

**Gewelds- en zedelinquenten met een psychische stoornis**



**240**

Onderzoek en beleid

# **Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis**

Wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en  
België

**C.H. de Kogel**

**M.H. Nagtegaal**

**Rapportage België**

**E. Neven**

**G. Vervaeke**

**Bju** | Boom Juridische uitgevers



**Wetenschappelijk Onderzoek- en  
Documentatiecentrum**

---

### Onderzoek en beleid

De reeks Onderzoek en beleid omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het WODC is verricht.

Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Justitie weergeeft.

---

Exemplaren van dit rapport kunnen worden besteld bij het distributiecentrum van Boom Juridische uitgevers:

Boom distributiecentrum te Meppel

Tel. 0522-23 75 55

Fax 0522-25 38 64

E-mail [bdc@bdc.boom.nl](mailto:bdc@bdc.boom.nl)

Voor ambtenaren van het Ministerie van Justitie is een beperkt aantal gratis exemplaren beschikbaar.

Deze kunnen worden besteld bij:

Bibliotheek WODC, kamer KO 14

Postbus 20301, 2500 EH Den Haag

Deze gratis levering geldt echter slechts zolang de voorraad strekt.

De integrale tekst van de WODC-rapporten is gratis te downloaden van [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl).

Op [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl) is ook nadere informatie te vinden over andere WODC-publicaties.

© 2006 WODC

*Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

*Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).*

*No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.*

ISBN-10 90 5454 726 x

ISBN-13 978 90 5454 726 6

NUR 824

## Voorwoord

Het doel van de TBS-maatregel is het beschermen van de maatschappij tegen het recidiverisico van plegers van ernstige gewelds- en zedendelicten die een psychische stoornis hebben. De TBS-maatregel krijgt veel maatschappelijke en politieke aandacht. Deze richt zich onder meer op de manier waarop de maatregel ten uitvoer wordt gelegd en de werkwijzen van de TBS-instellingen en het optreden van het ministerie van Justitie daarin. Enkele ernstige incidenten veroorzaakt door TBS-gestelden die zich aan het toezicht van de kliniek hadden onttrokken, waren medio 2005 mede aanleiding tot een parlementair onderzoek naar de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel.

Met dit internationaal inventariserende onderzoek wordt beoogd bij te dragen aan de gedachtenvorming over de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel door te kijken buiten de kaders van het Nederlandse TBS-systeem. Er wordt nagegaan hoe in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België wordt omgegaan met plegers van ernstige gewelds- of zedendelicten die tevens een psychische stoornis hebben.

In het onderzoek wordt aandacht besteed aan belangrijke thema's in de discussie over de TBS-maatregel en de tenuitvoerlegging daarvan. Dit zijn onder meer de behandeltrajecten van verschillende subgroepen binnen populaties gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen (waaronder degenen met psychotische stoornissen, met persoonlijkheidsstoornissen, en degenen bij wie het recidiverisico ook na langdurige behandeling niet substantieel vermindert), de vraag wat bekend is over de effectiviteit van behandelingen, de mate waarin daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van (recent) ontwikkelde kennis over effectiviteit van behandelmethoden, de wijze waarop de besluitvorming over verlop en (voorwaardelijke) invrijheidstelling plaatsvindt, en de mogelijkheid van langdurig of permanent toezicht na terugkeer in de maatschappij. Hoe dit gebeurt in andere landen en of dat mogelijk ideeën oplevert voor de omgang met psychisch gestoorde delinquenten in Nederland, zijn de centrale thema's in deze vergelijkende studie.

This study could not have been done without the cooperation of experts in policy, practice and research with respect to forensic psychiatry and the prison systems in England, Germany, Canada, and Sweden. They generously shared their knowledge and experience on behalf of this study, they showed the practical work in forensic institutions and prisons, they provided critical views on their own systems, and they answered many emails with further questions. Many thanks for all this! Veel dank gaat daarnaast uit naar E. Neven en G. Vervaeke voor het schrijven van het deel over België.

De begeleidingscommissie (zie bijlage 1) heeft wat betreft de inhoud van de verschillende hoofdstukken op constructieve wijze commentaar geleverd en meegedacht, waarvoor hartelijk dank. Verschillende WODC-collega's hebben de onderzoekers bij praktische zaken ondersteund en het hen daardoor gemakkelijker gemaakt dit onderzoek binnen korte tijd te verrichten, veel dank daarvoor!

Directeur WODC  
Prof. dr. Frans Leeuw

# Inhoud

<b>Afkortingenlijst</b>	<b>15</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>19</b>
<b>Deel 1 Inleiding</b>	<b>31</b>
<b>1 Achtergrond</b>	<b>33</b>
<b>2 Doelstelling en onderzoeksvragen</b>	<b>35</b>
<b>3 Operationalisatie van begrippen</b>	<b>35</b>
<b>4 Methoden</b>	<b>37</b>
4.1 Landen	37
4.2 Vraaggesprekken	38
4.3 Bronnenonderzoek	38
<b>5 Reikwijdte van het onderzoek</b>	<b>39</b>
<b>6 Opbouw van het rapport</b>	<b>40</b>
<b>Literatuur</b>	<b>41</b>
<b>Deel 2 Engeland</b>	<b>43</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>45</b>
<b>2 Beknopte beschrijving rechtssysteem</b>	<b>49</b>
2.1 Algemene kenmerken	49
2.2 Maatregelen en straffen	51
2.2.1 Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis	51
2.2.2 Straffen	52
2.2.3 Straffen en maatregelen gericht op terugvalpreventie bij personen die in de maatschappij verblijven	55
2.3 Overkoepelende beleidsinitiatieven van de overheid	56
2.3.1 National Offender Management Service	56
2.3.2 Dangerous people with Severe Personality Disorder (DSPD)	57
2.3.3 Multi Agency Public Protection Arrangements (MAPPA)	57
<b>3 Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrische systeem</b>	<b>59</b>
3.1 Wettelijke instrumenten	59
3.2 Oplegging	61
3.3 Intramuraal verblijf	61

3.3.1	Verantwoordelijke instanties	61
3.3.2	Voorzieningen	61
3.3.3	Vormen van intramurale behandeling	62
3.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	64
3.5	Toezicht en nazorg	65
3.6	Kosten	66
<b>4</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel</b>	<b>67</b>
4.1	Wettelijke instrumenten	67
4.2	Oplegging	67
4.3	Intramuraal verblijf	68
4.3.1	Verantwoordelijke instanties	68
4.3.2	Voorzieningen	68
4.3.3	Vormen van intramurale behandeling	68
4.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	69
4.4.1	De Parole Board	71
4.4.2	De Probation Service	73
4.5	Toezicht	74
4.6	Kosten	77
<b>5</b>	<b>Samenvatting en discussie</b>	<b>79</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>86</b>
	<b>Bijlage Bezoekschema Engeland, november 2005</b>	<b>89</b>
	<b>Deel 3 Duitsland</b>	<b>91</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>93</b>
<b>2</b>	<b>Beknopte beschrijving rechtssysteem</b>	<b>97</b>
2.1	Algemene kenmerken	97
2.2	Maatregelen en straffen	98
2.2.1	Maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis	99
2.2.2	Preventieve bewaring na afloop van een straf of maatregel	100
2.2.3	Sociaaltherapeutische behandeling voor zedendelinquenten	101
2.2.4	Toezicht na strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of gevangenisstraf: Führungsaufsicht	102
2.2.5	Levenslange gevangenisstraffen	104
<b>3</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrisch systeem</b>	<b>105</b>
3.1	Wettelijke instrumenten	105
3.2	Oplegging	105
3.3	Detentie/intramuraal verblijf	106



3.3.1	Verantwoordelijke instanties	106
3.3.2	Voorzieningen	107
3.3.3	Vormen van intramurale behandeling	109
3.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	110
3.5	Toezicht en nazorg	111
3.5.1	Wettelijke voorzieningen	111
3.5.2	Vormen van toezicht en nazorg	112
3.6	Kosten	113
<b>4</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel</b>	<b>115</b>
4.1	Wettelijke instrumenten	115
4.2	Oplegging	116
4.3	Detentie/intramuraal verblijf	116
4.3.1	Globale beschrijving verantwoordelijke instanties	116
4.3.2	Penitentiaire inrichtingen	117
4.3.3	Vormen van intramurale behandeling	117
4.4	Verlof, voorwaardelijke en onvoorwaardelijke invrijheidstelling	120
4.5	Toezicht en nazorg	121
4.6	Kosten	123
<b>5</b>	<b>Samenvatting en discussie</b>	<b>125</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>135</b>
	<b>Bijlage Bezoekschema Duitsland, december 2005</b>	<b>138</b>
	<b>Deel 4 Canada</b>	<b>139</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>141</b>
<b>2</b>	<b>Beknopte beschrijving rechtssysteem</b>	<b>145</b>
2.1	Algemene kenmerken	145
2.2	Maatregelen en straffen	146
2.2.1	Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis	146
2.2.2	Straffen uit de Criminal Justice-wetgeving	148
2.2.3	Straffen en maatregelen gericht op terugvalpreventie	150
2.3	Overkoepelende beleidsinitiatieven	151
<b>3</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrisch systeem</b>	<b>153</b>
3.1	Wettelijke instrumenten	153
3.2	Oplegging	153
3.2.1	Assessment procedure	153
3.3	Intramuraal verblijf	154

3.3.1	Verantwoordelijke instanties	154
3.3.2	Voorzieningen	154
3.3.3	Vormen van intramurale behandeling	155
3.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	156
3.5	Toezicht en nazorg	158
3.6	Kosten	158
<b>4</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel</b>	<b>159</b>
4.1	Wettelijke instrumenten	159
4.2	Oplegging	160
4.3	Intramuraal verblijf	161
4.3.1	Verantwoordelijke instanties	161
4.3.2	Voorzieningen	162
4.3.3	Vormen van intramurale behandeling	162
4.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	168
4.5	Toezicht en nazorg	171
4.5.1	Verantwoordelijke instanties	171
4.5.2	Vormen van toezicht en nazorg	172
4.6	Kosten	176
<b>5</b>	<b>Samenvatting en discussie</b>	<b>179</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>188</b>
	<b>Bijlage Bezoekschema Canada, 16 tot 27 januari 2006</b>	<b>192</b>
	<b>Deel 5 Zweden</b>	<b>195</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>197</b>
<b>2</b>	<b>Beknopte beschrijving rechtssysteem</b>	<b>201</b>
2.1	Algemene kenmerken	201
2.2	Maatregelen en straffen	202
2.2.1	Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis	202
2.2.2	Gevangenisstraf van bepaalde duur en levenslange gevangenisstraf	202
2.2.3	Toezicht na (voorwaardelijke) invrijheidstelling van gedetineerden uit het gevangenisstelsel	203
2.3	Overkoepelende beleidsinitiatieven	203

<b>3</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrisch systeem</b>	<b>205</b>
3.1	Wettelijke instrumenten	205
3.2	Oplegging	205
3.3	Intramuraal verblijf	207
3.3.1	Verantwoordelijke instanties	207
3.3.2	Voorzieningen	208
3.3.3	Vormen van intramurale behandeling	208
3.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	209
3.4.1	Verantwoordelijke instanties	209
3.5	Toezicht en nazorg	210
3.6	Kosten	210
<b>4</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel</b>	<b>211</b>
4.1	Wettelijke instrumenten	211
4.2	Oplegging	212
4.3	Intramuraal verblijf	212
4.3.1	Verantwoordelijke instanties	212
4.3.2	Voorzieningen	212
4.3.3	Vormen van intramurale behandeling	213
4.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	214
4.5	Toezicht en nazorg	215
4.5.1	Verantwoordelijke instanties	215
4.5.2	Vormen van toezicht en nazorg	216
4.6	Kosten	217
<b>5</b>	<b>Samenvatting en discussie</b>	<b>219</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>224</b>
	<b>Bijlage Bezoekschema Zweden, 27 februari t/m 4 maart 2006</b>	<b>227</b>
	<b>Deel 6 België</b>	<b>229</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>231</b>
<b>2</b>	<b>Beknopte beschrijving rechtssysteem</b>	<b>235</b>
2.1	Algemene kenmerken	235
2.2	Maatregelen en straffen	236
2.2.1	Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis	236
2.2.2	Levenslange gevangenisstraf	241
2.3	Overkoepelende beleidsinitiatieven van de overheid	241
2.4	Enkele statistische gegevens met betrekking tot internering, TBR en levenslange gevangenisstraf	242

<b>3</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrisch systeem</b>	<b>247</b>
3.1	Wettelijke instrumenten	247
3.2	Oplegging	247
3.3	Intramuraal verblijf	249
3.3.1	Verantwoordelijke instanties	249
3.3.2	Intramurale voorzieningen	249
3.3.3	Ambulante hulpverlening	253
3.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	255
3.5	Toezicht en nazorg	259
3.5.1	De internering van daders van misdrijven met een psychische stoornis	259
3.5.2	De onmiddellijke internering van veroordeelden	261
3.5.3	Terbeschikkingstelling van de regering	261
3.6	Kosten	262
3.6.1	Geïnterneerden	262
3.6.2	Terbeschikkingstelling van de regering	263
<b>4</b>	<b>Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel</b>	<b>265</b>
4.1	Wettelijke instrumenten	265
4.2	Oplegging	265
4.3	Intramuraal verblijf	266
4.3.1	Verantwoordelijke instanties	266
4.3.2	Voorzieningen	266
4.3.3	Vormen van intramurale behandeling	267
4.4	Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag	269
4.5	Toezicht en nazorg	269
4.6	Kosten	270
<b>5</b>	<b>Samenvatting van de belangrijkste resultaten</b>	<b>273</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>280</b>
	<b>Bijlage Interviews</b>	<b>283</b>
	<b>Deel 7 Slot</b>	<b>285</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>287</b>
<b>2</b>	<b>Puntsgewijze overzichten van de resultaten van de inventarisatie per land</b>	<b>289</b>
2.1	Kernpunten resultaten Engeland	289
2.2	Kernpunten resultaten Duitsland	291
2.3	Kernpunten resultaten Canada	292

2.4	Kernpunten resultaten Zweden	295
2.5	Kernpunten resultaten België	296
<b>3</b>	<b>Bespreking van de resultaten met betrekking tot de voornaamste thema's</b>	<b>297</b>
3.1	Belangrijke doelgroepen	297
3.2	Wettelijke instrumenten voor (langdurige) detentie	299
3.3	Intramurale voorzieningen	300
3.4	Behandeling	303
3.5	Recidivegegevens en effectstudies	306
3.6	Wetgeving die een kader biedt voor toezicht bij verblijf in de maatschappij	306
3.7	Besluitvorming over verlof en (voorwaardelijke) invrijheidstelling	308
3.8	Kosten	311
3.9	Gevolgen van incidenten voor het systeem	311
<b>4</b>	<b>Conclusies</b>	<b>313</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>316</b>
	<b>Summary</b>	<b>319</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>331</b>
	<b>Bijlage 1 Samenstelling Begeleidingscommissie</b>	<b>333</b>
	<b>Bijlage 2 Beknopte omschrijving meetinstrumenten</b>	<b>334</b>
	<b>Bijlage 3 Vragenlijst interviews</b>	<b>335</b>



# Afkortingenlijst

## Inleiding

APA	American Psychiatric Association
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual-IV-Text Revision
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
TBS	Terbeschikkingstelling
TK	Tweede Kamer
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

## Engeland

APA	American Psychiatric Association
ASSET	Assessment Tool for Young Offenders
CALM	Controlling Anger and Learning to Manage it
CJA	Criminal Justice Act
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
DSPD	Dangerous people with Severe Personality Disorder
FOCUS	Programma tegen middelenmisbruik
FOR	Programma gericht op motiveren gedetineerde
GBP	Great-Britain Pound
GPS	Global Positioning System
MAPPA	Multi Agency Public Protection Arrangements
MAPPP	Multi Agency Public Protection Panel
MHA	Mental Health Act
MHRT	Mental Health Review Tribunal
NGRI	Not Guilty by Reason of Insanity
NHS	National Health Service
NOMS	National Offender Management Service
OASys	Offender Assessment System
OBPU	Offender Behaviour Programmes Unit
PTSD	Post Traumatische Stress Stoornis
RSO	Registered Sex Offender
s.	section
SOTP	Sex Offender Treatment Programmes
SOA	Sexual Offences Act
ViSOR	Violent and Sex Offender Register

## Duitsland

DDR	Deutsche Demokratische Republik
FPI	Forensisch Psychiatrisch Instituut
StGB	Strafgesetzbuch (Wetboek van Strafrecht)

StPO	Strafprozessordnung (Strafprocesrecht)
StVollzG	Strafvollzugsgesetz (wetgeving tenuitvoerlegging gevangenisstraffen)
SOTP	Sex Offender Treatment Program

### Canada

AA	Alcohol Anonymous
APA	American Psychiatric Association
CAD	Canadese dollar
CAPL	Canadian Academy of Psychiatry and Law
CCC	Criminal Code of Canada
CCRA	Corrections and Conditional Release Act
CCRR	Corrections and Conditional Release Regulations
COSA	Circles Of Support and Accountability
CPIC	Canadian Police Information Check
CSC	Correctional Service Canada
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM	Diagnostic Statistical Manual
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
ETA	Escorted Temporary Absence
FPSC	Forensic Psychiatric Services Commission
HRRAC	High Risk Recognizance Advisory Committee
M	Gemiddelde
NCRMD	Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder
OIA	Offender Intake Assesment
OMS	Offender Management System
PPG	Penile Plethysmograph
RSBC	Regional Services British Columbia
RSO	Regional Services Ontario
RTC	Regional Treatment Centre
s.	section
SD	Standaard Deviatie
SIR	Statistical Information on Recidivism Scale
SOIRA	Sex Offender Information Registration Aet
SOP	Sex Offender Program
TBS	Terbeschikkingstelling
UTA	Unescorted Temporary Absence
VPP	Violence Prevention Program



**Zweden**

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
CVP	Center for Violence Prevention
Ch.	Chapter
CHES	Center of Health Equity Studies
NSOTP	National Sex Offender Treatment Program
PC	Penal Code
ROS	Zweedse versie Sex Offender Treatment Program
s.	section
SOTP	Sex Offender Treatment Program

**België**

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
CBM	Commissie voor Bescherming van de Maatschappij
CGGZ	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
DIG	Dienst Individuele Gevallen
FIDES	Forensisch Initiatief voor Deviante Seksualiteit
FOD	Forensische Onderzoeks Dienst
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdelingen
FPE	Forensisch Psychiatrische Eenheden
IBM	Inrichting ter Bescherming van de Maatschappij
KMO	Kleine en Middelgrote Onderneming
PSD	Psycho Sociale Dienst
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
TBR	Terbeschikkingstelling van de Regering
VI	Vlaanderen
WBM	Wet tot Bescherming van de Maatschappij
WI	Wallonië



# Samenvatting

## Inleiding en vraagstelling

In dit rapport worden de resultaten beschreven van een inventariserend onderzoek dat het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie heeft verricht naar de wijze waarop in verschillende landen, te weten Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België wordt omgegaan met personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben. Het eerste doel van dit onderzoek is om inzicht te verschaffen in de actuele stand van zaken in deze landen wat betreft een aantal aspecten van de wetgeving en tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen en straffen ten aanzien van deze groep. In de tweede plaats zal de stand van zaken in Nederland wat deze aspecten betreft in grote lijnen worden vergeleken met die in de onderzochte landen.

De opdrachtgever, de Directie Sanctie- en Preventiebeleid van het ministerie van Justitie, heeft vijf vragen voor het internationale onderzoek geformuleerd. Deze vragen luiden:

- 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?
- 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?
- 3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?
- 4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?
- 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlov en het ontslag uit het systeem?

## Methoden

In ieder land zijn 10 tot 20 vraaggerekenen gehouden met sleutelfiguren uit een aantal vaste sectoren. De sectoren zijn bij elk land:

- ministeries die beleid op het gebied van forensisch psychiatrische zorg en justitiële inrichtingen en wetgeving op dit gebied in portefeuille hebben;
- organisaties die verantwoordelijk zijn voor beleid op het gebied van de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen en strafrechtelijke maatregelen;
- forensisch psychiatrische instellingen;
- penitentiaire inrichtingen;

- organisaties die verantwoordelijk zijn voor toezicht en nazorg ten aanzien van gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten;
- instanties die beslissen over voortzetting of (voorwaardelijke) beëindiging van vrijheidsbenemende maatregelen ten aanzien van de genoemde populatie;
- wetenschappers op het gebied van onder meer forensische psychiatrie/psychologie of neurowetenschappen.

Daarnaast is voor elk land bronnenonderzoek verricht, gericht op wetgeving, wetenschappelijke literatuur, met name overzichtsstudies, beleidsdocumenten en dergelijke.

Het onderzoek diende te worden voorbereid, uitgevoerd en opgeleverd binnen een beperkte tijdsspanne (oktober 2005-maart 2006). Daarom betreft het een globale inventarisatie van de gang van zaken en de gekozen strategieën in de betreffende landen. Het onderzoek is beschrijvend van aard en heeft niet de pretentie van volledigheid. Daarnaast is in Duitsland en Canada een deel van het forensisch psychiatrische en penitentiaire systeem op deelstaatniveau geregeld. In ieder van deze landen zijn voor de bespreking van die aspecten twee deelstaten als voorbeeld gekozen. De conclusies met betrekking tot deze deelstaten of provincies gelden dan ook niet voor het land als geheel.

## Resultaten

### *Doelgroepen*

Alle bestudeerde landen kennen een forensisch psychiatrisch systeem dat gescheiden is van het gevangensysteem. In België is het forensisch psychiatrische systeem echter nog nauwelijks ontwikkeld wat betreft specifieke voorzieningen.

Elk van de onderzochte landen kent een strafrechtelijke maatregel of andere sanctie die gedwongen opname binnen het forensisch psychiatrische systeem mogelijk maakt. De wettelijke criteria voor toepassing daarvan verschillen echter tussen landen. In Nederland, Duitsland, België en Canada is het juridische schuldbeginsel leidend. Personen aan wie het delict niet of in mindere mate toegerekend kan worden, kunnen een maatregel tot gedwongen opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis opgelegd krijgen. In Engeland en Zweden worden andere criteria gebruikt. In Zweden hanteert men het begrip toerekeningsvatbaarheid niet. De hoofdvraag is of na de bewezenverklaring kan worden vastgesteld dat bij betrokkene ten tijde van het delict sprake was van een ernstige psychische stoornis. In Engeland is de vraag of betrokkene aan een psychische stoornis lijdt en daarvoor psychiatrische behandeling nodig heeft leidend voor de beslissing tot oplegging van een *hospital order*. In alle bestudeerde landen is een voorwaarde voor de oplegging van

vrijheidsbeperking in de vorm van gedwongen opname dat er sprake is van recidiverisico waartegen de maatschappij moet worden beschermd. In Zweden, Engeland en Canada valt de tenuitvoerlegging (verblijf, behandeling, verlenging, voorwaardelijke invrijheidstelling voor zover van toepassing) van de strafrechtelijke gedwongen opname (vrijwel) geheel onder de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg.

In deze landen lijkt de scheiding tussen het gevangenisstelsel en het forensisch psychiatrisch systeem dan ook het scherpst. Betrokkene wordt in de geestelijke gezondheidszorg óf in het gevangenisstelsel geplaatst. De combinatie van een strafrechtelijke maatregel en een gevangenisstraf is niet mogelijk. In Duitsland, België en Nederland is er sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg en justitie voor de forensisch psychiatrische sector. In de drie eerstgenoemde landen hebben de forensisch psychiatrische patiënten met name ernstige As-I-stoornissen en is de aanpak vooral medisch. Vooral in Nederland zijn naar verhouding meer patiënten met persoonlijkheidsstoornissen opgenomen in het forensisch psychiatrisch systeem.

#### *Wettelijke instrumenten voor (langdurige) detentie*

Alle bestudeerde landen kennen één of meer strafrechtelijke maatregelen tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis voor delinquenten met een psychische stoornis. Er zijn daarnaast aanzienlijke verschillen tussen de landen in sancties die langdurige detentie mogelijk maken. Zo kennen Engeland, Canada, Duitsland en België speciale sancties ter bescherming van de maatschappij tegen het recidiverisico van gewelds- en zedendelinquenten. Deze maken het mogelijk gevangenisstraffen van onbepaalde duur op te leggen, of de straf te verlengen, dan wel betrokkene gedetineerd te houden nadat de straf is uitgezeten. Dit betreft in Canada de *Dangerous en Long term Offender designations*, in Engeland de *life sentence* en de *imprisonment for public protection* en de *extended sentence*, in Duitsland de *Sicherungsverwahrung* en in België Terbeschikkingstelling van de Regering). Deze sancties bieden tevens de mogelijkheid tot langdurige voorwaardelijke invrijheidstelling dan wel voorwaardelijke invrijheidstelling van onbepaalde duur en daarmee in beginsel de mogelijkheid tot langdurig toezicht op betrokkene.

