen te kijken, analyses te maken en te leren voor de toekomst. De wil om te leren vereist altijd de bereidheid om je te verdiepen in een ander. Wij zijn naar u toe geweest, maar ik wil als slotopmerking toch nog zeggen dat ik het zeer waardeer dat u ook bereid bent geweest om naar ons toe te komen en om informatie met ons uit te wisselen, zodat wij over en weer kunnen leren. Ik voeg daar een compliment aan toe voor het feit dat u de moeite hebt genomen om dat in het Nederlands te doen. U spreekt normaal Duits en dit gesprek is voor u toch een hele stap. Ik wil u dan ook onze hartelijke dank en erkentelijkheid ervoor overbrengen dat wij op deze manier met u van gedachten hebben kunnen wisselen. Het dient allemaal het hogere doel om te leren hoe wij tot een beter tbs-stelsel kunnen komen. Dank u wel.

Sluiting 12.10 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op vrijdag 24 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Vrijdag 24 maart 2006

Aanvang 13.00 uur

Gehoord wordt de heer mr. A.H. Korthals

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw K. de Jong, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De voorzitter: Welkom, mijnheer Korthals. Ik dank u voor uw komst. Deze commissie zit hier vanwege incidenten die zich in 2004 en 2005 hebben voorgedaan met ontsnapte tbs-patiënten die opnieuw een delict pleegden. Dat was voor de Tweede Kamer aanleiding om dieper op het systeem van de tbs in te willen gaan, om te kijken wat de oorzaken zijn van wat er mis gaat. Het gaat daarbij niet om de incidenten, maar om de onderliggende oorzaken. Vervolgens willen wij met een analyse komen. Dat is de situatie waar wij nu, in 2006, voor staan.

U was minister van Justitie vanaf 1998 tot 2002. Onder uw verantwoordelijkheid zijn een aantal zaken in gang gezet en verschillende onderzoeken gedaan. Ik kom daar later op terug, maar wil beginnen met een algemene vraag. Wij hebben op dit moment een bepaald beeld van de tbs. Er zijn een aantal dingen gebeurd die in ons geheugen gegrift staan. Kunt u zich nog voor de geest halen wat maatschappelijk een politiek gezien de situatie was van de tbs toen u aantrad als minister van Justitie?

De heer Korthals: Ja, althans gedeeltelijk. Ik kreeg toen direct te maken met IBO 1. Dat beleidsonderzoek was vooral gericht op de kosten van de tbs. De tbs was erg duur en de behandelingsduur was lang. Allengs werd duidelijk dat er meer problemen aan vastzaten. Toen heeft de regering gezegd: laten wij dat verder onderzoeken. Daarop heeft het kabinet de naar mijn mening moedige beslissing genomen dat er een IBO 2 moest komen en dat het hele functioneren van het tbs-stelsel onder de loep moest worden genomen. Dat is waar ik mee te maken had aan het begin van mijn ministerschap. Er speelden echter meer dingen. Wij hadden in mijn tijd een tbs'er die een moorddaanslag pleegde. Wij hadden grote moeilijkheden in enkele klinieken, onder andere de Van Mesdagkliniek. Daaruit bleek dat er een geweldig isolement was van die klinieken ten opzichte van de

buitenwereld. Zij waren zeer in zichzelf gekeerd en deden weinig met anderen. Ons belangrijkste doel was om te kijken of wij dat konden veranderen.

De voorzitter: Het dominante probleem dat leidde tot het eerste interdepartementale onderzoek, IBO 1, waren dus de kosten? Het was te duur.

De heer Korthals: Het was veel te duur. Bovendien duurde de behandeling steeds langer en had eigenlijk weinig effect. Hoe kunnen wij kijken hoe wij dat kunnen terugbrengen? Dat onderzoek was overigens ingezet in het kabinet voor mij.

De voorzitter: Het is ons ook opgevallen dat die twee onderzoeken heel snel op elkaar volgden. Zou je, terugdenkend, kunnen zeggen dat de probleemanalyse van het eerste onderzoek niet goed was?

De heer Korthals: Nee, ik denk dat je beter kunt zeggen dat het te beperkt was en dat er toen bleek dat er een hele eilanden- zo niet koninkrijkjescultuur was in de tbs-wereld. Daarom was het nuttig, het in een breder perspectief te bekijken. Dan weet je als minister dat je je daar kwetsbaar mee opstelt. Als er een onderzoek komt, komt er ook altijd wat uit. Toch vonden wij toentertijd dat wij dat risico maar moesten nemen om in ieder geval te kijken of wij de zaak op die manier op de rails zouden kunnen zetten.

De voorzitter: Waaruit bleek dat er een eilanden- of koninkrijkjescultuur was? Wat was de doorslaggevende reden dat u het zo zag?

De heer Korthals: Al uit de IBO 1 bleek dat zij allemaal naar binnen gericht waren, dat zij hun behandeling niet vergeleken met andere klinieken, dat iedereen voor zichzelf bezig was. Vervolgens bleek mij ook dat het bij verschillende klinieken echt niet goed liep. Er waren enorme gradaties. Bij sommige klinieken ging het erg goed en bij andere ging het van geen kant. Dat betekent ook dat je daar maatregelen moet nemen. Dan is het dus nuttig om beter naar binnen te kijken door een verder onderzoek te doen.

De voorzitter: Dat bleek voordat u het tweede onderzoek deed. Er was dus een moment waarop u dacht: wij

hebben nu wel dat eerste traject in gang gezet, gericht op kostenbeheersing, maar dat is onvoldoende?

De heer **Korthals**: Dat was onvoldoende, omdat toen ook bleek dat zij te veel in zichzelf gekeerd waren. Daarom was het nuttig te bekijken of wij dat konden veranderen.

De **voorzitter**: Ik kom later terug op wat u zegt over de sector. Terugkijkend op het eerste onderzoek, dat gericht was op de kosten, valt op dat er vrij weinig van de voorstellen daaruit zijn geïmplementeerd. Komt dat door de veranderde analyse, doordat er andere problemen gesignaleerd zijn?

De heer **Korthals**: Ik weet niet of er wel zo weinig voorstellen zijn geïmplementeerd. Om dat te beoordelen, zouden wij de voorstellen moeten nalopen. Er zijn uit de IBO 1 als ook uit de IBO 2 ongelofelijk veel voorstellen naar voren gekomen. Geprobeerd is om zoveel mogelijk daarvan te implementeren en ik dacht dat dit op grote lijnen vrij aardig gelukt was. Het probleem is evenwel dat het op een belangrijk punt, met name de overgang van de klinieken naar de ggz, wat minder voortvarend is gegaan, om het maar even voorzichtig uit te drukken.

De **voorzitter**: U mag zich ook wat sterker uitdrukken, als u zich daartoe geroepen voelt. Dat geeft niet.

De heer **Korthals**: Nou, ik doe dat niet, omdat je er rekening mee moet houden dat er nogal wat problemen mee waren om het wel te doen. Hoe de maatschappij ertegen aankijkt, heeft natuurlijk ook zijn invloed. Als men heel erg incidentgericht is, dan zal men overal voorzichtiger zijn, zowel bij de tbs-klinieken als bij de opname bij de ggz. Dat zijn allemaal factoren die meetellen. Bovendien zie je er door de jaren heen een geweldige uitbreiding komen van het aantal tbs-opleggingen door de rechter. Dat geeft een geweldige druk op het systeem. Ik weet niet waar precies de fout zit, of er inderdaad te weinig vanuit de tbs naar de ggz gingen, of dat er meer gingen, maar onvoldoende om het probleem in de gevangnissen op te lossen, zodat daar veel mensen moesten wachten op opname in een tbs-kliniek.

De **voorzitter**: Ik zou daar nog aan toevoegen de vraag of er wel de juiste mensen heengingen en of zij dan ook de juiste behandeling kregen, maar dat hoort bij de effectiviteit van de maatregelen. Daarop komen wij nog terug.

Dan komt dus de IBO 2, waarvan u zegt dat u het een moedige beslissing vond, door de koninkrijkjes heen te breken, terwijl u wist dat het in de publieke discussie een wankel evenwicht was. In IBO 2 wordt gepleit voor wat "een rationalisering van de sector" wordt genoemd. De sector moet dus rationeler gaan werken. Op basis daarvan komt het kabinet vrij snel met een aantal aanbevelingen. Wat doet u dan om die aanbevelingen om te zetten? Het mag dan moedig zijn geweest om de stap naar een probleemanalyse te maken, maar er is misschien nog meer moed voor nodig om vervolgens de aanbevelingen uit te voeren.

De heer **Korthals**: Ja. Bij die aanbevelingen werd aangegeven, dat er tijd voor nodig zou zijn. Bovendien werd er een werkgroep opgezet, zodat die aanbevelingen ook daadwerkelijk geïmplementeerd gingen worden. Met

"moedig" bedoel ik niet alleen jegens de tbs-klinieken, maar ook politiek gezien. Als je als politicus een onderdeel van je beleid volledig ter discussie stelt, weet je dat je daarmee kwetsbaar wordt. Ik heb dat bijvoorbeeld ook gehad met de criminaliteitsbestrijding. Als je weet dat het niet goed gaat en dat je veel achterstand hebt, dan kun je dat enigszins verdoezelen en eraan gaan werken, alleen krijg je dan vervolgens het geld niet van de minister van Financiën en je collega's. Maak je er echter wel een rapport over en laat je zien dat het echt niet goed is, dan krijg je kritiek op het feit dat er te weinig aan criminaliteitsbestrijding gedaan wordt. Daar zit je als minister altijd in een dilemma. Wij hebben er toen bij de tbs voor gekozen om het openlijk te doen, zodat er transparantie was, zodat wij inzicht zouden krijgen in wat er in de tbs-klinieken gebeurde. En zodat wij de discussie op gang konden krijgen.

De **voorzitter**: U koos dus een voorzichtig transparante lijn. Wel openlijk, maar zorg ervoor, dat je het niet teveel doordrijft. Nu u dit zegt, valt mij een zin op in het stuk dat u toen aan de Kamer hebt geschreven na dat advies: "Het is verheugend dat de tbs-klinieken zich in willen zetten voor de implementatie van de maatregelen. Zij geven daarmee aan, hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een doelmatige uitvoering op zich te willen nemen en zich professioneel op te willen stellen". Als ik dat lees, denk ik: wat krijgen wij nu? Het is toch logisch dat je aanbevelingen overneemt? Je voert toch een publieke taak uit? Je hebt toch een minister die zaken beslist die jij dan uitvoert? Het is toch niet "verheugend", maar gewoon normaal dat dit gebeurt?

De heer **Korthals**: Dat is zeker waar, maar zo nu en dan moet je degenen met wie je werkt ook een aai over de bol geven, want dan werken zij pas echt. Dan worden zij ook allemaal enthousiast.

De **voorzitter**: U sprak net over koninkrijkjes, ook een veelzeggende term. De vraag is of je de koningen van die koninkrijkjes een aai over de bol moet geven en of zij zich koning moeten voelen in een koninkrijkje dat eigenlijk geen koninkrijkje behoort te zijn.

De heer **Korthals**: Daar ben ik het helemaal mee eens, maar je kon niet anders dan vaststellen – om een ander woord te gebruiken – dat er een eilandenstructuur was, dat ieder voor zich bezig was, iedereen met zijn eigen behandelingsmethodes, met zijn eigen verplegingsmethodes. Uitwisseling van kennis vond niet of nauwelijks plaats. Dus is het belangrijk dat je als minister, wanneer je dat constateert, ervoor zorgt dat er zoveel mogelijk uitwisseling van dit soort zaken komt. Daarvoor heb je natuurlijk de medewerking van de klinieken nodig. Enerzijds dwing je ze ertoe, mee te werken aan de aanbevelingen en de voorstellen die je doet. En anderzijds geef je ze zo nu en dan een pluim.

De **voorzitter**: Een vorm van tactiek in de publieke discussie. U zei net: je zet er een projectgroep op om te controleren of wat je besloten hebt, als Kamer en kabinet, ook uitgevoerd wordt. Naast de aai over de bol kwam er dus ook wat u zelf "een zware projectgroep" noemde. Weet u – om daarmee de zwaarte aan te geven – nog wie er in die projectgroep zitting had?

De heer **Korthals**: Nee.

De **voorzitter**: Waren dat hoge departements-ambtenaren? Zaten er mensen in uit de sector zelf?

De heer **Korthals**: Ik zou het niet meer weten.

De **voorzitter**: Het is vrij cruciaal dat er in een vroege fase van het ministerschap wordt gekeken dat het niet bij papier blijft, maar ook praktijk wordt.

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.

De **voorzitter**: Ja, het kost heel veel tijd. Het is nu 2006. Als wij die stukken nu nalezen, zien wij dat veel van de problemen van toen nog steeds bestaan.

De heer **Korthals**: Dat is waar, maar dan moet er na verloop van tijd een evaluatie komen. Dat zat er zeker bij de IBO 1 in. Die zal zo ongeveer in 2002 ook plaatsgevonden hebben.

De **voorzitter**: Misschien dat wij daarover met uw opvolger nog spreken. Wij praten nu over 1999. Toen kwam er een debat over de IBO's in de Tweede Kamer. De heer Nicolai en mevrouw Kalsbeek dienden een motie in, die vroeg om een verlenging van de voorwaardelijke beëindiging na 15 jaar. Zij meenden dat je mensen langer moet kunnen volgen en zetten dat in een motie. Was u daar voorstander van?

De heer **Korthals**: 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 voorzorg in een verlening van drie naar zes jaar.

De **voorzitter**: U bent dus met de gedachte meegegaan en hebt die omgezet in de wet, zij het voor een kortere periode. Niet 15 jaar zoals voorgesteld, maar zes jaar.

De heer **Korthals**: Dat klopt.

De **voorzitter**: Ik zit nog met uw redenering over de kosten. Wij horen de afgelopen weken steeds dat men weinig instrumenten heeft en dat men er daarom heel voorzichtig mee is, mensen eruit te laten. De uitstroom is dus heel laag. Dat zijn de goede gevallen met een lage recidive. Maar de kosten van het binnenhouden van mensen zijn ook hoog, misschien wel hoger dan de kosten van het volgen van vrijgelaten mensen. Is toen de overweging gemaakt, dat naast elkaar te zetten?

De heer **Korthals**: Hoe dat precies gegaan is, weet ik niet, maar van die overweging waren wij ons natuurlijk terdege bewust. Overigens is men als gevolg van die incidenten en van de voortdurende vragen vanuit de Tweede Kamer ook steeds voorzichtiger geworden met het eruit laten van mensen. Je zou je kunnen afvragen of men zo incidentgericht zou moeten reageren. Dat maakt een regering voorzichtig. Dat maakt de verantwoordelijken in een inrichting of een commissie die gaat over verlot extra voorzichtig. Het zou eens een keer fout kunnen gaan. Met name in die jaren begon dat.

De **voorzitter**: Dat hoorden wij vanochtend ook uit Duitsland. Men wordt steeds voorzichtiger. De rechters worden voorzichtiger met het loslaten, alleen krijg je dan wel de situatie dat er jaarlijks een kliniek bijkomt. Zegt u nu: wij zijn zo gericht op incidenten dat daardoor het systeem vastloopt?

De heer **Korthals**: Nee, dat is het niet alleen, maar het is wel een factor die meespeelt. Het heeft natuurlijk ook te maken met het feit – ik dacht dat ik het zojuist al zei – dat rechters steeds meer tbs gaan opleggen. Zij worden ook voorzichtiger. Zij weten ook: als ik een gevangenisstraf opleg en hij wordt op een gegeven moment vrijgelaten en het loopt mis, dan is het toch weer de rechter die een ongelofelijk lage straf heeft opgelegd. Ik weet niet of rechters zullen toegeven dat zij zo denken, maar dat het ongetwijfeld een rol zal gaan spelen, denk ik zeker.

De **voorzitter**: Het zijn allemaal redenen waarom het systeem, zoals dat hier gezegd is, vastloopt. Moeite om eruit te komen, weinig aangrijpingspunten om mensen los te laten en te volgen, dus lage zekerheid aan die kant, maar ook bij de instroom kiezen voor maximale zekerheid. Dan kom je in een situatie waarvan professor Van Marle zei: als je zo doorgaat, kun je jaarlijks een kliniek erbij bouwen. Dat was mijn punt ook. Dat is eveneens met hoge kosten verbonden, dus die afweging moet je maken. Ik wil nog even terug naar de situatie toen. Hebben de ontwikkelingen in de algemene psychiatrie toen ook meegespeeld bij uw afwegingen en bij de analyse van wat er gaande was? Ik vraag dat, omdat een aantal mensen hier heeft gezegd dat er zo weinig aangrijpingspunten zijn in de algemene psychiatrie dat mensen die geestelijk ontsporen, niet meer gecorrigeerd kunnen worden. Zij gaan iets ergers doen en dan nog iets ergers. Op een gegeven moment plegen zij een delict dat tbs-waardig is, waarop dus een straf van vier jaar of langer staat. Wij hoorden dat al in de jaren negentig zichtbaar was dat er iets fout ging in de algemene psychiatrie, wat vervolgens oversloeg naar de tbs. Waren dat waarschuwingen die toen ook naar voren kwamen?

De heer **Korthals**: Wij hadden toen – dat weet ik nog wel – een WODC-rapport waaruit bleek dat mensen bepaalde psychische kenmerken konden hebben die uiteindelijk zouden leiden tot een criminele carrière. Dan is het belangrijk, er in een vroeg stadium bij te zijn en ervoor te zorgen dat zij dan al in de sociale opvang worden opgenomen. Dat vereist ook veel betere contacten tussen bijvoorbeeld politie en de Riagg's, zodat die mensen als psychiatrisch worden opgevangen voordat zij met een tbs-maatregel te maken krijgen. Dat idee leefde wel degelijk.

De **voorzitter**: Het gaat dan om de samenwerking met de ggz?

De heer **Korthals**: Ja, althans toen nog met de Riagg's, voordat men überhaupt in het criminele circuit zou komen. Eigenlijk is de ggz meer aan de achterkant. Als je eenmaal mensen met een tbs-maatregel hebt, moet je er voor zorgen dat zij uit de klinieken komen en dat zij worden opgevangen bij de ggz. Dan krijg je het probleem of de ggz dat wel wil. De ggz wil dat voor een deel wel. Psychotici kan de ggz echt een behandeling bieden. Dat de ggz helemaal niets doet, is ook weer niet waar, maar zij zouden meer kunnen doen. Dat is wel mijn stellige overtuiging.

Voor de ggz zijn mensen met een persoonlijkheidsstoornis een probleem, omdat zij binnen de ggz iets heel anders eisen dan bij de tbs. Je krijgt met ongelofelijk moeilijke mensen te maken die je hele organisatie omverwerpen, waar je verpleegkundigen problemen mee hebben en waar je verpleegkundigen ook niet erg veel voor voelen. Als je dan ook nog weet dat deze mensen, als zij de fout in gaan, niet worden teruggenomen in de tbs-kliniek: ja, wat moeten wij dan nog? Vandaar dat wij er ook voor gezorgd hebben dat de tbs-klinieken meer en meer zouden overgaan tot terugnamegaranties aan de ggz.

De **voorzitter**: Dat is van de week ook al genoemd. Iemand van de ggz zegt: ik wil hen wel hebben, als ik maar weet dat er een terugkeergarantie is. Dan zijn wij eigenlijk bij een discussie die later in uw kabinetsperiode speelde, namelijk de aanbevelingen van weer een nieuwe commissie, de commissie-Kosto. Voordat wij op de inhoud overgaan: er waren zojuist twee vrij snel op elkaar volgende departementale onderzoeken gedaan. Toch besluit u om weer een nieuwe commissie in het leven te roepen, de commissie-Kosto. Wat waren de redenen om dat nu weer te doen?