#### *Intramurale voorzieningen*

Op België na beschikken de bestudeerde landen over gespecialiseerde forensisch psychiatrische instellingen (in België heeft men op dit gebied een aantal kleinschalige projecten). Daarnaast worden in alle landen patiënten met een strafrechtelijke maatregel ook binnen forensisch psychiatrische afdelingen in algemene psychiatrische ziekenhuizen opgenomen. De mate van beveiliging van de gespecialiseerde forensisch

psychiatrische instituten verschilt soms sterk. Zo is de materiële beveiliging van een *high security forensic psychiatric hospital* in Engeland of Canada vele malen strenger dan die van een dergelijk instituut in Zweden of Duitsland.

Het aantal gedetineerden per 100.000 inwoners loopt in de onderzochte landen uiteen van 75 tot 142. Het aantal personen dat met een strafrechtelijke maatregel gedwongen is opgenomen in een (forensisch) psychiatrische instelling ligt tussen de vijf en de tien per 100.000 inwoners. Er moet bij de interpretatie van deze getallen een aanzienlijke slag om de arm worden gehouden omdat er grote verschillen zijn tussen de forensisch psychiatrische systemen van de verschillende landen. Daarbij gaat het onder meer om verschillen in de inclusiecriteria tussen de maatregelen, verschillende beveiligingsniveaus van de inrichtingen en verschillen in de criteria voor ontslag en in de praktijk van ontslag. Zoals eerder vermeld bestaan er grote verschillen tussen landen wat betreft de problematiek van degenen die in het forensisch psychiatrische systeem terechtkomen. In sommige landen gaat het vooral om personen met As-I-problematiek, in andere landen is er een meer gemengde populatie (As-I- en As-II-problematiek). Al deze factoren kunnen zorgen voor verschillen in het relatieve aantal forensisch psychiatrische patiënten tussen de landen.

#### *Behandelbaarheid*

In elk land zijn er gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen bij wie het recidiverisico door behandeling onvoldoende vermindert. Veelal kent men binnen het forensisch psychiatrische systeem afdelingen waar personen zeer langdurig blijven, al worden deze veelal niet specifiek als 'long-stay afdelingen' aangeduid. Behandelbaarheid is een lastig te hanteren begrip omdat de vraag of iemand behandeld kan worden van velerlei factoren afhangt, die bovendien in de tijd kunnen veranderen. Dit betreft onder meer kenmerken van de persoon, zoals type problematiek en motivatie, de vraag of er een behandeling voor de betreffende problematiek bestaat en de vraag of een geschikte behandeling ook in de praktijk beschikbaar is. In de bestudeerde landen zijn wij op een uitzondering (Engeland) na niet tegengekomen dat 'behandelbaarheid' een rol speelt bij de toegang tot het forensisch psychiatrische systeem.

#### *Behandeling in het forensisch psychiatrische systeem*

In Canada, Engeland en Zweden bestaat de cliëntèle in het forensisch psychiatrische systeem voornamelijk uit personen met ernstige As-I-stoornissen zoals bijvoorbeeld schizofrenie. De behandeling richt zich hoofdzakelijk op medicamenteuze behandeling van de stoornis. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het leren omgaan met aan de

stoornis gerelateerde handicaps en het op orde krijgen van het dagelijks leven (werk of andere dagbesteding, sociale contacten en dergelijke). De behandeling is in mindere mate gericht op het beïnvloeden van (andere) risicofactoren voor crimineel gedrag.

In Nederland, maar ook in Duitsland en België bevinden zich meer personen met As-II-stoornissen in het forensisch psychiatrische systeem. In België zijn er voor deze groep nog weinig behandel mogelijkheden. In Nederland en Duitsland is er binnen forensisch psychiatrische instellingen een scala van behandelvormen. In lang niet alle gevallen worden echter de behandelingen toegepast die volgens de literatuur het meest veelbelovend lijken en in veel gevallen is geen sprake van geprotocolleerde behandeling.

#### *Behandeling in het gevangenisstelsel*

Uit meerdere studies is bekend dat zich ook in het gevangenisstelsel veel personen met psychische stoornissen bevinden. De onderzochte landen vertonen een grote verscheidenheid in de mate waarin binnen het gevangenisstelsel behandeling gericht op psychische stoornissen en vermindering van het recidiverisico geboden wordt. In Canada en Engeland is de ontwikkeling van behandelprogramma's binnen het gevangenisstelsel het verst en het meest gedifferentieerd. Deze landen hebben verschillende behandelprogramma's ontwikkeld, gericht op gewelddadige en seksuele delinquenten, waarin het terugbrengen van het recidiverisico een belangrijke doelstelling is. De overheid is daarin in deze landen een belangrijke motor. De *Home Office* in Engeland en het *Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness* in Canada en de respectievelijke *Prison Services* hebben ervoor gezorgd dat dezelfde programma's van bovenaf in meerdere instellingen zijn geïmplementeerd. In beide landen kent een aantal van de programma's tevens een voortzetting in de maatschappij na voorwaardelijke invrijheidstelling.

De Nederlandse overheid heeft met het Programma Terugdringen Recidive eveneens de bedoeling een aantal, deels uit Engeland geïmporteerde behandelprogramma's te implementeren binnen het gevangenisstelsel. De programma's zijn in ontwikkeling in een aantal instellingen. Ook andere landen zoals Duitsland en Zweden importeren behandelprogramma's uit Canada en/of Engeland. Deze lijken de eigen tradities op dit gebied meer en meer te vervangen. In Duitsland ligt het initiatief daartoe echter bij de overheden van de deelstaten. Engeland en Canada kennen een accreditatiesysteem voor hun behandelinterventies binnen het gevangenisstelsel. Deze commissie controleert op aansluiting van de programma's bij de internationale meta-analytische literatuur over effectiviteit van behandelmethoden en op de juiste toepassing in de praktijk. Sinds 2005 kent Justitie in Nederland ook een Accreditatiecommissie voor gedragsinterventies. In Canada, waar men er

langer ervaring mee heeft, merkt men in de praktijk dat door de formele kanten van het accreditatiesysteem soms procedurele belemmering om veranderingen in programma's aan te brengen wordt ervaren.

#### *Incorporatie van gestructureerde risicotaxatie*

In ieder van de onderzochte landen schrijft de wetgeving met betrekking tot personen die als recidivegevaarlijk worden beschouwd, het maken van een inschatting van het recidiverisico voor. De wijze waarop deze dient te gebeuren is meestal niet wettelijk gedefinieerd.

Alle onderzochte landen maken gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten ten aanzien van gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis, veelal vertalingen van de bekende Canadese instrumenten. In de meeste gevallen is het gebruik van deze instrumenten facultatief en kan risicotaxatie in principe ook op een andere wijze worden verricht. In een aantal gevallen gebeurt risicotaxatie met behulp van dergelijke instrumenten standaard, bijvoorbeeld bij alle personen die tot een bepaalde groep behoren en op een bepaald punt in het traject, bijvoorbeeld de diagnostische fase.

Canada is een voorloper wat betreft de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten voor gewelddadig (seksueel) gedrag. Bekende instrumenten voor gestructureerde risicotaxatie, zoals de HCR-20 en de SVR-20, zijn daar ontwikkeld. Binnen het Canadese federale gevangenisstelsel wordt gestructureerde risicotaxatie in principe bij iedere gedetineerde toegepast, maar dit is niet wettelijk verplicht. In Engeland wordt risicotaxatie standaard toegepast bij bijzondere groepen onder de gewelds- en zedendelinquenten, zoals de *Dangerous people with Severe Personality Disorder*. Duitsland kent verplicht gedragskundig onderzoek om het recidiverisico in te schatten ten behoeve van de beslissing van het gerecht over de voorwaardelijke invrijheidstelling van levenslang gestraften en van gewelds- en zedendelinquenten met een gevangenisstraf langer dan twee jaar. Daarbij worden in de praktijk veelal gestructureerde risicotaxatie-instrumenten gebruikt. In België geldt hetzelfde bij de beslissing tot invrijheidstelling van personen die een zedendelict tegen een minderjarige hebben gepleegd.

In Zweden is risicotaxatie een verplicht onderdeel van de *major forensic assessment* in opdracht van het gerecht. Verder moet bij veroordeelden tot gedwongen forensisch psychiatrische zorg die speciale vrijlatingscondities opgelegd hebben gekregen, voorafgaand aan invrijheidstelling een forensisch psychiatrisch onderzoek worden verricht, waaronder risicotaxatie met betrekking tot recidive. In de praktijk heeft dit geleid tot een sterke groei in toename van gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten in Zweden. In Nederland is (gestructureerde) risicotaxatie wettelijk verplicht bij de aanvraag van verlofmachtigingen.



### *Recidivegegevens en effectstudies*

Elk van de onderzochte landen, behalve België, registreert recidivegegevens op nationaal niveau. Echter, de vergelijking van recidivegegevens tussen landen of studies wordt nogal eens bemoeilijkt door verschillen in wijzen van registratie van delicten en veroordelingen en in definiëring van recidive. Daarnaast is de onderzochte populatie niet direct vergelijkbaar, verschillende groepen mensen bevinden zich in de verschillende systemen in de onderzochte landen. De cijfers zijn dan ook niet zonder meer vergelijkbaar.

Studies van goede methodologische kwaliteit waarin het effect van behandelprogramma's (of van wettelijke maatregelen) op latere recidive wordt onderzocht, zijn in de bestudeerde landen zeldzaam. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om studies waarin een groep forensisch psychiatrische patiënten of gedetineerden die een bepaald behandelprogramma heeft doorlopen vergeleken wordt met die van een in andere opzichten vergelijkbare groep die deze behandeling niet kreeg. Daarnaast dienen beide groepen lang genoeg te worden gevolgd om eventuele verschillen in recidive te kunnen vaststellen.

Met betrekking tot de behandelprogramma's voor zeden- en geweldsdelinquenten in het gevangenisstelsel in Canada zijn enkele effectstudies gepubliceerd die steeds op één locatie zijn verricht. De inhoud van de Canadese programma's is gebaseerd op de internationale literatuur over werkzame interventies. Bovendien worden de programma's pas geaccrediteerd als een procesevaluatie heeft plaatsgevonden waarbij de uitvoerbaarheid in de praktijk wordt onderzocht.

Dat methodologisch goede effectstudies zeldzaam zijn, komt onder meer doordat de uitvoering daarvan, zoals het samenstellen van een geschikte controlegroep, binnen het forensisch psychiatrische systeem of het gevangenisstelsel niet eenvoudig is. Niettemin is investering in dergelijke studies onontbeerlijk voor de verdere ontwikkeling van de behandeling van zeden- en geweldsdelinquenten met psychische stoornissen.

### *Wetgeving die een kader biedt voor toezicht in de maatschappij*

Er zijn grote verschillen tussen de onderzochte landen in de mate waarin zij beschikken over wetgeving die (langdurig) toezicht in de maatschappij mogelijk maakt. Met name in Engeland en Canada is in dit opzicht wetgeving ontwikkeld. Eerder kwam al aan de orde dat straffen en maatregelen van onbepaalde of lange duur, op basis waarvan langdurige voorwaardelijke invrijheidstelling mogelijk is, in beginsel een kader bieden voor langdurig toezicht op betrokkene. Dit betreft bijvoorbeeld de *life sentences* en *imprisonment for public protection* in Engeland, en de *dangerous offender designation* in Canada. Canada kent tevens een maatregel voor langdurig toezicht na een straf: de *long term supervision order*.

De tot nu toe genoemde maatregelen kunnen alleen opgelegd worden bij ernstige misdrijven. Zowel Canada als Engeland kennen ook korter durende maatregelen waarbij voorwaarden kunnen worden opgelegd en toezicht kan worden uitgeoefend op personen bij wie men dit vanwege het risico van een (gewelds- of zeden)delict noodzakelijk acht. Deze worden preventief opgelegd, dat wil zeggen nadat een straf of maatregel is afgelopen en kunnen ook worden opgelegd zonder dat er een delict is gepleegd. Dit betreft bijvoorbeeld in Canada de zogeheten *Peace Bonds*. Ten slotte zijn er beperkter maatregelen, zoals de verplichting tot registratie, melding van verhuizing en dergelijke.

In het kader van strafrechtelijke maatregelen tot gedwongen opname is in de bestudeerde landen behalve Zweden, voorwaardelijke invrijheidstelling mogelijk. Zweden kent wel de mogelijkheid van proefverlof. In Engeland, Canada en België kan de voorwaardelijke invrijheidstelling telkens worden verlengd. In Nederland en Duitsland is deze gemaximeerd in duur. In Duitsland wordt een wetsvoorstel overwogen om de *Führungsaufsicht* onbeperkt in duur te maken.

De verschillende landen, met name Duitsland, Canada en Engeland, passen in de praktijk vormen van toezicht en nazorg toe. In Engeland heeft de overheid *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA) ontwikkeld waarin verschillende organisaties samenwerken met betrekking tot toezicht op gewelds- en zedendelinquenten. De belangstelling voor toezicht na de TBS is ook in Nederland groeiende, getuige het recente initiatief tot de pilot Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Engeland en Canada kennen signaleringssystemen met betrekking tot het (voorwaardelijk) vrijkomen van *high risk offenders*. Er bestaat overigens nog weinig onderzoek naar de effecten van toezichtprogramma's.

#### *Besluitvorming over verlof en voorwaardelijke invrijheidstelling*

Er zijn behoorlijke verschillen tussen de landen wat betreft de typen instanties die beslissen over verlof buiten de instelling. De beslisbevoegdheid ligt in de onderzochte landen veelal bij een externe, gezaghebbende instantie, wat lijkt te duiden op de wens tot extra toezicht op deze beslissing.

De organisatie van de beslisbevoegdheid over (voorwaardelijke) invrijheidstelling van forensisch psychiatrische patiënten verschilt van land tot land. Grofweg is een tweedeling te onderscheiden. In Canada en Engeland zijn er *boards* van juristen, psychiaters en leken die gezamenlijk beslissen (Engeland: *Mental Health Review Tribunal*; Canada: *Review Board*). In Nederland, Duitsland en Zweden daarentegen, beslissen professionele rechters, geadviseerd door gedragsdeskundigen.

Met betrekking tot voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden uit het gevangenisstelsel vindt in onder andere Zweden, Engeland en Nederland automatische invrijheidstelling plaats nadat een vast percentage van de straf is uitgezeten. In Engeland en Canada beslist een *Parole*

*Board* bij de zwaarder gestraften (en in Duitsland het gerecht) nadat een vast percentage van de straf is uitgezeten over de vraag of betrokkene voorwaardelijk in vrijheid kan worden gesteld. In selectie en training van de leden wordt in Canada zowel bij de *Parole Board* als bij de *Review Board* vrij veel geïnvesteerd. Geïnterviewden in Canada zijn positiever over de professionaliteit van hun *Review Board* en *Parole Board* dan geïnterviewden in Engeland over de *Mental Health Review Tribunals* daar. De indruk uit de interviews is dat er aanzienlijke verschillen kunnen zijn in de mate waarin de voorwaarden bij voorwaardelijke invrijheidstelling worden gehandhaafd. Zo is de indruk dat in Canada en Engeland voorwaardelijk in vrijheid gestelden bij schending van voorwaarden in het algemeen een ingreep (terugplaatsing bij duidelijke en herhaalde schending van voorwaarden) kunnen verwachten van de *Probation Service* of andere toezichthoudende instantie. In bijvoorbeeld Zweden zou terugplaatsing echter zelden voorkomen.

#### *Gevolgen van incidenten voor het systeem*

In alle bestudeerde landen zijn er voorbeelden van ernstige misdrijven gepleegd door (ex-)forensisch psychiatrische patiënten of (ex-)gedetineerden. In verscheidene gevallen leidden dergelijke ernstige incidenten (mede) tot aanzienlijke veranderingen in het rechtssysteem. Bij ernstige incidenten komen de instanties die verantwoordelijk zijn voor de tenuitvoerlegging van de straf of maatregel en de instanties die verantwoordelijk zijn voor de toekenning van verlof of (voorwaardelijke) invrijheidstelling, dan wel daarover adviseren nogal eens onder vuur te liggen. In Duitsland kan dit bijvoorbeeld de minister op deelstaatniveau zijn maar ook de adviserende psychiater. Alle in het onderzoek betrokken landen zijn bekend met uitgebreide negatieve publiciteit in de media over dergelijke gevallen.

#### **Conclusies**

In grote lijnen worden in de bestudeerde rechtssystemen vergelijkbare belangen nagestreefd. In ieder van de hier besproken systemen wordt belang gehecht aan bescherming van de maatschappij tegen ernstige gewelds- of zedendelicten. Ook kent men in ieder land bescherming van ernstig psychisch gestoorden die een misdrijf gepleegd hebben door oplegging van een maatregel in plaats van een straf en wordt hun zorg en behandeling geboden. Eveneens is in elk van de systemen de mogelijkheid tot reïntegratie na afloop van straf of maatregel belangrijk. Aan een strafrechtelijke maatregel voor gedwongen opname in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis, ter bescherming van de maatschappij is de mogelijkheid om geleidelijk in de maatschappij terug te keren verbon-

den, waarbij met regelmaat wordt onderzocht of het veilig is betrokkene in de maatschappij te laten terugkeren. Ook kent elk land een vorm van voorwaardelijke invrijheidstelling na een gevangenisstraf. In ieder land heeft men min of meer dezelfde groepen patiënten/delinquenten met vergelijkbare problematiek die men in passende voorzieningen dient te plaatsen en aan wie adequate behandeling moet worden geboden. Binnen dit algemene kader zijn er belangrijke verschillen tussen de landen in:

- de mate waarin men wettelijke instrumenten kent die speciaal gericht zijn op langdurige detentie van gewelds- of zedendelinquenten;
- de mate waarin en de wijze waarop wettelijke instrumenten zijn ontwikkeld die toezicht op gewelds- en zedendelinquenten die zich in de maatschappij bevinden mogelijk maken.

In alle onderzochte landen lijkt een accentverschuiving op te treden waarbij het uitgangspunt bescherming van de maatschappij meer nadruk krijgt. Er is in verschillende van de onderzochte landen een trend waarneembaar tot uitbouw van wetgeving die langdurige detentie en/of een 'stok achter de deur' bij invrijheidstelling mogelijk maakt. Aan de andere kant wordt wel verondersteld dat differentiatie in wettelijke instrumenten gericht op detentie en toezicht in de maatschappij ook zou kunnen bijdragen aan reïntegratie. Zo zou bijvoorbeeld een wettelijke mogelijkheid tot langdurige invrijheidstelling onder voorwaarden, een kader kunnen bieden voor reïntegratie in de maatschappij voor personen die vanwege hun recidiverisico zonder een dergelijke 'stok achter de deur' niet in vrijheid zouden kunnen worden gesteld.

De bestudeerde landen ervaren in de praktijk voor een belangrijk deel vergelijkbare knelpunten. Zo is in elk land de doorstroming van forensisch psychiatrische patiënten een probleem. Daarbij gaat het om doorstroming van hogere naar lagere beveiligingsniveaus, doorstroming naar de reguliere psychiatrie en doorstroming naar (voorzieningen in) de maatschappij. Een instelling waarin meerdere niveaus van beveiliging (van hoog naar laag) en meerdere niveaus van behandeling (van intensief tot onderhoud) aanwezig zijn op één locatie lijkt in dit opzicht veelbelovend. Op deze manier kunnen personen op verschillende momenten in het behandelproces doorstromen naar verschillende afdelingen en kunnen zij indien er problemen ontstaan direct weer terug naar een afdeling met meer zorg dan wel beveiliging.

In alle bestudeerde landen zijn behandelprogramma's gericht op het verminderen van het recidiverisico van zeden- en geweldsdelinquenten ontwikkeld of geïmporteerd. Enkele landen lopen hierbij voorop, en dan met name het gevangenisstelsel in die landen. In deze landen heeft de overheid een belangrijke coördinerende en sturende rol bij de ontwikkeling, facilitatie en implementatie van behandelprogramma's. Ook is er in deze landen een sterke bijdrage van wetenschappers aan de ontwikkeling en accreditatie van behandelprogramma's. Overigens wordt in alle

landen veel belang gehecht aan internationale uitwisseling van kennis in ervaring met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten/forensisch psychiatrische patiënten.

De belangrijkste vraag met betrekking tot de besluitvorming over (voorwaardelijke) invrijheidstelling lijkt in hoeverre de juiste *checks en balances* wat betreft de rechten van alle betrokkenen en de professionele juridische en gedragsdeskundige expertise zijn gewaarborgd en niet zozeer welk type orgaan met de beslissing is belast. In verschillende landen wordt als knelpunt ervaren dat (leden van) over invrijheidstelling beslissende instanties onvoldoende beschikken over specifieke kennis op het gebied van forensisch psychiatrische problematiek. Dit benadrukt het belang van opleiding en trainingen op dit gebied. Daarnaast is een vraag in hoeverre de betrokkenheid van een vertegenwoordiging van de maatschappij bij dergelijke beslissingen een belangrijke toegevoegde waarde kan hebben. In verschillende landen zijn (opgeleide) leken betrokken in de besluitvorming over verlop en voorwaardelijke invrijheidstelling. Dit kan gezien worden als een principieel uitgangspunt dat ook de 'gewone' maatschappij een stem dient te hebben in zaken die haar bescherming tegen ernstige delicten betreffen. Daarnaast zou een dergelijke vertegenwoordiging mogelijk bij kunnen dragen aan de maatschappelijke acceptatie van dergelijke beslissingen.

Voor de verdere ontwikkeling van wetgeving, behandeling en risicomanagement met betrekking tot deze personen acht men in alle bestudeerde landen het belang van het stimuleren van gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek en researchsynthesen op dit gebied groot. Met name op het gebied van behandelprogramma's en praktijkmodellen voor toezicht in de maatschappij wordt de schaarste wat dit betreft gevoeld. Zoals eerder vermeld zijn methodologisch goede effectstudies met betrekking tot behandelprogramma's voor zeden- en geweldsdelinquenten met psychische stoornissen nog dun gezaaid.

Uit de landenbeschrijvingen kan worden geconcludeerd dat de bestudeerde landen met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen in belangrijke mate voor dezelfde vraagstukken en keuzes staan. Welke keuzes in concreto op kortere en langere termijn kunnen worden gemaakt, is nauw verweven met de wijze waarop het betreffende systeem is opgebouwd.



# Deel 1 Inleiding





In dit rapport worden de resultaten beschreven van een inventariserend onderzoek dat het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie heeft verricht naar de wijze waarop in verschillende landen, te weten Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België, wordt omgegaan met personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben. Dit internationale onderzoek is aan de Tweede Kamer toegezegd door de minister van Justitie in juni 2005. Als opdrachtgever voor het onderzoek treedt op de Directie Sanctie- en Preventiebeleid (DSP) in samenwerking met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).

## 1 Achtergrond

Twee ernstige misdrijven door terbeschikkinggestelden die zich aan het toezicht van de kliniek hadden onttrokken (de zaak Eibergen mei 2004; de zaak W. S., juni 2005) en de maatschappelijke onrust die deze teweeg hebben gebracht zijn aanleiding geweest tot Kamerdebatten. Deze resulteerden in de aankondiging van een parlementair onderzoek om na te gaan in hoeverre verbeteringen nodig zijn met betrekking tot de tenuitvoerlegging van de maatregel terbeschikkingstelling (TBS; Kamerdebatten 16 en 30 juni 2005). De taakomschrijving van de parlementaire onderzoekscommissie is op 22 september 2005 vastgesteld (TK 30 250 2004-2005 nr. 1). Eén van de aandachtspunten is hoe de tenuitvoerlegging van de TBS in Nederland zich verhoudt tot de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen bij met TBS-gestelden vergelijkbare populaties forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten in andere landen.