De heer **Korthals**: Het moest in een algeheel perspectief geplaatst worden. IBO 1 en IBO 2 kwamen – om het makkelijk te zeggen – met erg veel verbetervoorstellen. Er moest veel veranderen, dus is het nodig om dat in een perspectief te plaatsen, om er een visie op te krijgen. Daarom hebben wij de commissie-Kosto gevraagd, daar eens haar licht over te laten schijnen.

De **voorzitter**: De commissie-Kosto zegt: laat de klinieken integreren in de ggz. Laat ze niet alleen beter samenwerken, laat ze daar echt een onderdeel van worden. Die aanbeveling is toen niet door het kabinet overgenomen.

De heer **Korthals**: De commissie noemde twee opties. De ene was om te integreren en de andere was veel meer samenwerken en dan op termijn integreren. Voor de

tweede optie heb ik toen gekozen. Ik vond namelijk, ook op basis van adviezen die wij kregen, dat de benadering van de ggz en de tbs-klinieken een fundamenteel andere was. Dus, dacht ik, moeten wij eerst zorgen dat zij behoorlijk gaan samenwerken. Als die samenwerking dan op een dag neigt naar integratie, dan kan dat altijd nog. Als wij dat echter in een vroeg stadium doen, zou dat nog wel eens kunnen betekenen dat zij tegen elkaar op gaan zitten boksen en dat geen van beide meer goed werkt. Ik was daar niet zo'n groot voorstander van.

Ik vraag mij af of men op het ogenblik nog wel wil dat zij tot een totale integratie komen. Zij hebben verschillende doelstellingen. Bij de ggz gaat het primair om de patiënt die vraagt om hulp, terwijl het in de tbs echt gaat om de beveiliging van de samenleving. Waarom dat ineens zo snel zou moeten gebeuren en waarom het, als het dan al moet, niet langs de weg van geleidelijkheid zou kunnen, begrijp ik eerlijk gezegd nog steeds niet. Dat er op dat moment ggz-klinieken waren die dat wel een interessante optie vonden, is niet geheel onbegrijpelijk, want mensen zijn maar mensen. Het is toch ook een uitbreiding van wat je allemaal onder je hebt.

De **voorzitter**: Er is iets wat ik niet begrijp. U had het net over de aansluiting van tbs en ggz, over het belang van uitstroom en samenwerking, over hoe belangrijk het is dat de mensen die in de ggz werken, weten met wat voor type patiënt zij te maken hebben en met wat voor behandeling. Dan is het toch ook logisch dat zij dichter bij elkaar komen om die kennis uit te wisselen, om ervoor te zorgen dat de tbs'er bij zijn terugkeer in de maatschappij niet weer een heel wezensvreemde organisatie tegenkomt? Als ik uw redenering volg, zou het juist heel logisch zijn om die integratie wel te doen.

De heer **Korthals**: Een van de punten is hier altijd dat als er iets niet loopt, dan gaan wij een structuur veranderen. In feite hebben wij dat met IBO 1 en IBO 2 ook gedaan. In de eerste plaats gingen wij er natuurlijk voor zorgen dat er uitwisseling kwam, dat er meer circuits kwamen, dat zij met elkaar spraken en vervolgens meer samenwerkten. Het hoogtepunt van dit alles zou de totale integratie worden.

Op een ding bekijken wij ons echter altijd en dat zou nog wel eens een fout hebben kunnen zijn. Je mag dan bestuurlijk aardig bezig zijn, maar het gaat om hoe men het op de werkvloer ervaart. Daar is geen integratie voor nodig. Dat bereik je ook gewoon door mensen uit te wisselen, door te zorgen dat er een tbs-dependance is op een ggz-terrein, ik noem maar wat. Daarin zie ik niet direct een noodzaak van integratie.

De **voorzitter**: U schreef in die tijd dat u een niet-vrijblijvende samenwerking bepleit tussen de tbs-sector en de ggz. Dat klinkt mooi, maar wat moet ik mij voorstellen onder een "niet-vrijblijvende samenwerking"?

De heer **Korthals**: Dat zij heel duidelijke afspraken gaan maken. Zo van: jullie nemen van ons zoveel mensen over en wij helpen jullie met de verpleging, met de opvang en met de beveiliging. Als het bij jullie in de kliniek niet loopt – ik noem maar een voorbeeld – dan zijn wij bereid en in staat om die mensen weer terug te nemen.

De **voorzitter**: U had al geconstateerd dat de tbs-klinieken koninkrijkjes waren, dat er af en toe een aai over

de bol nodig was en dat het lastig samenwerken was met de ggz. En toch zegt u dan tegen die koninkrijkes: jullie moeten gaan werken aan niet-vrijblijvende afspraken?

De heer **Korthals**: Nee, maar wij waren tegelijkertijd ook bezig om het veel transparanter te maken en om te zorgen dat zij niet alleen met hun eigen behandelingsmethodes bezig bleven, maar deze gingen uitwisselen met de andere klinieken. Via het expertisecentrum zouden die methodes kenbaar worden gemaakt bij de ggz en andersom. Voorts kwam er een permanent overleg tussen Justitie en VWS om dat allemaal te verbeteren.

De **voorzitter**: Als ik goed begrijp wat u zegt, is besloten om over te gaan op een andere verdeling naar de klinieken. Er werd niet meer specialistisch, maar aselekt toegewezen. De klinieken kregen eenzelfde populatie en konden onderling vergeleken worden op prestaties. Dat zou hen in een soort concurrentiemodel moeten aansporen om beter te werken.

De heer **Korthals**: Ja. Zij zouden ook opener worden en meer interesse hebben voor de buitenwereld. Dat zou weer voordelig zijn voor de samenwerking met de ggz.

De **voorzitter**: Hoe moesten zij opener worden?

De heer **Korthals**: Als jij je behandelmethodes communiceert, als je vertelt hoe je dat doet en wat jouw resultaten zijn en als je dat vergelijkt met de andere klinieken, dan wordt de gemeenschap opener.

De **voorzitter**: Daarvoor was het nodig dat zij hun methodes en behandeltijden publiceerden?

De heer **Korthals**: De onderzoeksmethodes moesten ook kenbaar gemaakt worden aan het expertisecentrum.

De **voorzitter**: Waren daar dwingende afspraken voor nodig? Of is het overgelaten aan de sector zelf?

De heer **Korthals**: Dat was het beleid dat werd ingezet. Ik dacht dat men zich daar ook aardig aan heeft gehouden. Het gevolg is onder andere geweest dat de behandelingsduur korter is geworden. Die was begin jaren negentig alleen maar aan het toenemen en is daarna weer wat teruggedaan.

De **voorzitter**: Wij horen nog steeds dat het expertisecentrum dat toen is opgericht, niet alle informatie kreeg. Niet alle klinieken deelden hun informatie met het centrum. Vandaar mijn vraag hoe dat dwingend is afgesproken.

De heer **Korthals**: Ik weet niet of dat in convenanten gebeurd is. Dat gaat mijn kennis te buiten, maar ik denk dat de werkgroep die bezig was dat te ordenen, daar ook wel met de klinieken afspraken over gemaakt heeft.

De **voorzitter**: U bedoelt de zware werkgroep die ik eerder noemde?

De heer **Korthals**: Ja.

De **voorzitter**: Die werkgroep moest volgen wat er gebeurde. Dat is voor ons en onze analyse heel belangrijk.

Ook voor onze aanbevelingen geldt dat het heel mooi is om dingen op papier te zetten, maar daar moet het niet bij blijven. De vraag is altijd hoe het van het papier naar de praktijk gaat. Dat is iets waar wij nog steeds weinig zicht op hebben.

De heer **Korthals**: Dat is zo. Je zou alle aanbevelingen stuk voor stuk moeten nalopen. Ik denk dat er vrij veel omgezet zijn. In de omzetting van een enkele aanbeveling zijn wij niet geslaagd, met name ten aanzien van de doorstroming naar de ggz en de passantenproblematiek, overigens twee heel belangrijke aanbevelingen.

De **voorzitter**: Een andere aanbeveling was om meer te gaan doen aan wetenschappelijk onderzoek. Het is vanochtend ook gezegd: de Engelsen zijn heel goed in wetenschappelijk onderzoek. Zij volgen populaties, zij investeren in nieuwe ontwikkelingsprogramma's. De afgelopen week hebben wij ook kritiek gekregen van hoogleraren die zeggen dat de tbs-klinieken vaak met verouderde methodes werken. Dan is de vraag hoe dat van het papier naar de praktijk wordt gebracht. Wie gaat dat wetenschappelijk onderzoek initiëren? Waar ligt de verantwoordelijkheid daarvoor?

De heer **Korthals**: Wij moeten zorgen dat de kwaliteit behoorlijk is en dat de kwaliteit geborgd wordt. Daar heb je de inspectie voor. De inspectie kijkt naar de kwaliteit van de inrichtingen. Als zij op een gegeven moment op of aanmerkingen maakt over de kwaliteit, dan behoort je daarop in te grijpen.

De **voorzitter**: Dat is kwaliteitsborging. Ik bedoel het starten van nieuw onderzoek. Was dat iets voor het expertisecentrum? Of moet het ministerie van Justitie zelf zeggen: wij willen meer weten over risicotaxatie, wij gaan onderzoek starten samen met een kliniek en een universiteit?

De heer **Korthals**: Dat kan bij het ministerie van Justitie terecht komen, wat ook gebeurd is. De risicotaxatie is al in een vrij vroeg stadium besproken. Zij kwam uit Canada over – dat weet ik nog wel – en was ineens de oplossing voor alle problemen. Voor mijn gevoel heeft het nog vrij lang geduurd, voordat men haar als instrument ging gebruiken. Nu komt men volgens mij met een nieuw risicotaxatie-instrument. Daaraan werd gewerkt, dat is wel degelijk waar. Bovendien zijn er toch wel heel wat promoties op het gebied van forensische psychiatrie en dat gaat niet geheel langs het ministerie heen. Wij hebben deskundigen – u noemde professor Van Marle – die er wel bij betrokken zijn. Als er dus nieuwe ontwikkelingen zijn, neem ik aan dat men zich daarvan bewust is.

De **voorzitter**: Als u iets aanneemt, gebeurt dat dan ook? Wij hebben hier regelmatig gehoord: het gebeurt niet en een van de redenen daarvoor is dat het allemaal koninkrijkes zijn. Men wil niet dat er naar binnen wordt gekeken.

De heer **Korthals**: Dat is waar, maar daarom hebben wij nu juist de koninkrijkes veranderd en ze toegankelijk laten worden, transparanter en dergelijke. Vandaar ook dat er meer uitwisseling van kennis en kunde heeft plaatsgehad. Dat maakt ook de behoefte aan onderzoek – als die er al is – levend. Niet iedereen die zegt dat onderzoek nodig is,

wil gelijk hebben. Er zijn mensen die hun hele leven van alles blijven onderzoeken tot het werkelijk tot resultaten komt. Laten wij redelijk zijn, het kan ook een belanghebbend element in zich hebben. Het kan zijn dat mensen die zeggen dat er te weinig onderzoek is, zelf graag onderzoek zouden willen doen.

De **voorzitter**: Zij hebben daar eigenbelang bij.

De heer **Korthals**: Dat kan.

De **voorzitter**: U noemde zelf al Canada als voorbeeld met een risicotaxatie-instrument dat toen opeens helemaal in was. Is er vanuit het departement zelf initiatief genomen om onderzoek te doen naar risicotaxaties?

De heer **Korthals**: Er is mij toen in ieder geval wel gezegd dat dit gebeurt. Het uitgangspunt was het Canadese risicotaxatie-instrument, maar dat zou natuurlijk nog moeten worden aangepast aan de Nederlandse situatie.

De **voorzitter**: Is dat in een kliniek gebeurd, of is er ook op het departement zelf gewerkt aan kennisverhoging, kennisvermeerdering en onderzoek in opdracht van het ministerie?

De heer **Korthals**: Ik denk dat dit ook op het departement gebeurd is.

De **voorzitter**: Wij hadden het net al over de samenwerking tussen ggz en de klinieken. Ik geef u een voorbeeld. De tbs-kliniek de Kijvelanden wil fuseren met een psychiatrisch ziekenhuis. Daar zijn heel vergevorderde plannen voor, maar dan houdt u dat tegen, als ik het wel heb op het laatste moment. Wat was toen uw overweging?

De heer **Korthals**: Het ging niet om een fusie. Die twee wilden integreren.

De **voorzitter**: Fuseren zelfs, begrijpen wij.

De heer **Korthals**: Ja, maar what's in a name? 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 **voorzitter**: 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.

De **voorzitter**: Had u daar indertijd contact over met uw collega van VWS?

De heer **Korthals**: Misschien in de marge ergens. Maar wij hebben natuurlijk vervolgens het kabinetsstandpunt over het rapport-Kosto samen gedaan.

De **voorzitter**: Dit is een aanloop naar mijn vraag over de samenwerking tussen die twee departementen. Er is een aantal keren gezegd dat tbs een zaak van veiligheid is, lees Justitie, én een zaak van behandeling, lees Volksgezondheid. Dat zijn twee culturen, twee departementen met een eigen taal, met een eigen traditie, maar ook met eigen oogmerken. Vanochtend is gewezen op het belang van een goede samenwerking op het hoogste niveau om dat optimaal te laten verlopen. Op welke manier hebt u toen getracht dat te verbeteren en te optimaliseren?

De heer **Korthals**: Door met gezamenlijke standpunten te komen in het kabinet, door te zorgen dat wij twee, drie kabinetsstandpunten hadden. Eerst over IBO 1, dan over IBO 2 en vervolgens over de commissie-Kosto. Dat wil niet zeggen dat de ministers altijd overleg hebben. Intern heb je met je ambtelijke staf overleg en bepaal je welke kant je uit wilt. Klopt dat met wat VWS wil? Zo ja, dan is er geen probleem. Zo niet, dan wordt er nog verder over gesproken en als het echt niet lukt, dan komen pas de ministers bij elkaar. Dat is in dit geval, dacht ik, niet erg vaak gebeurd, omdat wij het in feite over de lijn wel eens waren.

De **voorzitter**: Op de vraag wat u hebt gedaan, zegt u dat u gezamenlijke standpunten hebt ingenomen, maar dat is het dagelijkse werk van een minister. Iedere vrijdag komt de ministerraad bijeen en dan worden er gezamenlijke standpunten ingenomen. Daar gaat een fase aan vooraf, waarin de twee departementen of twee uitvoeringsorganisaties die achter de departementen zitten, niet optimaal samenwerken. Dat betekent dat je misschien in een veel eerdere fase moet aansturen om problemen te voorkomen.

De heer **Korthals**: Wij werkten naar mijn gevoel optimaal samen. Natuurlijk zullen er verschillende belangen zijn, maar hoe gaat dat? Je constateert dat iets niet loopt of dat het moet veranderen. Dan gaan die twee departementen bij elkaar zitten en bepalen wat zij gaan veranderen. Daar komt dan een kabinetsstandpunt uit voort. Je zou ook een standpunt van twee bewindslieden kunnen hebben, maar wij vonden het dermate belangrijk dat het een kabinetskwestie is geweest. In feite waren wij het op politiek niveau eens, je kunt geen andere conclusie trekken. Ik zou mij nu niet voor de geest kunnen halen dat er geweldige wrijving was tussen VWS en Justitie op bepaalde punten.

De **voorzitter**: Nee, dat is ook niet waar ik op doel. Ik probeer te achterhalen wat je doet om het soepeler te laten verlopen als er traditioneel verschil zit tussen twee departementen, maar ook tussen twee sectoren, met daarin mensen met een eigen achtergrond en een eigen taal. Dat is een vraag die ouder is dan uw ministerschap. Het probleem is al jarenlang bekend.

De heer **Korthals**: Ik vraag mij af of het een jarenlang bekend probleem is. In feite is het probleem pas boven water gekomen bij IBO 1. Dat is voortgezet bij IBO 2. Er zullen ongetwijfeld wel problemen geweest zijn en toen zijn wij er ook daadwerkelijk iets aan gaan doen. Als je de hele situatie in de tbs-klinieken nu vergelijkt met vroeger, dan moet je toch zeggen dat het veel transparanter geworden is, dat er betere kwaliteit is, dat men ook meer openstaat voor de buitenwereld dan voorheen. Het zou mij wat al te gortig worden als men zegt: het blijft maar een oubollig geheel dat alleen maar naar binnen gericht is. Dat geloof ik niet. Alleen kunnen er op sommige punten nog duidelijke verbeteringen worden aangebracht.

De **voorzitter**: Ik ben nog niet toe aan een conclusie. Wij zitten nog midden in het onderzoek en herkennen heel veel zaken die midden jaren negentig ook al zijn opgemerkt. Vandaar dat ik u al die vragen hierover stel. Dat is de reden dat u hier zit.

Liep de minister van Volksgezondheid ook tegen het probleem van de aansturingrelatie met het ggz-veld aan? Was het feit dat u geen volledige grip had op de sectoren – u op de koninkrijkes van de tbs-klinieken en de minister van Volksgezondheid op zijn eigen sector met zijn eigen dynamiek – een van de redenen waarom u samen tot de conclusie kwam dat u niet koos voor het fuseren dan wel integreren?

De heer **Korthals**: Ja, dat is wel waar. Het is totaal anders. De minister van Justitie heeft natuurlijk een veel directere verantwoordelijkheid, ook richting de persoon die een tbs-maatregel opgelegd heeft gekregen, dan de minister van VWS die veel meer een systeem-verantwoordelijkheid heeft. Maar het is niet zodanig gegaan dat wij niet meer samen door een deur konden.

De **voorzitter**: Dat is niet waar ik heen wil. Het gaat mij om de vraag hoe je van de voorstellen die op papier staan komt tot de uitvoering daarvan in de praktijk. Dan speelt steeds de vraag hoeveel grip een departement of de minister heeft om dat gedaan te krijgen. Om weer naar uw situatie te gaan als voormalig minister van Justitie: wat is de aansturingrelatie van de minister naar de klinieken? Hoe kunt u gedaan krijgen dat zij doen wat de politiek wil?

De heer **Korthals**: Wij moeten een onderscheid maken tussen de verschillende klinieken. Over rijksklinieken heeft de minister direct zeggenschap; hij heeft er direct invloed op. Met de particuliere klinieken heeft de minister contracten afgesloten. Ik ben het er wel mee eens dat het in die tijd allemaal een lappendeken is geweest. Vandaar ook dat wij gezegd hebben: wij moeten naar een meer professionele sturing en een duidelijke sturing toe. Daar is ook een tijdspad voor uitgewerkt. Er moest voor gezorgd worden dat de minister duidelijk zijn bevoegdheden had in wet- en regelgeving, zodat hij ook op basis van de wet- en regelgeving toezicht kon

uitoefenen. Er moest voor gezorgd worden dat er niet overal maar convenanten met de klinieken waren, maar dat dit geharmoniseerd kon worden. Daar is wel degelijk wat aan gedaan. Op dat moment – dat erken ik – was de situatie inderdaad dat je met de ene kliniek die afspraken had en met een andere kliniek weer andere. Maar dat heeft er niet toe geleid dat je die aanbevelingen niet zou kunnen gaan doorvoeren.

De **voorzitter**: U zei al dat er rijksklinieken zijn en private klinieken en dat er allerlei verschillende afspraken zijn. Er was in die tijd ook discussie over het privatiseren van alle klinieken, zodat je alleen nog maar private klinieken had. Daar was u geen voorstander van, begrijp ik?