In een brief van de minister van Justitie van 19 september 2005 zijn in afwachting van de uitkomsten van het parlementaire onderzoek globale contouren van het TBS-beleid op langere termijn uitgezet en is daarnaast een vijftal vragen opgesteld ten behoeve van een internationaal vergelijkend onderzoek (TK 29 452, 2004-2005, nr. 37). Het internationale onderzoek wordt verricht om inzicht te verwerven in relevante ontwikkelingen buiten de nationale kaders van de TBS. De tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen bij met TBS-gestelden vergelijkbare populaties forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten wordt daarbij bezien in het kader van een aantal recente ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen omvatten de differentiatie die zich aftekent in de populatie TBS-gestelden ('behandelbaren', 'long care-groep' en 'long stay-groep'), de mogelijke introductie van permanent toezicht, systemen voor en werkwijzen met betrekking tot op resocialisatie gerichte behandeling, gebruikmaking van (recent) ontwikkelde kennis op het gebied van effectiviteit van behandelmethoden en protocollering daarvan, de rol

van behandelbaarheid bij besluitvorming over toegang, behandeling en uitstroom, de huidige kennis en implementatie op het gebied van risicotaxatie en risicomangement. Het internationale onderzoek concentreert zich op deze ontwikkelingen. Hoe is de stand van zaken op deze gebieden in de verschillende landen? Hoe verhoudt zich deze tot de stand van zaken in Nederland?

Eerder zijn enkele internationaal inventariserende studies met betrekking tot omgang met forensisch psychiatrische patiënten verricht (Research voor Beleid, 1995; Blaauw, Hoeve, Van Marle & Sheridan, 2002; Salize & Dressing, 2005). In deze studies zijn bovengenoemde ontwikkelingen echter niet systematisch onderzocht. Ook lieten deze studies het gevangeniswezen buiten beschouwing.

Bij het bespreken van de forensische psychiatrie in andere landen dan Nederland is het belangrijk enigszins op de hoogte te zijn van de classificatie van psychische stoornissen. In de psychiatrie wordt gebruikgemaakt van verschillende classificatiesystemen van ziekten waarop de diagnose van een patiënt geassocieerd kan worden. In de Diagnostic and Statistical Manual-IV van de American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, APA, 2004), worden stoornissen op vijf verschillende assen geassocieerd. Voor dit onderzoek zijn de eerste twee assen van belang. Op As-I worden stoornissen als schizofrenie, depressie, angststoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen geassocieerd. Op As-II zijn de persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, bijvoorbeeld de borderline, de antisociale en de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

De doelgroep van dit onderzoek, personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben, bevindt zich in elk van de bestudeerde landen ten dele in het forensisch psychiatrische systeem en ten dele in het gevangenisstelsel. De selectiecriteria en -mechanismen verschillen echter per land. Zo bevinden zich in Nederland relatief veel delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis binnen het forensisch psychiatrische systeem. Ongeveer een derde van de populatie heeft alleen een persoonlijkheidsstoornis als diagnose, 60% heeft zowel een diagnose op As-I (bijvoorbeeld verslavingsproblematiek, schizofrenie, een psychotische stoornis) als op As-II (persoonlijkheidsstoornissen) en ongeveer 13% heeft uitsluitend een As-I-diagnose (Van Emmerik, 2001). In de meeste landen, bijvoorbeeld Engeland en Canada, richt de forensische psychiatrie zich hoofdzakelijk op personen met ernstige As-I-problematiek. Plegers van ernstige gewelds- of zedendelicten bij wie een persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond staat, worden in de meeste gevallen veroordeeld tot een gevangenisstraf. In het onderhavige onderzoek is van elk bestudeerd land zowel het forensisch psychiatrische systeem als het gevangenisstelsel betrokken voor zover relevant met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis.

## 2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De doelstellingen van het onderhavige onderzoek zijn:

- een globaal maar systematisch inzicht verschaffen in de actuele stand van zaken in de bovengenoemde landen met betrekking tot een aantal aspecten van de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen en sancties bij personen die een ernstig gewelddadig (zeden)delict hebben gepleegd en gediagnosticeerd zijn met een psychische stoornis op As-I en/of As-II van de DSM-IV;
- inzicht verschaffen in hoe de stand van zaken in Nederland wat deze aspecten betreft zich in grote lijnen verhoudt tot die in de bestudeerde landen.

De opdrachtgever heeft in samenspraak met de Parlementaire Commissie vijf vragen voor het internationale onderzoek geformuleerd (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37 p. 4). Deze vragen luiden:

- 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?
- 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?
- 3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?
- 4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?
- 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlof en het ontslag uit het systeem?

Met betrekking tot de vierde vraag moet worden opgemerkt dat in dit rapport met name aandacht wordt besteed aan toezicht tijdens voorwaardelijke invrijheidstelling. In de praktijk blijkt dat er vrijwel alleen toezicht voorkomt binnen een juridisch kader.

Deze vragen zijn meer in detail uitgewerkt ten behoeve van de vraaggesprekken die met sleutelfiguren in elk van de landen zijn gehouden (zie bijlage 3).

## 3 Operationalisatie van begrippen

Alvorens de onderzoeksmethoden te bespreken, komt eerst kort de operationalisatie van enkele begrippen aan de orde.

#### *Wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling*

Hieronder verstaan wij juridische maatregelen met (mede) als doel een op resocialisatie gerichte behandeling van personen die een ernstig gewelddadig (zeden)delict hebben gepleegd en gediagnosticeerd zijn met een psychische stoornis op As-I en/of As-II van de DSM-IV en voorzieningen voor de tenuitvoerlegging van deze maatregelen.

#### *Voorzieningen*

Onder voorzieningen verstaan wij het geheel van instellingen voor behandeling, detentie en toezicht van personen die een ernstig gewelddadig (zeden)delict hebben gepleegd en gediagnosticeerd zijn met een psychische stoornis op As-I en/of As-II van de DSM-IV en het aanbod van deze instellingen.

Het gaat daarbij om integrale voorzieningen voor behandeling en/of detentie:

- justitiële en niet justitiële behandelinstellingen;
- penitentiaire inrichtingen.
- onderdelen of afdelingen binnen dergelijke instellingen met een bepaald aanbod, bijvoorbeeld:
  - kliniek voor forensisch psychiatrische nazorg;
  - long-stay afdeling;
  - intramurale behandelafdeling;
  - resocialisatieafdeling.
- een bepaald behandel-, beveiligings- en eventueel ook zorgaanbod dat wordt aangeboden door een bepaalde instantie of door meerdere organisaties gezamenlijk, bijvoorbeeld:
  - resocialisatieprogramma's voor *mentally disordered offenders*;
  - *supervision program sex-offenders*;
  - elektronisch toezicht.

#### *Beveiligingsniveaus*

Veelal wordt onderscheid gemaakt tussen instellingen met maximum security, medium security, low security en open instellingen. In de verschillende landen worden dergelijke beveiligingsniveaus echter verschillend vormgegeven, in het ene land veel strenger dan het andere. In dit rapport worden waar relevant de globale kenmerken beschreven. Ook in de literatuur wordt een gebrek aan wijdverbreid geaccepteerde definities van verschillende beveiligingsniveaus geconstateerd (Collins & Davies, 2005).

#### *Behandelbaarheid*

In het kader van dit onderzoek wordt onder behandelbaar verstaan dat de stoornis respectievelijk het recidiverisico door interventies kunnen verminderen of beter hanteerbaar worden. Het vaststellen in hoeverre

iemand behandelbaar is niet eenvoudig. Dit is afhankelijk van meer factoren, zoals kenmerken en omstandigheden van de persoon (bijvoorbeeld motivatie, mate van sociale steun, leermogelijkheden), de praktische beschikbaarheid van een geschikte behandeling (personeel, financiële middelen), de mate van investering in ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden (De Kogel, Verwers & Den Hartogh, 2005). Er is nog weinig overeenstemming over hoe actuele behandelbaarheid kan worden getaxeerd (o.a. McMurrin, 2002). Er heeft op dit gebied, in tegenstelling tot de inschatting van recidiverisico, nauwelijks of geen instrumentontwikkeling plaatsgevonden.

#### *Voorwaardelijke invrijheidstelling*

In dit rapport wordt voorwaardelijke invrijheidstelling niet als technisch juridische term gebruikt, maar als paraplueterm voor alle vormen van voorwaardelijke en vervroegde invrijheidstelling waarbij voorwaarden aan betrokkene kunnen worden opgelegd.

## **4 Methoden**

### **4.1 Landen**

De volgende landen zijn in het onderzoek betrokken (chronologisch):

- Engeland;
- Duitsland;
- Canada;
- Zweden;
- België.

De te bestuderen landen zijn in de eerste plaats gekozen op basis van een vergelijkbare context met betrekking tot het omgaan met forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten. Het betreft alle westerse maatschappijen die niet extreem afwijken van de Nederlandse. Ten tweede zijn deze landen gekozen vanwege de verwachting in het betreffende land ontwikkelingen of oplossingen met betrekking tot de wetgeving en tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen aan te treffen die voor Nederland mogelijk een voorbeeldfunctie zouden kunnen vervullen.

Canada, Duitsland en België zijn federaties. Dit betekent dat belangrijke onderdelen van het beleid en de tenuitvoerlegging decentraal, op deelstaatsniveau zijn geregeld en ook tussen deelstaten kunnen verschillen. Daarom is bij deze landen niet alleen het centrale overheidsbeleid bestudeerd, maar is daarnaast als voorbeeld ook aandacht besteed aan enkele specifieke deelstaten. Om praktische redenen kon dit in Duitsland en Canada slechts een beperkt aantal zijn. In Duitsland is aandacht

besteed aan de deelstaten Berlijn en Hessen, in Canada aan de provincies Ontario en British Columbia. In november-december 2005 hebben de onderzoekers Engeland en Duitsland bezocht, in januari 2006 Canada, in februari 2006 Zweden. Het onderzoek met betrekking tot België is uitbesteed aan de Universiteit Leuven (E. Neven en G. Vervaeke).

#### 4.2 Vraaggesprekken

In ieder land zijn 10 tot 20 vraaggesprekken gehouden met sleutelfiguren uit een aantal vaste sectoren (voor een overzicht van de interviews zie de bijlagen bij de delen over de verschillende landen).

De sectoren zijn voor elk land:

- ministeries die beleid op het gebied van forensisch psychiatrische zorg en justitiële inrichtingen en wetgeving op dit gebied in portefeuille hebben;
- organisaties die verantwoordelijk zijn voor beleid op het gebied van de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen en strafrechtelijke maatregelen;
- forensisch psychiatrische instellingen;
- penitentiaire inrichtingen;
- organisaties die verantwoordelijk zijn voor toezicht en nazorg ten aanzien van gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten;
- instanties die beslissen over voortzetting of (voorwaardelijke) beëindiging van vrijheidsbenemende maatregelen ten aanzien van de genoemde populatie;
- wetenschappers op het gebied van onder meer forensische psychiatrie/psychologie of neurowetenschappen.

De vraaggesprekken waren semi-gestructureerd en duurden ongeveer anderhalf uur. Uitgangspunt vormde een gedetailleerde vragenlijst (algemene bijlage 3). Afhankelijk van de sector waartoe de geïnterviewde behoorde en zijn of haar expertise, werd een bepaald gedeelte van de vragen doorgenomen. Het gesprek werd ter plekke door een van de onderzoekers genotuleerd (met behulp van een notebook computer) en tevens werd een geluidsopname gemaakt ten behoeve van aanvullingen naderhand. Daarnaast vormde officiële documentatie over de betreffende sector, veelal verkregen via de sleutelfiguren of via internet, een belangrijke bron van informatie.

#### 4.3 Bronnenonderzoek

De sleutelfiguren is gevraagd om belangrijke publicaties. Daarnaast is op internet en in elektronische databases met wetenschappelijke tijdschriften gezocht naar literatuur en andere officiële documentatie van en over de in het onderzoek betrokken sectoren in de betreffende landen (zoals bijvoor-

beeld beleidsstukken van het gevangeniswezen). Om praktische redenen is dit beperkt tot kernpublicaties.

Daarbij gaat het met name om:

- a publicaties die een overzicht bieden van:
  - de doelgroepen die in het betreffende land in de praktijk van de tenuitvoerlegging worden onderscheiden binnen populaties van personen die een ernstig gewelddadig (zeden)delict hebben gepleegd en gediagnosticeerd zijn met een psychische stoornis op As-I en/of As-II van de DSM-IV;
  - de wijze waarop de beveiliging en zorg met betrekking tot deze populatie is georganiseerd (bijvoorbeeld in hoeverre de bovengenoemde populatie zich in het justitiële systeem dan wel binnen de gezondheidszorg bevindt, binnen welke typen instellingen deze populatie zich bevindt);
  - op welke wijze en in hoeverre resocialisatie plaatsvindt (welke voorzieningen zijn er voor de belangrijkste doelgroepen, welke vormen van behandeling past men toe, in welke mate is er doorstroming van zwaardere naar lichtere voorzieningen);
  - recidivegegevens met betrekking tot de genoemde populatie in de te bestuderen landen.
- b internationale overzichtsstudies/researchsyntheses die overzicht bieden van de onder a) genoemde onderwerpen met betrekking tot meerdere landen;
- c beleidsnotities per land die betrekking hebben op overheidsbeleid ten aanzien van de genoemde populatie;
- d statistische overzichten met betrekking tot de te bestuderen landen over onder meer:
  - prevalentie met betrekking tot strafrechtelijke maatregelen;
  - capaciteit van forensisch psychiatrische instituten.

## 5 Reikwijdte van het onderzoek

Het onderzoek diende te worden voorbereid, uitgevoerd en opgeleverd binnen een beperkte tijdsspanne (oktober 2005-maart 2006). Daarom betreft het een globale inventarisatie van de gang van zaken en de gekozen strategieën in de betreffende landen. Het onderzoek is beschrijvend van aard en heeft niet de pretentie van volledigheid. Zo is in Duitsland en Canada een deel van het forensisch psychiatrische en gevangenisstelsel op deelstaatniveau geregeld. In ieder van de landen zijn voor de bespreking van die aspecten twee deelstaten als voorbeeld gekozen en is het besprokene niet noodzakelijkerwijs ook van toepassing op de overige deelstaten. Bovendien is er verschil tussen de landen in de mate waarin informatie over een bepaald aspect te achterhalen was. Zo is een aanzienlijk deel van de Zweedse bronnen niet vertaald.

Een aantal voor het parlementaire onderzoek relevante thema's komt systematisch bij ieder land aan de orde. Daarbij is vooral de nadruk gelegd op het beschrijven van voor Nederland mogelijk interessante voorbeelden. In een aantal gevallen worden deze meer in detail beschreven (zoals bijvoorbeeld wettelijke instrumenten voor toezicht na afloop van de maatregel of straf, of behandelprogramma's binnen het gevangenisstelsel).

## 6 Opbouw van het rapport

De delen 2 tot en met 6 zijn gewijd aan de bespreking van de landen Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België. De opbouw van de delen is in principe steeds hetzelfde. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- korte omschrijving van globale kenmerken van het betreffende land;
- beknopte beschrijving van het rechtssysteem en de met betrekking tot de onderzoekspopulatie relevante strafrechtelijke maatregelen en sancties;
- eventuele overkoepelende beleidsinitiatieven met betrekking tot de onderzoekspopulatie;
- trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrisch systeem;
- trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel;
- samenvatting en discussie van de belangrijkste resultaten aan de hand van de vijf vragen van de parlementaire commissie.

In het slot (deel 7), dat thematisch van opzet is, worden de belangrijkste resultaten in een vergelijkend perspectief geplaatst.

Voor een beknopt overzicht:

- De inleiding bij ieder land biedt een tabel waarin voor een snel overzicht schematisch de belangrijkste in het rapport behandelde onderdelen van het forensisch psychiatrisch systeem en van het penitentiaire systeem zijn weergegeven.
- Het laatste hoofdstuk van ieder landendeel biedt een samenvatting van de belangrijkste resultaten.
- Aan het begin van het slot (deel 7) wordt een puntsgewijs overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten per land.



## Literatuur

**Blaauw, E., M. Hoeve, H.J.C. van Marle, L. Sheridan, (eds.)**

*Mentally disordered offenders. International perspectives on assessment and treatment*

Den Haag, Elsevier, 2002

**Collins, M., S. Davies**

The security needs assessment profile: a multidimensional approach to measuring security needs.

*International Journal of Forensic Mental Health*, jrg. 4, nr. 1, 2005, pp. 39-52

**Kogel, C. H. de, C. Verwers, V.E. den Hartogh**

'Blijvend delictgevaarlijk'- empirische schattingen en conceptuele verheldering

Den Haag, WODC, 2005

**Mc Murran, M.**

Motivation to change: selection criterion or treatment need?

In: M. McMurran (red.), *Motivating Offenders to Change. A Guide to Enhancing Engagement in Therapy*

Wiley and Sons Ltd., 2002

**Research voor Beleid**

*Voorzieningen voor de behandeling en bejegening van psychisch gestoorde delinquenten*

Leiden, Research voor beleid, Centrale Directie Wetenschapsbeleid en Ontwikkeling 1995

**Salize, H.J., H. Dressing (eds.)**

*Placement and treatment of mentally disordered offenders – Legislation and practice in the European Union*

Lengerich, Pabst Scientific Publishers

**Emmerik, J.L. van**

*De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*

Den Haag, Dienst Justitiële Inrichtingen, 2001



## Deel 2 Engeland



# 1 Inleiding

Het Verenigd Koninkrijk bestaat uit Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland en heeft een totale oppervlakte van 244.820 km<sup>2</sup> (circa 5,8 keer Nederland). Er wonen ruim 60 miljoen mensen in het Verenigd Koninkrijk, wat de bevolkingsdichtheid op 246 inwoners per km<sup>2</sup> brengt. De forensische psychiatrie in Engeland en Wales zijn op vergelijkbare wijze geregeld, maar de landen Schotland en Ierland wijken hiervan af. Voor het onderhavige onderzoek is gekozen voor het bespreken van de situatie in Engeland en Wales.

Er wonen ongeveer 53,02 miljoen mensen in Engeland en Wales. In 2005 bestond de gevangenispopulatie uit 75.320 gedetineerden, 142 gedetineerden per 100.000 inwoners, verdeeld over 139 gevangenissen (Walmsley, 2005).

De doelgroep van dit onderzoek, personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben, bevindt zich in Engeland ten dele in het forensisch psychiatrisch systeem en ten dele in het gevangenisstelsel. Daarbij wordt van oudsher in Engeland een strikte scheiding gemaakt tussen psychisch ziek en niet-psychisch ziek. Delinquenten met een *major mental illness*, zoals bijvoorbeeld een psychotische stoornis of schizofrenie (As-I-stoornis volgens de DSM-IV, APA, 2004) worden als psychisch ziek beschouwd. Deze groep wordt zoveel mogelijk buiten het gevangenisstelsel gehouden en doorgeleid naar de geestelijke gezondheidszorg. Degenen met een persoonlijkheidsstoornis (As-II-stoornis; APA, 2004) daarentegen, worden niet als psychisch ziek gezien en komen in de gevangenis terecht. Dit heeft te maken met het wettelijke *treatability*-criterium, dat in Engeland een belangrijke rol speelt.<sup>1</sup> Het *treatability*-criterium staat voor het gegeven of iemand wel of niet als behandelbaar wordt beschouwd. Van oudsher zagen psychiaters, die de rechtbank adviseerden, persoonlijkheidsgestoorde individuen als minder vatbaar voor behandeling dan patiënten met een As-I-stoornis (interviews).

In dit deel worden de belangrijkste wetgeving, maatregelen en demografische gegevens ten aanzien van zeden- en geweldsdelinquenten met een psychische stoornis besproken. De tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen in de praktijk zal eveneens aan de orde komen.

In tabel 1 zijn de belangrijkste onderwerpen uit dit deel schematisch weergegeven. In hoofdstuk 1 wordt een korte inleiding gegeven. Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de relevante *Mental Health*- en *Criminal Justice*-wetgeving weer die betrekking heeft op de doelgroep van dit onderzoek. In hoofdstuk 3 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan

<sup>1</sup> In Engeland is *treatability* een criterium bij de oplegging van de hospital order. De Mental Health Act van 1983 zal echter vermoedelijk op onder meer dit punt worden geamendeerd. Het recentste voorstel is om het begrip *treatability* te specificeren tot 'beschikbaarheid van een passende behandeling' (persoonlijke mededeling Savas Hadjipavlou, maart 2006).

bod, voor zover deze in het forensisch psychiatrisch systeem plaatsvindt. In hoofdstuk 4 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan bod, voor zover deze in het gevangenisstelsel plaatsvindt. Hoofdstuk 5 eindigt met een samenvatting van de belangrijkste resultaten, waarbij deze onder meer gekoppeld worden aan de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37, p. 4). De vragen voor de Commissie luiden:

- 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?
- 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?
- 3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?
- 4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?
- 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verloop en het ontslag uit het systeem?

**Tabel 1 Kenmerken van het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Engeland**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Niveau van organisatie	Landelijk niveau	Landelijk niveau
Basis voor instroom in het forensisch psychiatrische systeem	Wettelijke criterium: <i>mental disorder</i>	
Relevante maatregelen en straffen (detentie)	- <i>Hospital order with restriction order</i> (s. 41 MHA)	- Gevangenisstraf van bepaalde duur - <i>Extended sentence</i> (s. 227 CJA) - <i>Imprisonment for public protection</i> (s. 225 CJA) - <i>Life sentence</i> (s. 225 CJA)
Oplegging maatregelen/straffen	Gerecht	Gerecht
Tenuitvoerlegging maatregelen/straffen	<i>National Health Service</i>	<i>Her Majesty's Prison Service</i>
Voor tenuitvoerlegging verantwoordelijke ministerie	- <i>Department of Health</i> - <i>Mental Health Unit of Home Office</i>	<i>Home Office</i>
Verblijf	- Drie <i>high security hospitals</i> - <i>Medium security</i> instellingen	139 penitentiaire instellingen
Beslissingen over verlof	Twee parallelle routes: - <i>Mental Health Review Tribunal</i> - <i>Home Office</i>	- Straf van minder dan 15 jaar: <i>Parole Board</i> - Straf van meer dan 15 jaar: <i>Home Secretary</i>
Beslissingen over (voorwaardelijke) invrijheidstelling	Twee parallelle routes: - <i>Mental Health Review Tribunal</i> - <i>Home Office</i>	<i>Parole Board</i>
Relevante maatregelen en straffen (toezicht)	<i>Aftercare under supervision</i> (Part IIA MHA)	- Voorwaardelijke invrijheidstelling (Ch. 15 CJA) - <i>Notification order</i> (s. 97 SOA) - <i>Sexual offences prevention order</i> (s. 123 SOA) - <i>Risk of sexual harm order</i> (s. 123 SOA)





## 2 Beknopte beschrijving rechtssysteem

### 2.1 Algemene kenmerken

Het Engelse rechtssysteem wordt ook wel aangeduid met de term *common law* omdat het, in tegenstelling tot veel andere Europese landen, in belangrijke mate gebaseerd is op gemeenschappelijke rechtsregels. Deze komen voort uit uitspraken die in rechtszaken gedaan zijn (*case law*). De algemene wetgeving '*legislation*' is van oudsher beperkt in omvang. De indruk is echter dat daar wat strafrecht en geestelijke gezondheidszorgrecht betreft, de laatste decennia geleidelijk aan verandering in komt. De belangrijkste wetten voor het onderhavige onderzoek zijn de huidige *Mental Health Act* 1983 en het recente wetsvoorstel voor een vernieuwde *Mental Health Act*, de *Criminal Justice Act* 2003 en de *Sexual Offences Act* 2003. Deze zijn veelomvattend en hebben mede als doel een groot aantal aspecten dat voor een deel eerder in verschillende kleinere wetten te vinden was, op coherente wijze te regelen (Home Office, 2003a).

In de *Magistrates' Courts* vangen de meeste strafzaken aan. In 95% van de gevallen gebeurt de afhandeling van de zaak hier eveneens. De complexere en ernstigere zaken worden doorverwezen naar de *Crown Court*. Ook de bestraffing van zaken die behandeld zijn in de *Magistrates' Court* en beroepsprocedures tegen een beslissing van de *Magistrates' Court* vinden hier plaats. Als iemand in beroep wil gaan tegen een beslissing van de *Crown Court*, kan hij bij de *High Court, the Queen's Bench Division* terecht voor beroep tegen de rechtmatigheid van een beslissing en bij de *Court of Appeal (Criminal Division)* voor beroep tegen de veroordeling en/of straf die uit de beslissing voortgekomen is (James, 2005).

De *Home Office* is het ministerie dat de ontwikkeling van de wetgeving en het beleid op het gebied van criminaliteitspreventie en sancties in portefeuille heeft. De wetgeving en het beleid op het gebied van de gezondheidszorg, inclusief forensische psychiatrie behoren tot de taken van het *Ministry of Health*. Hiertoe behoort ook de tenuitvoerlegging van de *hospital orders*, gedwongen opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis. De *Home Office* is wel verantwoordelijk voor een aantal beveiligingsaspecten met betrekking tot de zogeheten *restricted patients* onder degenen met een *hospital order* (zie paragraaf 2.2). Daartoe heeft de *Home Office* een aparte *mental health unit* in dienst. Besluitvorming over (voorwaardelijke) invrijheidstelling van *restricted patients* kan zowel door de *Home Office* als door de *Mental Health Review Tribunal* plaatsvinden. Onder de *Home Office* vallen verschillende uitvoeringsorganisaties, het meest relevant in het kader van dit onderzoek zijn *Her Majesty's Prison Service*, die is belast met onder meer de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen, de *Probation Service* die is belast met nazorg aan gedetineerden en de *Parole Board* die beslist over de voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden.