De heer **Korthals**: Nee. Ik heb toentertijd gezegd dat wij moesten kijken of er meer verzelfstandigd zou moeten worden, dat er onderzoek gedaan moest worden naar de voor- en nadelen daarvan. Een voordeel is natuurlijk dat je meer klinieken krijgt die gelijkwaardig zijn en dus meer concurrentie. Een nadeel zou kunnen zijn dat je wat minder directe sturingsmogelijkheden hebt als minister, maar dat zou je kunnen ondervangen door heel duidelijk in de wet- en regelgeving vast te leggen dat een minister in tijden van crisis op bepaalde manieren kan optreden.

De **voorzitter**: Wat was uw standpunt aan het einde van de rit, nadat het onderzoek was gedaan?

De heer **Korthals**: Dat onderzoek is na mijn periode geweest. Ik weet wel dat ik mij toen min of meer heb vastgelegd dat ik zou gaan meewerken, als dat zou kunnen, aan de verzelfstandiging van de Van Mesdag-kliniek.

De **voorzitter**: Dat klinkt niet echt enthousiast.

De heer **Korthals**: Jawel, zeker.

De **voorzitter**: U zei dat u zich hebt vastgelegd.

De heer **Korthals**: Ja, omdat dit eigenlijk vooruitlopend was op de rest van het onderzoek dat er zou komen. Dus wij zouden kijken of de rijksklinieken überhaupt meer verzelfstandigd zouden moeten worden. In het geval van de Van Mesdagkliniek was ik eigenlijk al een weg ingeslagen die meer die kant uit ging.

De **voorzitter**: Zou het, gezien de problemen die u schetste, het gebrek aan grip op de sector en de omwentelingen die er gemaakt waren, niet logisch geweest zijn om grip te houden via een aantal rijksklinieken? Daarmee waren in ieder geval duidelijke afspraken gemaakt. Dan had de minister toch op die manier een deel van de problemen kunnen aansturen?

De heer **Korthals**: Ja, maar wacht even. Voor de aansturing heb je natuurlijk ook allerlei andere mogelijkheden. Je hebt de convenanten, je hebt de wet- en regelgeving, je zou met de klinieken afspraken kunnen maken over zaken die zij moeten halen en op basis van de inkoopmogelijkheden die je hebt, kun je die afspraken ook min of meer afdwingen. Als jij plaatsen gaat inkopen, geef je dus ook financiering aan die klinieken. Daar zijn zij belanghebbenden bij.

De **voorzitter**: Dat is een discussie die veel later is gekomen, na uw ministerschap.

De heer **Korthals**: Jawel, maar ik wil aangeven dat een verzelfstandiging niet per se betekent dat je jouw grip op de klinieken kwijt raakt.

De **voorzitter**: U was dus niet een principieel voorstander van het blijven bestaan van een aantal publieke rijksklinieken?

De heer **Korthals**: Nee. Er zitten voor- en nadelen aan vast en die wilde ik toen in kaart gebracht hebben.

De **voorzitter**: Oké. Ik wil een ander onderwerp kort aansnijden, namelijk de reclassering. De reclassering heeft natuurlijk ook een rol in de uitvoering van een tbs-maatregel, denk aan tbs met voorwaarden of aan proefverloven. Wat was in uw visie toentertijd de rol en taak van de reclassering? Moest de reclassering een grotere rol krijgen bij het beheersbaar maken van de problemen?

De heer **Korthals**: Ik denk dat je er niet aan ontkomt om iets als een reclassering te hebben. Ik zal duidelijk zijn over wat ik toen dacht over de reclassering. Het heeft mij altijd onzeker gemaakt dat ik niet precies wist of de reclassering de taken die zij deed, ook deed op de manier waarop dat moest. Ik vond het dan ook interessant om eens onverwachts langs te gaan bij de reclassering om te zien of dat werkte. Een van de nadelen die een minister van Justitie heeft, is dat hij zelden of nooit ergens heen kan gaan, want hij zit altijd in de Kamer. In het geval van de reclassering is mij dat een paar keer gelukt. Helaas wisten zij toch van tevoren dat ik kwam, dus dat ging voortreffelijk.

De **voorzitter**: Als zij wisten dat u kwam, ging het voortreffelijk?

De heer **Korthals**: Ik weet niet of het door mij kwam, maar in ieder geval was iedereen aan het doen wat zij moesten doen. Ik vond toen dat de reclassering nogal zelfstandig optrad. Wat je bij de reclassering moet doen – en ik geloof dat wij die richting ook bepaald ingegaan zijn – is heel duidelijk stellen: dit verwachten wij van jullie en wij willen dat jullie dat leveren. Als je daar niet duidelijk in bent, dan gaan zij hun eigen doelen stellen en dat zou niet moeten gebeuren.

De **voorzitter**: Zoals u onverwachts binnenkwam bij de reclassering, klonk het een beetje alsof u de reclassering van de reclassering was.

De heer **Korthals**: Ja, zo was het ook eigenlijk. Het deed mij denken aan mijn diensttijd. Toen probeerde de generaal der mariniers altijd om 's nachts zijn eigen kazerne binnen te komen. En o wee als het hem lukte. Dan waren de mariniers nog niet jarig.

De **voorzitter**: De reclassering was in uw periode ook nog niet jarig, want u kwam af en toe langs en u was ook niet tevreden. Maar het was wel de tweede sector die niet direct aan te sturen was.

De heer **Korthals**: Dat is een ander onderwerp. Het is inderdaad een sector waar je allemaal afspraken mee moet maken. Die afspraken moesten steeds duidelijker zijn en je moest de touwtjes van het departement ook een beetje aantrekken. Dat is zeker wat er ook gebeurd is. Ik heb het idee dat dit wel degelijk gelukt is.

De **voorzitter**: Werden die touwtjes aangetrokken door middel van nieuwe financiële sturingsrelaties of door middel van nieuwe bevoegdheden van de minister om prioriteiten te stellen?

De heer **Korthals**: Een minister mag altijd prioriteiten stellen. Zij zijn natuurlijk financieel toch voor een belangrijk deel afhankelijk van het Ministerie van Justitie. In die zin kun je als minister wel het een en ander doen.

De **voorzitter**: Waar hebt u dan voor gekozen? Hebt u gekozen voor de financiële sturing?

De heer **Korthals**: Nee, voor het maken van afspraken met het veld. Zij moesten daar zoveel mogelijk de taken delen die hen opgedragen waren en niet hun eigen taken vastleggen. Maar dat hoefde ik als minister niet te doen, dat moeten de klinieken doen. Zij moeten zeggen: in de begeleiding verwachten wij dit en dat van jullie en daar en daar moeten jullie over presteren. Het is niet zo dat de begeleiding gebeurt op de wijze waarop de reclassering denkt dat die moet gebeuren. Dat is altijd een beetje mijn zorg geweest bij de reclassering. Ik spreek hier de zorg uit dat ik er weinig zicht en grip op had.

De **voorzitter**: Ik vond het toch lijken op hoe u eerder de tbs-klinieken omschreef. Ook daar had u weinig zicht en grip op.

De heer **Korthals**: Vandaar dat er ook aan gewerkt wordt, dat steeds meer te krijgen. Bij de tbs-klinieken hebben wij gezegd: er komt een wettelijke basis voor de minister. Dat is heel duidelijk. Er komen eenduidige convenanten, er wordt meer aan output-sturing gedaan. Dat zijn allemaal manieren om daar grip op te krijgen. Binnen de reclassering gebeurt dat door te zeggen: jullie moeten aan die en die voorwaarden voldoen, anders krijgen jullie minder financiële middelen of maken wij geen gebruik van jullie. Het is echter ook en met name een taak van de klinieken zelf om dat te doen.

De **voorzitter**: Dat kan. Ik begon het gesprek met de vraag wat u aantrof in 1998, hoe de situatie toen was. Vier jaar later was u een aantal onderzoeken, adviezen en debatten verder. Wat is uw beeld van hoe u het departement en dit terrein achterliet?

De heer **Korthals**: Ik denk dat het redelijk archaisch was toen ik begon en dat er in ieder geval meer openheid en meer transparantie was aan het eind. Ik denk dat er een sterkere wil was om samen te werken met anderen. Men was meer naar buiten toe gericht. Wij hebben er dus voor kunnen zorgen dat de kwaliteit is verbeterd en dat de kennis is verhoogd. Dat heeft natuurlijk met elkaar te maken. Met andere woorden: er moest nog veel gebeuren, maar ik denk dat de weg die ingeslagen is, op zichzelf de juiste weg is.

De **voorzitter**: Kunt u zich nog herinneren wat u hebt achtergelaten voor uw opvolger in de vorm van een overdrachtdossier? Waren er specifieke punten waarop u zei: mijn opvolger moet hierop letten, want ik ben een traject ingeslagen dat nog lang niet af is? U noemde zelf het jaartal 2006.

De heer **Korthals**: Voor de ggz dan.

De **voorzitter**: Ja, maar het ging om een samenwerkingsvorm.

De heer **Korthals**: Ik kan mij zo niet herinneren dat wij dat besproken hebben, maar er zal ongetwijfeld zo iets in het overdrachtdossier gezeten hebben. Dat weet ik niet.

De **voorzitter**: Is er in uw periode geïnvesteerd in de afdelingen die verantwoordelijk zijn voor tbs? Ik bedoel de Dienst Justitiële Inrichtingen, maar in het bijzonder ITZ. Dat gaat over de individuele tbs-zaken. Is dat een grotere afdeling geworden in de periode dat u minister was? Is het gegroeid nadat u vertrok?

De heer **Korthals**: Aanvankelijk was het zo dat de Meijers-kliniek al die toewijzingen zou doen. Dat is vervolgens door de ITZ gebeurd. Of er een uitbreiding van personen heeft plaatsgevonden, weet ik niet. Het kan ook zo zijn dat ITZ efficiënter is gaan werken. U weet dat Justitie er in die periode – dat is misschien wel aardig om te memoreren – financieel nog niet zo gek veel bij kreeg. Het was roeien met de riemen die wij hadden. Precies weten doe ik het niet. De plaatsing was overigens nog niet eens zo'n geweldig moeilijke functie. Als het aselekt kan gebeuren, is het een kwestie van uitzoeken waar plaats is en wie daarvoor in aanmerking komt.

De **voorzitter**: Ja, maar zij moesten ook verloven controleren.

De heer **Korthals**: Ja, zij moesten ook verloven controleren, maar er komt natuurlijk eerst een advies van de inrichting. Toen kwam ook nog de vraag op of er een soort verofscommissie moest komen. Ik zou het van dwaas vinden als er een verofscommissie kwam. Het zou namelijk betekenen dat je in feite een soort executierechter gaat krijgen en dat je zaken die met beleid te maken hebben, uit handen van de politiek haalt. Dan zou volstrekt onduidelijk zijn op welke manier er vervolgens voor dat beleid verantwoording kan worden afgelegd.

De **voorzitter**: U zou het dwaas vinden als er een commissie kwam? Maar dat was ook een van de adviezen van de commissie-Kosto en toen heeft u niet gezegd dat u het dwaas zou vinden.

De heer **Korthals**: Jawel. Ik heb er toen een commissie van gemaakt die de minister zou adviseren, maar niet een onafhankelijke verofscommissie.

De **voorzitter**: U schreef: het kabinet onderschrijft de wenselijkheid van een extra toetsing door een commissie.

De heer **Korthals**: Een extra toetsing wel, maar zodat de beslissing uiteindelijk bij de minister zou liggen.

De **voorzitter**: Die extra toetsing moest een inhoudelijke toetsing zijn door een verofscommissie. Dat is toch niet dwaas? Dat is wat Kosto adviseerde.

De heer **Korthals**: Nee, Kosto adviseerde een onafhankelijke verofscommissie, dus dat het verof niet meer werd toegestaan door de minister, maar door die commissie. En dat vind ik bepaald geen goed punt, om de doodeenvoudige reden dat je dan problemen krijgt met vragen zoals: wie zit er in die verofscommissie; hoe wordt die commissie ter verantwoording geroepen; is het niet vooral een taak van de minister van Justitie wanneer het te maken heeft met vrijheidsbeneming en dus de grondrechten raakt? Dan moet de minister daarvoor verantwoording kunnen afleggen. Bovendien heb ik een aardig voorbeeld voor de Kamer. Stel, die onafhankelijke verofscommissie zegt: nou, die uitjes vinden wij eigenlijk wel mooi. Wat wil de Kamer dan doen? Die moet zich daar bij neerleggen, dus krijg je een discussie over het functioneren van de verofscommissie. Mijn stelling is in ieder geval dat een onafhankelijke verofscommissie niet past in ons systeem.

De **voorzitter**: Tenzij zij slechts advies geeft en onder de verantwoordelijkheid blijft vallen van de minister.

De heer **Korthals**: Of dat nou heel fraai is, vraag ik mij ook nog af. Maar dan blijft in ieder geval de minister er verantwoordelijk voor.

De **voorzitter**: De toegevoegde waarde van zo'n commissie zou kunnen zijn dat zij de expertise heeft om als contracheck te dienen voor het advies van de kliniek zelf. De kliniek legt nu haar advies neer bij het ministerie. Wij vinden dat deze persoon prima in staat is om op verof te gaan; wij schatten het risico laag in. Dat komt dan binnen bij het ministerie en daar wordt er een vinkje op gezet. Of zij gaan inhoudelijk na of het advies klopt.

De heer **Korthals**: En dat betekent dan dus dat degenen van de kliniek die daarover moeten beslissen, al snel geneigd zijn, de verantwoordelijkheid af te schuiven richting die commissie. Het is immers nogal wat om te pleiten voor verof. Als het fout gaat, is het jouw verantwoordelijkheid. Als er dan toch een commissie is die daarnaar gaat kijken, dan laat je het daar graag aan over, terwijl je daarmee dus de mensen uitschakelt die dagelijks met deze patiënten of delinquenten te maken hebben en er goed zicht op hebben. Ik acht dat om twee redenen niet goed. Of je doet het om de minister uit de wind van de Kamer te houden. Dat is op zichzelf een prachtig doel, maar ik zou het staatsrechtelijk en om allerlei zожuist uiteengezette redenen niet juist vinden. Of je doet het voor de commissie in de kliniek, om haar te steunen met extra deskundigheid van buiten. Dan wordt het een afwentelen van verantwoordelijkheden.

De **voorzitter**: Maar, al laten wij het om de redenen die u noemt onder de verantwoordelijkheid van de minister, dan nog is de vraag of de afdeling van het ministerie die de machtiging afgeeft, gewoon procedureel een vinkje moet zetten of dat zij de expertise in huis moet hebben om nog even inhoudelijk na te lopen of de kliniek haar werk goed gedaan heeft.

De heer **Korthals**: Voor zover ik begrijp, is die expertise er en is er ook een aparte persoon op het ministerie die niet alleen maar afvinkt, maar wel degelijk ook nog een keer marginaal toetst.

De **voorzitter**: Er zit dus een licht inhoudelijke toets overheen?

De heer **Korthals**: Ja, er zit een heel licht inhoudelijke toets overheen, althans zo heb ik het altijd begrepen.

De **voorzitter**: Daarmee ben ik aan het eind van mijn vragen. Ik kijk nog even naar mijn collega's. Mevrouw Joldersma heeft een vraag aan u.

Mevrouw **Joldersma**: Veel van de zaken die u noemt, lijken onderwerp te zijn van een voortgaande discussie binnen de tbs. Een aantal problemen van nu waren er ook al in de tijd dat u minister was. Wij hebben het even over de verlofcommissie gehad. Wat mij opviel in de rapporten die destijds zijn geschreven, was dat de discussie over onttrekkingen en verlof daar heel weinig in voorkwam. Was die discussie er toen niet? Was dat geen belangrijk onderwerp? Of kwam het niet in de rapporten aan bod, maar wel in uw debatten met de Kamer?

De heer **Korthals**: Het begon in de relatie met de Kamer aan bod te komen in 1999 vanwege Dirk de V. Daarvoor was het, dacht ik, veel minder een issue dan het later geworden is. In de jaren die daarop volgden, werd het een steeds prominenter issue.

Mevrouw **Joldersma**: Kunt u zich nog herinneren hoe op dat moment die verloftoekenningen plaatsvonden? Er waren nog geen risicotaxatie-instrumenten. Hoe ging dat dan toen?

De heer **Korthals**: Ja, meestal boog zich een commissie uit de kliniek daarover en die kwam dan uiteindelijk tot een advies, maar hoe dat precies werkte, weet ik ook niet.

Mevrouw **Joldersma**: Als u de huidige discussie volgt en de zaken die nu aan bod komen, zijn dat dan – behalve de onderwerpen verlof en onttrekking – dingen die nieuw zijn in de discussie? Of ziet u het meer als een trein die doordendert, nadat u iets op de rails had gezet?

De heer **Korthals**: Waar het natuurlijk in wezen om gaat, is de vraag of tbs als systeem waardevol is. Ik heb stellig de indruk dat dit wel degelijk zo is. Er worden ongetwijfeld foutjes gemaakt met grote persoonlijke gevolgen en die foutjes zijn weer onderwerp van bespreking in de Kamer. Dat leidt dan uiteindelijk tot een commissie zoals deze. Ik ben er toch van overtuigd dat de incidenten – ik geloof dat u dat zelf ook zei in het begin – de aanleiding zijn geweest en niet zozeer het systeem an sich. U gaat nu allengs verder de diepte in. Deugt het systeem? Wat kunnen wij aan het systeem verbeteren?

Mevrouw **Albayrak**: U noemde inderdaad het woord "incidentgerichtheid", duidelijk ook als risico. De doorstroom vanuit tbs naar ggz wordt er niet makkelijker door, maar u wees er ook op dat de kans groter wordt dat rechters vaker gebruik gaan maken van de maatregel tbs. Dat betreft het politieke en maatschappelijke debat. Vindt

u dat de Tweede Kamer daar een rol in speelt en heeft gespeeld? Wat vindt u van die rol?

De heer **Korthals**: Ik ben nu in de gelukkige omstandigheid dat ik geen minister meer ben.

Mevrouw **Albayrak**: U hebt niet rechtstreeks meer met de Tweede Kamer te maken.

De heer **Korthals**: 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. 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. Zo zijn er nog andere dingen te noemen ook. Het betekent ook dat er veel meer gebruik zal worden gemaakt van de longstay. Aanvankelijk was het de bedoeling om dat alleen maar heel incidenteel op te leggen, maar je ziet toch al een geweldige toename van het aantal mensen op de longstay. En of dat nu wel zo'n geweldige ontwikkeling is, vraag ik mij af. Het is verdraaid vervelend voor een minister om iedere keer in een Kamer iets te moeten komen verdedigen wat niet goed is. Het is iets wat hij zelf ook niet goed vindt. En dan moet hij tegen de emotie van het individuele geval in gaan zeggen: ja, maar het systeem brengt dat nu eenmaal met zich mee. Dan ben je als minister altijd al in de verdediging. Vervolgens is dan ook nog altijd vraag twee: behoort de minister niet zijn verantwoordelijkheid te nemen en af te treden? Ja, daar heb je als minister ook niet voortdurend zin in, dus krijg je iets van: jongens, laten wij wat voorzichtiger worden. Nou ja, dat is een heel vrij verwoord antwoord.

De **voorzitter**: Je kunt er als minister maar één keer zin in hebben om af te treden. Dat is een flauwe opmerking, maar u begrijpt wat ik bedoel.

De heer **Korthals**: Kijk, ik ken met name Justitie. Ik heb het grote voorrecht gehad om nog ergens anders te zitten ook en daar had ik er veel minder last van. Justitie is wat dat betreft een onmogelijk departement. Ik heb het wel eens gehad dat ik zelf hartstikke tevreden zat te wezen, van: nu hebben wij de zaak op orde. Dan stapte ik 's ochtends de auto in en de chauffeur had de krant klaargelegd en dan dacht ik: o, daar begint het weer.