In Engeland speelt de toerekeningsvatbaarheid of *criminal responsibility* bij beslissing tot de oplegging van gedwongen opname in een psychia-

trisch ziekenhuis van iemand die veroordeeld wordt wegens een ernstig gewelds- of zedendelict nauwelijks een rol<sup>2</sup>, maar is het uitgangspunt pragmatischer: de vraag naar de noodzaak van behandeling van de stoornis. In twee bepalingen in de Criminal Procedure Act 1991, worden *Not Guilty by Reason of Insanity* (NGRI) en *Fitness to Plead* gedefinieerd.<sup>3</sup> Deze bepalingen spelen in de praktijk van de wetgeving echter nauwelijks een rol in Engeland en worden om die reden in dit rapport verder buiten beschouwing gelaten.

Engeland kent enkele overkoepelende nationale overheidsinitiatieven met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten waarbij meerdere (uitvoerings)organisaties zijn betrokken. De Home Office heeft deze onder haar hoede:

- *National Offender Management Service* (NOMS). Het terugdringen van recidive van gewelddadige en seksuele delinquenten wordt beoogd door het verbeteren van de samenwerking en coördinatie tussen de verschillende organisaties die betrokken zijn in het *criminal justice*-traject, te weten de *Home Office*, de *Prison Service* en de *Probation Service*.
- *Dangerous and Severe Personality Disorder* programma (DSPD; Prison Service, 2005). Het doel van het programma is het hanteren en behandelen van personen van wie het risico op recidive verbonden is aan een ernstige persoonlijkheidsstoornis.
- *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA). Dit omvat een netwerk van relevante instanties die samenwerken aan de assessment en het hanteren van gewelddadige en seksuele delinquenten in Engeland en Wales. De drie kerninstanties zijn de politie, de *probation* en het gevangenisstelsel.

In paragraaf 2.3 worden deze initiatieven nader besproken.

<sup>2</sup> Een uitzondering hierop vormt het delict 'moord', zie paragraaf 2.2.2.

<sup>3</sup> Criminal Procedure Act 1991: Insanity and Unfitness to Plead. Deze wet is de opvolger van de Criminal Procedure Act, 1964.

*Not guilty by reason of insanity* (NGRI; onschuldig wegens geestelijke gestoordheid): Deze regeling wordt getroffen voor de verdachte die 'ten tijde van het misdrijf lijdend was aan een zodanig gebrek aan rationaliteit, aan een ziekelijke geestesstoornis, dat hij niet in staat was te beoordelen wat hij deed, of als hij het wel wist, niet in staat was te beoordelen dat wat hij deed fout was'. Deze bepaling lijkt inhoudelijk op de Nederlandse ontoerekeningsvatbaarheidsverklaring, maar wordt in Engeland nauwelijks toegepast.

*Fitness to plead* (in staat zijn voor het gerecht te verschijnen): Begrijpt de verdachte de aard, de betekenis en de consequenties van de aanklacht? Indien deze vragen niet met 'ja' beantwoord kunnen worden, is de verdachte niet in staat voor het gerecht te verschijnen. Het betreft hier het moment van de rechtszitting en gaat niet over de geestelijke toestand van personen ten tijde van het misdrijf. Er zijn twee jury's betrokken bij een dergelijke strafzaak. De eerste bepaalt de geestelijke staat van de verdachte, voor de andere jury wordt de zaak feitelijk behandeld. Indien een verdachte niet in staat is voor het gerecht te verschijnen, bekijkt de jury of hij het misdrijf gepleegd heeft. Indien de jury niet overtuigd is, wordt de verdachte vrijgesproken. Op deze manier wordt voorkomen dat een onschuldig persoon gedwongen opgenomen wordt door zijn geestelijke stoornis.

*Unfit to plead* en NGRI spelen in Engeland nauwelijks een rol. De oorzaak hiervan is dat er geen voordelen noch differentiatie op basis van NGRI is. Dat wil zeggen dat deze personen na veroordeling ook bovenstaande maatregelen opgelegd kunnen krijgen en precies dezelfde weg bewandelen als andere geesteszieken. Het enige voordeel is dat het misdrijf niet op het strafblad terechtkomt. Ondanks dit voordeel, wordt NGRI nauwelijks bepleit.

## 2.2 Maatregelen en straffen

In het onderstaande worden de maatregelen en straffen uit de *Mental Health*- en de *Criminal Justice*-wetgeving besproken die het meest relevant zijn met het oog op gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis.

### 2.2.1 Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis

De *Mental Health Act* 1983 (MHA) regelt zowel de civiele (in deel II) als de strafrechtelijke gedwongen opname en behandeling van personen met een psychische stoornis. Deel III heeft betrekking op degenen die in een strafproces betrokken zijn of strafrechtelijk veroordeeld zijn. In Engeland wordt de groep met een *hospital order* met een *restriction order*, de *restricted patients*, als de hoofdcategorie van psychisch gestoorde delinquenten gezien.

*Hospital Order* (gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis)  
De belangrijkste functie van de *hospital order* (s. 37 MHA) is ervoor te zorgen dat de betrokkene voor zijn stoornis onder behandeling wordt gesteld. Gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis kan opgelegd worden aan personen die schuldig zijn bevonden aan een delict waarvoor oplegging van een gevangenisstraf (*custodial sentence*) mogelijk is, en bij wie:

- 1 een psychische stoornis (*mental disorder*) gevonden wordt volgens één van de vier omschreven categorieën (MHA), te weten:
  - a 'geestelijke ziekte' (*mental illness*);
  - b 'gestagneerde of incomplete ontwikkeling van de hersenen' (*arrested or incomplete development of the brain*);
  - c 'psychopathische stoornis' (*psychopathic disorder*);<sup>4</sup>
  - d 'enige andere mentale stoornis of handicap' (*any other disorder or disability of mind*).

Buiten dit criterium vallen: 'immoreel gedrag', 'seksueel afwijkend gedrag' en 'afhankelijkheid van alcohol of drugs'. Dat wil zeggen dat deze op zichzelf niet kunnen leiden tot oplegging van een *hospital order*;
- 2 door de gedwongen behandeling vooruitgang verwacht wordt, of verdere achteruitgang voorkomen wordt, dat wil zeggen dat een persoon voldoet aan het criterium van *treatability*;
- 3 de overtuiging bestaat dat plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis de meest geschikte remedie is;

<sup>4</sup> Het gaat hierbij om: 'A persistent disorder or disability of mind (whether or not including significant impairment of intelligence) which results in abnormally aggressive or seriously irresponsible conduct on the part of the person concerned' (*Mental Health Act 1983 s. 37 lid 2*).

4 behandeling binnen 28 dagen aangevangen kan worden, dat wil zeggen dat een plaats binnen een instelling beschikbaar moet zijn.

De psychische stoornis hoeft geen directe relatie tot het delict te hebben om een *hospital order* opgelegd te kunnen krijgen, het voldoen aan bovenstaande criteria is voldoende.

De positie van een patiënt die onder deze maatregel in een psychiatrisch ziekenhuis terecht komt is niet anders dan die van een andere patiënt in het psychiatrische ziekenhuis. Het gaat hierbij om het feit dat hij wel of niet psychisch ziek is, niet meer om het feit of hij wel of geen misdrijf gepleegd heeft. De patiënt kan ontslagen worden door de behandelend arts uit de inrichting waar de patiënt verblijft.

#### *Restriction Order*

Een beperkende maatregel (*Restriction order*, s. 41 MHA) wordt 'bovenop' een *hospital order* opgelegd. Het primaire doel van de *restriction order*, in tegenstelling tot de *hospital order*, is niet het zorgdragen voor de gezondheid van de patiënt, maar het waarborgen van de veiligheid van de maatschappij. De extra beperkingen houden in dat de bevoegdheid om te beslissen over verlof, overplaatsing naar een andere instelling of (voorwaardelijke) invrijheidstelling van betrokkene niet meer ligt bij de inrichting die hem behandelt, maar bij de *Home Secretary* of het onafhankelijke *Mental Health Review Tribunal* (MHRT; zie ook paragraaf 3.4). De beperkende maatregel kan voor bepaalde en voor onbepaalde duur worden opgelegd, de laatste vorm komt het meest voor. De *Home Office* kan betrokkene voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ontslag verlenen (s. 42 MHA). Betrokkene kan daarnaast (voorwaardelijk) ontslag vragen aan de *Mental Health Review Tribunal* (s. 73 MHA). De eerste maal is dit mogelijk na zes maanden, vervolgens kan betrokkene in beginsel de *Mental Health Review Tribunal* jaarlijks vragen te toetsen of verlenging van de maatregel noodzakelijk is.

#### 2.2.2 Straffen

Twee recente *Acts of Parliament* zijn de *Criminal Justice Act 2003* (CJA) en de *Sexual Offences Act 2003* (SOA). De reikwijdte van de *Criminal Justice Act 2003* is breed. Deze bundelt een groot en divers aantal onderwerpen, waarvan verschillende eerder in diverse oudere, kleinere *Acts* behandeld werden. De bedoeling is om in één klap het *criminal justice system* aanzienlijk te moderniseren en verbeteren. De *Act* vervangt niet (of niet volledig) alle eerdere wetgeving, zo verwijst deze ook regelmatig naar bepalingen uit bijvoorbeeld de *Crime Sentences Act 1997*. In vergelijking tot eerdere wetgeving kunnen (en in een aantal gevallen moeten) strengere straffen worden opgelegd voor moord en andere geweldsdelicten en voor zedendelicten.

De *Sexual Offences Act 2003* vervangt de eerdere wetgeving op dit gebied en vult de *Criminal Justice Act* aan. Deel 1 maakt onder meer strengere straffen mogelijk voor voornamelijk zedendelicten met kinderen (Explanatory Notes *Sexual Offences Act 2003*; Explanatory Notes *Sexual Offences Bill 2003*). Daarnaast wordt in deel 2 een aantal (preventieve) maatregelen ter bescherming van het publiek tegen *sexual harm* (in sterkere mate dan voorheen) geregeld. Zo worden de regelingen voor toezicht op 'geregistreerde' zedendelinquenten verscherpt (ze moeten zich bijvoorbeeld vaker melden en inlichtingen verstrekken aan de politie). Hieronder worden enkele belangrijke regelingen uit de *Criminal Justice Act* en de *Sex Offences Act* achtereenvolgens besproken.

*'Life sentence' en 'imprisonment for public protection'*

De *Homicide Act 1957* bepaalt dat indien een persoon schuldig bevonden wordt aan het plegen van moord, slechts één uitspraak mogelijk is<sup>5</sup>, namelijk levenslange<sup>6</sup> gevangenisstraf (oftewel een *mandatory life sentence*, de personen met deze straf worden wel '*mandatory lifers*' genoemd). In de *Crime Sentences Act 1997* werd de zogeheten *automatic life sentence* geïntroduceerd. Deze regeling verplichtte de gerechten tot het opleggen van levenslang aan degenen die voor de tweede maal een gewelddadig of seksueel delict pleegden ('*two strikes and you are out*'). Deze bepaling bestaat niet meer, is vervangen door de nieuwe regelgeving in de *Criminal Justice Act 2003* (o.a. interviews). Onder een *discretionary life sentence* ten slotte, wordt een levenslange gevangenisstraf verstaan die is opgelegd voor een delict waarbij het opleggen van een levenslange straf tot de mogelijkheden behoort, maar er geen verplichting is deze op te leggen.

De *Criminal Justice Act 2003* omvat een gedeelte over *dangerous offenders* waarin met betrekking tot bepaalde gewelds- en zedendelicten (*specified violent or sex offences, Schedule 15 CJA*) de mogelijkheid wordt geregeld om een levenslange gevangenisstraf op te leggen indien betrokkene tevens een gevaar voor de samenleving wordt geacht (*chapter 5, ss. 224 tot en met 229 CJA*). De *life sentence* kan worden opgelegd in gevallen waarin is voldaan aan de eerste twee van de onderstaande criteria.

- 5 Een uitzondering hierop is de volgende. Indien een persoon een moord heeft gepleegd en daarnaast geestelijk gestoord is, valt hij onder sectie 2 van de *Homicide Act* en komt hij in aanmerking voor *diminished criminal responsibility*: 'Als hij lijdende was aan een zodanige abnormaliteit van de geest, zowel resulterend uit een conditie van gestagneerde of geretardeerde ontwikkeling van het brein, of een daaraan gerelateerde oorzaak, of geïnduceerd door ziekte of ongeluk'. Deze bepaling betekent een verandering van de status van het misdrijf: moord wordt berecht als doodslag. De rechterlijke macht heeft door deze verandering de beschikking over, onder andere, de eerder genoemde *hospital order* met of zonder *restriction order* en is niet verplicht levenslang op te leggen.
- 6 Levenslang betekent in Engeland: voor onbepaalde tijd. Hieraan wordt een zogenaamd *tariff* gekoppeld, wat een minimale periode in de gevangenis inhoudt.

- 1 De *life sentence* (s. 225 CJA) is van toepassing wanneer:
  - a betrokkene 18 jaar of ouder is en veroordeeld wordt vanwege een ernstig delict dat is opgenomen in de lijst van '*specified violent or sexual offences*' (Schedule 15, CJA);
  - b het gerecht van mening is dat er sprake is van een risico op herhaling van ernstige delicten;
- 2 en als tevens
  - a voor het betreffende delict een levenslange gevangenisstraf kan worden opgelegd en
  - b het gerecht het gezien de ernst van het delict gerechtvaardigt acht een levenslange gevangenisstraf op te leggen;
- 3 in een zaak die niet onder 2 valt, dient het gerecht een *sentence of imprisonment for public protection* op te leggen.

*Sentence of imprisonment for public protection*

Een *sentence of imprisonment for public protection* (s. 225 CJA) kan worden opgelegd in zaken die niet ernstig genoeg zijn om een *life sentence* op te leggen, maar waarin het nodig wordt geacht de maatschappij te beschermen tegen het risico van ernstige recidive. Een verschil tussen de twee straffen is dat in het geval van een *life sentence*, indien betrokkene voorwaardelijk wordt vrijgelaten, deze voorwaardelijkheid levenslang in stand blijft. Personen met een *sentence of imprisonment for public protection* daarentegen, kunnen na tien jaar voorwaardelijke invrijheidstelling bij de *Parole Board* een aanvraag indienen om onvoorwaardelijk in vrijheid te worden gesteld (HM Prison Service, 2006).

Bij een *life sentence* stelt het gerecht een zogeheten *tariff* vast (interviews; s. 82 Sentencing Act). Dit is de minimumperiode die in de gevangenis dient te worden doorgebracht. De duur daarvan hangt onder meer af van de ernst van het delict, de omstandigheden waaronder het is gepleegd en de mate van schuld (hoewel dit laatste niet expliciet wordt uitgesproken; interviews). Het is aan de rechter om bij elk individueel geval het *tariff* te bepalen. Het *tariff* kan van relatief korte duur zijn, bijvoorbeeld enkele jaren.

Met de vernieuwde *life sentences* en de andere maatregelen (Criminal Justice Act 2003; Sexual Offences Act 2003) heeft men de mogelijkheden voor langdurige detentie van gewelds- en zedendelinquenten verruimd. Tevens heeft men de wettelijke mogelijkheden voor langdurig toezicht in de maatschappij uitgebreid.

*Extended sentence for certain violent or sexual offences*

Voor gewelddadige en zedendelicten kan een zogeheten *extended sentence* (s. 227 CJA) worden opgelegd. Dit houdt in dat aan de gevangenisstraf een verlenging wordt toegevoegd met als functie bescherming van de maatschappij.

De *extended sentence* kan worden opgelegd wanneer:

- a betrokkene veroordeeld wordt vanwege een '*specified violent or sexual offence*' (Schedule 15, CJA) waarvoor geen levenslange gevangenisstraf of een gevangenisstraf van tien jaar of meer kan worden opgelegd;
- b het gerecht van mening is dat er sprake is van een risico op herhaling van ernstige delicten waartegen de maatschappij moet worden beschermd.

De *extension period* kan maximaal vijf jaar duren in het geval van een geweldsdelict en maximaal acht jaar in het geval van een seksueel delict. De duur van de *extension period* mag de duur van de maximum gevangenisstraf voor het delict niet te boven gaan.

### 2.2.3 *Straffen en maatregelen gericht op terugvalpreventie bij personen die in de maatschappij verblijven*

In deze paragraaf worden enkele maatregelen besproken die zijn gericht op bescherming van de maatschappij tegen het risico van gewelds- of zedendelicten door personen die in de maatschappij verblijven.

#### *Notification order*

De *notification order* (s. 97 SOA) houdt in dat betrokkene aan een aantal voorwaarden wat betreft informatievoorziening aan autoriteiten moet voldoen. Zo moet hij zich op gezette tijden bij de politie melden en hen van informatie (onder andere zijn verblijfsadres en veranderingen daarin, reisbestemmingen, en naamsveranderingen) voorzien.

Deze maatregel kan worden toegepast na afloop van een gevangenisstraf of *hospital order with restriction order*. De *notification order* is van toepassing op een persoon (s. 80 SOA) die is veroordeeld wegens een ernstig zedendelict (de betreffende delicten worden omschreven in Schedule 3 SOA), of een persoon die als *not guilty by reason of insanity* (zie ook paragraaf 2.1) wordt beschouwd.

De duur van de *notification order* hangt af van het delict en de straf of maatregel die ervoor is opgelegd (s. 82 SOA). Deze kan van onbepaalde duur zijn als betrokkene is veroordeeld tot een gevangenisstraf van 30 maanden of meer, tot een levenslange gevangenisstraf of een *hospital order with restriction order* heeft opgelegd gekregen. In minder ernstige gevallen wordt de *notification order* voor een beperkte periode opgelegd: namelijk voor twee, vijf, zeven of tien jaar.

#### *Sexual offences prevention order*

Een *sexual offences prevention order* (s. 104 SOA) houdt in dat betrokkene bepaalde nader omschreven dingen niet mag doen (bijvoorbeeld op bepaalde plaatsen komen) met het oog op bescherming van de maatschappij tegen ernstige *sexual harm* door betrokkene.



Een *prevention of sexual offences order* kan worden opgelegd aan een persoon tegen wie een rechtszaak loopt vanwege een zedendelict (een delict uit Schedule 3 of 5 SOA), ook wanneer betrokkene *not guilty by reason of insanity* wordt geacht. Daarnaast kan de hoofdofficier van de politie de maatregel bij het gerecht aanvragen ten aanzien van een eerder veroordeelde of schuldig bevonden zedendelinquent. De order wordt opgelegd voor een periode van ten minste vijf jaar of tot nader order (s. 107 SOA). Als betrokkene een voorwaarde van de *Sexual Offences Prevention Order* schendt, kan daar een gevangenisstraf van maximaal vijf jaar op staan (s. 113 SOA).

#### *Risk of sexual harm order*

De *risk of sexual harm order* (s. 123 SOA) kan door de politie worden aangevraagd bij de *Magistrates' Court* als deze betrokkene verdenkt van seksuele activiteiten met of in aanwezigheid van kinderen, of van communicatie met kinderen over seksueel gedrag. De *order* houdt in dat betrokkene verboden wordt deze activiteiten te vertonen. Het gerecht kan de *order* opleggen wanneer betrokkene zich bij ten minste twee gelegenheden aan bovenstaande activiteiten schuldig heeft gemaakt en het gerecht de oplegging nodig acht ter bescherming van kinderen tegen schade door betrokkene. De *order* wordt voor een gemaximeerde periode van tenminste twee jaar opgelegd. Indien betrokkene een voorwaarde schendt, kan daar een gevangenisstraf van maximaal vijf jaar voor worden opgelegd (s. 128 SOA).

### 2.3 Overkoepelende beleidsinitiatieven van de overheid

In Engeland heeft de centrale overheid een drietal grootschalige initiatieven ontwikkeld om de gezamenlijke inspanningen van verschillende organisaties en instellingen in zowel gezondheidszorg (forensische psychiatrie) als gevangeniswezen met betrekking tot gewelddadige en zedendelinquenten zo effectief mogelijk plaats te laten vinden. Deze worden hieronder besproken.

#### 2.3.1 *National Offender Management Service*

De *National Offender Management Service* (NOMS), opgericht in 2004, heeft als doel het beschermen van de maatschappij door het terugdringen van recidive van daders van ernstige gewelds- en zedendelicten. Dit wordt beoogd door het verbeteren van de samenwerking en coördinatie tussen de verschillende organisaties die betrokken zijn bij het traject van dergelijke veroordeelden. De betrokken organisaties zijn de *Home Office*, de *Prison Service* en de *Probation Service*. Centraal staat het principe van coördinatie van *offender management* door het aanstellen van een *offen-*



*der manager* die verantwoordelijk is voor de begeleiding van een individu in zijn gehele traject.

In principe is NOMS vooral gericht op een specifieke groep van *high risk offenders*. Dit betreft de groep met een *life sentence, custody for public protection*, of een *extended sentence* (zie hierboven) en elke andere veroordeelde van wie een hoog risico op recidive wordt verondersteld (met behulp van de risicotaxatie-instrumenten OASys en ASSET). Hiertoe worden in het bijzonder personen met een psychische stoornis onderliggend aan hun delictgedrag gerekend.

Het NOMS-model beslaat het gehele traject van betrokkene en onderscheidt daarbij de volgende processen. De gedetineerde dient te worden gestraft voor het plegen van het delict. Het proces *Punish* omvat de tenuitvoerlegging van de straf en het toezicht houden op de medewerking van de gedetineerde tijdens de tenuitvoerlegging. Daarnaast dient betrokkene hulp geboden te worden om toekomstig delictgedrag te voorkomen. Het proces *Help* omvat praktische hulp zoals bijvoorbeeld met huisvesting. Het proces *Change* omvat behandelinterventies gericht op specifieke problematiek zoals bijvoorbeeld middelenmisbruik. Het proces *Control* ten slotte betreft het resultaat van de drie andere processen. Uiteindelijk is het de bedoeling dat NOMS ertoe leidt dat het gedrag van de (ex-)gedetineerde onder controle is en niet langer in delicten resulteert.

De kosten van NOMS zijn hoog, daarom is het programma voorbehouden aan degenen van wie een hoog risico op recidive verwacht wordt.

### 2.3.2 *Dangerous people with Severe Personality Disorder (DSPD)*

Voor plegers van ernstige gewelds- of zedenmisdrijven met persoonlijkheidsproblematiek, die zich zowel in het gevangenisstelsel als in de geestelijke gezondheidszorg kunnen bevinden, is recent een speciaal programma ontwikkeld. Het gaat hierbij om personen die voldoen aan de criteria voor de *Dangerous and Severe Personality Disorder* (DSPD; Prison Service, 2005). In het DSPD-project zijn verschillende organisaties betrokken, zoals de *Home Office*, de *Department of Health* en de *National Health Services*.

Er zijn vier units waar de DSPD'ers kunnen verblijven, twee in het gevangenisstelsel en twee in het forensisch psychiatrisch systeem. De personen in de psychiatrische ziekenhuizen voldoen naast de DSPD criteria eveneens aan de eisen die men voor de oplegging van een *hospital order with restriction order* stelt. Alle units bevinden zich binnen het hoogste niveau van beveiliging. Voor een omschrijving van het DSPD-programma in de praktijk wordt verwezen naar paragraaf 3.3.3

### 2.3.3 *Multi Agency Public Protection Arrangements (MAPPA)*

De oprichting van de *Multi Agency Public Protection Arrangements* werd in de *Criminal Justice and Court Services Act 2000* geregeld. *Multi Agency Public Protection Arrangements* omvat een netwerk van relevante instanties die verplicht zijn tot samenwerken met betrekking tot het toezicht op (voorwaardelijk) vrijgekomen plegers van gewelddadige en seksuele delicten. De drie kerninstanties zijn de politie, de *Probation Service* en het gevangenisstelsel. De *Prison Service* is als officiële verantwoordelijke autoriteit aangemerkt (ss. 325-327 *Criminal Justice Act 2003*).