De **voorzitter**: Maar goed, wat is nu de invloed van die context? Overal waar wij komen, horen wij hetzelfde verhaal. Wij waren in Duitsland, wij waren in Engeland, in andere landen. Alle landen zeggen een aantal incidenten gehad te hebben die politieke gevolgen hadden, die tot publieke discussie leidden en die consequenties hadden voor wetgeving en beleid, in de zin dat de praktijk van het toekennen van verlof strenger werd et cetera. Dat zet het systeem onder druk, zegt u. Daar waarschuwt u voor. Tegelijkertijd moet het systeem gericht zijn op veiligheid. Daar is de minister van Justitie voor verantwoordelijk. Dus eigenlijk is de ultieme vraag: wordt na zo'n reeks van incidenten met de daarop volgende reacties in termen van

wetgeving en beleid de samenleving nu veiliger of niet?
Dat is toch de ultieme vraag?

De heer **Korthals**: Dat is de ultieme vraag. Dan moet je gewoon kijken naar recidivecijfers en dergelijke. Het is gewoon waar dat de recidive bij mensen die na een tbs-maatregel vrijkomen aanzienlijk lager is dan bij mensen die gewoon in de gevangenis zitten. Dat is een van de redenen dat ik een groot voorstander ben van de tbs-maatregel. Op het moment dat je die maatregel niet hebt, komen die mensen in de gevangenis en dan komen zij op een gegeven moment ook vrij. Bij de tbs-maatregel kun je nog altijd zeggen dat zij nog verdere behandeling behoeven.

De **voorzitter**: Zij moeten binnen blijven.

De heer **Korthals**: En zij moeten binnen blijven.

De **voorzitter**: Dan wordt het een verkapt levenslang, en dat maakt dan...

De heer **Korthals**: Dat het inderdaad verkapt levenslang wordt, is weer het volgende gevaar dat er is.

De **voorzitter**: Als u nu de periode overziet, als u met de kennis van nu terugkijkt – u waarschuwt dat er goed gelet moet worden op de dynamiek van het publieke debat – is uw conclusie dan nog steeds dat de sector en de maatregel er beter voorstaan dan tien jaar geleden?

De heer **Korthals**: Ik denk dat er geweldig veel in gang is gezet in de jaren vanaf 1997, want de eerste IBO was eigenlijk al eerder. Er is veel in gang gezet. Er zal ongetwijfeld nog veel mis zijn en het zal tijd vergen, maar ik denk dat het systeem als zodanig transparanter en opener wordt en meer kwaliteit heeft. Dat denk ik wel. Er zullen ongetwijfeld nog fouten gemaakt worden en er zullen ongetwijfeld nog veel tekortkomingen zijn.

De **voorzitter**: Maar de transparantie en de openheid bevorderen het uiteindelijke doel: veiligheid.

De heer **Korthals**: Ja.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij een goede slotopmerking om dit gesprek mee af te sluiten. Mijnheer Korthals, ik dank u hartelijk voor uw komst voor deze tijdelijke commissie, voor het licht dat u hebt laten schijnen over uw periode als minister van Justitie en ook voor de kritiek die wij hebben gekregen op het optreden van Kamer.

Sluiting 14.05 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op vrijdag 24 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Vrijdag 24 maart 2006

Aanvang 14.15 uur

Gehoord wordt de heer drs. J.F. Hoogervorst MA

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw K. de Jong, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heet welkom de minister van Volksgezondheid, Sport en Welzijn, de heer Hoogervorst. Dank voor uw komst en voor de gelegenheid die wij hebben om met u over tbs te spreken. Wij hebben u uitgenodigd omdat, naar welk land ter wereld je ook kijkt, een maatregel op het gebied van forensische psychiatrie altijd een samenspel is tussen aan de ene kant Justitie en aan de andere kant Volksgezondheid. Er zijn landen waar dat heel rigide is gescheiden. Wij hebben vanochtend over de Engelse situatie gesproken. Je zit daar of in de gevangenis of in een psychiatrische kliniek. De verantwoordelijken daarvoor zijn compleet gescheiden. Wij hebben vanochtend ook met iemand uit Duitsland gesproken, die werkt aan de kant van de volksgezondheid. Daar zit het dicht bij elkaar. Nederland kent een bijzondere mengvorm, hetgeen tot uiting komt doordat in tbs-klinieken beveiligd wordt en ook behandeld wordt. Die tweedeling voor ogen houdend, want is dan in uw visie de rol van het Ministerie van VWS bij de uitvoering van de tbs-maatregel?

De heer **Hoogervorst**: Mijn rol is dat ik voor het merendeel van de financiering verantwoordelijk ben, via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Ongeveer 80% van de kosten van de forensische zorg wordt daaruit betaald. Ik heb natuurlijk een algemene verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd. Die kwaliteit wordt gecontroleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de IGZ.

De **voorzitter**: Uw ministerie financiert de uitvoering van een maatregel voor 80% en houdt toezicht op de kwaliteit die er behoort te zijn in een omgeving waar zorg wordt verleend. Houdt het ministerie zich op een of andere manier ook inhoudelijk bezig met behandeling en

behandelmethoden? Houdt het zich daarvan op de hoogte? Is er kennis daarover aanwezig?

De heer **Hoogervorst**: Nee, niet direct. Wij houden ons niet op een andere manier met de kwaliteit van de forensische zorg en de tbs-instellingen bezig dan met die van de rest van de zorg. In de zorg werken meer dan een miljoen mensen, waaronder zeer veel deskundige professionals. Er gaat meer dan 10% van ons bruto binnenlands product in om. Het is ondoenlijk om dat vanuit Den Haag van heel nabij te volgen. In de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn heel algemene kwaliteitsnormen vervat, eigenlijk niet veel meer dan dat de zorgsector verantwoorde zorg moet geven. Die verantwoorde zorg wordt gedefinieerd door de beroepsgroep zelf. Wij kijken of de geleverde zorg niet afwijkt van wat de beroepsgroep zelf verantwoorde zorg vindt. Dat doen wij ook ten aanzien van de tbs-instellingen. Het is ondoenlijk en vermoedelijk ook niet wenselijk dat wij op alle terreinen van zorg specifieke deskundigheid bijhouden, want dat zijn heel veel terreinen, waarop heel veel mensen werkzaam zijn.

De **voorzitter**: Er is een belangrijke rol weggelegd voor de inspectie, die onafhankelijk optreedt. Moet die controleren of wat aan kwaliteitseisen op papier is gezet in de praktijk ook wordt toegepast of gaat haar rol verder? Kan zij inhoudelijk verder gaan?

De heer **Hoogervorst**: De inspectie moet bekijken of wat de beroepsgroep een normaal behandelplan vindt in de realiteit wordt toegepast. Toen er problemen leken te zijn met de kwaliteit van de zorg in tbs-instellingen heeft men besloten tweejaarlijkse rapporten uit te brengen, het eerste over 2001 en het tweede over 2003. Er komt er nu eentje uit over 2005. Daarin is vooral bekeken of de zorg goed is geprotocolleerd en of de behandelplannen worden nageleefd. In het eerste rapport was het oordeel daarover aanzienlijk slechter dan in het rapport dat over 2003 is verschenen. Ik hoop dat in het rapport dat binnenkort verschijnt ook weer over een verbetering te lezen valt.

De **voorzitter**: U zei dat er problemen waren waar de inspectie naar is gaan kijken. Weet u nog wat voor problemen dat waren?

De heer **Hoogervorst**: Ik meen dat dit met de problemen van de Van Mesdagkliniek te maken had. Eerlijk gezegd heb ik de kennis daarover niet paraat, want ik heb dat zelf niet meegemaakt.

De **voorzitter**: Kan de inspectie als zij constateert dat een behandelmethodede of een medicatie niet conform de laatste stand van zaken van de wetenschap, de state of the art dus, is ingrijpen? Kan zij corrigeren?

De heer **Hoogervorst**: Ja, er is een hele gradatie van middelen. Het begint met het doen van aanbevelingen. Die worden gepubliceerd, dus er gaat een enorm effect van uit voor een beroepssector. In het ergste geval kan men mij adviseren een afdeling stil te leggen. Die maatregel neem ik uiteindelijk, maar het advies van de IGz wordt in dat soort gevallen vrijwel altijd opgevolgd.

De **voorzitter**: In theorie is het dus denkbaar dat u een afdeling van een kliniek of een kliniek stillegt?

De heer **Hoogervorst**: Dat is onlangs gebeurt met een intensive care-afdeling van een ziekenhuis in het zuiden des lands.

De **voorzitter**: Dezelfde maatregel kan dus ook worden genomen voor een tbs-kliniek? Gaan uw verantwoordelijkheid en uw bevoegdheid zo ver?

De heer **Hoogervorst**: Dat kan gebeuren.

De **voorzitter**: U zei al dat 80% wordt gefinancierd uit de middelen van uw departement. Wij praten dan over de AWBZ. Nu is er een aantal nieuwe ontwikkelingen in de volksgezondheid. Er is een nieuwe Zorgwet. Er gaat gewerkt worden met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Hebben de modernisering van de volksgezondheid en de AWBZ consequenties voor de rol van VWS in de sector forensische psychiatrie en de tbs-sector?

De heer **Hoogervorst**: Daar speelt nog een andere zaak, namelijk het rapport van de commissie-Houtman.

De **voorzitter**: Daar wil ik dadelijk op terugkomen.

De heer **Hoogervorst**: Ik heb natuurlijk net de Zorgverzekeringwet ingevoerd. Wij willen alle vormen van curatieve zorg daar onderbrengen, ook een zo groot mogelijk deel van de geestelijke gezondheidszorg. Het is voor ons eigenlijk meteen vrij duidelijk geweest dat de forensische zorg daar vanwege haar aparte karakter en de beveiligingsaspecten niet goed in past. Wij willen de AWBZ zo klein mogelijk zien te maken. Die moet eigenlijk overblijven voor de puur onverzekerbare langdurige zorg. Het is duidelijk dat de tbs daar ook niet goed in past, want wij hopen dat de meeste mensen behandelbaar zijn. De besluitvorming rond Houtman is aangehouden in de Tweede Kamer. Tegen de achtergrond van de hele exercitie lijkt het ons belangrijk voor de financiering van de forensische zorg naar een eigenstandige oplossing te zoeken.

De **voorzitter**: Voor u is een overweging dat de forensische zorg een aparte zorg is, met een aparte rol in de totale geestelijke gezondheidszorg. Ik wil daar even op doorgaan, want wij horen ook dat wij erop moeten letten

dat mensen die in de tbs komen vaak een langdurig ggz-verleden hebben. Het zijn patiënten die je vaker tegenkomt, ook al voordat zij een delict plegen. Tegelijkertijd speelt de ggz in de nazorg een rol.

De heer **Hoogervorst**: Daar ben ik het mee eens. Het is mijns inziens heel belangrijk om zoveel mogelijk integratie te zoeken. Daarvoor is er een aantal methodes, waar wij het zo nog over kunnen hebben. Ik ben er niet zo van overtuigd dat het in de financiering moet worden gezocht. Ik denk dat het heel wijs is geweest dat het advies van destijds van de commissie-Kosto om tot een organisatorische samensmelting tussen ggz en tbs te komen niet is opgevolgd. Ten eerste heeft de tbs een heel eigenstandig karakter, met de nadruk op veiligheid. Ten tweede is er als er nu één manco is in de organisatie van de ggz, dan is het dat het al zulke enorm grote instellingen zijn. Zij zijn sterk geconcentreerd. Grote organisaties hebben altijd een probleem met flexibiliteit. Het is zeer de vraag of opvolging van het advies tot betere oplossingen had geleid.

Het kabinet heeft een andere methode gezocht, door de aanstuurrelatie en de financiële stroom die daarbij hoort.

De **voorzitter**: Een argument om het wel te doen is dat op het niveau van de patiënt zelf een veel betere aansluiting mogelijk is. Daarmee garandeer je dat de methode van werken, de kennis van de dossiers en de kennis van behandelmethoden dicht bij elkaar liggen. De afstand, de weigerachtigheid en de schrikachtigheid – dat woord wordt ook gebruikt – worden verkleind.

De heer **Hoogervorst**: Maar of je dat bereikt door de gespecialiseerde zorg die de tbs echt is onder te brengen in een enorm grote organisatievorm waag ik sterk te betwijfelen.

De **voorzitter**: U zegt dat de ggz een grote organisatievorm heeft. Hoe stuurt u die aan? Welke grip hebt daar op?

De heer **Hoogervorst**: Niet veel.

De **voorzitter**: Er waren in het verleden allerlei pogingen om de tbs-sector en de ggz-sector op elkaar aan te laten sluiten. De heer Korthals zei in het vorige gesprek dat de tbs-klinieken kleine koninkrijkjes zijn. Toen vroeg ik hem wat de minister van Volksgezondheid eigenlijk kan met de ggz. U zegt nu: niet veel.

De heer **Hoogervorst**: Mijn ambitie met de volksgezondheid is, om de reden die ik net heb aangegeven, niet om er een soort commando-economie van te maken, die centraal vanuit Den Haag wordt aangestuurd. Ik probeer juist wat meer concurrentie in de sector tot stand te brengen, zodat men zelf door bepaalde prikkels tot betere prestaties wordt gedwongen.

De forensische zorg neemt een heel aparte plaats in, omdat zij een heel belangrijke taak uitvoert voor de overheid. Je moet daar zorgen voor een heel duidelijke aansturingrelatie. Op dit moment is die niet sterk genoeg. Ik kom dan toch op de conclusie van de commissie-Houtman. Als er een eenduidige aansturingrelatie vanuit Justitie komt, met de bijbehorende financiële aansturingrelatie, zal dat meer helderheid verschaffen. Justitie kan dan met zijn geld de geïnte-

greerde zorg gaan inkopen, niet alleen bij tbs-instellingen, maar ook bij belendende percelen in de ggz. Justitie kan dan de integratie zelf vormgeven.

De **voorzitter**: Ook voor eventuele nazorg?

De heer **Hoogervorst**: Bijvoorbeeld. Daarnaast heb ik bijvoorbeeld deze week nog een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer gestuurd om de Wet BOPZ, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, te versoepelen. Die moet meer armslag bieden om mensen langs een min of meer dwangmatig traject te behandelen.

De **voorzitter**: Ik heb nog een vraag over de relatie tussen de forensische klinieken en de algemene psychiatrie. Er zijn allerlei rapporten uit het verleden, zoals het advies van de commissie-Kosto, waarin wordt gewaarschuwd dat er een te grote afstand tussen die twee is, waardoor de aansluiting wordt bemoeilijkt. Men kan opnamen weigeren. Als een tbs-kliniek een patiënt onder voorwaarden de kliniek uit wil laten gaan, terug naar de samenleving, om te resocialiseren, kan de ggz de voorwaarde stellen dat die patiënt terug kan naar de tbs-kliniek. Er worden steeds voorwaarden gesteld. Er is steeds gewaarschuwd voor de breuk tussen die twee sectoren.

De heer **Hoogervorst**: Justitie zou die breuk kunnen lijmen via de inkooprelatie met beide takken van sport, de ggz en de tbs-instellingen. Langs die weg kan er een geïntegreerd geheel van worden gemaakt. Als ik er dan samen met de minister van Justitie voor zorg dat de Wet BOPZ flexibeler wordt, kan er heel veel worden opgelost. Ik ben zelf geen tbs-deskundige, maar ik kan mij ook voorstellen dat de tbs wat flexibeler wordt gemaakt, zodat een natraject kan worden aangeboden.

De **voorzitter**: Er zijn deskundigen geweest die erop hebben gewezen dat er in Europa in het algemeen en in Nederland in het bijzonder een enorme trend is geweest als gevolg van wat werd genoemd de antipsychiatrie. Er werd gezegd dat men heel weinig kon doen voor mensen die aan het ontsporen waren of die dreigden te ontsporen. Men kon tot niets dwingen. Vooral psychotici liepen helemaal uit de hand. Het gevolg daarvan is dat in tbs-klinieken patiënten met een stoornis zitten die er dertig jaar geleden niet zaten. Zij maken zelfs 30% tot 40% van het totaal aantal patiënten in die klinieken uit. Er wordt gezegd dat door sneller ingrijpen, met verplichte medicatie, een hoop problemen kunnen worden voorkomen. Klinkt dat signaal ook op uw departement door?

De heer **Hoogervorst**: Ja, en wij nemen dat ook zeer serieus, al is de materie ongelofelijk gevoelig. De Wet BOPZ moet het midden zien te houden. Enerzijds is er het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, die niet zo maar opgesloten moet kunnen worden in een psychiatrische kliniek. Dat is heel belangrijk, want de wereldgeschiedenis laat zien dat daar heel veel misbruik van is gemaakt. In het verleden werd er in ons land wel misbruik van gemaakt door familieleden. Daar moet je zorgvuldig mee omgaan. Je ziet anderzijds echter ook dat door te laat ingrijpen mensen psychotisch zijn geworden en in een neerwaartse spiraal van psychische beschadiging terecht zijn gekomen. Voor een heel groot deel had dat verhinderd

kunnen worden, als in een vroegtijdig stadium was ingegrepen, bijvoorbeeld met medicatie. Het afglijden van die mensen had daardoor tot stilstand kunnen komen. Die afweging is in het verleden veel te veel uitgevallen in de richting van zelfbeschikking. Men heeft de mensen maar laten gaan. Wij hebben de afgelopen jaren veel gedaan om dat te repareren.

Zelf heb ik met de heer Donner voorstellen gedaan om de voorwaardelijke machtiging te verruimen. De mensen kunnen onder voorwaarden vrij rondlopen. Zij moeten zich wel houden aan de behandelafspraken. Wij maken het dan gemakkelijker om dwangmedicatie tot te passen. Wij zijn daarmee al een heel eind met de reconstructie van de Wet BOPZ. De behandelmogelijkheden worden hierdoor aanzienlijk uitgebreider.

De **voorzitter**: Wij hoorden vanuit de ggz dat de consequentie van de huidige stand van zaken in Nederland, even los van de nieuwe maatregelen die u noemt, is dat men in Nederland wel mag separeren, opsluiten, maar geen medicijnen toe mag dienen. Nederland is wereldkampioen separeren.

De heer **Hoogervorst**: Dat klopt.

De **voorzitter**: Dat cijfer kent u? Het heeft ook tot gevolg dat wij het hoogste aantal bedden per hoofd van de bevolking nodig hebben, omdat wij alleen maar ingrijpen als het te laat is. Kloppen die gegevens?

De heer **Hoogervorst**: Ik weet in ieder geval wel dat wij minder rigoureuze zijn geweest dan andere landen met het terugbrengen van het aantal bedden voor op te nemen psychiatrische patiënten. Dat is in andere landen veel rigouzeuzer en schadelijker gebeurd. Ik vermoed wel dat wij veel minder ver gaan met dwangmedicatie en dat dit een van de redenen is waarom hier het isoleren vaker wordt toegepast. Je kunt je afvragen wat humaner is.

De **voorzitter**: Dat is ook een van de vragen die bij ons naar voren worden gebracht. Is er in de planning voor de komende jaren die u kent een tekort aan capaciteit in de forensische psychiatrische klinieken en de forensische psychiatrische afdelingen?