*Multi Agency Public Protection Arrangements* zijn in eerste instantie bestemd voor plegers van gewelddadige of seksuele delicten die hun straf in de gevangenis uitgezeten hebben en voor wie een bepaalde mate van nazorg noodzakelijk wordt geacht. Daarnaast kunnen ook patiënten met een *hospital order* (met of zonder *restriction order*) opgenomen worden in *Multi Agency Public Protection Arrangements* (Royal College of Psychiatrists, 2005). Voor een uitgebreidere bespreking wordt verwezen naar paragraaf 4.6.

## 3 Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrische systeem

### 3.1 Wettelijke instrumenten

De groep patiënten die in Engeland en Wales in de forensische psychiatrie terecht komt, bestaat grotendeels uit personen die een *hospital order* (s. 37 MHA) met *restriction order* (s. 41 MHA) opgelegd hebben gekregen. Daarnaast kunnen zowel gedetineerden als verdachten van een misdrijf die psychiatrische zorg nodig hebben tijdelijk in een forensisch psychiatrische instelling terechtkomen. In 2005 hadden 4300 patiënten een *hospital order with restriction order*, waarvan zich 1300 patiënten met voorwaardelijk ontslag in de gemeenschap bevonden. De meeste intramuraal opgenomen *restricted patients* bevinden zich in een *High Security Hospital*.

#### *Restricted patients*

Het grootste gedeelte (65% in 2002) van de totale groep *restricted patients* bestaat uit patiënten met een *hospital order*. Een kleiner gedeelte van de *restricted patients*, 639 patiënten (18%), is doorverwezen vanuit de gevangenis (s. 47 MHA). Deze groep wordt onderverdeeld in een groep die reeds bestraft is (22%) en een groep die wacht op zijn rechtszaak (43%). De rest van de groep *restricted patients* (17%) betreft patiënten die met voorwaardelijk ontslag waren, maar die teruggeroepen zijn naar het ziekenhuis vanwege overtreding van de voorwaarden (Howard & Christophersen, 2003).

In 2004 bedraagt het totale aantal *restricted patients* 3282 personen, in 1995 bedroeg het totaal 2478 patiënten (tabel 2). Gedurende het laatste decennium heeft een jaarlijkse toename van ongeveer 100 personen met een *restriction order* voor deze stijging gezorgd.

**Tabel 2** Ontwikkeling van het aantal intramuraal verblijvende *restricted patients* (personen met een *hospital order* en een *restriction order*)

jaar	<i>high security hospital</i>	overige ziekenhuizen	totaal aantal <i>restricted patients</i>
1995	1.245	1.233	2.478
1996	1.221	1.328	2.549
1997	1.201	1.449	2.650
1998	1.188	1.561	2.749
1999	1.193	1.649	2.842
2000	1.153	1.705	2.858
2001	1.145	1.824	2.969
2002	1.115	1.874	2.989
2003	1.103	2.015	3.118
2004	1.104	2.178	3.282

Bron: Ly en Foster (2005)

De maatregel is opgelegd op grond van de volgende wettelijke categorieën van psychische stoornissen (zie ook paragraaf 2.2.1): *mental illness*: 2164 patiënten (66%), *mental illness with other disorders*: 215 patiënten (7%), *psychopathic disorder*: 428 patiënten (13%), *mental impairment*: 189 patiënten (6%), *mental impairment with psychopathic disorder*: 32 patiënten (1%), *severe mental impairment*: 12 patiënten (0,5%), onbekend: 242 patiënten (9%; Ly & Foster, 2005).

Bij de 3282 *restricted patients* in 2004 werd de maatregel opgelegd vanwege de volgende delicten: moord of doodslag: 669 patiënten (20%), geweld tegen personen: 944 patiënten (30%), zedendelicten: 403 patiënten (12%), inbraak: 85 patiënten (0,3%), beroving: 184 patiënten (6%), diefstal en heling: 20 patiënten (1%), brandstichting: 429 patiënten (13%), andere vormen van materiële schade: 100 patiënten (3%), overige delicten (waaronder mishandeling, verkeersdelicten): 445 patiënten (14%; Ly & Foster, 2005).

Sinds 1994 is het aantal *restricted patients* dat jaarlijks (voorwaardelijk) in vrijheid wordt gesteld geleidelijk gestegen van ongeveer 300 naar 417 in 2004 (Ly & Foster, 2005). In de meeste gevallen gebeurt dit door het *Mental Health Review Tribunal*. In 2004 werden 43 patiënten voorwaardelijk in vrijheid gesteld door de *Secretary of State* en 259 patiënten door het *Mental Health Review Tribunal*. Daarnaast werden 15 patiënten onvoorwaardelijk in vrijheid gesteld, 87 patiënten werden door het gerecht in vrijheid gesteld (s. 48 lid 2 a en b MHA), en 13 patiënten op een andere wijze (onbekend).

Daarnaast werd in 2004 de *restriction order* in 643 gevallen opgeheven zonder dat betrokkenen in (voorwaardelijke) vrijheid werden gesteld. Van deze groep *restricted patients* bleven 141 patiënten (22%) in het ziekenhuis met een *hospital order* zonder restricties, 135 werden na behandeling in de gevangenis teruggeplaatst (21%), 25 patiënten kwamen te overlijden (4%), 54 werden overgeplaatst nadat hun vonnis was uitgesproken (8%), 284 patiënten (44%) werden door het gerecht ontslagen (s. 48 lid 2 a en b MHA) maar kwamen niet in de maatschappij terecht (Ly & Foster, 2005).

De verblijfsduur van gedetineerden die nog wachten op hun rechtszaak en een *restriction order* opgelegd krijgen, is in 48% van de gevallen korter dan drie maanden. Van de overige groepen *restricted patients* is de gemiddelde verblijfsduur nauw verbonden aan het beveiligingsniveau dat betrokkene nodig heeft. De verblijfsduur van patiënten die zich in een instelling met het hoogste beveiligingsniveau bevinden, is vaak langer dan tien jaar (voor 60% van de patiënten), terwijl in instellingen met een lager beveiligingsniveau slechts 16% van de patiënten langer dan tien jaar blijft (Howard & Christophersen, 2003).

## 3.2 Oplegging

Het gerecht kan de maatregel opleggen als het dit noodzakelijk acht ter bescherming van de maatschappij vanwege de aard van het delict, de voorgeschiedenis van betrokkene en het risico dat hij na ontslag opnieuw delicten zal plegen. Een *restriction order* kan alleen door de *Crown Court* worden opgelegd. Er moet een verklaring van ten minste één arts worden gehoord, maar de *Court* neemt de uiteindelijke beslissing. Het gerecht heeft daarbij de taak een inschatting te maken van de mate van schade die eventuele recidive de maatschappij zou berokkenen.

## 3.3 Intramuraal verblijf

### 3.3.1 Verantwoordelijke instanties

De geestelijke gezondheidszorg in Engeland voor *restricted patients* valt onder het *Department of Health*. De organisatie en uitvoering is belegd bij de *Mental Health Trusts*, regionale organisaties voor de geestelijke gezondheidszorg. Zij beheren de psychiatrische ziekenhuizen inclusief de *High Security Hospitals*.

### 3.3.2 Voorzieningen

Er zijn in Engeland verschillende soorten (forensisch) psychiatrische voorzieningen. Deze zijn georganiseerd naar niveau van beveiliging. Hieronder worden de voor *restricted patients* meest relevante voorzieningen kort beschreven.

*High Security Hospital* (een ziekenhuis met een zeer hoge mate van beveiliging):

Personen die naast een *hospital order* ook een *restriction order* opgelegd hebben gekregen en een ernstig en direct gevaar voor de maatschappij vormen, komen veelal terecht in *High Security Hospitals*. Van de totale patiëntenpopulatie die in de *High Security Hospitals* verblijft, heeft 91% een *hospital order* met een *restriction order* opgelegd gekregen. Hieronder vallen ook gedetineerden die in eerste instantie in een gevangenis opgenomen waren. Zij zijn doorgestuurd naar een *High Security Hospital*. De overige 9% zijn civielrechtelijk geplaatste patiënten. Ondanks dat deze laatste groep niet opgenomen is vanwege het plegen van een delict, wordt zij als een gevaar voor de samenleving gezien. Meestal zijn dit patiënten die doorverwezen zijn vanuit minder hoog beveiligde instellingen. In de *High Security Hospitals* zijn veel beveiligingsmaatregelen getroffen, onder meer intensieve screening op contrabande van ieder die de instelling binnenkomt, veel bewaarders, vijf of zes meter hoge dubbele muren en dubbele sloten op de deuren.

Er zijn slechts drie *High Security Hospitals* in Engeland: Broadmoor, Ashworth en Rampton, die patiënten vanuit Engeland en Wales opnemen. Er zijn per instelling ongeveer 400 patiënten opgenomen, zowel mannen als vrouwen. Een kleinere groep van ongeveer 50 patiënten wordt als zeer gevaarlijk gezien en zou, indien zij in de gevangenis zou verblijven, een Categorie A-status krijgen (zie ook hoofdstuk 4). Binnen deze groep bevinden zich de patiënten die *high profile* zijn en veel media-aandacht krijgen. De status van de rest van de patiënten staat gelijk aan Categorie B of Categorie C (Department of Health, 2000).

*Medium Secure Facilities* (faciliteiten met een gemiddeld beveiligingsniveau):

De meeste patiënten die zich in een voorziening met *medium security* bevinden, zijn geplaatst onder een civielrechtelijke maatregel, de forensisch psychiatrische patiënten vormen de minderheid. De misdrijven die het meest voorkomen zijn moord of serieuze verwonding. Er zijn zo'n 2000 bedden in deze voorzieningen, plus ongeveer 2000 in de privé-sector. De meeste patiënten verblijven gemiddeld twee tot drie jaar in deze voorzieningen.

*General Psychiatric Hospital* (algemeen psychiatrisch ziekenhuis):

De psychisch gestoorde delinquenten (patiënten) die minder ernstige misdrijven hebben gepleegd en daarnaast geen groot gevaar voor de samenleving opleveren, worden hier geplaatst. Dit is de groep die onder *sectie III* van de *MHA* een *hospital order* opgelegd heeft gekregen, zonder de toevoeging van een *restriction order*. Daarnaast komen de patiënten die ernstige misdrijven hebben gepleegd hier aan het einde van hun traject terecht.

*Tertiary Forensic Psychiatric Service* (tertiaire forensisch psychiatrische service):

Dit betreft bijvoorbeeld consulterende sessies in de lokale gevangenissen, gespecialiseerde nazorgteams, en psychologische/psychiatrische assessment ten behoeve van de gerechten.

### 3.3.3 Vormen van intramurale behandeling

De behandeling van psychisch gestoorde delinquenten in de geestelijke gezondheidszorg wijkt niet af van de geijkte behandelingen van andere personen in de geestelijke gezondheidszorg en is daardoor niet expliciet nader in de literatuur omschreven. Er is daarom gekozen om hier het behandelprogramma dat recent is ontwikkeld voor de *Dangerous people with Severe Personality Disorder*, in meer detail te bespreken.

*Dangerous people with Severe Personality Disorder*

De *Dangerous people with Severe Personality Disorder* is een naam voor delinquenten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis die verondersteld wordt te leiden tot een hoog recidiverisico. Recent is voor deze specifieke groep gedetineerden het initiatief genomen een behandelprogramma te ontwikkelen met als doel het voorkomen van recidive. Een deel van de gevangenispopulatie en een deel van de forensisch psychiatrische patiënten voldoet aan de criteria voor *Dangerous people with Severe Personality Disorder*. Het betreft met name mannen, naar schatting voldoen slechts tien tot vijftien vrouwen aan de DSPD-criteria (NOMS, Prison Service, & Department of Health, 2004).

De specifieke criteria voor opname in het programma luiden:

- een score op de Psychopathie CheckList-Revised (PCL-R; Hare, 1991) van 30 of hoger, óf:
- een PCL-R score van 25-29 en daarnaast ten minste één andere persoonlijkheidsstoornis, welke geen antisociale persoonlijkheidsstoornis mag zijn, óf:
- twee of meer persoonlijkheidsstoornissen.

De kerntaken in het kader van het programma zijn het verrichten van gestructureerd gedragskundig onderzoek en het behandelen van degenen die aan de criteria voldoen. De beoogde uitkomsten van het programma zijn:

- 1 het beschermen van de maatschappij tegen ernstige recidive;
- 2 het toepassen van nieuwe behandelmethoden die ten doel hebben de geestelijke gezondheid te verbeteren en het recidiverisico te verminderen;
- 3 het vergroten van het inzicht in mogelijke werkzame mechanismen van de behandeling en in de wijze waarop de bejegening en beveiliging van personen die aan de DSPD-criteria voldoen het best kan plaatsvinden.

Er zijn twee units voor *Dangerous people with Severe Personality Disorder* opgericht in de *High Security Hospitals*: in Broadmoor (70 plaatsen) en in Rampton (70 plaatsen). De unit in Broadmoor is speciaal voor dit doel gebouwd, de unit in Rampton bevindt zich op een bestaande afdeling die voor het DSPD programma is aangepast.<sup>7</sup> In totaal zijn er ongeveer 300 behandelplaatsen beschikbaar, de overige bedden bevinden zich in de gevangenis Frankland (80 plaatsen) en in de gevangenis Whitemoor (84 plaatsen; zie ook paragraaf 4.3).

Het behandelprogramma voor *Dangerous people with Severe Personality Disorder* bevindt zich nog in de startfase. De vier instellingen hebben de vraag gekregen zelf een opzet voor een behandelprogramma te ontwikkelen. De opnamecriteria zijn overal gelijk, maar de invulling

<sup>7</sup> In het kader van dit onderzoek werden twee units voor *Dangerous people with Severe Personality Disorder* bezocht, één in de gevangenis Whitemoor en één in het psychiatrisch ziekenhuis Broadmoor.

van het behandelprogramma kan daardoor verschillen tussen de units. In Frankland en Rampton wordt het programma *Chromis* toegepast (zie paragraaf 4.3.3). In Whitemoor gaat men ervan uit dat de ernstige persoonlijkheidsstoornissen waaraan de *Dangerous people with Severe Personality Disorder* lijden, overeenkomsten vertonen met een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSD) vanwege ernstige mishandeling in het verleden. De DSPD'ers daar worden op een warme, therapeutische manier benaderd (interview).

Er zijn nog geen recidivegegevens bekend van personen die het programma voor *Dangerous people with Severe Personality Disorder* gevolgd hebben. Wel is er een onderzoek gedaan naar de recidive van een groep *restricted patients*. Tussen 1987 en 2002 werden 2139 *restricted patients* voor de eerste maal voorwaardelijk in vrijheid gesteld. Van hen werd 8% binnen twee jaar na ontslag opnieuw veroordeeld vanwege enig delict (algemene recidive<sup>8</sup>), en 1% vanwege een ernstig delict. Binnen vijf jaar na ontslag werd (bij degenen die tussen 1987 en 1999 voorwaardelijk in vrijheid werden gesteld) 15% algemene recidive en 3% recidive met een ernstig delict gemeten (Ly & Foster, 2005).

### 3.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag

Een patiënt met een *hospital order* kan met verlof indien dit door de verantwoordelijke arts goedgekeurd wordt. Voor een patiënt met een *hospital order with restriction order* ligt de verlofgang wat ingewikkelder. Deze beslissingen worden door de *Home Secretary* genomen. In de praktijk zijn er twee parallelle ontslagroutes<sup>9</sup>: ontslag door de *Home Secretary* en ontslag door het *Mental Health Review Tribunal*.

#### *Home Office*

De *Mental Health Unit* van de Home Office is belast met de zaakwaarneming van de *restricted patients* die in de ziekenhuizen verblijven of onder voorwaardelijke invrijheidsstelling in de maatschappij leven. De arts van de betrokkene heeft daarnaast het recht om ieder moment

- 8 Onder algemene delicten wordt verstaan: alle misdrijven, opgenomen in de 'standard list in appendices 3 and 4 of Criminal Statistics Engeland and Wales 2003 (Home Office). Ernstige delicten vormen een deel van de lijst van algemene delicten, het betreft misdrijven waarvoor een levenslange straf kan worden opgelegd, en daarnaast brandstichting waarbij geen sprake is van levensgevaar. Het gaat vooral om geweldsdelicten en delicten met de dood tot gevolg, verkrachting, beroving en brandstichting (Ly & Foster, 2005).
- 9 Tot begin jaren tachtig besloot de Home Office in alle gevallen over de invrijheidstelling van *restricted patients*. Engeland verloor hierover een zaak bij het Europese Hof van de Rechten van de Mens dat uitsprak dat dergelijke besluitvorming diende plaats te vinden door een onafhankelijk *courtlike institution* (art. 4 en 5 EHRM). Daarop werd deze taak aan het *Mental Health Review Tribunal* toebedeeld en kreeg dit de bevoegdheid om *restricted patients* te ontslaan, onafhankelijk van de Home Office. Hiermee is een ontslagmogelijkheid toegevoegd met de bedoeling zorg te dragen voor een betere rechtspositie van de patiënt.



ontslag van de *restricted patiënt* aan te vragen bij de *Home Office*. De *Home Office* volgt om deze redenen de zaak op een continue basis (interviews; James, 2005). De verantwoordelijke arts uit de kliniek moet daartoe ten minste eenmaal per jaar onderzoek verrichten en verslagleggen aan deze *Mental Health Unit*.

De *Secretary of State* kan besluiten de *restricted patiënt* voorwaardelijke of onvoorwaardelijke invrijheidstelling te verlenen (s. 42 MHA). In het geval van een absoluut ontslag is de *restriction order* niet langer van toepassing en is de patiënt vrij om te gaan en te staan waar hij wil. In het geval van een ontslag onder voorwaarden blijft de *restriction order* bestaan, maar verblijft de patiënt in de maatschappij. Op deze manier is de *Secretary of State* in staat de patiënt direct terug te roepen, mocht dit nodig zijn.

#### *Mental Health Review Tribunal (MHRT)*

Zoals eerder vermeld draagt het *Mental Health Review Tribunal* zorg voor de onafhankelijke beoordeling van de vraag of een *hospital order* al dan niet kan worden beëindigd.

De patiënt kan na de eerste periode van opname van zes maanden voor het eerst een aanvraag indienen voor een zitting door de *Mental Health Review Tribunal*. Daarna kan de patiënt deze jaarlijks aanvragen.

Het *Mental Health Review Tribunal* bestaat uit drie leden per zitting: een rechter, een arts en een leek. De rechter is tevens voorzitter. De arts dient de patiënt voor de zitting te onderzoeken en indien nodig rapportage op te vragen om een goed beeld van de patiënt te krijgen. De arts is meestal een psychiater die reeds lange tijd ervaring heeft. Een leek doet dienst als vertegenwoordiger van de maatschappij. Elk lid van het *Mental Health Review Tribunal* heeft een gelijke stem.

Volgens de meest recente beschikbare statistiek waren er in het jaar 2000 in totaal 11.535 hoorzittingen van het *Mental Health Review Tribunal*. In 810 gevallen werd besloten de patiënt een absoluut ontslag te verlenen, in 350 gevallen werd een *delayed discharge* uitgesproken, in 125 gevallen een *conditional discharge* en in 70 gevallen een *deferred conditional discharge* (Department of Health, 2002).

### 3.5 Toezicht en nazorg

Voor patiënten met een *hospital order* met of zonder *restriction order* is *aftercare under supervision* geregeld (Part IIA s. 113 en verder MHA). Deze maatregel is bestemd voor patiënten die vanwege hun psychische stoornis nazorg en toezicht nodig hebben ter bescherming van de maatschappij en van henzelf.

De verantwoordelijke arts van de behandelinstelling van betrokkene is de persoon die een aanvraag doet voor een *aftercare under supervision*.

Gestaafd met een *second opinion* wordt door de lokale autoriteiten (in het geval van een *hospital order*) dan wel de Home Office (bij *restricted patients*) de maatregel opgelegd. De maatregel houdt in dat er een arts in de gemeenschap moet worden aangewezen die verantwoordelijk is voor de behandeling ten tijde van verblijf in de gemeenschap. Daarnaast wordt er een supervisor van een multidisciplinair team aangewezen, die de contactpersoon voor de patiënt is.

In het geval van een *conditional discharge* is het ook mogelijk de patiënt bepaalde voorwaarden op te leggen, zoals bepalingen voor een verblijfplaats, het volgen van een medische behandeling, educatie of werkgerelateerde training. Het is niet mogelijk de patiënt tegen zijn wil te verplichten tot het nemen van medicijnen dan wel deel te nemen aan een andere medische behandeling. De *restriction order* blijft in deze gevallen bestaan, waardoor het mogelijk is bij schending van de voorwaarden over te gaan op heropname in de kliniek. Dergelijke voorwaarden blijven meestal zo'n vijf jaar bestaan (James, 2005).

### 3.6 Kosten

Een plaats in een forensisch ziekenhuis met een matig of hoog niveau van beveiliging kost ongeveer 150.000 Engelse pond<sup>10</sup> (GBP; 217.391 euro) per jaar (interviews).

10 Op 22 maart 2006 was de wisselkoers € 1 – GBP 0,69. In het kader van de leesbaarheid zijn de verschillende kosten omgerekend in euro's op basis van deze koers.

## 4 Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel

### 4.1 Wettelijke instrumenten

Personen die zijn veroordeeld wegens een gewelds- of zedendelict, kunnen een straf van bepaalde duur, een *extended sentence*, maar ook een levenslange straf of *imprisonment for public protection* opgelegd krijgen (zie voor beschrijving van de straffen paragraaf 2.2).

Het laatste decennium is een toename in het aantal levenslange gevangenisstraffen te zien. Van 273 opleggingen in 1995 is dit aantal gestegen naar 570 opleggingen in 2004 (tabel 3).

**Tabel 3** Ontwikkeling van het aantal levenslang gestraften

Jaar	aantal opleggingen van <i>life sentences</i> *	aantal personen met een <i>life sentence</i> verblijvend in politiecellen en penitentiaire inrichtingen**
1995	273	3.289
1996	338	3.489
1997	367	3.721
1998	394	3.934
1999	483	4.206
2000	467	4.593
2001	503	4.810
2002	555	5.147
2003	513	5.419
2004	570	5.594

\* Bron: Home Office (2005). Sentencing Statistics 2004.

\*\* Bron: Home Office (2005). Offender Management Caseload Statistics 2004.

### 4.2 Oplegging

#### *Assessmentprocedure*

Sinds enkele jaren worden in Engeland bij binnenkomst in de gevangenis gedetineerden aan een assessment onderworpen. De assessment gebeurt met behulp van het instrument *Offender Assessment and Sentence Management (OASys)*. OASys is een gestructureerd interview, waarmee men de 'risks' en de 'needs' van betrokkene in kaart brengt. Samengevat gaat het om het inschatten van het risico dat betrokkene schade zal toebrengen aan zichzelf of aan anderen, het in kaart brengen van de 'needs' van betrokkene op onder meer het gebied van onderwijs, begeleiding en behandeling, en het plannen van de tenuitvoerlegging, waaronder het benodigde beveiligingsniveau (Prison Service, 2006). De Probation Service beschikt eveneens over een versie van OASys.

Elke gedetineerde krijgt, als onderdeel van de assessment, een bepaalde classificatie van niveau van beveiliging met zich mee. Deze indeling is

gebaseerd op de kans dat ze zouden ontsnappen en de mate van gevaar voor de maatschappij indien ze daadwerkelijk zouden ontsnappen. De niveaus zijn als volgt gedefinieerd:

- Categorie A: gedetineerden die – indien ze zouden ontsnappen – erg gevaarlijk zouden zijn voor de gemeenschap of de nationale veiligheid.
- Categorie B: gedetineerden die geen maximale beveiliging nodig hebben, maar voor wie ontsnapping erg moeilijk gemaakt moet worden.
- Categorie C: gedetineerden die niet in een open voorziening vertrouwd kunnen worden, maar die geen hoog ontsnappingsrisico met zich meebrengen.
- Categorie D: gedetineerden die zodanig vertrouwd worden dat ze vrij rond kunnen lopen, maar die zich dagelijks moeten melden.

### 4.3 Intramuraal verblijf

#### 4.3.1 Verantwoordelijke instanties

De *Home Office*, *Her Majesty's Prison Service*, de *Probation Service* en de *National Offender Management Service* zijn de belangrijkste instanties die op verschillende momenten in de oplegging en tenuitvoerlegging van de straf verantwoordelijk zijn voor de gedetineerden.

#### 4.3.2 Voorzieningen

In september 2005 bestond de totale gevangenispopulatie in Engeland en Wales uit 75.320 gedetineerden verdeeld over 139 gevangenissen (Walmsley, 2005). Er is een grote variëteit in de gebouwen, faciliteiten en de service die de verschillende gevangenissen bieden. Gevangenissen hebben veelal afdelingen met verschillende niveaus van beveiliging.