De heer **Hoogervorst**: Op dit moment duidelijk wel, want er is een wachtlijst. De vraag is of het op den duur niet voldoende zou zijn om alles wat doelmatiger in te richten. Het is duidelijk dat wij niet kunnen blijven doorgaan met steeds maar nieuwe capaciteit bouwen. Die is zeer kostbaar en leidt tot een groot maatschappelijk offer. De meeste deskundigen die hier de afgelopen tijd zijn geweest, geven al aan dat wij er doelmatiger mee kunnen omgaan. Aan het begin van een traject moet duidelijker voor ogen staan welke mensen wel goed behandelbaar zijn en welke mensen dat niet zijn en wellicht in de longstay moeten. Langs die weg is er mijns inziens nog heel veel winst te boeken.

De **voorzitter**: Met doelmatigheid doelt u niet alleen op doelmatigheid in financiële zin, maar ook op doelmatiger werken door wetswijzigingen die eerder handelen mogelijk maken?

De heer **Hoogervorst**: Dat betreft dan in ieder geval de Wet BOPZ. Daarom hebben wij dat ook voorgesteld.

De **voorzitter**: U noemde een aantal keren de commissie-Houtman. Het viel ons op dat in de afgelopen tien jaren een enorme hoeveelheid adviezen is uitgebracht. Ik noem het IBO, het Interdepartementaal Beleidsonderzoek, de commissie-Kosto en een commissie vanuit het ministerie van Financiën, die heeft geadviseerd de financiële aansturing anders te doen, namelijk de commissie-Houtman. Hoe kunt u er zorg voor dragen dat de zorg adequaat blijft als bevoegdheid en geld helemaal overgaan naar Justitie? Hoe kan er in de spanning tussen Volksgezondheid en Justitie nog zorg worden gedragen voor adequate zorg?

De heer **Hoogervorst**: Ik wil die vraag graag beantwoorden, maar ik wil eerst nog even zeggen waarom ik heel snel akkoord ben gegaan met deze oplossing, hoewel daarmee een stukje verantwoordelijkheid van VWS naar Justitie verschuift. Ik ben daar heel simpel in. Na drie jaar ministerschap van Volksgezondheid is dit de eerste keer dat ik met de Tweede Kamer over de tbs spreek. Ik geloof dat collega Donner een weekabonnement heeft om er met de Kamer over te spreken. Hij is ontelbaar veel keren bij u moeten verschijnen om verantwoording voor het beleid af te leggen. Het is evident dat hij politiek de hoofdverantwoordelijke is.

Dat zo zijnde, moet hij de zaak ook ten principale aansturen. Dat betekent niet dat mijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg wegvalt. Ik blijf verantwoordelijk voor de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dezelfde verantwoordelijkheid die ik draag voor het hele veld van de volksgezondheid zal ik ook voor de ggz en de tbs blijven houden. Sterker nog, ik wil die verantwoordelijkheid het komend jaar aanscherpen, door aanscherping van het kwaliteitsbeleid. Ik heb al gezegd dat de kwaliteitswet, die ik moet naleven, eigenlijk heel vaag is. Die zegt dat de sector moet doen wat de beroepsgroep denkt dat verantwoord is. De beroepsgroep wordt echter niet gedwongen om te expliciteren wat die verantwoorde zorg nu is. In het hele veld van de volksgezondheid, inclusief de tbs en de ggz, willen wij dat er geëxpliciteerd wordt welke behandelmethodes als verantwoorde zorg worden gezien. Dat betekent dat het werk in de tbs nog meer geprotocolleerd moet plaatsvinden. Er moet nog explicieter worden gemaakt welk type behandelwijze bij welk type patiënt hoort. Dat traject ga ik in en ik laat het gewoon niet los.

De **voorzitter**: Maar men kan nu toch ook niet zo maar behandelen en de rekening bij u indienen? Er zijn in het verleden toch al afspraken gemaakt over tarieven, behandelmethodes, etc.?

De heer **Hoogervorst**: De aansturingrelatie met de tbs is al aangescherpt. De minister van Justitie kan het beter zelf vertellen, maar hij heeft de afgelopen jaren extra gelden gekregen om extra capaciteit in te kopen. Daar heeft hij stevig op aangestuurd. Ik heb begrepen dat hij er ook in is geslaagd om bijvoorbeeld de gemiddelde kosten omlaag te krijgen. Wij hebben de sector gevraagd meer geprotocolleerd te gaan werken en dat is ook gebeurd. Ik zie dat terug in de inspectierapporten. Het is niet alsof er helemaal niets is gebeurd.

De **voorzitter**: Daarom zeg ik het ook. U zegt dat u de sector wilt dwingen explicieter uit te spreken wat zij

levert, wat zij doet en wat wij voor het geld terug krijgen. Dat is in de jaren '90 toch ook al gebeurd?

De heer **Hoogervorst**: U ziet dat nu als bijzonder voor de tbs-sector. Als u de rest van de volksgezondheid gaat bestuderen, zult u misschien nog wel voor meer verrassingen komen te staan. Hoe is het mogelijk dat in een land met zo'n goede gezondheidszorg maar 30% van alle diabetici precies volgens de richtlijnen wordt behandeld, terwijl er zat professionele deskundigheid in ons land is? Dat komt doordat de medische wetenschap en de medische zorg nog in een fase van ontwikkeling zijn waarin iedere professional vanuit zijn eigen deskundigheid doet wat hij denkt dat het beste is voor de patiënt na steeds meer acceptatie van wetenschappelijke richtlijnen. Wat in de tbs is gebeurd, is helemaal niet uniek.

De **voorzitter**: Ik weet niet of ik dat nu geruststellend moet vinden.

De heer **Hoogervorst**: Het is een extra aansporing om er nog wat aan te doen. U moet echter niet denken dat wat u hier aantreft buitengewoon is op mijn werkterrein.

De **voorzitter**: Een aansporing om er iets aan te doen! Nu krijgt u een visienota van de ggz, gekoppeld aan de voorstellen van Houtman om geld over te hevelen naar het departement van Justitie. De ggz is daar geen voorstander van, want zij is bang dat daarmee bepaalde expertise in een bijzondere sector verdwijnt. Men is daar zeer huiverig voor.

De heer **Hoogervorst**: Ik denk dat men wel huiverig is voor een directere aansturingrelatie.

De **voorzitter**: Niet de tbs-klinieken, maar GGZ Nederland heeft gezegd dat zij het niet ziet zitten. Men is bang dat men in een heel andere sfeer wordt getrokken, die van Justitie, waar het accent op beveiligen valt en het accent op het behandelen van geestelijk zieke mensen er niet meer is.

De heer **Hoogervorst**: De aanpalende terreinen binnen de ggz worden directer in de aansturingssfeer van Justitie getrokken. Dat lijkt mij heel belangrijk, juist om de integratie te bewerkstelligen die u ook zoekt. Men moet daar natuurlijk wel aan wennen.

De **voorzitter**: Betekent het overhevelen van het geld niet dat Justitie in de contracten bepaalt hoe er behandeld wordt? Blijft de verantwoordelijkheid voor het medische deel bij VWS?

De heer **Hoogervorst**: Die blijft bij de professionals. Ik denk wel dat Justitie zal vaststellen, ook op basis van de meldingen die het krijgt, dat er een X percentage moeilijk behandelbare of onbehandelbare patiënten is en een X percentage mensen met psychosen. Het zal vragen om daarvoor te krijgen wat nodig is. Men gaat op Justitie natuurlijk geen medische richtlijnen verzinnen. Men kan daar veel, maar dat kan men niet.

De **voorzitter**: Vergt het een zwaardere verantwoordelijkheid van de inspectie, als een soort tegengewicht?

De heer **Hoogervorst**: Dat denk ik niet. Ik denk dat de inspectie gewoon haar werk moet blijven doen.

De **voorzitter**: Zijn er op uw eigen departement specialisten op het gebied van forensische psychiatrie?

De heer **Hoogervorst**: Er zijn wel medewerkers die zich ermee bezighouden, maar of zij erop gepromoveerd zijn weet ik niet.

De **voorzitter**: Vindt er naar u weet op uw departement onderzoek plaats?

De heer **Hoogervorst**: Nee, wij doen heel weinig onderzoek zelf. Er zijn op ons terrein ontzettend veel expertisecentra. Wij hebben samen met Justitie een expertisecentrum in het leven geroepen voor de forensische psychiatrie. Ik heb maar 1700 mensen op het departement. Daarmee sturen wij het veld van een miljoen mensen in de zorg aan. Daar gaan wij geen onderzoek mee doen. Er is heel veel expertise in het veld, die wij met subsidierelaties onderzoek laten doen.

De **voorzitter**: Er is een bepaalde publieke taak. De overheid heeft een bepaalde verantwoordelijkheid. Zet men een pot met geld neer om bijvoorbeeld door een universiteit en een kliniek te laten onderzoeken hoe een probleem kan worden opgelost? Gebeurt dat onderzoek niet bij het Ministerie van VWS?

De heer **Hoogervorst**: Wij betalen op het ogenblik mee aan het EFP. Wij financieren ook ZonMw, dat ook veel medisch wetenschappelijk onderzoek doet. Dat kan daar uitstekend een plaats krijgen.

De **voorzitter**: Gaat u door met de financiering van het EFP? Er is een afspraak gemaakt voor de periode 2002-2007.

De heer **Hoogervorst**: Ik dacht niet dat wij ermee zouden doorgaan. Binnen ZonMw zal er wel geld beschikbaar zijn voor dit type onderzoek.

De **voorzitter**: Het onderzoek naar forensische psychiatrie?

De heer **Hoogervorst**: Ja.

De **voorzitter**: Extra geld of bestaand geld?

De heer **Hoogervorst**: Er is een vrij ruime pot voor. Voorstellen kunnen tegen elkaar worden afgewogen. Ik kan mij niet indenken dat wij er niets meer aan zouden doen, gegeven het grote maatschappelijke belang.

De **voorzitter**: Je zou kunnen zeggen dat ook VWS moet doorgaan met de financiering van het EFP, om de tweede tak van sport, behandelen versus beveiligen, te waarborgen.

De heer **Hoogervorst**: Ik geloof dat het om iets van €250.000 gaat. Dat zal geen groot verschil maken. Het lijkt mij belangrijk dat dit een goede plaats krijgt in het wetenschappelijk onderzoek dat via ZonMw wordt gefinancierd.

De **voorzitter**: Hebt u er zicht op wat daar gebeurt?

De heer **Hoogervorst**: Dat zou ik even moeten nazoeken. Ik heb dat niet paraat.

De **voorzitter**: Graag. Wij proberen er grip op te krijgen wat er aan onderzoek gebeurt. Wij hebben vanochtend gesproken met mensen uit Engeland. Een van de dingen die ons worden voorgehouden is dat er in Nederland zo weinig wordt onderzocht. Men doet veel, men doet vaak goede dingen, maar wij zijn heel slecht in onderzoek op dit specifieke terrein.

De heer **Hoogervorst**: In het algemeen onderzoeken wij heel veel dingen waarvan wij de uitkomst al weten.

De **voorzitter**: Op het gebied van de forensische psychiatrie, in onderzoek naar de vraag of behandelmethoden effectief zijn, naar biologische ontwikkelingen, etc. zijn wij niet sterk, zo wordt ons gezegd. Wij zijn daarvoor afhankelijk van wat elders gebeurt.

De heer **Hoogervorst**: Ik zal graag inventariseren wat er gebeurt en uw commissie daarvan op de hoogte stellen.

De **voorzitter**: Heel graag.

Mevrouw **Joldersma**: Stel dat de voorstellen van de commissie-Houtman worden ingevoerd. Wat zal dat precies betekenen? In het verleden was vooral Justitie verantwoordelijk voor de tbs-klinieken. Er was de ggz, waarvoor u vooral verantwoordelijk bent. In het verleden is daar tussenin iets gecreëerd, de zogenaamde forensische psychiatrie. Wij zijn bij een aantal instellingen geweest, bijvoorbeeld de Waag, dat ambulante contacten heeft. Zij hebben zowel contact met mensen die een delict hebben gepleegd als met mensen waarvan zij denken dat zij gevaarlijk zijn, maar die nog geen delict hebben gepleegd. De oplossing van Houtman is logisch voor de mensen die een delict hebben gepleegd. Dat is voor Justitie en de forensische psychiatrie. Maar wat doe je nu met de mensen die nog geen delict hebben gepleegd? Vallen die straks toch weer terug in de ggz of heeft Justitie een financieringsrelatie voor die mensen?

De heer **Hoogervorst**: Een uitkomst zou kunnen zijn dat Justitie ook werkt aan het voortraject. Hopelijk is dat overigens voor deze mensen geen voortraject maar een eindtraject. Het kan daarvoor behandeling inkopen. Ik denk ook dat wij met een ruimere toepassing van de Wet BOPZ veel onheil kunnen voorkomen.

Mevrouw **Joldersma**: Je zou kunnen zeggen dat wij in het verleden iets hebben opgebouwd, de forensische psychiatrie, met het idee dat die tussen Justitie en VWS in zou komen. Nu lijkt het wel alsof de boel toch weer wordt opgesplitst.

De heer **Hoogervorst**: Dat dacht ik niet. Het grote winstpunt van Houtman zal zijn dat er een veel eenduidiger aansturingsrelatie komt. Dat zal tot integratie leiden, in plaats van een min of meer gedeelde verantwoordelijkheid.

Mevrouw **Joldersma**: Wij hebben in een vorig gesprek al gehoord hoe de contacten tussen het Ministerie van

Justitie en VWS verlopen. Kunt u daar ook iets over zeggen? Is er een soort werkgroep?

De heer **Hoogervorst**: Ik neem aan dat er heel veel ambtelijk contact is. Ik weet dat er op het gebied van de BOPZ ontzettend veel contact is. Wij dienen dit soort wetsvoorstellen altijd gezamenlijk in. Het zwaartepunt van de politieke verantwoordelijkheid ligt echter verreweg bij de heer Donner. Hij staat er in de Kamer ook meestal alleen voor. Daarom is het echt belangrijk dat beter in te bedden in de structuur van verantwoordelijkheden. Er is een prima samenwerking. De reactie op Houtman is eigenlijk heel vlot tot stand gekomen.

Mevrouw **Joldersma**: De reactie van GGZ Nederland kwam net al aan bod. De reacties van de instellingen zijn dat zij gevoelsmatig tot de psychiatrie menen te behoren, maar dat zij zich in de steek gelaten voelen door de minister van Volksgezondheid, die zich snel akkoord heeft verklaard met een overgang naar Justitie. Is dat terecht of vindt u dat de financieringsrelatie prima kan worden losgekoppeld van andere relaties?

De heer **Hoogervorst**: Ik blijf via de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BIG en de inspectie voor honderd procent verantwoordelijk. Dat zal niet verdwijnen. Daar hoeft men niet bang voor te zijn. Het is wel een verandering en elke verandering roept altijd een beetje weerstand op.

Mevrouw **Van Velzen**: De commissie heeft een aantal bezoeken aan het buitenland gebracht. Wij hebben vanochtend sprekers uit Engeland en Duitsland ontmoet. Een van de dingen die mij opviel is dat er in Duitsland nadrukkelijk voor is gekozen, psychiatrische patiënten die iets misdaan hebben als zij ontoerekeningsvatbaar zijn te behandelen en niet in de gevangenis te plaatsen. Het Nederlandse systeem is anders. Psychiatrische patiënten worden, ook als zij gedeeltelijk niet toerekeningsvatbaar zijn, voor maanden en soms voor jaren in de gevangenis geplaatst. Hebt u er wel eens over nagedacht of dat fenomeen houdbaar is? Moet u dat in uw periode niet eens beter tegen het licht houden? Is bekend of er onderzoek is gedaan naar de effecten van het verblijf in de gevangenis op deze patiënten?

De heer **Hoogervorst**: Ik ben hier natuurlijk geen specialist in. De afweging wat het effect van de gevangenisstraf op de psychische gesteldheid van een gevangene is niet mijn specialiteit. Als ik de verhalen van vele wetenschappers de afgelopen weken hoor, is er een tendens om te proberen een betere scheiding aan te brengen tussen psychotici die in geestelijke razernij iets hebben gedaan en veel baat zouden hebben bij een goede psychiatrische behandeling en mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis, de sociopaten, die eigenlijk schier onbehandelbaar zijn en veel meer in een detentie-achtige omgeving zouden moeten worden geplaatst. Ik kan mij wel voorstellen dat daar beter naar wordt gekeken.

Mevrouw **Van Velzen**: Ons kwam ter ore dat de regelgeving van VWS en die van Justitie vaak niet parallel lopen. Voor de dwangmedicatie bijvoorbeeld is er op het gebied van de volksgezondheid de Wet BOPZ, waar u al over sprak. Voor de toediening van dwangmedicatie in

gevangenis is de wetgeving voor justitiële inrichtingen veel stringenter en wordt er veel meer rekening gehouden met het gevaarscriterium. Een van de sprekers uit de FOBA, de Bijlmerbajes, gaf aan dat een groep patiënten daardoor niet de medicatie krijgt die zij eigenlijk nodig heeft. Komt dat soort onderwerpen in de samenwerking tussen uw ministerie en dat van minister Donner aan de orde?

De heer **Hoogervorst**: Dit is mij niet bekend. Het komt vreemd op mij over. Het zal heus wel zo zijn, als men het zegt. Ik denk dat de regimes vrij parallel zouden moeten lopen.

Mevrouw **Van Velzen**: Ik ben erg nieuwsgierig naar de mate van samenwerking. U zegt dat er veel contacten tussen ambtenaren zijn. U wordt inderdaad weinig door de Kamer uitgenodigd voor de debatten over tbs. Betekent dit dat u niet betrokken bent in het voortraject, waar wordt gesproken over de kritiek van de maatschappij en de politiek op de tbs?

De heer **Hoogervorst**: Ik weet niet precies hoe de ambtelijke contacten tussen de twee ministeries zijn. Ik weet wel dat zij op het terrein van de BOPZ zonder elkaar geen stap zetten. Alles is daar tot op de laatste letter goed afgestemd. Het kan niet anders of daar is een goede samenwerking.

Mevrouw **Van Velzen**: U schat in dat het onderzoek door het EFP geen voortgang zal vinden, maar dat dit onderzoek wel gegarandeerd is via de financiering van ZonMw. Daarover is de afgelopen weken wat verwarring ontstaan. Ons werd gemeld dat juist de forensische psychiatrie is uitgesloten van onderzoeksgelden voor ZonMw. Wat is nu de werkelijkheid?

De heer **Hoogervorst**: Ik heb de voorzitter toegezegd dat ik een grondige inventarisatie zal maken van onze mogelijkheden en dat ik zal aangeven wat onze blik op de toekomst is.

Mevrouw **Albayrak**: Woensdag is ons een vrij dramatisch beeld geschetst van de psychische gesteldheid van jongeren die in de fout gaan. Het schijnt onder jongeren vijf tot zes keer vaker voor te komen dat criminelen een psychische stoornis hebben dan onder volwassenen. Er vielen woorden als: de jeugd-ggz faalt in dit opzicht. Bepaalde groepen zouden niet bereikt kunnen worden. Men komt er pas achter dat ze geestesziek zijn op het moment dat ze al in de fout zijn gegaan en in aanraking met justitie zijn gekomen. Ik kan mij voorstellen dat u vindt dat dit terrein wel onder uw verantwoordelijkheid valt. Ik neem aan dat het verschijnsel u ook bekend is.

De heer **Hoogervorst**: Nee, toch niet, want de jeugdzorg valt onder het bereik van mijn staatssecretaris, die bezig is met een veelomvattend beleid.

Mevrouw **Albayrak**: Ik doelde niet op u persoonlijk, maar op het departement van VWS en op u als minister.

De heer **Hoogervorst**: Mijn parate kennis van de jeugdzorg is niet zo groot als u misschien zou wensen.

Mevrouw **Albayrak**: Wilt u dit onderwerp onder de aandacht van uw staatssecretaris brengen en vragen of zij de commissie iets te melden heeft?

De heer **Hoogervorst**: Ik heb de berichten ook gelezen. Die zijn inderdaad schokkend. Ik zal ze graag bespreken met mijn staatssecretaris.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het eind van ons gesprek. Ik dank u hartelijk voor uw aanwezigheid en voor de gelegenheid die u ons gaf om u vragen te stellen.

Sluiting 14.55 uur

Verslag van het openbare gesprek van de tijdelijke commissie tbs op vrijdag 24 maart 2006 in het gebouw van de Tweede Kamer der Staten-Generaal te Den Haag

Vrijdag 24 maart 2006

Aanvang 15.30 uur

Gehoord wordt de heer mr. J.P.H. Donner

Voorzitter: de heer A.P. Visser

Voorts zijn aanwezig: mevrouw N. Albayrak, mevrouw F. Joldersma en mevrouw K. van Velzen, leden van de tijdelijke commissie, mevrouw N.J.P. Coenen, griffier van de tijdelijke commissie, de heer R.J.G. van den Berg, de heer E.M.C. van Gool, mevrouw K. de Jong, mevrouw M.S. Pont en mevrouw L. Schoenmaker, stafmedewerkers, en mevrouw E.M. Naborn, Onderzoeks- en Verificatiebureau.

De **voorzitter**: Ik heropen de gesprekken van de tijdelijke onderzoekscommissie tbs en heet de heer Donner, minister van Justitie, welkom. Minister Donner, dank voor uw komst. Wij hebben zojuist met één van uw voorgangers gesproken, namelijk de heer Korthals. Hij heeft gezegd: "De minister van Justitie moet zo vaak naar de Kamer komen en het gaat altijd over incidenten." Hij heeft daarop kritiek geuit en gezegd dat het goed is om een keer wat dieper op problemen en zaken in te gaan. Misschien moeten wij die uitspraak als een startpunt voor dit gesprek nemen en op die manier, los van incidenten, goed kijken naar het tbs-stelsel, naar de punten waarop het systeem goed functioneert en waarop dat niet het geval is. Ook moeten wij nagaan wat wij voor de toekomst van het verleden kunnen leren. Dat is in ieder geval de inzet van deze commissie. Zij is ingesteld om op zoek te gaan naar de oorzaken van een aantal mankementen in het tbs-stelsel. Dit is het laatste openbare gesprek dat wij in dit kader voeren.

Deze commissie heeft zich ten doel gesteld om ook te kijken naar en te leren van andere landen. Eén van de terugkerende zaken is de spanning tussen justitie en volksgezondheid en tussen beveiligen en behandelen. Het maakt wat dat betreft niet uit of wij spreken over forensische psychiatrie, tbs, of over wat voor stelsel dan ook. Er zijn in verschillende landen allerlei modaliteiten om een en ander te organiseren. Nederland heeft daarvan een bijzondere vorm, maar overal zorgt een en ander voor specifieke problemen. Wij zullen straks ingaan op de situatie in Nederland, maar wij willen eerst weten of u zich daarvan bij uw aantreden als minister bewust was. Wat trof u op dat terrein aan? In welke fase bent u als minister van Justitie gestart op het terrein van tbs, ofwel datgene wat er wat dat betreft in gang was gezet? Mag ik u vragen om dat moment terug te roepen?

Minister **Donner**: Eerlijk gezegd ben je je van weinig bewust op het moment dat je aantreedt als minister. Dat is maar goed, want anders zou je nooit ministers krijgen. De problematiek op het terrein van de tbs was juist voorwerp geweest van onderzoek. Enerzijds was dat het geval in het kader van het IBO 2 rapport dat was uitgemond in een plan van aanpak met de titel "Tbs terecht?" Anderzijds is het onderwerp van onderzoek geweest onder leiding van de heer Kosto, een andere voorganger, die zich met name de vraag heeft gesteld of niet verder moest worden gegaan in de richting van een volledige integratie van tbs en de normale ggz.

De **voorzitter**: Hoe zou u het dominante probleem omschrijven waar men toen voor stond? De heer Korthals heeft gezegd dat het al op het moment van zijn aantreden een bezuinigings-, een efficiency- en een betaalbaarheidprobleem leek. Gaande de rit kwam daarin verandering.

Minister **Donner**: Nee. Ik denk eerlijk gezegd dat dat eerder begonnen is. Voor zijn aantreden klopt dat wel, want toen zat men nog volop in het IBO 2 onderzoek. Dat was inderdaad in hoge mate een onderzoek om te weten te komen in hoeverre via de financiering de doelmatigheid van het tbs-systeem verbeterd zou kunnen worden. Met het IBO 2 onderzoek is weinig gedaan, omdat het niet mogelijk is om de doelmatigheid in het luchtledige te onderzoeken. Je moet nagaan wat op een gegeven moment de functie van een stelsel is. Dat is in IBO 2 voorwerp van onderzoek geweest. In dat kader is ook meer aandacht besteed aan de kwaliteit van de tbs-behandelingen. Daarbij is ook het beeld van het eilandenrijk van klinieken naar boven gekomen. Al die punten zijn vervolgens in het plan van aanpak met de titel "Tbs terecht?" opgepakt. Die zijn ook voortgezet en dat heeft geleid tot een groot aantal veranderingen. Die veranderingen waren aan de gang op het moment dat ik aantrad en die zijn nadien volledig tot stand gekomen. Een belangrijke vraag die daarbij toen aan de orde kwam, was in de eerste plaats het beeld van het eilandenrijk en in de tweede plaats de vraag of de kwaliteit in de tbs-klinieken niet achterbleef. In de eerste plaats is dat natuurlijk aangepakt door de aselecte plaatsing waardoor de klinieken onderling vergelijkbaar werden. En op een gegeven moment kon aan de hand van de resultaten worden afgeleid welke kliniek succes had met zijn behandelingen en welke niet. In de tweede plaats heeft dat natuurlijk geleid tot forensisch psychiatrische circuits

in de verschillende regio's. In het verlengde daarvan kwam echter wel de vraag op of wij de weg niet helemaal moesten gaan, of wij de aparte tbs moesten afschaffen en of wij die dienden te integreren in de normale ggz. Het toenmalige kabinet heeft besloten om dat niet te doen en ik kon mij geheel in die conclusie vinden.

De voorzitter: U bent in augustus 2002 als minister van Justitie aangetreden. De heer Korthals heeft gesproken over een proces dat was ingezet naar aanleiding van die onderzoeken. Dat zou een langere periode beslaan. Hij heeft 2006 als einddatum genoemd. In dat jaar zouden zaken beter moeten functioneren en beter geïntegreerd moeten zijn. Was u zich op het moment van aantreden bewust van het feit dat u midden in dat veranderingsproces zat, dat aan u met een overdrachtsdossier te kennen werd gegeven waarmee was gestart en dat het noodzakelijk was om daar uit te komen?

Minister Donner: De problemen die ik aantrof, lagen vooral in het verlengde van de vraag naar de kwaliteit van het functioneren en die hadden betrekking op de overgang naar de normale ggz. De aandacht verschoof toen in feite al naar aanleiding van onder andere de zaak-Van Harpen in Den Haag. Daardoor kwam ook de publieke aandacht steeds meer te liggen bij de veiligheid van het systeem, alsmede bij de bescherming van de samenleving. Dat is de andere poot die een rol speelt bij het systeem van tbs. Sinds die tijd heeft die poot in de discussie aan gewicht gewonnen.

De voorzitter: Is die poot in de discussies die in de voorgaande jaren werden gevoerd en in de aanbevelingen en de adviezen te weinig naar voren gekomen?

Minister Donner: In eerlijkheid merk ik op dat het gewicht in het totaal van die verschillende koersen in het verlengde van de jaren negentig vooral lag op de behandeling en zo veel mogelijk op het beeld van de normale behandeling. Dat was inderdaad het geval vanuit die dichotomie die u zojuist heeft geschetst, namelijk dat er een tweedeling zou zijn tussen veiligheid en behandeling. Die is er niet. Sinds die tijd is heel duidelijk naar voren gekomen dat wij in dit geval te maken hebben met een specifieke deskundigheid, namelijk dat van de forensische psychiatrie. Die is er niet om te onderscheiden in veiligheid en behandeling, zoals voor anderen. Nee, ik heb met een speciale categorie mensen te maken die ik mede behandel met het oog op de veiligheid.

De voorzitter: Tegelijkertijd veiligheid en behandelen. Dat betekent dat er samenwerking moet zijn. Daarbij moet de vraag worden gesteld wat er speelt op het terrein van justitie en wat er aan de orde is op het terrein van de volksgezondheid. Voor uw tijd is een aantal aanbevelingen gedaan: IBO 1, IBO 2 en de commissie-Kosto. In het plan van aanpak naar aanleiding van IBO 2 staat: "Er komt een zware projectgroep die zal monitoren, kijken en controleren of datgene wat op papier wordt gezet in de praktijk daadwerkelijk wordt uitgevoerd." De heer Korthals kon zich niet herinneren welke personen in die projectgroep zaten, dus wie dat zouden controleren. Was dat duidelijk op het moment dat u aantrad?

Minister Donner: Ik ben mij niet bewust geweest van een projectgroep om te monitoren wat er werd uitgevoerd. Ik

heb alleen geconstateerd dat datgene wat was vastgesteld, is uitgevoerd.

De voorzitter: Dat vragen wij ons af. Eén van de onderzoeksopdrachten van deze commissie is na te gaan wat indertijd is aanbevolen, of dat inderdaad in praktijk is gebracht en hoe aan monitoring is gedaan. Indertijd is ervoor gekozen om een speciale projectgroep in het leven te roepen. Dat was in de tijd van de heer Korthals. Dat is een lang proces dat ruwweg de periode 1998 tot 2006 beslaat. Het beslaat dus meerdere kabinetsperiodes. Voor ons is het van belang om te weten of die projectgroep inderdaad het werk gaat doen dat met de Kamer is besproken.

Minister Donner: Het is goed mogelijk dat er een aparte projectgroep heeft bestaan om die zaak van IBO 2 ter hand te nemen. Waarschijnlijk was die er niet meer op het moment dat ik aantrad. Ik ben mij althans niet bewust van een specifieke projectgroep op dit terrein. Op het punt van de uitvoering is er uiteraard wel samengewerkt met het ministerie van VWS en met de sector. De vraag daarbij was hoe een aantal elementen moest worden vertaald dat onderdeel uitmaakte van IBO 2, waaronder de aselechte plaatsing, de ontwikkeling van forensisch psychiatrische circuits, de vraag van de risicotaxatie die daar zijn oorsprong heeft gevonden en de opzet van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). 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 geconcipeerd, maar het voordeel is dat men al doende leert. Vervolgens is het rapport-Kosto daar overheen gegaan met de bedoeling om de zaak verder in een traject te zetten. Toen is echter heel bewust de keuze gemaakt om dat traject niet af te lopen.

De voorzitter: Aan een deel van die aanbevelingen moest door de klinieken zelf invulling worden gegeven, namelijk door private instellingen die door menigeen nogal eens als koninkrijkjes worden aangeduid. Dat zou het belang van een dergelijke projectgroep benadrukken. De beleidsmaker of de controleur van de overheid wil immers weten of datgene wat op papier is overeengekomen, in praktijk daadwerkelijk wordt toegepast. Vandaar het belang van die projectgroep. Controleert die inderdaad of die koninkrijkjes een beetje inmenging in hun eigen territorium dulden?

Minister Donner: Ik herhaal dat het beeld van koninkrijkjes toen inderdaad is ontstaan. Dat is echter in belangrijke mate verdwenen als gevolg van aselechte plaatsing. Ik wijs er bovendien op dat die klinieken onderdeel zijn van de ggz. Daar hebben zij ook gewoon de contacten met de andere klinieken. De forensisch psychiatrie is een subonderdeel van de ggz. Wat dat betreft is die integratie op het niveau van het bestuur er ook. Het is niet juist dat ik vanuit mijn departement de wetenschappelijke kwaliteit van de instellingen kan beoordelen. Dat moet de overheid overigens niet willen. Ik kan oordelen op grond van de resultaten. Aan de hand van de resultaten constateer ik dat zeker in de afgelopen jaren het effect van de tbs-behandeling aanzienlijk is toegenomen. Dat blijkt ook uit de recidivecijfers. Ik herhaal dat het gaat om een behandeling, mede met het oog op de veiligheid en die

blijkt uit de recidivecijfers. Die cijfers zijn in de afgelopen periode keer op keer lager gebleken.

De **voorzitter**: Ja. Iemand heeft tegen de commissie gezegd dat wij moeten oppassen met die opgepoetste cijfers, omdat het recidivecijfer laag is op het moment dat aan niemand verlof wordt gegeven en niemand wordt vrijgelaten. Er blijft dan slechts een kleine groep over waarvoor geldt dat dit wel gebeurt. Zo creëert men zijn eigen succes. Daarmee is echter niet bewezen dat de doelstelling van het tbs-systeem, namelijk resocialiseren en dus mensen terugbrengen, op zichzelf is behaald.

Minister **Donner**: Ik constateer gewoon dat de uitstroom over de jaren heen en ook in de afgelopen jaren ruwweg gelijk is gebleven. Die is dus niet minder geworden. Als dat het geval was, zou dat effect er inderdaad zijn. Het gaat echter om gelijke aantallen. De behandelingsperiode is tussentijds wel verlengd, maar wij moeten de huidige uitstroom jaarlijks vergelijken met de instroom van ongeveer zeven jaar geleden. Dat was immers de gemiddelde duur van de behandeling. Dan zal blijken dat er inderdaad een gat zit van 15% à 25%. Het eerstgenoemde percentage heeft betrekking op de longstay die is voorzien. Het tweede percentage heeft betrekking op het gat in de productie. In die zin is er dus geen sprake van dat de cijfers worden geflatteerd door datgene wat wordt achtergehouden. Dan zou het aantal mensen dat uitstroomt namelijk moeten verminderen.

De **voorzitter**: Het aantal mensen dat uitstroomt, is minder in vergelijking met het aantal dat instroomt. Tegen ons is namelijk beeldend gezegd dat er jaarlijks een kliniek moet worden bijgebouwd als in dit tempo wordt doorgegaan.

Minister **Donner**: Dan vergeet u de duur van de behandeling. Die maakt dat de huidige uitstroom moet worden vergeleken met de instroom van zeven jaar geleden. Die moet dus niet worden vergeleken met de instroom van vorig jaar.

De **voorzitter**: Ja, maar het blijft vechten om de cijfers. De periode is langer. Als wij een en ander over een langere periode bekijken, constateren wij dat er sprake is van een toename aan instroom. Ook het aantal klinieken en het aantal plaatsen daarin is toegenomen. En wij constateren een lagere en dus stagnerende uitstroom. Dat is overigens een internationale trend.

Minister **Donner**: Ik ben het niet met u eens dat er sprake is van een stagnerende uitstroom. Men gaat dan uit van de vooronderstelling dat iedereen behandelbaar is. Daarop berustte het tbs-systeem aanvankelijk inderdaad in hoge mate, maar daarop komen wij terug. Oorspronkelijk is het tbs-systeem opgezet vanuit de filosofie dat een aantal mensen met problemen gedurende een bepaalde tijd moest worden behandeld en dat die personen vervolgens weer gewoon in de samenleving terug konden komen. Het was onvermijdelijk om in de afgelopen jaren te constateren dat dit voor een groot aantal niet geldt. Ik weet niet of er sprake is van een algemene toenemende trend – de cijfers in het buitenland wijzen inderdaad op dezelfde ontwikkeling – of dat dit het gevolg is van een beter inzicht. Uit het oogpunt van veiligheid constateer ik in ieder geval dat bij gelijkblijvende aantallen uitstroom

de recidive afneemt. Dat geeft mij een zeker beeld over de werkelijkheid en over de effectiviteit van de behandeling.

De **voorzitter**: Zegt u nu dat in de jaren negentig, toen het beleid werd ingezet, onvoldoende rekening is gehouden met de vraag of delinquenten wel te behandelen zijn en of zal worden beantwoord aan de doelstelling van de tbs-maatregel, namelijk resocialisatie?

Minister **Donner**: In de overgang van de jaren tachtig naar de jaren negentig is het tbs-systeem ontwikkeld. Toen was er onmiskenbaar het idee van behandelbaarheid van dit soort verschijnselen of syndromen. Aan het eind van de jaren negentig kwam men dan ook schuchter tot de conclusie dat er iets moest worden ingevoerd als een longstay, omdat een aantal mensen niet behandelbaar zou blijken. Vorig jaar hebben wij een WODC-onderzoek gekregen waaruit blijkt dat van de huidige populatie ongeveer 450 mensen niet behandelbaar zijn. Die vallen niet allemaal onder longstay in die zin dat zij vanuit het oogpunt van veiligheid steeds in de klinieken zullen moeten blijven. Zij zijn echter wel de onbehandelbaren en daardoor wordt het probleem opnieuw in een ander perspectief geplaatst.

De **voorzitter**: Het perspectief waarin tbs voornamelijk een beveiligingsmaatregel is om te voorkomen dat mensen in de samenleving ...

Minister **Donner**: Het is niet louter een beveiligingsmaatregel.

De **voorzitter**: Maar een perspectief waarin het een dominantere vorm van beveiliging krijgt?

Minister **Donner**: Het is geen normale ggz waar het vooral gaat om een patiënt die behandeld moet worden. Dat is nu eenmaal de keuze die wij maken, omdat deze personen een delict hebben gepleegd. Vaak hebben zij een ernstig delict gepleegd en daarmee hebben zij bewezen dat zij een gevaar voor de samenleving zijn. Ik kan dus niet na het plegen van dat delict zeggen dat die persoon gewoon patiënt is en dat hij op dezelfde wijze wordt behandeld. Nee, de samenleving heeft met het tbs-systeem de keuze gemaakt om een methode te vinden waarin beide belangen samenlopen, namelijk veiligheid en behandeling.

De **voorzitter**: Maar na verloop van tijd wordt er bij een bepaald type patiënt één dominant, omdat is gebleken dat zijn stoornis onbehandelbaar is.

Minister **Donner**: Dat klopt, maar het uitgangspunt van tbs is mensen niet op voorhand af te schrijven vanwege het feit dat zij een stoornis hebben. Dat heb ik ook diverse malen tegen de Kamer gezegd. Achteraf kan wel blijken dat iemand niet behandelbaar is. Nu constateren wij dat het misschien mogelijk is om dat sneller vast te stellen dan na twee behandelingen van tenminste drie jaar. Dat was aanvankelijk immers het idee. Ik herhaal dat je niet op voorhand kunt zeggen: "U heeft een misdrijf gepleegd en u heeft deze karakterkenmerken. U wordt nu dus voor uw leven opgesloten."

De **voorzitter**: U heeft gesproken over een aantal ontwikkelingen en u heeft gezegd dat je al doende leert.

Niet alle adviezen uit de jaren negentig hoeven uiteindelijk te worden opgevolgd, als je er maar van leert. Als wij van een afstand kijken naar de voorstellen van de verschillende kabinetten, constateren wij dat er midden jaren '90 tot 1999 veel beleidsvoornemens waren. Ik doel op de IBO 1 en IBO 2 waarover wij eerder hebben gesproken. Het is een vreselijke afkorting, maar goed ... Vervolgens werd de commissie-Kosto in het leven geroepen. Er werd een begin gemaakt met het in praktijk brengen van een aantal zaken. U heeft daarvan zojuist een aantal voorbeelden gegeven. Daarna lijkt het enige tijd stil te zijn geweest, namelijk tot 2004. Pas in 2004 verschenen uw eerste brieven. Is het mogelijk om te zeggen dat uw eerste stukken uit 2004, waarschijnlijk na een periode van implementatie en uitvoering van eerder in gang gezet beleid, een kentering teweegbrachten ten opzichte van datgene wat men zich in voorgaande perioden heeft voorgenoemen?