#### 4.3.3 Vormen van intramurale behandeling

Er is binnen de *Prison Service* een *Offender Behaviour Programmes Unit* (OBPU) opgericht, die zich bezighoudt met de ontwikkeling en implementatie van de diverse behandelprogramma's (OBPU, 2005). De programma's die voor een gedetineerde mogelijk van nut kunnen zijn, worden mede met behulp van OASys bepaald. Hieronder volgt een korte omschrijving van de beschikbare programma's. De meeste algemene programma's bestaan uit 10-25 sessies.

Er is een aantal algemene programma's, waaraan in principe elke gedetineerde deel kan nemen:

- *Enhanced Thinking Skills*: korte cognitieve vaardigheidstraining. Dit programma wordt het meest toegepast. Meer dan 40.000 gedetineerden

binnen het gevangenisstelsel volgden dit programma in de afgelopen 12 jaar. Het wordt op 90 locaties aangeboden.

- *Cognitive Skills Booster Programme*: korte herhaling van reeds aangeleerde cognitieve vaardigheden. Dit programma wordt op 15 locaties aangeboden.
- *Controlling Anger and Learning to Manage it* (CALM). Dit programma wordt op 22 locaties aangeboden.
- FOR: kortdurende cognitieve motivatie om de gedetineerde bij de behandeling te betrekken. Dit programma is nog in ontwikkeling en wordt op negen locaties aangeboden.
- FOCUS: drugsmisbruik.

De volgende programma's zijn specifiek gericht op gewelddadige en seksuele delinquenten:

- *Cognitive Self-Change Programme* (CSCP). Dit programma wordt op vijf locaties aangeboden, en als pilotproject buiten de gevangenis in twee *Probation*-regio's.
- Het behandelprogramma *Chromis* voor *Dangerous and Severe Personality Disordered Offenders* (DSPD) wordt toegepast in Frankland (gevangenis) en Rampton (*High Security Hospital*). Dit betreft een zakelijke aanpak van de DSPD'er, waarbij geprobeerd wordt zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van iemand met psychopathische kenmerken: *what's in it for me?*
- *Sex Offender Treatment Programmes* (SOTP). Dit programma wordt op 21 locaties aangeboden. Het duurt zes maanden en bestaat uit 86 groepsessies. Voor daders van seksuele misdrijven bestaan er naast SOTP in de gevangenis ten minste vijf geaccrediteerde programma's. Al deze programma's zijn evenals SOTP gebaseerd op een cognitieve gedragsverandering en omvatten groepsdiscussies, rollenspellen en het oefenen van vaardigheden. Idealiter wordt in een latere fase door de *Probation Service* nagegaan welke programma's een gedetineerde reeds in de gevangenis gevolgd heeft en wordt hierop voortgeborduurd. Soms is het wegens wachttijden en de duur van de straf niet mogelijk om reeds in de gevangenis te starten met behandeling (National Probation Service, 2002).

#### 4.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag

In principe komt een gedetineerde onder de *Criminal Justice Act 2003* vanaf de helft van zijn straftijd in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling (*parole eligibility date*).<sup>11</sup> Als hij op dit moment in de

<sup>11</sup> Indien de gedetineerde berecht is vóór 1 oktober 1992 komt hij reeds op 1/3 van zijn straftijd in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling.

tijd vrijgelaten wordt, komt hij *on license*: veelal onder bepaalde door het gerecht opgelegde voorwaarden en onder toezicht van de *Probation Service*. Worden de condities verbroken, dan kan de gedetineerde teruggeroepen worden naar de gevangenis. De *license* verloopt op het punt waarop 75% van de straftijd voorbij is (*license expiry date*). Op dit punt staat de ex-gedetineerde niet langer onder toezicht, maar hij kan nog tot het eind (100%) van zijn straftijd teruggeroepen worden naar de gevangenis. Als hij halverwege zijn straftijd niet vrijgelaten wordt, heeft hij recht op een jaarlijkse herziening van het verzoek om voorwaardelijke invrijheidstelling, tot het punt waarop 75% van de straftijd voorbij is en hij automatisch vrijkomt (*non-parole release date*). Ook hier geldt dat de ex-gedetineerde nog tot het eindpunt (100% van de opgelegde tijd) teruggeroepen kan worden naar de gevangenis.

De *Criminal Justice Act 2003* maakt echter onderscheid tussen 'dangerous offenders' en de overige offenders. *Dangerous offenders* zijn degenen die een *extended sentence*, een *life sentence* of een *sentence of imprisonment for public protection* opgelegd hebben gekregen (Ch. 14 CJA). De *dangerous offenders* komen niet automatisch in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling nadat zij de helft van hun straf hebben uitgezeten. De *Parole Board* moest beslissen over de voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden met een straf van bepaalde duur die langer was dan vier jaar. In de *Criminal Justice Act 2003* is echter geregeld dat deze gedetineerden in principe op de helft van hun straftijd automatisch vrijkomen. De taak van de *Parole Board* is sindsdien meer gericht op de besluitvorming over voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden met een *extended sentence* (Taylor, Wasik & Leng, 2004). Indien de gedetineerde een straf van 15 jaar of meer opgelegd heeft gekregen, beslist de *Home Secretary* over voorwaardelijke invrijheidstelling op basis van advies door de *Parole Board* (Parole Board, 2005).

Iemand die is veroordeeld tot een levenslange gevangenisstraf of een *sentence of imprisonment for public protection* kan voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld nadat de door de rechtbank bepaalde minimumperiode (*tariff*) is uitgezeten (*Chapter II, s. 28 Crime Sentences Act 1997*). Betrokkene kan de *Secretary of State* dan vragen zijn zaak voor te leggen aan de *Parole Board*. Deze moet dit in beginsel doen als aan het bovenstaande is voldaan. De *Secretary of State* kan in uitzonderlijke gevallen betrokkene voorwaardelijke invrijheidstelling verlenen op humanitaire gronden, maar niet nadat de *Parole Board* is geraadpleegd.

Als iemand met een *life sentence* voorwaardelijk in vrijheid wordt gesteld, blijft hij tot zijn dood *on a licence* (onder voorwaarden gesteld), tenzij:

- a de *licence* wordt beëindigd door de *Secretary of State* vanwege advies van die strekking door de *Parole Board* (s. 32 (1) of (2), *Crime Sentences Act 1997*)
- b de *licence* wordt opgeheven door de *Secretary of State* (s. 31A *Crime Sentences Act 1997*).

Een persoon die is veroordeeld tot *imprisonment for public protection*, kan na tien jaar voorwaardelijke invrijheidstelling, een aanvraag voor onvoorwaardelijke invrijheidstelling indienen bij de *Parole Board*.

#### 4.4.1 De Parole Board

##### *De samenstelling en de taken van de Parole Board*

De *Parole Board for England and Wales* is de instantie die beslissingen neemt over de voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden in het gevangenisstelsel. De *Parole Board* wordt omschreven als een *Executive Non-Departmental Public Body*, dat wil zeggen dat de *Parole Board* geen onderdeel uitmaakt van de overheid, maar op een armlengte afstand van de overheid werkt.

In het jaar 2006 telde de *Parole Board* 156 leden. Wettelijk verplicht is dat de *Parole Board* bestaat uit de volgende categorieën leden: juristen, psychiaters, personen met ervaring op het gebied van toezicht en nazorg van in vrijheid gestelde gedetineerden en personen die onderzoek hebben verricht naar de oorzaken van crimineel gedrag of naar de behandeling van delinquenten (Parole Board, 2006). De leden worden door de *Home Secretary* aangewezen op basis van verdienste na een strenge selectieprocedure. Elk lid krijgt vier dagen training aan het begin van zijn aanstelling. De aanstelling geldt voor drie jaar, met de mogelijkheid tot verlenging.

De *Parole Board* wordt ingeschakeld bij beslissingen over verschillende groepen gedetineerden (Parole Board, 2006):

- bij gedetineerden die een levenslange gevangenisstraf opgelegd gekregen hebben, nadat ze hun *tariff* uitgezeten hebben;
- bij het beoordelen van de overplaatsing van een gedetineerde van een voorziening met een hoger beveiligingsniveau naar een voorziening met een lager beveiligingsniveau;
- bij het beslissen over voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden die een straf van vier jaar of langer uitzitten, voor welk misdrijf dan ook, nadat ze de helft van hun opgelegde straf hebben uitgezeten. Dit geldt bij gedetineerden die zijn veroordeeld onder oudere wetgeving dan de *Criminal Justice Act 2003*;
- bij het beslissen over voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden die zijn veroordeeld tot een *extended sentence* nadat ze de helft van hun opgelegde straf hebben uitgezeten;
- bij het beoordelen van gedetineerden die teruggeroepen zijn vanwege het verbreken van de voorwaarden bij voorwaardelijke invrijheidstelling.

##### *De werkwijzen van de Parole Board*

De samenstelling van de *Parole Board* en het aantal zittingen varieert afhankelijk van het soort beslissing dat moet worden genomen (Parole Board, 2005). Zo is er een *Discretionary Conditional Release Panel* (voor

gedetineerden met een eindige straf), een *Mandatory Life Panel* (gedetineerden met een verplicht opgelegde levenslange gevangenisstraf), een *Discretionary Lifer Panel* (overige levenslang gestraften), een *Extended Sentence Panel* (voor gedetineerden met een *extended sentence*) en een *Recall Panel* (voor gedetineerden die *on license* waren en teruggeroepen zijn). De zittingen kunnen een *paper hearing* (beslissing op basis van dossier en schriftelijke rapportage) en een *oral hearing* (horen van de relevante partijen) betreffen. In het jaar 2004/05 waren er 738 beslissingen op basis van een casus op papier en kwam het in 910 gevallen tot een hoorzitting.

De belangrijkste vraag waarover de *Parole Board* zich buigt bij de beoordeling of betrokkene in aanmerking komt voor voorwaardelijke invrijheidstelling is in hoeverre betrokkene een risico voor de maatschappij vormt. De *Parole Board* voert daartoe een risicotaxatie uit, op basis van richtlijnen die opgelegd worden door de *Home Office*. Bij seksuele delinquenten gebeurt dit op basis van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. In de overige gevallen bestaat de risicotaxatie uit een afweging gebaseerd op het gepleegde delict, het strafblad, het gedrag in de gevangenis en de omstandigheden waaronder de gedetineerde vrijgelaten zal worden. Een lid van de *Parole Board* bevraagt de gedetineerde in de gevangenis waarbij betrokkene mag beargumenteren waarom hij in aanmerking zou moeten komen voor vervroegde invrijheidstelling. Een gedetineerde heeft daarnaast de mogelijkheid zijn gehele dossier voor de zitting in te zien en van commentaar te voorzien. Binnen twee dagen wordt de beslissing van de *Parole Board*, voorzien van argumenten die voor dan wel tegen voorwaardelijke invrijheidstelling pleiten, kenbaar gemaakt aan de gedetineerde. Er bestaat geen formele beroepsprocedure tegen de beslissing van de *Parole Board*. De gedetineerde kan wel gebruikmaken van een klachtenprocedure.

#### *Statistiek*

De *Parole Board* wordt gefinancierd door de *Sentence Enforcement Unit* van de *Prison Service*. Voor 2004/05 bedroeg de bijdrage 4.235.000 pond (6.137.681 euro). Psychiaters verdienen zo'n 308 pond (446 euro) per *oral hearing*, voor de overige *Panels* ligt dat bedrag hoger, zo rond de 718 pond (1041 euro). Gepensioneerde leden van de rechterlijke macht verdienen 400 pond (580 euro) voor een *oral hearing* en 866 pond (1255 euro) voor de overige *Panels*. De onafhankelijke leden, de *probation officers*, de psychologen en criminologen verdienen 220 pond (319 euro) voor een *oral hearing* en 502 pond (728 euro) voor de overige hoorzittingen. De totale salariskosten bedroegen 3.406.863 pond (4.937.483 euro) in 2004/2005 (Parole Board, 2005).

In 2004/2005 werden 712 personen die *on parole* waren teruggeroepen. Dit aantal bedraagt 17,4% van het totale aantal personen *on parole*. In 265 gevallen ging het om een nieuw misdrijf (37%), van 199 personen vonden men dat zij *out of touch* (28%) waren, 70 personen (10%) weigerden in een



*hostel* (voorziening voor beschermd wonen) te verblijven of hielden zich niet aan de regels daarvan, in 178 gevallen waren er andere oorzaken aan te wijzen (25%; Parole Board, 2005).

#### 4.4.2 De Probation Service

De *Probation Service* houdt zich bezig met toezicht op en ondersteuning van voorwaardelijk in vrijheid gestelde gedetineerden en met degenen die een *community sentence*<sup>12</sup> (alternatieve straf) gekregen hebben. Elk jaar krijgt de *Probation Service* zo'n 225.000 delinquenten onder haar hoede. 70% hiervan heeft alternatieve straf gekregen en 30% heeft voorheen in de gevangenis gezeten. De taken van de *Probation Service* zijn:

- 1 het rehabiliteren van delinquenten;
- 2 het zorgdragen voor de naleving van de voorwaarden van voorwaardelijke invrijheidstelling;
- 3 het uitvoeren van risicotaxaties van delinquenten om de maatschappij te beschermen;
- 4 het oplossen van problemen die delinquenten tegenkomen om zo nieuwe misdrijven te voorkomen.

#### *Behandelprogramma's van de Probation Service*

Elke gevangenis heeft een *resettlement manager*, dit is een persoon die zorgt draagt voor de terugkeer van de gedetineerde in de maatschappij. Deze overlegt met de *Probation Service Officer* over de voortgang in de behandeling die de gedetineerde gemaakt heeft tijdens detentie. Dit gebeurt in een zogenoemde *Post Programme Review*, waarbij ook de behandelcoördinator, het afdelingshoofd, de gedetineerde en eventueel een contactpersoon van de gedetineerde zitting hebben. Van deze bijeenkomst wordt een verslag gemaakt, dat ook een risicotaxatie bevat en een plan van aanpak voor het voorkomen van recidive. Dit omvat een specificatie van de te volgen (behandel)programma's in de gemeenschap. De *Probation Service* past verschillende programma's toe die gericht zijn op het voorkomen van recidive bij ex-gedetineerden die zich in de gemeenschap bevinden. Zo zijn er drie varianten van een programma gericht op voorkoming van recidive door seksuele delinquenten die in verschillende regio's in Engeland worden toegepast (C, TV en N- Sex Offender Group Programme; National Probation Service, 2002). De programma's zijn geaccrediteerd door een speciaal panel en borduren voort op de eerder genoemde *Sex Offender Treatment Program*. Het kan voorkomen dat ex-gedetineerden in de gevangenis nog niet toege-

<sup>12</sup> Een alternatieve straf die geen intramurale detentie met zich meebrengt. Voorbeelden zijn een taakstraf, het onder toezicht en begeleiding staan van een ambtenaar van de *probation services*, en een 'curfew' (avondklok): bepaalde tijdstippen van de dag moet een gestrafte zich binnenshuis bevinden. Controle hierop vindt soms plaats door middel van elektronisch toezicht.

komen waren aan het volgen van een programma (vanwege wachttijden bijvoorbeeld), voor hen is de *Probation Service* de eerste instantie die hen behandeling biedt.

#### 4.5 Toezicht

Zoals reeds eerder vermeld is er in Engeland een intensief samenwerkingsverband opgericht voor toezicht op en resocialisatie van ex-gedetineerden, de *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA). Hieronder wordt nader ingegaan op de organisatie en werkwijze van MAPPA.

##### *Organisatie van MAPPA*

Engeland en Wales zijn opgedeeld in 42 deelgebieden, die elk hun eigen *Multi Agency Public Protection Arrangements* -organisatie omvatten. In elk van de 42 regio's zijn de betrokken instanties georganiseerd in een MAPPA-comité, waarin de zaken besproken worden. Zoals reeds vermeld zijn de drie kerninstanties de politie, de *Prison Service* en de *Probation Service*. De taken van de *Prison Service* en de *Probation Service* in het kader van *Multi Agency Public Protection Arrangements* zijn (ss. 67-68 *Criminal Justice and Court Services Act 2000*):

- maatregelen treffen voor de *assessment* en *management* van de risico's die daders van gewelddadige en seksuele delicten vormen;
- de getroffen maatregelen evalueren en waar nodig veranderen;
- in elk van de 42 regio's jaarlijks een rapport over de voortgang van MAPPA voorbereiden en publiceren.

De *Home Secretary* is daarnaast verplicht bij elk van de 42 gebieden twee leken, *lay advisors*, aan te stellen (s. 326 CJA). De leken houden zich niet bezig met de besluitvorming over de ex-gedetineerden, maar zijn betrokken bij de evaluatie van *Multi Agency Public Protection Arrangements* (Home Office, 2003b).

Naast de drie kerninstanties is een aantal andere (lokale) organisaties betrokken bij de risicohantering, zoals organisaties op het gebied van sociale voorzieningen (*Local Authority Social Services*), werkverschaffing (*Jobcentres Plus*), huisvesting (*Local Housing Authorities, Registered Social Landlords which accommodate MAPPA offenders*), gezondheidszorg (*Primary Care Trusts, other NHS trusts and Strategic Health Authorities*) en andere organisaties (*Youth Offending teams, Local Education Authorities, Electronic Monitoring providers*).

##### *Taken van MAPPA*

De vier kerntaken van de bij *Multi Agency Public Protection Arrangements* betrokken organisaties zijn (1) het identificeren van MAPPA-gedetineerden, (2) een inschatting te maken van het delictrisico, (3) het hanteren van

het delict risico en (4) het delen van relevante informatie met alle betrokken organisaties (Royal College of Psychiatrists, 2005).

Drie categorieën delinquenten behoren tot de doelgroep van *Multi Agency Public Protection Arrangements* (Home Office, 2003):

- 1 Tot de eerste categorie behoren personen die zijn veroordeeld wegens een seksueel delict die zich hebben moeten laten registreren: *Registered Sex Offenders* (RSO).
- 2 De tweede categorie omvat personen die zijn veroordeeld wegens een gewelddadig delict en seksuele delinquenten die niet onder de eerste categorie vallen. In de meeste gevallen zijn zij veroordeeld tot een gevangenisstraf van 12 maanden of meer.
- 3 Onder categorie 3 vallen de gedetineerden die niet onder 1 of 2 vallen, maar wel een ernstig risico ten aanzien van de maatschappij opleveren.

**Tabel 4** Overzicht van het aantal gedetineerden betrokken bij *Multi Agency Public Protection Arrangements*, 2004/05

categorie gedetineerde	gedetineerden met level 2	gedetineerden met level 3	gedetineerden aangemeld voor MAPP	totaal aantal gedetineerden in MAPP
geregistreerde seksueel delinquenten (1)	5.381	626	1.109	28.994
gewelddadige en overige seksueel delinquenten (2)	3.615	547	705	12.662
anders (3)	2.292	305	338	2.936
<b>totaal</b>	<b>11.288</b>	<b>1.478</b>	<b>2.152</b>	

Bron: Home Office (2003c)

In de praktijk gaat het vaak om gedetineerden bij wie er problemen zijn met betrekking tot het slachtoffer, bijvoorbeeld angst van het eerdere slachtoffer of signalen van potentiële toekomstige slachtoffers. Een ander voorbeeld zijn gedetineerden van wie het terugvalpreventieplan onvoldoende ontwikkeld is, bij wie de plaatsing in geschikte accommodatie moeilijk is, of van wie de zaak mogelijk ongewenste media-aandacht kan trekken. De gevangenisstaf dan wel de *probation officers* zijn degenen die de noodzaak voor aanmelding bij *Multi Agency Public Protection Arrangements* signaleren en bij de voor die regio relevante MAPP-coördinator melden (National Probation Service, 2002).

Hoewel *Multi Agency Public Protection Arrangements* oorspronkelijk bedoeld was voor de uitzonderingsgevallen van risicovolle gedetineerden, bleek in de praktijk dat *alle* gewelddadige en seksuele delinquenten doorverwezen werden naar MAPP. Dit gaf een naar verhouding te zware werkbelasting. De oplossing hiervoor werd gevonden in het creëren van verschillende niveaus van *Multi Agency Public Protection Arrangements*

met een verschillende intensiteit van toezicht:

- *Niveau 1*: De MAPPA-activiteit op niveau 1 omvat de betrokkenheid van slechts één instantie, meestal de *Probation Service*, die de ex-gedetineerde begeleidt.
- *Niveau 2*: Dit niveau wordt aangewezen indien meer dan één instantie zich bezig moet houden met het hanteren van het risico van de ex-gedetineerde. De gedetineerde heeft vanwege de complexiteit van zijn behandelplan begeleiding en toezicht nodig van meer dan één instantie.
- *Niveau 3*: Dit betreft de uitzonderingsgevallen die het hoogste risico opleveren of van wie het behandelplan zodanig complex is dat meerdere verschillende instanties ingeschakeld dienen te worden. De bijeenkomsten die op dit niveau gehouden worden, staan bekend onder de naam: *Multi Agency Public Protection Panel* (MAPPP).

*Multi Agency Public Protection Arrangements* hebben verschillende instrumenten beschikbaar om toezicht te houden op de ex-gedetineerden, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen externe en interne controlemechanismen. In de tekst hieronder wordt een overzicht gegeven van de verschillende middelen die ingezet worden bij het houden van het toezicht (Home Office, 2002).

*Externe controlemechanismen*: middelen die van buitenaf opgelegd worden:

- regelmatige supervisie, bijvoorbeeld in contactmomenten met de *probation officer*;
- toezicht houden, bijvoorbeeld (onzichtbare) surveillance door de politie;
- instellen van een avondklok, dat wil zeggen dat de betrokkene zich op bepaalde tijdstippen binnenshuis moet bevinden;
- het beperken van bewegingsvrijheid en contacten;
- '*electronic tagging*': een elektronische pols- of enkelband, waarmee betrokkene gevolgd kan worden;
- satellietcontrole met een *Global Positioning System* (GPS) wordt gebruikt om toezicht te houden op de gangen van een ex-gedetineerde voor wie bepaalde gebieden verboden zijn verklaard;
- er wordt bovendien gewerkt aan de implementatie van een computersysteem, ViSOR, waarin relevante informatie door de drie kerninstanties uitgewisseld kan worden om op deze manier meer zicht te hebben op het gedrag van de ex-gedetineerde.

*Interne controlemechanismen*: middelen die met de persoonlijke kenmerken en omstandigheden van de gedetineerde te maken hebben:

- motiveren van de ex-gedetineerde om geen delicten meer te plegen;
- behandeling aanbieden;
- ondersteunende omgeving aanbieden.

#### *Recidivegegevens*

Van de gedetineerden toegewezen aan het *Multi Agency Public Protection Panel*, de groep gedetineerden van wie het risico van recidive het hoogst werd geacht (niveau 3), werd de recidive onderzocht. Van de 2152 gedetineerden werden in datzelfde jaar 269 personen (12,5%) teruggeplaatst in de gevangenis wegens het schenden van voorwaarden bij voorwaardelijke invrijheidstelling, 26 personen (1,2%) wegens het schenden van voorwaarden van een *sex offender order* (*Part 2 Sex Offences Act*; zie ook paragraaf 2.2) of een *restraining order* (*Domestic Violence, Crime and Victims Bill, 2004*), en ten slotte werden 26 personen (1,2%) aangeklaagd wegens een nieuw ernstig seksueel of gewelddadig delict (*Home Office, 2003*).

#### **4.6 Kosten**

Een plaats in een gevangenis kost ongeveer 30.000 pond per jaar (43.478 euro), een plaats voor de *Dangerous people with Severe Personality Disorder* in de gevangenis kost 90.000 tot 100.000 pond per jaar (130.435 tot 144.928 euro; interviews).



## 5 Samenvatting en discussie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat aan de hand van de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37 p. 4). Allereerst wordt een korte feitelijke samenvatting gegeven, voor respectievelijk het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel, waarna discussie volgt.

### 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?

#### *Forensisch psychiatrische systeem*

Patiënten met een *hospital order* met of zonder een *restriction order* vormen de belangrijkste doelgroep in het Engelse forensisch psychiatrische systeem. De *restricted patients* zijn daarbij de meest beperkte groep patiënten, bij wie in behandeling allereerst op het risico van de patiënt op de veiligheid van de maatschappij gelet wordt en daarnaast behandeling van de psychische stoornis een rol speelt. Het betreft hier voor het merendeel patiënten die een stoornis op As-I van de DSM-IV hebben (bijvoorbeeld schizofrenie, psychotische stoornissen). Daarnaast speelt comorbiditeit met As-II-stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen) een rol. Recentelijk is een nieuwe subgroep patiënten gedefinieerd, de patiënten die vallen onder de criteria van de *Dangerous people with Severe Personality Disorders*. Dit betreft een groep patiënten met een *hospital order* en een *restriction order* die een ernstige persoonlijkheidsstoornis hebben.