Minister **Donner**: Inderdaad. Het beeld bestaat dat er een groot aantal plannen is. Ik heb u aangegeven dat er feitelijk één centraal plan is, namelijk IBO 2. Daarnaast is er het rapport van de commissie-Kosto. IBO 2 is gewoon verder uitgewerkt. 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-Van Wijk, dat zich voor mijn tijd heeft voorgedaan, en het geval van 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.

De **voorzitter**: Ik kom nog op een aantal elementen van die plannen terug, evenals op de uitvoering daarvan. De minister van Justitie heeft een aantal bevoegdheden en verantwoordelijkheden, maar hij moet ook beslissingen nemen op basis van informatie die hij krijgt. Een deel daarvan hoeft niet op het departement zelf aanwezig te zijn. Dat is bijvoorbeeld te vinden bij de klinieken of in de wetenschappelijke wereld. Welk type beleidsinformatie krijgt u om die ontwikkelingen te zien, te begrijpen en keuzes te maken? In hoeverre bent u wat dat betreft afhankelijk van externe partijen?

Minister **Donner**: In hoge mate. De samenleving wordt niet bestuurd vanuit departementen. Ook de tbs wordt niet vanuit het departement bestuurd. Zeker in de afgelopen jaren is er in sterke mate een ontwikkeling te bespeuren, ook binnen de tbs-sector zelf, van zowel wetenschappelijk ... Ik meen dat er in eerdere discussies vaker is gewezen op het hoge niveau van promoties uit de sector zelf. Daarnaast is er een aantal bijzonder hoogleraren forensische psychiatrie dat door het departement wordt betaald en het expertisecentrum. Dat is dus de gehele poot van de wetenschappelijkheid, plus het contact met de normale ggz. Met name in het kader van de begroting zie je de toenemende omvang van het tbs-systeem en dat jaar na jaar de capaciteit moet worden uitgebreid: het probleem van de passanten. Dat zijn de

signalen op grond waarvan moet worden nagegaan wat de oplossingen zijn. Maar ook dat is primair de vraag naar wat er aan de hand is. Dat is niet iets waarover ik kan zeggen dat ik daarvoor die betreffende afdeling heb. Die deskundigheid voor het beantwoorden van die vragen, moet je van buiten halen. Dat is één van de redenen waarom wij die commissies hebben.

De **voorzitter**: Ja. Een aantal malen is naar voren gebracht dat het heel moeilijk is om grip te krijgen op die sector. Daarvan werd soms gezegd dat het koninkrijkjes waren. Dat zal na verloop van tijd wel minder het geval zijn geweest. De commissie-Houtman heeft recent voorgesteld om het budget over te laten gaan naar het Ministerie van Justitie, zodat er een eenduidigere sturings- en een duidelijkere inkooprelatie ontstaat. Zij zegt ook dat het op een aantal relevante thema's ontbreekt aan voldoende goede sturingsinformatie. Wij vragen ons af wat er ontbreekt. Welke informatie wordt bedoeld en hoe regelt u dat u die informatie wel krijgt?

Minister **Donner**: Nu gaan er twee discussies door elkaar lopen. De commissie-Houtman is vooral het vervolg op de motie-Van de Beeten die zich richt op de problematiek van de psychisch gestoorde patiënten binnen de normale penitentiare inrichtingen. Zij zijn dus niet tot tbs veroordeeld. Daarbij was de vraag in hoeverre die behandeling binnen de penitentiare inrichtingen kan worden verbeterd. Ik heb dat vraagstuk verbreed door mij ook af te vragen hoe ik daarmee binnen het tbs-systeem verder kon. In dat kader is inderdaad besloten om de begrotingsgelden van het Ministerie van VWS over te hevelen naar het Ministerie van Justitie. Laatstgenoemd ministerie heeft nu al met het grootste deel van de tbs-klinieken een sturingsrelatie die berust op het contract. Het zijn voor het grootste gedeelte particuliere instellingen in plaats van rijksinstellingen. Die worden enerzijds gestuurd op algemene wettelijke bevoegdheden, zoals het systeem van verlof en anderzijds op het contract, en zelfs deels op het aanbesteden van de patiënten en de voorwaarden die daar omheen hangen. Dat levert je een aantal sturings-elementen op dat mede berust op de informatie die ik krijg, onder andere uit de recidiverapporten. Idem dito zal inderdaad ik als het gaat om de sturing ... U moet zich overigens niet voorstellen dat het Ministerie van Justitie plotseling de gehele ggz gaat sturen. Maar als wij mensen die in tbs-klinieken zitten, uitplaatsen naar de normale ggz, is daaraan primair vanzelfsprekend een weging voorafgegaan op grond van de vraag of dat aanvaardbaar is uit het oogpunt van veiligheid. Het kan dan nog zo zijn dat er bepaalde aspecten zijn die uit het oogpunt van veiligheid in de ggz-klinieken in acht moeten worden genomen. Dat zou ik dan kunnen sturen met behulp van de contracten en de middelen die ik daarvoor heb.

De **voorzitter**: Als u met die contracten een effectiever sturingsinstrument in handen wilt hebben, de relatie wilt verbeteren en uw eigen doelstellingen en prioriteiten strakker wilt stellen, moet u toch evenveel informatie in huis hebben om zo'n contract hard te maken? Dan kunt u toch niet afhankelijk zijn van een sector waar de eigenlijke informatie zit? Daarom viel die opmerking van de commissie-Houtman ons op: "Het ontbreekt op een aantal relevante thema's aan voldoende goede sturingsinformatie." Als die ontbreekt, is het toch niet mogelijk om

op goede wijze invulling te geven aan het contract? Dan ben je immers te veel afhankelijk van die andere partner.

Minister **Donner**: Daarmee ben ik het eens, maar de commissie-Houtman heeft aanbevolen om dat te doen op het moment dat er nog geen contracten zijn. Zij heeft aangegeven dat je dat kunt doen. Uiteraard zal de implicatie van dat systeem zijn dat je mede op resultaat moet sturen. Dat veronderstelt dat wij, als wij daartoe overgaan, vervolgens zullen moeten preciseren wat het resultaat is wat wij ervan verwachten. Het is niet de bedoeling dat eindeloos voor een behandeling wordt betaald, zonder dat bekend is wat de uitkomst daarvan is. Dat is een punt waarop de commissie terecht wijst: "Dat zult u moeten ontwikkelen als u deze weg op gaat." Wij zijn nu bezig met de voorbereidingen en dat wordt meegenomen.

De **voorzitter**: En de kennis en de kunde bij uw mensen in huis halen om ook dat contract ...

Minister **Donner**: Dat is niet altijd primair een kwestie van de kennis in huis halen. Een departement is geen universiteit. Het mobiliseren uit de sector zelf en uit de wetenschappelijke wereld van de criteria op basis waarvan je kunt toetsen ... Waaraan kun je dan meten? Vervolgens is het mogelijk om na te gaan hoe kan worden gecontroleerd dat dit daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Ook dat zal vermoedelijk in belangrijke mate een kwestie zijn van intervisie. Ik kan immers niet vanuit een ambtelijke organisatie beoordelen of de behandelingskwaliteit goed is. Daarvoor kan ik een beroep doen op de Inspectie voor de Volksgezondheid. Daarvoor is er de methode van intervisie tussen de klinieken zelf. Uiteraard heb ik een aantal sturingsinstrumenten en criteria op grond waarvan het departement van Justitie kan oordelen. Dat alles tezamen levert een beeld op waaruit blijkt wat er moet worden verbeterd.

De **voorzitter**: Eén van de zaken die nu onder de verantwoordelijkheid van de minister valt en gebeurt bij de afdeling die dat later misschien moet invullen, is de toetsing van of de controle op de verloven. Is dat een vorm van toetsing die slechts inhoudt dat er een hokje moet worden aangevinkt op het moment dat de papieren binnenkomen, of is het een inhoudelijke toets? Als een kliniek zegt dat een betreffende persoon geschikt is om met verlof te gaan en aan de minister een machtiging daarvoor aanvraagt, stuurt zij die gegevens op. Vindt er dan een meer inhoudelijke toetsing plaats, of een marginale, oppervlakkige?

Minister **Donner**: Geen van beide. Het is immers een ander soort toets. Ik herhaal dat die toetsing is ontwikkeld, mede in het kader van het risico-instrument. Daarin is een aantal elementen opgenomen op basis waarvan moet worden geoordeeld. Voor die tijd was het inderdaad in hoge mate ... De kliniek meende in het kader van de behandeling dat men zo ver was om buiten de kliniek te gaan kijken. Dan was het uit het oogpunt van verantwoordelijkheid aan het departement om daar ja op te zeggen, maar die was beperkt. Sinds 2000, althans sinds die discussie loopt, is dat verbeterd en sinds 2002 is dat in sterke mate het geval. De kliniek vraagt op een gegeven moment een machtiging aan. Voorafgaand toetst zij ook op de criteria van het risico-instrument. Dan komt het bij

het departement. De toets daar houdt niet in dat alles inhoudelijk wordt overgedaan. Men kent de patiënt immers niet. Op basis van zijn voorgeschiedenis – die is te vinden in de stukken die worden meegeleverd – kan het bijvoorbeeld nodig zijn om een contra-expertise uit te voeren. In een groot aantal gevallen kan dat gebeuren op basis van de elementen in het dossier. De bedoeling daarvan is dat wordt nagegaan of het oorspronkelijke oordeel en de contra-expertise overeenstemmen. Vervolgens wordt er op dit terrein een discussie gevoerd met de veiligheidsadviseur. Pas dan wordt besloten om al dan niet een machtiging af te geven.

De **voorzitter**: Alle klinieken werken nu met dezelfde risicotaxatie-instrumenten. Dat is een aantal jaren geleden in gang gezet. Betekent dit dat ook de onderliggende informatie mee moet gaan, of alleen de uitslag ervan? Op basis waarvan wordt besloten tot contra-expertise?

Minister **Donner**: Niet alleen de uitkomst zit erin, want dan zou ik alleen te maken hebben met het oordeel van de kliniek. Er zitten juist gegevens bij over de voorgeschiedenis. Vorige week heb ik de Kamer de nieuwe studie toegezonden die door het EFP is opgesteld. Daarin wordt onder andere aangegeven dat zal moeten worden gelet op de veranderingen in het verloop van een aantal elementen. Als dat een element van de risicotaxatie wordt, zal dat inderdaad ook meegezonden moeten worden.

De **voorzitter**: Dat is een mogelijkheid voor de toekomst. U hebt het EFP genoemd. Dat is één van de voorbeelden die in gang is gezet en in praktijk is gebracht om tot een nieuw, beter werkend stelsel te komen. Hoe zou u het huidige functioneren van dat expertisecentrum beoordelen? Het is in 2002 voor een periode van vijf jaar ingesteld. Wij naderen dus het einde van die periode. Heeft men de instrumenten en de middelen om de taakopdracht waar te maken?

De heer **Donner**: U weet dat er voor eind volgend jaar een evaluatie van het expertisecentrum is voorzien. Het is opgezet voor vijf jaar. Die periode loopt in 2008 af. Ik constateer in ieder geval dat op een aantal belangrijke terreinen gedaan is wat gedaan had moeten worden, namelijk bijhouden wat het onderzoek inhoudt, het eventueel coördineren van onderzoek dat elders gedaan wordt, het eventueel begeleiden van onderzoek, soms ook zelf onderzoek inzetten. Daarnaast kan het departement ook gebruik maken van het WODC, met name als het gaat om andersoortig, meer criminologisch onderzoek. Het WODC houdt zich ook bezig met de wijze waarop men in het buitenland met de tbs omgaat. Kortom, een expertisecentrum is niet een zelfstandig onderzoekscentrum. Het is primair opgezet om bij te houden waar de kennis zit en te organiseren hoe die kennis gebruikt kan worden. Mijn beeld is dat het expertisecentrum wat dat betreft voldoet, zonder vooruit te lopen op de evaluatie.

De **voorzitter**: De heer Korthals zei dat het van groot belang is dat de sector transparanter wordt en dat de onderlinge prestaties van de klinieken kunnen worden vergeleken. Het is mogelijk om methodes en uitkomsten van onderzoek te vergelijken. Hij gaf het EFP daarin een belangrijke rol. Dan moet het EFP echter wel toegang hebben tot alle gegevens bij de klinieken. Wij krijgen daar

wisselende informatie over. Kunnen zij dat nu wel of niet afdwingen?

De heer **Donner**: Daar heb ik geen beeld van op dit moment. Nogmaals, men heeft natuurlijk te maken met het medisch geheim. Dat betekent dat men met geanonimiseerde gegevens moet werken. Ik heb er echter geen beeld van wat de mogelijkheden op dat terrein zijn. Veel belangrijker is dat het niet primair een kwestie is van objectieve transparantie. Vooral ook vanwege het afschaffen van gespecialiseerde klinieken door middel van de aselechte plaatsing zijn de klinieken beter onderling te vergelijken. De kwaliteit van de universiteiten wordt ook niet objectief gemeten, maar door onderlinge vergelijking.

De **voorzitter**: Maar je kunt pas vergelijken als je alle gegevens hebt. Als klinieken niet verplicht zijn, de gegevens te verstrekken, gaat de opzet van het stelsel mank. Dan is het eigenlijk een "mission impossible" voor het EFP.

De heer **Donner**: Dat is inherent aan de standaardisatie. Door de recidivemonitor die een aantal jaren geleden is ingesteld, krijg ik een totaalbeeld van de patiënten die behandeld worden in de klinieken. Daarnaast is er een klein segment bestaande uit de psychoten, ongeveer 30% van de populatie, die met name op basis van medicatie beoordeeld kunnen worden, waar ook resultaten van te meten zijn. 70% van de populatie is persoonsgestoord. Aangezien er heel weinig onderzoeken zijn gedaan naar wat wel precies werkt en wat niet werkt, wordt altijd gewerkt met globale cijfers. Ik wijs op een recent onderzoek naar de agressiviteit. Een ander onderzoek dat ook door het expertisecentrum is gestimuleerd, is een onderzoek van mevrouw De Ruiter over de aanpak van zedendeliquenten. Maar dat is een totaal nieuw gebied, zowel in Nederland als in het buitenland.

De **voorzitter**: Bij die onderzoeken stuit men steeds op het wel of niet meewerken van klinieken, het wel of niet aanwezig zijn van achterliggende informatie. Dat geldt ook voor het onderzoek dat afgelopen maandag is gepresenteerd door het EFP over de kans op onttrekking en de kans op recidive. Het is een terugkerend probleem. Wij zijn benieuwd hoe u daar tegenaan kijkt. De vraag of het centrum kan functioneren, lijkt mij niet onbelangrijk voor de evaluatie.

Minister **Donner**: Ik zal dat punt meenemen.

De **voorzitter**: Wij ook. Zo-even kwam het punt van de zogenaamde passanten al ter sprake. Iemand krijgt tbs opgelegd, zit eerst een celstraf uit en aan het einde van die celstraf moet er capaciteit zijn. Dat was een groeiend probleem in de afgelopen jaren. Daar heeft het Europese Hof over gezegd dat het niet meer mag voorkomen. Het antwoord daarop is preklinische interventie. Klinieken mogen al in de gevangenis een vorm van behandeling toepassen. Dat zou dan de oplossing van het probleem zijn.

De heer **Donner**: Niet helemaal. Het is inderdaad een probleem dat een symptoom is van het groeiend beroep dat in de afgelopen tijd op tbs gedaan is. Er is inderdaad beperkte capaciteit. In de afgelopen jaren is het aantal passanten toegenomen. Ik los dat in de lopende en in de

komende begroting op door enerzijds de preklinische interventie en anderzijds door in de gevangenissen afdelingen in te richten die als tbs-locatie kunnen worden gedefinieerd. Daarnaast is er de aanpak via de longstay, de uitstroom uit de tbs-klinieken. Dat is natuurlijk geen echte uitstroom, omdat het een afdeling is binnen de tbs. Er is geld uitgetrokken voor toename van de capaciteit op dat terrein. Ik geloof dat wij dit jaar op 150 plaatsen zitten en dat wij volgend jaar op 200 plaatsen uitkomen. Dat beantwoordt aan het WODC-onderzoek. In de nasleep van de commissie-Houtman is er aandacht voor de vraag in hoeverre de uitstroom naar de normale ggz beter kan worden gewaarborgd op voorwaarden die de veiligheid recht doen.

De **voorzitter**: U zegt dat een van de antwoorden op het probleem is om in de gevangenissen preklinisch te behandelen of binnen de gevangenissen 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 **voorzitter**: 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?

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

De **voorzitter**: Anders is het probleem alleen administratief opgelost.

De heer **Donner**: Anders is het window dressing.

De **voorzitter**: Wanneer wij die cijfers onder ogen krijgen, kunnen wij concluderen dat het voor een deel om mensen gaat die in de gevangenisomgeving zitten alwaar de behandeling plaatsvindt.

De heer **Donner**: De locatie blijft dezelfde, maar het is een andere afdeling binnen de gevangenis. Daar is op dit moment nu eenmaal meer plaats dan in tbs-klinieken. De behandeling zal daar moeten plaatsvinden. Dat is niet alleen een kwestie van plaatsen, maar ook van deskundigheid en capaciteit.

De **voorzitter**: Is dit volgens deskundigen een aanvaardbaar alternatief uit psychiatrische overwegingen?

De heer **Donner**: Dat is in ieder geval de inzet van het geheel. Als deskundigen een ander oordeel hebben, zullen zij het doorgaans niet nalaten om mij dat te laten weten.

De **voorzitter**: Nee, doorgaans niet. Wellicht volgt dat de komende dagen.

Een ander probleem is dat van het aantal mensen met tbs zonder verblijfsvergunning. Dat is een groeiend probleem. Mensen kunnen nooit op verlof. Zij kunnen daarom niet resocialiseren, want zij hebben geen verblijfsvergunning. Om hoeveel gevallen gaat dat inmiddels?

De heer **Donner**: Die gegevens heb ik nu niet paraat, maar die kan ik u schriftelijk doen toekomen.

De **voorzitter**: Graag. U hebt niet lang geleden aan de Kamer geschreven dat u een wetsvoorstel voorbereidt om daar een oplossing voor te bieden. U had het over een bevoegdheid van de minister om in zulke gevallen een andere omgeving te zoeken voor betrokkenen. Hoe staat het daarmee?

Minister **Donner**: De uitvoering van die plannen is moeilijk. De tbs is mede gericht op resocialisatie in Nederland. Hier gaat het om vreemdelingen die geen verblijfsvergunning krijgen in Nederland. Dan is de resocialisatie in Nederland een minder zinvol perspectief. Dat laat onverlet dat ik uit een oogpunt van gelijke behandeling wel degelijk ook hier tbs moet toepassen. Daarbij moet de behandeling primair gericht zijn op terugkeer naar het land van herkomst.

De **voorzitter**: Zou de oplossing kunnen zijn dat in zulke gevallen geen tbs opgelegd kan worden? Je kunt het aan de achterkant oplossen, maar je kunt het ook aan de voorkant oplossen.

De heer **Donner**: Ik weet niet precies wat de stand van denken op dat punt is. Mij dunkt dat dit wel tot gevolg zal hebben dat er in die gevallen kortere straffen worden opgelegd. In Nederland is straffen primair een kwestie van de rechter.

De **voorzitter**: Maar het is de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie dat het gaat om adequate straffen en adequate wetgeving.

De heer **Donner**: Dat klopt. Ik heb de Kamer geschreven dat wij bezig zijn om voor dit probleem een oplossing te vinden.

De **voorzitter**: Wanneer kunnen wij die oplossing tegemoet zien?

De heer **Donner**: Vermoedelijk in de loop van dit jaar.

De **voorzitter**: Wij horen uit diverse hoeken dat het ontbreken van toezicht als knelpunt wordt gezien bij resocialisatie, het ontbreken van nazorg en opvang na beëindiging van de maatregel. Dan doel ik speciaal op de rol van de reclassering daarin. Zou het wenselijk zijn dat de reclassering daar een grotere rol in speelt?

De heer **Donner**: Door de veranderingen in de afgelopen tijd is een veel geleidelijker systeem ontstaan. In de eerste plaats is het aantal vormen van verlof gereduceerd tot drie: begeleid, onbegeleid en extramuraal verlof. Na de klinische behandeling van de tbs'er volgt het proefverlof dat onder toezicht van de reclassering plaatsvindt. Daar was de constatering van dat het toezicht voor die eerste periode onvoldoende was. Derhalve is voor dat tussengebied de figuur van het extramuraal verlof ingevoerd,

waarbij het toezicht en de controle bij de kliniek ligt, maar men wel buiten de kliniek verblijft. Vervolgens komt het proefverlof onder toezicht van de reclassering. In de afgelopen tijd is de reclassering onderwerp geweest van een vrij ingrijpende reorganisatie vooral als het gaat om het duidelijker preciseren welke producten het departement verwacht van de reclassering. Er is binnen het departement een afdeling gekomen die uitmaakt welke personen onder welke reclasseringsafdeling vallen. De reclassering is betrokken bij het proefverlof, maar dan is er nog steeds een justitiële titel. Idem dito is de reclassering betrokken bij tbs met voorwaarden. Dat is een aparte vorm van tbs in plaats van de dwangverpleging. Maar als dat afgelopen is, is er voor de periode daarna in de samenleving geen justitiële titel meer. Dat is een onderdeel van de vraag wat moet gebeuren met mensen die niet binnen de kliniek hoeven te blijven, maar die aan de andere kant onbehandelbaar zijn uit een oogpunt van veiligheid. Dat is de aparte categorie waar ik het over heb. Die categorie verblijft nu nog vaak in de klinieken. Het is de vraag wie belast moet zijn met het toezicht als die categorie buiten de kliniek komt in het normale ggz-circuit. Dat is een vraag die zich zal voordoen bij de uitvoering van dat beleid.

De **voorzitter**: In de jaren negentig is de motie-Kalsbeek/Nicolai 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 **voorzitter**: 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 **voorzitter**: 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 **voorzitter**: 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 **voorzitter**: Bent u er principieel wel een voorstander van als de Kamer dat door wil voeren?

De heer **Donner**: Het is de vraag of dat in deze vorm moet, maar ik denk dat het wenselijk is om langer de mogelijkheid te hebben om voorwaarden te stellen. Dat geldt überhaupt voor het Nederlandse sanctieregime als het gaat om de nazorg. Het is onder andere ook onderdeel van de wijzigingen op het terrein van de vervroegde invrijheidstelling en voorwaardelijke invrijheidsstelling. Dat zou in deze vorm kunnen. Dan hebben wij het nog steeds over de nazorg als verlenging van de tbs. Een andere mogelijkheid zie ik in het wetsvoorstel dat mijn collega Hoogervorst en ik aan de Kamer hebben gestuurd met betrekking tot de BOPZ, namelijk het geven van dwangmedicatie. Kortom, er zijn verschillende vormen denkbaar. Het oorspronkelijke idee van de Kamer om gedurende een lange periode toezicht uit te laten oefenen, is door het kabinet in een wetsvoorstel omgezet waarin die periode is bekort. Bij mijn weten, maar dit heeft zich voor een deel voor mijn periode als minister afgespeeld, is dat wetsontwerp door de Kamer niet aanvaard.

De **voorzitter**: De heer Korthals heeft in het gesprek hiervoor gezegd dat het kabinet dat voorstel schoorvoetend overnam, omdat het hoge kosten met zich zou brengen.

De heer **Donner**: Het zijn geldige argumenten. Laten wij wel wezen, het zijn twee verschillende problemen. Ik heb aan de ene kant de problematiek van de mensen waarbij de tbs beëindigd wordt. Voor die mensen wordt geconstateerd dat zij zodanig behandeld zijn dat zij veilig terug kunnen keren in de samenleving. Aan de andere kant heb ik te maken met de problematiek van de mensen die niet behandelbaar zijn uit een oogpunt van veiligheid, maar die wel onder toezicht terug kunnen keren in de samenleving. Dat is een van de conclusies van het rapport-Houtman. Vertaald naar de aansluiting met de normale ggz, is het heel wel mogelijk dat in dat kader de wetgeving gewijzigd moet worden of dat er iets moet gebeuren via de regelgeving in het kader van de BOPZ.

De **voorzitter**: Ook onze commissie heeft daar verschillende voorstellen over te horen gekregen. In het kader van veiligheid bij uitstroom en proefverloven speelt het element van risicobeperking en de rol en de invloed van de risicotaxatie-instrumenten. Die instrumenten zijn recent ontwikkeld. Al eerder was de aanzet gegeven om dat soort dingen te ontwikkelen. Daar is steeds meer implementatie van. Alle klinieken moeten daarmee werken. Vorig jaar, toen alle verloven waren ingetrokken na een reeks van incidenten, is een aantal risicotaxaties opnieuw gedaan. Op basis van die nieuwe taxaties is een aantal verloven ingetrokken. Zou je daaruit de conclusie kunnen trekken dat men in een aantal gevallen de risicotaxatie niet goed heeft gelezen en te gemakkelijk is overgegaan tot het verlenen van verlof?

De heer **Donner**: Als je eerst een verlof geeft en het vervolgens in moet trekken, houdt dat in dat je bij heroverweging tot een andere conclusie bent gekomen. De verloven zijn ingetrokken na de zaak in Eibergen. Vorig jaar, na de zaak van de heer S. is alleen Veldzicht gevraagd om tot een heroverweging te komen, juist omdat het mij onrechtvaardig leek om de gehele tbs-populatie het slachtoffer te maken van het feit dat zich bij één kliniek een incident plaatsvond. De cijfers van de gevallen van onttrekking aan het verlof zijn sinds de verstrakte vorm van invoering in de loop van vorig jaar sterk teruggelopen. Ik had ieder jaar te maken met ongeveer 70 tot 100 gevallen. Vorig jaar tot juli had ik te maken met 50 onttrekkingen. Na juli met 15 onttrekkingen. Die ontwikkeling zet zich in de eerste maanden van dit jaar voort.

De **voorzitter**: Is er een relatie met de risicotaxatie-instrumenten of met het voorzichtiger zijn met het geven van verlof?

De heer **Donner**: Tja, dat is ...

De **voorzitter**: ... kip of het ei?

De heer **Donner**: Nee, het is niet kip of het ei. Zoals u aangeeft, is een risicotaxatie-instrument geen meetlat die je ergens langs legt. Het is een beoordelingsinstrument. Uiteraard kan het heel wel zijn dat men in het licht daarvan nog zekerder is gaan kijken. Het aantal machtigingen is volgens mijn informatie niet in dezelfde mate teruggelopen. Dus ik denk dat het een gevolg is van een betere taxatie van de risico's.

De **voorzitter**: De afgelopen week is ons een onderzoek gepresenteerd naar die onttrekkingen over een langere periode. Onderzocht is of er indicaties zijn op basis waarvan risico's anders ingeschat hadden kunnen worden. Dat is het onderzoek van de heer Hildebrand van het EFP. Hij herkent daarin een aantal zaken die uit eerder onderzoek zijn gebleken. Er is onderzoek gedaan met soortgelijke uitkomsten. Kent u dat onderzoek?

De heer **Donner**: Niet specifiek op dit terrein. Het patroon is wel herkenbaar. Iedere keer als je iets nieuws constateert, constateer je ook dat er al eerder aanwijzingen waren en dat de gedachten in dezelfde richting zijn gegaan.

De **voorzitter**: Wij kregen de indruk dat het door de heer Hildebrand genoemde onderzoek in directe opdracht van het Ministerie van Justitie is gedaan.

De heer **Donner**: Dat kan heel wel zijn.

De **voorzitter**: Dan is de vraag wat er met dat onderzoek en met de uitkomsten daarvan is gebeurd.

De heer **Donner**: Waarschijnlijk is dat toen in de beoordeling meegenomen, maar ik weet echt niet over welk onderzoek u het hebt. Het is ook mogelijk dat het is vertaald in het risicotaxatie-instrument zoals dat toen is ontwikkeld. Er is toen in die ontwikkeling waarschijnlijk minder gelet op elementen waarop bij nadere constatering wel meer gelet moet worden. De essentie van het onderzoek van het EFP, wat ook door Justitie is geënta-

meer, is dat er meer gelet zal moeten worden op de dynamische elementen en minder op de statische elementen, namelijk de vraag wat het karakter van het misdrijf is dat gepleegd is.

De **voorzitter**: Dat was de uitkomst van het onderzoek dat afgelopen maandag is gepresenteerd. Ik vraag u echter naar een eerder onderzoek dat in opdracht is gedaan van het Ministerie van Justitie. Wij hebben begrepen dat er een computerapplicatie van is bij een afdeling die onder uw verantwoordelijkheid valt. Waarom is die informatie dan niet gebruikt?

De heer **Donner**: Dat kan ik op dit moment niet zeggen. Het onderzoek van het EFP heb ik aan de Kamer doorgestuurd, zonder dat daarover een standpunt is ingenomen. Vermoedelijk zal dit punt in dat standpunt meegenomen worden, maar dan zal ik eerst de fijnzinnigheden van dit element moeten weten. Het gebeurt vaker dat elementen uit eerdere onderzoeken worden overgenomen in nieuw onderzoek.

De **voorzitter**: Ik bedoel het helemaal niet zo fijnzinnig. Ik heb alleen begrepen dat er eerder onderzoek is gedaan met vergelijkbare resultaten. Er werd dus al eerder geconstateerd wat de grote risico's waren. Dat onderzoek moet bekend zijn bij het departement. Men geeft opdracht om een nieuw instrument te ontwikkelen voor eigen gebruik. Dat is op de computers aanwezig in een applicatie bij de afdeling ITZ. Maar men heeft besloten om dat niet te gebruiken. Hoe kan dat?

De heer **Donner**: Daar moet ik u op dit moment het antwoord schuldig op blijven. Dat zou namelijk veronderstellen dat ik al een standpunt heb ingenomen over het rapport en dat heb ik nog niet ingenomen.

De **voorzitter**: Nee, ik heb het niet over dit rapport.

De heer **Donner**: U zegt dat het rapport op eerder onderzoek wijst. Dat blijkt daaruit.

De **voorzitter**: Het rapport verwijst naar eerder onderzoek. Dat eerdere onderzoek is gedaan in opdracht van uw departement. Die onderzoeker heeft in opdracht van mensen van uw departement begin 2002 iets ontwikkeld. Er werd op een gegeven moment besloten om dat niet te gebruiken. Wij zijn nieuwsgierig naar de reden waarom dat niet gebruikt is. De redenen daarvoor kan ik ook wel verzinnen, maar de vraag is waarom het niet is gebruikt. Was het niet relevant of waren er andere redenen?

De heer **Donner**: U hebt het over 2002. Daar kan ik niet zo op antwoorden. Als u mij van tevoren had gezegd dat u mij hierover vragen wilde stellen, was ik beslagen ten ijs gekomen op dit punt. Nu overvalt u mij met dit punt, dus moet ik dat nagaan.

De **voorzitter**: Wilt u dat doen?

De heer **Donner**: Uiteraard.

De **voorzitter**: Ons is ter ore gekomen dat er een bruikbaar instrument zou zijn, waarmee het departement een contra-expertise kon doen, maar men heeft in 2004 besloten om dat niet toe te passen.

De heer **Donner**: Er zullen ongetwijfeld goede argumenten voor geweest zijn om dat niet toe te passen.

De **voorzitter**: Die horen wij graag binnenkort.

De heer **Donner**: Uitstekend, maar die informatie ontvangt u gewoon met het standpunt dat ik over het gehele rapport in zal nemen, als u het goed vindt.

De **voorzitter**: Nee, dan is er echt een misverstand. Het gaat om eigenstandig eerder uitgevoerd onderzoek met conclusies die eerder op uw departement zijn aangekomen en toegepast, los van het onderzoek dat vorig jaar is gestart en afgelopen maandag is gepresenteerd. Er zitten opvallende overeenkomsten in.

De heer **Donner**: Ik zal het nagaan.

De **voorzitter**: Heel graag. Die informatie ontvangen wij graag binnenkort.
De heer Korthals zei dat het traject dat in gang is gezet in 2006 moest uitmonden in een verbetering van het functioneren van de sector, een betere uitstroom, etc. Dat moment is nu. Als ik de informatie en de suggesties de revue laat passeren die wij de afgelopen weken hebben gekregen, moet ik constateren dat er niet veel is veranderd. Deelt u die mening?

De heer **Donner**: Nee.

De **voorzitter**: Dat klinkt vrij beslist. Waar ziet u verbeteringen? Alle experts en betrokkenen hebben het over problemen die terug te zien zijn in eerdere rapporten en adviezen.

De heer **Donner**: Uit een technisch oogpunt bezien, is dat heel wel mogelijk. Ik bekijk het vanuit de verantwoordelijkheid voor het systeem zoals het in zijn geheel functioneert. Ik constateer dat de vraagstellingen uit de rapporten IBO 1 en IBO 2 over doelmatigheid van de sturing praktisch zijn vertaald in het functioneren van de klinieken. Het beeld dat bestond over de verschillende eilandrijkjes stemt niet overeen met het beeld dat ik nu heb van klinieken, die onderling uitwisselbaar zijn en die blijkens de recidivecijfers wel degelijk doen waar de samenleving ze mee belast heeft, namelijk personen die een delict gepleegd hebben door behandeling veilig te maken voor de samenleving. Tegelijkertijd is er een aantal andere problemen bijgekomen, namelijk de constatering dat het beeld van de behandelbaarheid van een aantal personen niet klopt. Dat roept andere vragen op en brengt een heel andere afweging met zich mee. Dat vraagt om de mogelijkheid, binnen de ggz behandelingen in te richten die mede gericht zijn op de veiligheid. Ook dat punt is opgepakt, onder andere uitmondend in het rapport-Houtman, waarin ook de bredere vraagstukken aan de orde worden gesteld, zoals de ggz-behandeling van mensen in penitentiaire inrichtingen. Op het specifieke aspect van de veiligheid, dat sterker aan de orde is gekomen in het kader van de moord op Van Harpen en Eibergen, is een verbetering te constateren in de recidivecijfers en in de verlofbeoordeling. Uiteraard, niets is perfect en elk systeem is voor verbetering vatbaar. Ik denk dat wij als het gaat om de forensische psychiatrie aan de vooravond staan van potentieel nieuwe ontwikkelingen op het terrein van deskundigheid. Ik denk dat de

klinieken wat dat betreft niet het beeld hebben dat zij met hun rug daar naartoe gaan staan. Uiteraard kan iedereen daar een andere mening over hebben, maar ik heb als verantwoordelijke voor het functioneren van het systeem als geheel niet het beeld dat de problemen nog dezelfde zijn als in 1995.

De **voorzitter**: Een van onze gesprekspartners had het over de maatschappelijke ontwikkelingen, het toenemend drugsgebruik, het toenemend aantal eenoudergezinnen, kinderen die in de problemen komen. Hij zei: wij zitten met een 19de-eeuws stelsel in de 21ste eeuw. Hij vond dat dit stelsel op een aantal punten aangepast moet worden aan de moderne tijd. Hij wilde niet het gehele tbs-stelsel overboord gooien. Hij had het over de brede aanpak van forensische psychiatrie en geestelijk gestoorde delinquenten of aankomend delinquenten. Herkent u zich in het beeld dat de maatschappij zo veranderd is dat wij met een aanpak werken die niet op de huidige tijd is toegesneden?

De heer **Donner**: Het beeld dat wij zouden werken met een 19de-eeuws instrumentarium is een karikatuur van de werkelijkheid. Natuurlijk zal iedereen die op een bepaald moment tot nieuwe inzichten komt, menen dat men met verouderde inzichten werkt. Uiteraard zal men binnen de tbs tot op zekere hoogte altijd behoudender zijn vanwege de veiligheid van de samenleving, waar de behandeling mede op gericht is. Die houdt in de afweging en de keuze die dat impliceert, dat men geen risico's kan nemen met nieuwe behandelingen. Ik gaf al aan dat de totale populatie in de tbs-klinieken voor 30% bestaat uit psychoten. Die zijn medisch te behandelen met medicatie. Over het behandelen van het persoonsgestoorde gedeelte is nog maar heel weinig bekend. Ik meen alleen al op basis van de terugloop van het aantal recidivegevallen sinds het eind van de jaren tachtig te kunnen constateren dat de behandeling verbeterd is. Dat laat onverlet dat er op dat terrein steeds nieuwe inzichten zullen zijn die vertaald zullen moeten worden. Misschien moeten klinieken soms een handje geholpen worden om verder te komen, maar ik zou mij ervoor willen hoeden, ook gelet op de inzet waarmee men zich kwijt van die taak, om het beeld op te roepen dat de tbs een 19de-eeuws instrument is, want dan is de gehele ggz in Nederland nog een 19de-eeuws instrument.

De **voorzitter**: Die informatie kwam van de ggz.

De heer **Donner**: Dat klopt, maar over en weer heeft men soms heel verschillende beelden van elkaar.

De **voorzitter**: U gaf net het voorbeeld van de 30% psychoten. Juist over dat voorbeeld werd gesteld dat de tbs daar nooit voor bedoeld was.

De heer **Donner**: Maar dat is een heel andere vraag, namelijk in hoeverre de ggz de criminaliteit kan voorkomen. Dat is geen onderdeel waar justitie zich mee bezighoudt of waar ik de tbs-klinieken mee kan belasten. Justitie heeft te maken met het resultaat van maatschappelijke ontwikkelingen en maatschappelijke keuzen, onder andere de gehele ontwikkeling van de ggz in Nederland. Als lid van het kabinet heb je uiteraard te maken met die ontwikkelingen, maar dit zijn beslissingen die genomen zijn in de loop van de jaren tachtig, waar wij in de loop van de jaren negentig en nu mee geconfronteerd worden.

Dan moet je vervolgens nagaan wat je daarvan kunt maken. Dat is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van het tbs-systeem. Het tbs-systeem is zeker voor verbetering vatbaar. Ik ben de commissie en de Kamer dan ook dankbaar dat zij zelf willen beoordelen hoe zich dat ontwikkelt en dat zij alleen blijven hameren op dingen die fout gaan. Het lijkt mij niet goed om een systeem dat in ieder geval functioneert, met alle kanttekeningen die daarbij te plaatsen zijn, af te schaffen voordat er een substantieel beter systeem is ontwikkeld. Dat moet dan eerst bewezen zijn.

De **voorzitter**: U zegt het zelf al: dat is de vraag die de Kamer, met name deze commissie, moet beantwoorden. Dat is de taak waar wij voor staan. Mijnheer Donner, ik dank u hartelijk voor uw komst en voor dit gesprek. Wij gaan de komende weken verder met ons werk. Begin mei zullen wij met onze conclusies komen. Dan treffen wij elkaar ongetwijfeld weer om daarover verder te spreken.

Sluiting 16.40 uur