#### *Gevangenisstelsel*

In het gevangenisstelsel komen personen terecht bij wie tijdens de rechtszaak niet het vermoeden rees dat zij aan een psychische stoornis zouden lijden of op wie het wettelijke criterium daarvoor (s. 41 MHA) niet van toepassing was. In de gevangnissen bevinden zich wel personen die een psychische stoornis hebben, dit betreft persoonlijkheidsstoornissen, maar ook wel na verloop van tijd ontwikkelde As-I-stoornissen. De groep gedefinieerden die vallen onder de *Dangerous People with Severe Personality Disorder*, vormt een subgroep van personen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis die in verband wordt gebracht met recidiverisico.

#### *Discussie*

##### *Dangerous and Severe Personality Disorder-programma*

Omdat het DSPD-programma nog niet zo lang draait, zijn een aantal zaken nog niet of onvoldoende ontwikkeld. Zo zijn er nog onvoldoende uitstroommogelijkheden naar een *medium security*-niveau ontwikkeld. Terugkeer naar een reguliere afdeling in de gevangenis wordt niet als een geschikte optie gezien omdat eventuele therapie-effecten in deze

omgeving teniet gedaan zouden kunnen worden. Men denkt erover om *medium security* DSPD-afdelingen te creëren, die zich idealiter op hetzelfde terrein als de *high security*-units bevinden. Met een dergelijke *multi-security level site* is het mogelijk personen door te laten stromen naar minder beveiligde afdelingen en in geval van crisis bijvoorbeeld ook weer terug te laten keren naar de *high security*-unit. Verder zijn er nog geen voorzieningen voor nazorg en toezicht voor deze groep personen. Op het moment wordt de mogelijkheid van een samenwerkingsverband met *Multi Agency Public Protection Arrangements* onderzocht (NOMS, Prison Service, & Department of Health, 2004).

Het DSPD-programma is mede ontstaan als reactie op enkele ernstige incidenten met ex-gedetineerden, waaronder de zaak van Michael Stone. Deze man was eerder veroordeeld, onder andere tot een *hospital order* onder de *Mental Health Act*, maar zijn antisociale persoonlijkheidsstoornis werd als onbehandelbaar bestempeld en hij werd vrijgelaten. Niet lang daarna werd hij veroordeeld voor dubbele moord op een vrouw en haar dochter. De enorme kritiek vanuit de maatschappij en enkele andere incidenten waren mede aanleiding voor de ontwikkeling van het DSPD-programma.

Een punt van kritiek is dat het DSPD-programma teveel een politiek antwoord zou zijn op de roep om meer bescherming uit de maatschappij. Deze kritiek komt met name uit de hoek van de psychiaters (o.a. Chaplin, 2002; interviews) en wordt geïllustreerd door de volgende uitspraak: *'...despite such obvious evidence that anyone can be dangerous and many, if not most, of us have the potential for explosive violence, the government has singled out a tiny group of the most disturbed people to scapegoat for society's ills'* (Hardy, 2005).

Verschillende auteurs twifelen aan de zin van het onderscheiden van *Dangerous People with Severe Personality Disorder* (Farnham & James, 2001; Chaplin, 2002). Zo zou een groep gevaarlijke delinquenten in het gezondheidszorgsysteem terechtkomen, dat weinig ervaring heeft met dergelijke personen (Maden & Tyrer, 2003). Bovendien is er nog geen adequate behandeling beschikbaar, waardoor zij langdurig opgenomen zullen moeten blijven.

Er wordt veel geld geïnvesteerd in het DSPD-programma, dit zal volgens Maden en Tyrer pas renderen als wordt zorg gedragen voor een vervolgt raject met intensief toezicht en behandeling in de maatschappij.

Internationaal gezien bestaat er nog geen adequate behandeling voor personen die voldoen aan de criteria van *Dangerous People with Severe Personality Disorder* (in feite psychopathie). Een positief punt van het DSPD-programma is dat het zou kunnen bijdragen aan de ontwikkeling hiervan.



## 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?

### *Forensisch psychiatrische systeem*

De behandeling richt zich vooral op de medische aspecten van het gedrag, zoals het behandelen van de psychische stoornis. Voor de deelgroep van *Dangerous People with Severe Personality Disorder* is een apart behandelprogramma ontwikkeld, dat zich meer op de criminogene behoeften richt.

### *Gevangenisstelsel*

Voor gedetineerden zijn verschillende kortdurende behandelprogramma's beschikbaar, daarnaast is recent het programma voor *Dangerous People with Severe Personality Disorder* van start gegaan. Aan de resocialisatie wordt gedurende het gehele traject van de gedetineerde gewerkt. De *National Offender Management Service* draagt hier zorg voor.

### *Discussie*

#### *Organisatie van het forensisch psychiatrische systeem*

Verschiede geïnterviewden vinden dat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Engeland een aantal kenmerken heeft die de doorstroom van forensisch psychiatrische patiënten bemoeilijken. Dit betreft een combinatie van de volgende zaken:

- de categorisering wat betreft benodigde beveiliging in beveiligingscategorieën;
- een instelling (bijvoorbeeld een *High of Medium Security Hospital*) kent vaak maar één niveau van beveiliging, terwijl tijdige doorstroom belangrijk is;
- de regionale organisatie van de gezondheidszorg in Mental Health Trusts betekent dat instellingen onder verschillende Mental Health Trusts kunnen vallen.

Het regelen van de overplaatsing van een patiënt zou daardoor nogal veel bureaucratische rompslomp vergen. Al met al zou het systeem een statisch karakter hebben (interviews).

## 3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?

### *Forensisch psychiatrische systeem*

*Treatability* (behandelbaarheid) is altijd een belangrijk onderdeel geweest van de *Mental Health Act* in Engeland. In het verleden werden alleen As-I-stoornissen als behandelbaar gezien. Personen met een As-II-stoornis kregen veelal een gevangenisstraf. In de voorstellen voor amendementen

van de Mental Health Act 1983 wordt behandelbaarheid anders gedefinieerd, als 'de beschikbaarheid van een passende behandeling' (persoonlijke mededeling Savas Hadjipavlou). Indien dit doorgang vindt, zullen delinquenten met As-II-stoornissen in de toekomst mogelijk gemakkelijker in het forensisch psychiatrische systeem worden opgenomen.

#### *Gevangenisstelsel*

Behandelbaarheid speelt bij de toegang tot het gevangenisstelsel geen rol. Wel is het mogelijk dat een persoon niet in aanmerking komt voor voorwaardelijke of vervroegde invrijheidstelling indien een behandeling geen effecten sorteert.

#### *Discussie*

##### *Toekomstige verandering Mental Health-wetgeving*

In het voorstel voor een nieuwe Mental Health Act wordt de formulering van het wettelijke criterium voor mental disorder veranderd: 'Mental disorder: a disturbance in the functioning of the mind or brain resulting from any disability or disorder of the mind or brain. Examples of a mental disorder include schizophrenia, depression, or a learning disability' (Department of Health, 2004). Het voorstel is om verslaving aan drugs en alcohol eveneens binnen de definitie te laten vallen. Daarnaast is een voorstel om de notie van 'behandelbaarheid' niet langer te laten gelden. Op deze manier zullen ook de mensen met persoonlijkheidsstoornissen in de toekomst gemakkelijker onder de definitie kunnen vallen waardoor zij in meer gevallen in psychiatrische ziekenhuizen in plaats van in de gevangenis terecht zouden kunnen komen. Volgens de laatst beschikbare informatie (Home Office, 2006) zal de formulering van *treatability* mogelijk gaan in de richting van: '... medical treatment is available which is appropriate in the patiënt's case, taking into account the nature or degree of his mental disorder and all other circumstances of his case'. Overigens is de manier waarop de *Mental Health Act 1983* veranderd gaat worden nog onzeker.

##### *De nieuwe Criminal Justice-wetgeving*

In het algemeen is een belangrijk uitgangsprincipe bij de ontwikkeling en aanpassing van recente wetgeving in Engeland verscherping van de beveiligingsmogelijkheden. Diverse wetten zijn in het leven geroepen of versterkt (Criminal Justice Act 2003, Sexual Offences Act 2003) om bepaalde groepen delinquenten zo lang mogelijk opgesloten te houden, dan wel voor langere tijd onder toezicht te houden. Volgens Forrester (2002) werd met de introductie van de verschillende vormen van levenslang het doel van de Britse overheid met betrekking tot de omgang met delinquenten definitief duidelijk:

*'This legislative mass makes the direction of policy, if ever there was any doubt, crystal clear – limitation, protection and incapacitation' (p. 335).*

Vergeleken met bijvoorbeeld Nederland zijn de mogelijkheden voor langdurige voorwaardelijke invrijheidstelling ruimer, door de mogelijkheid van *life sentences, extended sentences* en verschillende toezichtmaatregelen. De *life sentence* heeft een andere rol dan de Nederlandse levenslange gevangenisstraf. De eerste is een instrument voor langdurige detentie, maar ook voor een geleidelijke terugkeer in de maatschappij onder toezicht. Zo blijft de *life sentence* in beginsel van kracht; ook als iemand na een relatief kort *tariff* voorwaardelijk in vrijheid wordt gesteld, heeft men een krachtige stok achter de deur om langdurig toezicht te kunnen houden. Bij schending van voorwaarden kan betrokkene terug in de gevangenis worden geplaatst.

#### **4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?**

##### *Forensisch psychiatrische systeem*

Voor patiënten met een *hospital order* al dan niet met *restriction order* is *aftercare under supervision* de belangrijkste maatregel voor nazorg bij voorwaardelijke invrijheidstelling. Het betreft hier met name de begeleiding op het gebied van de medische behandeling, hoewel bepaalde voorwaarden met betrekking tot overige risicofactoren voor delictgedrag ook een rol spelen. Ook kunnen zij bij (voorwaardelijke) invrijheidstelling opgenomen worden in *Multi Agency Public Protection Arrangements*.

##### *Gevangenissysteem*

Voorwaardelijke invrijheidstelling biedt bij langdurige en levenslange straffen een kader voor langdurig toezicht in de maatschappij. De levenslange gevangenisstraf in Engeland kan ingezet worden als instrument voor langdurig toezicht in de gemeenschap. Na het uitzitten van een bepaalde periode in de gevangenis waarin de mogelijkheid tot (vervroegde of voorwaardelijke) invrijheidstelling niet mogelijk is (*tariff*), kan de betrokkene eventueel in aanmerking komen voor *voorwaardelijke invrijheidstelling*. De levenslange straf blijft in beginsel van kracht en kan ingezet worden om betrokkene bij schending van voorwaarden terug te plaatsen in de gevangenis. Organisatievormen als *Multi Agency Public Protection Arrangements*, die zorgdragen voor de begeleiding van de gedetineerde in de maatschappij zijn eveneens van groot belang bij het toezicht houden op de ex-gedetineerden. Ook de *Probation Service* speelt hierin een rol, zo kunnen programma's die reeds in de gevangenis van start zijn gegaan, in de gemeenschap gecontinueerd worden. Verder kent

Engeland verschillende maatregelen die een kader bieden voor toezicht met het oog op het voorkomen van zeden- en geweldsdelicten, zoals de *sexual offences prevention order* en de *risk of sexual harm order*.

## 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlof en het ontslag uit het systeem?

### *Forensisch psychiatrische systeem*

*Restricted patients* kunnen volgens twee parallelle routes worden ontslagen, via de *Mental Health Review Tribunal* en via de *Home Office*.

### *Gevangenisstelsel*

De *Parole Board* beslist over voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden.

### *Discussie*

#### *Doorstroming*

Een probleem in de *High Security Hospitals* is de tijdige doorstroom naar voorzieningen met minder hoge veiligheidseisen. Een belangrijke oorzaak voor deze gebrekkige doorstroom is een tekort aan *long-term medium secure psychiatric facilities*. Daarnaast komen sommige patiënten niet in het doorplaats/ontslagsysteem terecht omdat er een gebrek is aan adequate specifieke voorzieningen voor hen. Het zou hierbij gaan om een vrij grote groep van 436 patiënten, ongeveer eenderde van de totale patiëntenpopulatie. Een aanbeveling die door een onderzoekscommissie gedaan werd, was het creëren van voorzieningen met lagere beveiligingsniveaus op het terrein van de *High Security Hospitals* en de betreffende patiënten hier naartoe door te plaatsen (Department of Health, 2000).

#### *Mental Health Review Tribunal*

In de interviews kwamen verschillende sterke en minder sterke punten van de *Mental Health Review Tribunal* als systeem naar voren. Als sterke punten noemden geïnterviewden onder meer:

- Het belang van een onafhankelijk beslisorgaan voor de rechtspositie van de patiënten is groot. In de juiste *checks* en *balances* met betrekking tot de rechtspositie is in beginsel voorzien.
- Flexibiliteit bij het gebruik van bewijs. Een *Mental Health Review Tribunal* kan bijvoorbeeld ‘*hearsay*’ gebruiken, een rechtbank kan dat niet.
- Het *Mental Health Review Tribunal* kan sneller werken dan het gerecht. De zittingen worden op locatie gehouden en er is geen speciale rechtbankruimte nodig.

- Voor een patiënt is het *Mental Health Review Tribunal* minder imponerend, angstinboezemend dan een rechtbank.

Als zwakke punten werden onder meer genoemd:

- Het is moeilijk om voldoende gekwalificeerde *medical members* te werven. Veel artsen zijn gepensioneerd, en zijn niet geheel op de hoogte van de meest actuele stand van zaken in de medische wereld; sommigen hebben achterhaalde ideeën over bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen; veelal zijn de *medical members* te weinig forensisch psychiatrisch geschoold. Bovendien geven werkgevers van artsen werkzaam in de gezondheidszorg hen geen vergoeding in tijd voor deelname aan het *Mental Health Review Tribunal*, waardoor het in de vrije tijd moet gebeuren en men minder in staat is dit te doen. Voor *legal members* zijn deze zaken beter geregeld en is er een vergoeding in tijd en geld.
- In de praktijk is de *Mental Health Review Tribunal* erg arbeidsintensief. Patiënten maken veelvuldig gebruik van het recht een beslissing over invrijheidstelling aan te vragen.

Op basis van interviews en literatuur bestaat de indruk dat het *Mental Health Review Tribunal* in theorie een door velen gewaardeerde oplossing is, maar dat de praktijk van de implementatie tegenvalt.

## Literatuur

### **American Psychiatric Association**

*Diagnostic and Statistical Manual IV- Text Revision*  
Washington, APA, 2004

### **Chaplin, R.H.**

Dangerous severe personality disorder is controversial non-disease in psychiatry

*British Medical Journal*, 2002, nr. 324, p. 1524

### **Department of Health**

*Report of the review of security at the high security hospitals*  
London, Crown, 2000

### **Department of Health**

*Mental Health Review Tribunal Report. April 1999 to March 2001*  
London, Department of Health Publications, 2002

### **Department of Health**

*Improving Mental Health Law. Towards a new Mental Health Act. Summary*

London, Department of Health Publications, 2004

### **Department of Health and Welsh Office**

*Code of Practice Mental Health Act 1983*  
London, The Stationery Office, 1999

### **Farnham, F.R., D.V. James**

'Dangerousness' and dangerous law

*The Lancet*, 358, 1926, 2001

### **Forrester, A.**

Preventive detention, public protection and mental health

*The Journal of Forensic Psychiatry*, nr. 13, 2002, p. 329-344

### **Hardy, C.Q.**

*The treatability test and psychopathic disorder*

The Institute of Mental health Act Practitioners, 2005

<http://www.markwalton.net/mdo/enquirypsychopath.asp>

### **Hare, R. D.**

*The Hare Psychopathy Checklist-Revised*

Toronto, Multi-Health Systems

### **Home Office**

*Leaflet Criminal Justice Act 2003*

London, Crown, 2003a

### **Home Office**

*Extension of MAPPA guidance*

London, National Probation Service, 2003b

### **Home Office**

*Public protection arrangements working to defend communities*

Retrieved 29-12-05, 2003c

### **Home Office**

*Sentencing Statistics 2004*

London, Crown, 2005a

**Home Office**

*Offender management caseload statistics 2004*  
London, Crown, 2005b

**Home Office, Prison Service, Department of Health**

*Dangerous and severe personality disorder (DSPD). High security services for men Planning and delivery guide*  
London, Crown, 2005

**Howard, D., O. Christophersen**

*Statistics of mentally disordered offenders 2002 England and Wales*  
London, Home Office, 2003

**James, D.**

England and Wales. In: H. J. Salize, & H. Dressing (Eds.), *Placement and treatment of mentally disordered offenders – Legislation and practice in the European Union*  
Lengerich, Pabst Scientific Publishers, 2005

**Ly, L., S. Foster**

*Statistics of mentally disordered offenders 2004. England and Wales*  
London: Home Office (2005)

**Maden, T., P. Tyrer**

Dangerous and severe personality disorders: a new personality concept from the United Kingdom  
*Journal of Personality Disorders*, jrg. 17, nr. 6, 2003, p 489-496

**National Offender Management Service**

*Population in custody, monthly tables. September 2005 England and Wales*  
London, Home Office, 2005

**National Probation Service**

*The treatment and risk management of sexual offenders in custody and in the community*  
London, The National Probation Directorate, 2002

**National Offender Management Service Prison Service, & Department of Health**

*Dangerous People with Severe Personality Disorder Programme*  
London, Crown, Retrieved 22-03-2006, 2004

**Offending Behaviour Programmes Unit**

oktober 2005

**Parole Board**

*Annual Report and Accounts of the Parole Board for England and Wales 2004-05*  
London, The Stationery Office, 2005

**Parole Board**

*Frequently asked questions*  
Retrieved from website, 2006

**Prison Service**

*Offender Assessment and Sentence Management: OASys. Issue number 228*  
London, Home Office, 2006

**Royal College of Psychiatrists**

*Psychiatrists And Multi-Agency Public Protection Arrangements (MAPPA).  
Guidelines on representation, participation, confidentiality and information exchange*

Retrieved, 29-12-2005, 2005

**Taylor, R., M. Wasik, R. Leng**

*Blackstone's Guide to The Criminal Justice Act 2003*  
Oxford, Oxford University Press, 2005

**Walmsley, R.**

*World Prison Population List (sixth edition)*  
London, International Centre for Prison Studies, 2005

**Relevante websites:**

- *Crime Statistics, Home Office:* <http://www.crimestatistics.org.uk/>
- *Her Majesty's Prison Service:* <http://www.hmprisonservice.gov.uk/>
- *Home Office:* <http://www.homeoffice.gov.uk/>
- *Mental Health Review Tribunal:* <http://www.mhrt.org.gov.uk>
- *Multi Agency Public Protection Arrangements:* <http://www.probation.homeoffice.gov.uk/files/pdf/MAPPA%20Guidance%20Update%202004.pdf>
- *National Offender Management Service:* <http://www.noms.homeoffice.gov.uk>
- *Parole Board:* <http://www.paroleboard.gov.uk>
- *Probation Service:* <http://www.probation.homeoffice.gov.uk>
- *Wetgeving Engeland:* <http://www.uk-legislation.hmso.gov.uk/>
- *Dangerous people with Severe Personality Disorders:* <http://www.dspdprogramme.gov.uk/>
- *Department of Health:* <http://www.dh.gov.uk>



# Bijlage

## Bezoekschema Engeland, november 2005

Maandag 28 november 2005, interviews met:

- Pam Wilson, Head of Psychologists, HM Prison service (Home Office)
- Savas Hadjipavlou, Head of the DSPD Programme (Home Office)
- Nigel Shackleford & Mark Darby, beide zijn werkzaam bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Shackleford werkt vooral aan de nieuwe Mental Health Bill en Mark Darby is een 'caseworker', hij behandelt individuele zaken van beperkte patiënten.

Dinsdag 29 november 2005, interviews met:

- Gill Attrill, head of the DSPD programme in Frankland & Rampton
- Elizabeth Hayes, Probation Service
- Sheilagh Hodgins
- Jackie Craisatti

Woensdag 30 november 2005, interviews met:

- Molly Weatheritt, Director of Quality and Standards, Parole Board
- Bezoek aan Broadmoor Special Hospital:
  - interviews met Angela Dolan, Service Director DSPD unit: The Paddock Centre, Broadmoor, en
  - Jose Romero, Director of Therapies, Broadmoor
- Toevallige, ongeplande ontmoeting met Judith de Boer (medewerker Van der Hoeven kliniek, NL en 'senior lecturer' Broadmoor, UK)

Donderdag 1 december 2005:

- bezoek Whitemoor Prison:
  - interviews met Jacqui Saradjian en
  - Martin Kettle

Vrijdag 2 december 2005:

- Vlucht Londen-Amsterdam



# Deel 3 Duitsland



# 1 Inleiding

De bondsrepubliek Duitsland bestaat uit 16 deelstaten (*Länder*). Elf daarvan vormden vanaf 1949 samen de West-Duitse bondsrepubliek. De overige vijf vormden het communistische Oost-Duitsland (*Deutsche Demokratische Republik*, DDR). Na de val van de Berlijnse muur in 1989 zijn de Oost-Duitse deelstaten aan de bondsrepubliek Duitsland toegevoegd. De hoogste macht ligt bij de federatie. De deelstaten hebben echter vergaande eigen bevoegdheden, ze kennen een eigen grondwet, regering en parlement en mogen een eigen beleid ontwikkelen op een veelheid van terreinen, waaronder gezondheidszorg, reclassering en onderwijs.

Duitsland heeft een oppervlakte van ongeveer 357.022 km<sup>2</sup>, of 10,5 maal Nederland (Ministerie van Buitenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2005). Duitsland heeft ongeveer 83 miljoen inwoners, waarvan er 16 miljoen in de voormalige Oost-Duitse deelstaten leven.

De strafwetgeving en de regelgeving over de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen zijn op federaal niveau geregeld. Deze wetgeving is *mutatis mutandis* ook van toepassing op de preventieve detentie na een gevangenisstraf of vrijheidsbenemende maatregel. De tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is echter in de afzonderlijke wetgeving van de *Länder* geregeld. De wetgeving op deelstaatsniveau kan van deelstaat tot deelstaat verschillen. Een belangrijke bron van verschillen tussen deelstaten vormen ook, politiek ingegeven, verschillen in beleid en uitvoerende praktijk (interviews).

De doelgroep van dit onderzoek, personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben, bevindt zich in Duitsland ten dele in het forensisch psychiatrisch systeem en deels in het penitentiaire systeem. De mate waarin betrokkene als toerekeningsvatbaar wordt beschouwd, bepaalt of het gerecht een straf dan wel strafrechtelijke maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan opleggen. Oplegging van de laatstgenoemde maatregel gebeurt vooral bij personen met een ernstige psychotische stoornis, maar komt ook voor als een persoonlijkheidsstoornis de meest op de voorgrond tredende diagnose is. Andere voor dit onderzoek relevante strafrechtelijke maatregelen zijn preventieve bewaring na een gevangenisstraf van bepaalde duur (*Unterbringung in der Sicherungsverwahrung*) voor gedetineerden die als een zeer groot gevaar voor de maatschappij worden beschouwd en ondertoezichtstelling (*Führungsaufsicht*) bij terugkeer in de maatschappij van diegenen met een relatief hoog recidiverisico.

Duitsland telde in 2004 per 100.000 bewoners 96 gedetineerden (Walmsley, 2005). De totale gevangenispopulatie bestond in 2004 uit 79.329 gedetineerden. Het aantal gedetineerden verschilt per deelstaat, afhankelijk van onder meer de mate van verstedelijking. In 2001 waren de twee uitersten Hamburg en Sleeswijk-Holstein met respectievelijk 170 en 57 gedetineerden per 100.000 inwoners (Dünkel & Morgenstern, 2001).

Het aantal strafrechtelijk gedwongen opgenomen patiënten in forensisch psychiatrische ziekenhuizen op 31 maart 2003 was 5118 en het aantal strafrechtelijk gedwongen opgenomen patiënten in een ontwenningkliniek was op diezelfde datum 2281 (Osterheider & Dimmek, 2005).

In het onderhavige onderzoek worden de belangrijkste wetgeving en demografische gegevens op federaal niveau besproken. De regelgeving met betrekking tot de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen en de praktijk van de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen kan per deelstaat en per instelling verschillen.

Wij beschrijven daarom enkele voorbeelden van oplossingen die in één of meer verschillende deelstaten gekozen zijn, bijvoorbeeld in Hessen, Berlijn en Brandenburg, maar pretenderen geen volledigheid waar het de situatie in alle 16 *Länder* betreft.

In tabel 1 zijn de belangrijkste onderwerpen uit dit deel schematisch weergegeven. Het stroomdiagram laat de trajecten van de verschillende subgroepen zien. In hoofdstuk 2 wordt de meest relevante straf- en gezondheidswetgeving weergegeven met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Hoofdstuk 3 heeft de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van genoemde doelgroep tot onderwerp, voor zover deze plaatsvinden binnen het forensisch psychiatrische systeem. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van genoemde doelgroep binnen het gevangenisstelsel. Hoofdstuk 5 eindigt met een samenvatting van de belangrijkste resultaten waarbij deze onder meer worden gekoppeld aan de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37 p. 4). De vragen voor de Commissie luiden:

- 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?
- 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?
- 3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?
- 4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?
- 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlof en het ontslag uit het systeem?

**Tabel 1 Kenmerken van het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Duitsland**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Niveau van organisatie	Federaal niveau: wettelijk kader oplegging en beëindiging Per deelstaat: wettelijk kader en organisatie tenuitvoerlegging	Federaal niveau: wettelijk kader tenuitvoerlegging Organisatie per deelstaat
Basis voor instroom in het forensisch psychiatrische systeem	Geheel of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar	Toerekeningsvatbaar of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar
Relevante maatregelen en straffen (detentie)	Strafrechtelijke opname in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gevangenisstraf van bepaalde duur</li> <li>– Levenslange gevangenisstraf</li> <li>– <i>Sicherungsverwahrung</i>: Preventieve detentie na gevangenisstraf (§ 66 StGB)</li> <li>– Verplichte <i>Sozialtherapie</i> zedendelinquenten met straf van langer dan twee jaar (§ 9 StVollzG)</li> </ul>
Oplegging maatregelen/straffen	Gerecht	Gerecht
Tenuitvoerlegging maatregelen/straffen	Gezondheidszorg deelstaten	Gevangeniswezen deelstaten
Voor tenuitvoerlegging verantwoordelijke ministerie	Ministeries (van de deelstaten) die geestelijke gezondheidszorg in portefeuille hebben	Ministeries van Justitie deelstaten
Verblijf	Circa 30-40 forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen	222 gevangenissen 45 sociaal therapeutische instellingen/afdelingen
Beslissingen over verlof	Per deelstaat en instelling geregeld, bijvoorbeeld Hessen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– tot 3 dagen verlof beslist hoofd inrichting</li> <li>– bij langer durende verlopen beslist de officier van justitie</li> </ul>	Kader is federaal geregeld (§ 13 StVollzG), beslissing ligt bij hoofd inrichting, invulling door inrichting varieert per deelstaat
Beslissingen over (voorwaardelijke) invrijheidstelling	– De <i>Strafvollstreckungskammer</i> van het gerecht	– De <i>Strafvollstreckungskammer</i> van het gerecht
Relevante maatregelen en straffen (toezicht)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Voorwaardelijke invrijheidstelling en reclasseringstoezicht (§ 67b tot en met § 67g StGB)</li> <li>– <i>Führungsaufsicht</i> (§ 68 StGB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Voorwaardelijke invrijheidstelling en reclasseringstoezicht (§ 56 tot en met § 58 StGB)</li> <li>– <i>Führungsaufsicht</i> (§ 68 StGB)</li> </ul>





## 2 Beknopte beschrijving rechtssysteem

### 2.1 Algemene kenmerken

Duitsland kent een zogeheten Europees continentale rechtstraditie. Deze is in belangrijke mate gebaseerd op het Romeinse recht, wat onder meer betekent dat het recht hoofdzakelijk is vastgelegd in wetboeken en de rechtspraak een meer ondergeschikte rol speelt bij de ontwikkeling van het recht.

In Duitsland is het lokale gerecht (*Amtsgericht*) het gerecht in eerste aanleg voor de minder ernstige zaken (Jehle, 2005). Het regionale gerecht (*Landesgericht*) behandelt alle ernstige zaken. Zo is de zogeheten Kleine Strafkamer van het *Landesgericht* verantwoordelijk voor alle zaken waarin een gevangenisstraf van vier jaar of meer, gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis, of preventieve bewaring na een gevangenisstraf kan worden verwacht. De Kleine Strafkamer bestaat uit een professionele en twee lekenrechters. Bijzonder ernstige zaken (waarin vermoedelijk sprake is van moord of doodslag) worden behandeld in een meer uitgebreide samenstelling van drie professionele rechters en twee leken (Grote Strafkamer of *Schwurgericht*). In uitzonderlijke gevallen (bijvoorbeeld terrorisme) is het hogere regionale gerecht (*Oberlandesgericht*) verantwoordelijk voor de behandeling van de zaak. De Strafkamer bestaat in dat geval uit drie tot vijf professionele rechters.

Bij zaken die in eerste aanleg zijn behandeld door een Kleine Strafkamer van het *Landesgericht*, kan beroep worden ingesteld bij het *Oberlandesgericht*. Als de zaak in eerste aanleg door de Grote Strafkamer van het *Landesgericht* is behandeld, of door het *Oberlandesgericht*, dan is het landelijke gerecht (*Bundesgericht*) verantwoordelijk voor de behandeling in hoger beroep. Overigens is beroep bij zaken die in eerste aanleg door een strafkamer zijn behandeld gericht op 'points of law'. Dat betekent dat de feiten van de zaak niet opnieuw worden onderzocht, maar dat alleen wordt getoetst of de wet juist is toegepast.

Het Duitse straf- en strafprocesrecht zijn op federaal niveau geregeld in respectievelijk het *Strafgesetzbuch* (StGB) en de *Strafprozessordnung* (StPO). Ook de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen is centraal geregeld (*Strafvollzugsgesetz*, StVollzG). Het federale ministerie van Justitie (*Bundesministerium der Justiz*) is hoofdzakelijk een wetgevingsministerie. Elke deelstaat heeft een eigen ministerie van Justitie dat onder meer verantwoordelijk is voor het beleid met betrekking tot de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen (binnen de centraal gegeven kaders), de bouw en het onderhoud van gevangenissen. Hessen heeft bijvoorbeeld een tenuitvoerleggingsplan (*Vollstreckungsplan*) waarin een aantal aspecten van de lokale tenuitvoerlegging wordt gespecificeerd zoals de plaatsing van typen gedetineerden in de verschillende instellingen.

Ook de nazorg en het toezicht na een gevangenisstraf of strafrechtelijke maatregel behoren tot de taken van de *Länder*. De reclassering (*Bewährungshilfe*) opereert vooral op deelstaatniveau, al bestaan er wel

landelijke vakorganisaties waarbinnen men kennis uitwisselt. Ook de overige bij toezicht betrokken organisaties, zoals de gerechten (*Strafvollstreckungskammern* bij het *Landesgericht*) en de instellingen die zijn aangewezen om *Führungsaufsicht* uit te oefenen opereren op deelstaatniveau. Zoals eerder vermeld, behoren de wetgeving en het beleid op het gebied van gezondheidszorg, waaronder ook de forensisch psychiatrische zorg tot de verantwoordelijkheden van de deelstaten. In Hessen is de gezondheidszorg ondergebracht bij het ministerie van Sociale Zaken (*Sozialministerium*). De tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke maatregelen tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis of in een ontwenningsskliniek vormt daarbinnen samen met de algemene psychiatrie een aparte deelportefeuille. Sommige deelstaten hebben de forensisch psychiatrische wetgeving geïntegreerd in de algemene (geestelijke) gezondheidszorgwetgeving (bijvoorbeeld Berlijn), andere hebben aparte wetgeving ontwikkeld, zo heeft Hessen het *Gesetz über den Vollzug von massregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt* (1981). Hierin zijn onder meer zaken geregeld als het opstellen van een behandel- en reïntegratieplan, verlofbeleid, contact met de buitenwereld, bijvoorbeeld bezoek, gebruik van media en dergelijke, maar ook bijvoorbeeld maatregelen met betrekking tot orde en veiligheid.

In 1998 heeft een hervorming van het strafrecht plaatsgevonden waarbij de nadruk meer op bescherming van de maatschappij is komen te liggen. Daarbij zijn enkele strafrechtelijke maatregelen verscherpt, daarover meer in de aan de betreffende maatregelen gewijde paragrafen hierna. Verder is vanaf 1998 sociaaltherapeutische behandeling van daders van zedendelicten met een gevangenisstraf van twee jaar of langer wettelijk verplicht (§ 9 *StVollzG*). Ook is ingevoerd dat een beoordeling van het recidiverisico door een deskundige (meestal een psychiater) plaats moet vinden alvorens iemand die wegens een gewelds- of zedendelict is veroordeeld tot een gevangenisstraf van twee jaar of meer, voorwaardelijk in vrijheid wordt gesteld (§ 454 lid 2 *StPO*).

## 2.2 Maatregelen en straffen

In het Duitse strafrecht is een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen die zowel bescherming van de maatschappij tegen ernstige recidive, als rehabilitatie van betrokkene ten doel hebben (*Massregeln der Besserung und Sicherung*, § 61 *StGB*). Relevant in het kader van dit onderzoek zijn de maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (*Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus*), de zogeheten preventieve bewaring na een gevangenisstraf (*Unterbringung in der Sicherungsverwahrung*) en ondertoezichtstelling (*Führungsaufsicht*) bij terugkeer in de maatschappij. Daarnaast worden besproken de verplichte

behandeling van zedendeliquenten met een straf van twee jaar of langer en de levenslange gevangenisstraf.

### 2.2.1 Maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis

Het begrip *Schuldfähigkeit*, vergelijkbaar met het Nederlandse begrip toerekeningsvatbaarheid, speelt een belangrijke rol in de ‘toedeling’ van plegers van ernstige gewelds- en zedendelicten met een psychiatrische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis aan het gevangenisstelsel dan wel het forensisch psychiatrisch systeem. Eerder dan het type behandeling dat nodig wordt geacht, bepaalt dit begrip in welk systeem een psychisch gestoorde delinquent terecht komt. In Duitsland kent men drie niveaus: toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar en ontoerekeningsvatbaar. Aan personen die ontoerekeningsvatbaar (*Schuldunfähig*, § 20 StGB) of verminderd toerekeningsvatbaar (*vermindert Schuldfähig*, § 21 StGB) zijn bevonden kan een maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgelegd (§ 63 StGB).

Als ontoerekeningsvatbaar worden beschouwd personen die vanwege

- a een psychische stoornis (*krankhaften seelischen Störung*),
- b een ernstige stoornis van het bewustzijn (*tiefgreifenden Bewusstseinsstörung*),
- c zwakzinnigheid (*Schwachsinn*), of
- d een andere mentale afwijking (*schwere andere seelische Abartigkeit*) niet in staat zijn de onwettigheid van hun daden in te zien en naar dat inzicht te handelen (§ 20 StGB).

Als iemand in een toestand van ontoerekeningsvatbaarheid of verminderde toerekeningsvatbaarheid een strafbaar feit begaan heeft en wanneer als gevolg van zijn stoornis in de toekomst ernstige strafbare feiten te verwachten zijn waardoor hij een gevaar voor anderen vormt, legt het gerecht plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op (§ 63 StGB).

De strafbare feiten zijn overigens niet gespecificeerd. Indien sprake is van verminderde toerekeningsvatbaarheid, kan de maatregel naast een (gevangenis)straf worden opgelegd (daarbij zijn er regels over de volgorde van de tenuitvoerlegging, in beginsel eerst de maatregel, daarna de straf, § 67 StGB). De toerekeningsvatbaarheid, en het recidiverisico staan voorop, behandelbaarheid is geen vereiste voor de oplegging van de maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis.

Het gerecht (*Strafvollstreckungskammer* van het *Landesgericht*) dient jaarlijks te onderzoeken of betrokkene voorwaardelijk in vrijheid kan worden gesteld (§ 67e StGB). Het gerecht kan daarnaast de maatregel beëindigen wanneer de vereisten voor oplegging niet meer aanwezig zijn of voorzetting niet meer gepast is. Op het moment van beëindiging treedt *Führungsaufsicht* in (zie paragraaf 2.2.4), tenzij het gerecht dit onnodig acht.

### 2.2.2 Preventieve bewaring na afloop van een straf of maatregel

De *Sicherungsverwahrung* (§ 66 StGB) betreft een gedwongen preventieve detentie die kan worden toegepast bij als gevaarlijk beschouwde recidivisten na afloop van de gevangenisstraf of na afloop van een vrijheidsbenemende maatregel. De maatregel bestaat sinds 1933. In 1970 is de wetgeving aangescherpt om de *Sicherungsverwahrung* te reserveren voor zeer gevaarlijke delinquenten, voor die tijd werd deze breder toegepast.

De *Sicherungsverwahrung* is van toepassing op delinquenten die toerekeningsvatbaar worden geacht. De maatregel kan naast (in de praktijk volgend op) de straf worden opgelegd als iemand wordt veroordeeld tot een gevangenisstraf van minimaal twee jaar en daarnaast aan de volgende drie voorwaarden is voldaan (§ 66 lid 1 StGB):

- 1 Betrokkene is voorafgaand aan het huidige strafbare feit, reeds tweemaal veroordeeld tot een gevangenisstraf van minstens een jaar.
- 2 Betrokkene heeft wegens één of meer van deze eerdere veroordelingen minimaal twee jaar gevangenisstraf uitgezeten, dan wel een vrijheidsbenemende maatregel ondergaan.
- 3 Het oordeel over de dader en zijn daden tot dan toe leidt tot de conclusie dat hij vanwege een neiging tot het plegen van ernstige delicten (*Straftaten*), dat wil zeggen delicten die hebben geleid tot zware psychische of lichamelijke schade bij het slachtoffer of tot zware maatschappelijke schade, een gevaar vormt voor de samenleving.

In bepaalde gevallen kan *Sicherungsverwahrung* ook worden toegepast als iemand eerder ernstige strafbare feiten begaan heeft, maar in totaal slechts eenmaal is veroordeeld (§ 66 lid 2 StGB). De functie daarvan is dat de maatregel dan ook kan worden opgelegd aan eerder niet ontdekte seriedaders. Ook kan bij daders van ernstige gewelds- of zedendelicten na de eerste recidive *Sicherungsverwahrung* worden opgelegd wanneer aan de overige (hierboven beschreven) wettelijke voorwaarden is voldaan. Als met onvoldoende zekerheid kan worden vastgesteld of betrokkene een gevaar vormt voor de maatschappij (§ 66 lid 1 punt 3), maar aan de overige voorwaarden is voldaan, kan het gerecht de oplegging van *Sicherungsverwahrung* opschorten gedurende de gevangenisstraf (§ 66a: *Vorbehalt der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung*). Het gerecht dient uiterlijk zes maanden voor de voorwaardelijke invrijheidstelling (*Aussetzung zu Bewährung*) van betrokkene mogelijk is, te beslissen of alsnog aan (§ 66 lid 1 punt 3) is voldaan.

Sinds 2004 (*Bundesgesetzblatt*, 2004, *Teil I* nr. 39, pp 1838-1841) is het mogelijk om, wanneer dit niet tegelijk met de veroordeling tot gevangenisstraf gebeurde, later alsnog *Sicherungsverwahrung* op te leggen (§ 66b: *Nachträgliche Anordnung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung*). Dit kan worden gedaan wanneer betrokkene is veroordeeld tot gevan-

genisstraf wegens een gewelds- of seksueel misdrijf en wanneer tijdens de tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf uit feiten die gedurende die tenuitvoerlegging plaatsvinden, duidelijk wordt dat betrokkene een ernstig gevaar voor de samenleving vormt.

De *nachträgliche Sicherungsverwahrung* kan ook worden opgelegd aan personen bij wie de gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB) is beëindigd omdat niet langer sprake is van verminderde toerekeningsvatbaarheid of ontoerekeningsvatbaarheid. Daarnaast moet dan zijn voldaan aan voor de oplegging van *Sicherungsverwahrung* benodigde eisen met betrekking tot de ernst van gepleegde strafbare feiten en eerdere veroordelingen (§ 66b lid 3 punt 1). Ten slotte moet de ontwikkeling van betrokkene tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel erop wijzen dat hij met hoge waarschijnlijkheid ernstige strafbare feiten zal begaan.

### 2.2.3 Sociaaltherapeutische behandeling voor zedendelinquenten

Sinds 1998 is er een wettelijke verplichting tot behandeling van zedendelinquenten in het gevangenisstelsel. Dit gebeurt in zogeheten sociaaltherapeutische afdelingen respectievelijk instellingen binnen het gevangenisstelsel (zie ook paragraaf 4.3.3).

Betrokkene wordt in een sociaaltherapeutische instelling geplaatst (§ 9 lid 1 StVollzG):

- als hij een straf van meer dan twee jaar heeft opgelegd gekregen wegens een seksueel delict (§ 174 tot § 180 of § 182 StGB);
- en tevens behandeling in een sociaaltherapeutische instelling op grond van het daartoe verrichte diagnostisch onderzoek en/of behandelplan aan te raden is.

Als het doel van de behandeling niet kan worden bereikt vanwege ‘aan de persoonlijkheid van betrokkene toe te schrijven redenen’, wordt betrokkene teruggeplaatst.

De instellingen hebben een aantal jaren gekregen om de implementatie te regelen, maar vanaf 1 januari 2003 moeten voldoende plaatsen beschikbaar zijn en dient deze wetgeving overal daadwerkelijk uitgevoerd te worden. Voor andere gevangenen geldt dat zij, met hun toestemming en die van het hoofd van de sociaaltherapeutische inrichting, in een sociaaltherapeutische inrichting of afdeling kunnen worden geplaatst als de daar geboden behandeling zinvol wordt geacht met het oog op resocialisatie (§ 9 lid 2 StVollzG).

Het is wettelijk vastgelegd dat bij iedere gedetineerde bij aanvang een onderzoek verricht wordt naar persoonskenmerken en achtergronden met het oog op het maken van een plan voor de tenuitvoerlegging van de straf (*Vollzugsplan*; § 6 StVollzG). Het onderzoek kan achterwege worden gelaten als de straf zo kort is dat het niet nodig lijkt.

In het *Vollzugsplan* (§ 7 StVollzG) dat dient te worden opgesteld op basis van genoemd onderzoek moeten minimaal de volgende aspecten aan de orde komen:

- 1 detentie in een gesloten of een open instelling;
- 2 plaatsing in een sociaaltherapeutische instelling;
- 3 plaatsing op een bepaalde afdeling of in een behandelgroep;
- 4 werk en verdere ontwikkeling in een beroep;
- 5 deelname aan training ten behoeve van verdere ontwikkeling in een beroep;
- 6 vormen van begeleiding en behandeling;
- 7 verlofbeleid;
- 8 te nemen maatregelen in het kader van de voorbereiding van invrijheidstelling.

#### 2.2.4 Toezicht na strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of gevangenisstraf: *Führungsaufsicht*

##### *Toezicht door de Bewährungshilfe*

Voorwaardelijke invrijheidstelling (*Aussetzung zu Bewährung*) bij gevangenisstraffen of bij de hierboven genoemde vrijheidsbenemende maatregelen is geregeld in respectievelijk § 56 tot en met § 58, en § 67b tot en met § 67g StGB. Het gerecht stelt betrokkene daarbij onder begeleiding van een medewerker van de *Bewährungshilfe*<sup>1</sup> (§ 56d StGB). Het gerecht blijft eindverantwoordelijk.

Het gerecht kan betrokkene voorwaarden opleggen ter voorkoming van verdere delicten (§ 56c StGB). Daarbij gaat het onder meer om voorwaarden over plaatsen waar betrokkene zich wel of niet mag bevinden, opleiding en werk of vrije tijd en ander maatschappelijk gedrag, de verplichting zich op gezette tijden te melden, verbod op contact met bepaalde personen, verbod op bezit van bepaalde voorwerpen. Ook kan een voorwaarde zijn om een bepaalde behandeling of lichamelijke ingreep te ondergaan. Deze kan alleen met instemming van betrokkene worden opgelegd. Sinds 1998 kunnen daders van bepaalde seksuele delicten *wel* tot behandeling zonder hun instemming worden verplicht als voorwaarde voor voorwaardelijke invrijheidstelling (§ 56 c lid 3 nr 1 StGB). In het gevangenisstelsel is gedwongen medische behandeling (dit wordt verder niet gespecificeerd) alleen mogelijk indien er sprake is van levensgevaar of ernstig gevaar voor de gezondheid van betrokkene of van iemand anders (§ 101 StVollzG). Binnen de forensisch psychiatrische regelgeving kunnen de regelingen met betrekking tot het gedwongen toedienen van medicatie tussen deelstaten verschillen (Osterheider & Dimmek, 2005). In sommige deelstaten is dit alleen mogelijk met

1 De Duitse reclassering. Deze is echter niet zonder meer in alles vergelijkbaar met de Nederlandse reclassering.

toestemming van betrokkene. In Hessen geldt eveneens dat gedwongen behandeling alleen mogelijk is indien er sprake is van levensgevaar of ernstig gevaar voor de gezondheid van betrokkene of van iemand anders (*Gesetz über den Vollzug von Massregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt*, 1981).

#### *Führungsaufsicht*

De strafrechtelijke maatregel tot ondertoezichtstelling, *Führungsaufsicht* (§ 68 StGB), is midden jaren zeventig ingevoerd zowel vanuit een beveiligings- als vanuit een rehabilitatieoogmerk omdat men vond dat gevaarlijke daders een bijzonder intensieve begeleiding (*Lebenshilfe*) ter voorkoming van recidive moest worden geboden (Frisch, 1996).

De maatregel moet, in aanvulling op/in het kader van reclasseringstoezicht (*Bewährungsaufsicht*), ruimere controlemogelijkheden bieden met het oog op het voorkomen van delicten terwijl betrokkene in (voorwaardelijke) vrijheid is gesteld.

*Führungsaufsicht* kan van toepassing zijn zowel na een gevangenisstraf, als na de hierboven beschreven maatregelen: *Sicherungsverwahrung*, strafrechtelijke gedwongen opname in een ontwenningsskliniek en strafrechtelijke gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

*Führungsaufsicht* na gevangenisstraf wordt door het gerecht opgelegd:

- bij bepaalde delicten (geweld, zeden) waarbij *Führungsaufsicht* volgens de wet in het bijzonder in aanmerking komt (§ 68 lid 1 StGB), of treedt volgens de wet automatisch in, in de volgende gevallen:
- na ontkomst (*Vollverbüßung*) van een gevangenisstraf van twee jaar of meer (§ 68 f StGB);
- bij voorwaardelijke invrijheidstelling uit een psychiatrisch ziekenhuis, een ontwenningsskliniek of uit *Sicherungsverwahrung* (§ 67 d lid 2 StGB);
- na afloop van de tienjarentermijn voor de eerste onderbrenging in *Sicherungsverwahrung* (§ 67 d lid 4);
- in het geval dat de oplegging van de maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of ontwenningsskliniek van het begin af aan voorwaardelijk ten uitvoer wordt gelegd (§§ 67 b, 67 c StGB).

*Führungsaufsicht* duurt ten minste twee en ten hoogste vijf jaar (§ 68 c lid 1 StGB).

Het gerecht kan *Führungsaufsicht* van onbeperkte duur opleggen (§ 68 c lid 2) wanneer betrokkene een bij voorwaardelijke invrijheidstelling opgelegde voorwaarde met betrekking tot het meewerken aan behandeling (§ 56 c lid 3 nr 1 StGB) niet inwilligt, en een gevaar voor ernstige recidive te vrezen is.

De ruimere controlemogelijkheden bestaan er onder meer uit dat (§ 68a StGB):

- het gerecht betrokkene niet alleen een reclasseringsmedewerker toewijst maar ook een toezichthoudende instelling (*Aufsichtsstelle*);



- de *Aufsichtsstelle*, met ondersteuning van de reclasseringsmedewerker en in overeenstemming met het gerecht, toezicht houdt op het gedrag van betrokkene en de vervulling van de voorwaarden.

Het gerecht kan betrokkene voorwaarden opleggen, evenals bij de ‘gewone’ *Bewährung* (§ 68b StGB). Het gerecht houdt toezicht op de tenuitvoerlegging, is eindverantwoordelijk en kan de overige organisaties aanwijzingen opleggen.

### 2.2.5 *Levenslange gevangenisstraffen*

Een vrijheidsstraf van bepaalde duur is in Duitsland maximaal 15 jaar (§ 38 lid 2 StGB). De hoogste straf is levenslange gevangenisstraf. Bij een aantal misdrijven schrijft het strafrecht de oplegging daarvan dwingend voor. Dit betreft moord (§ 211 StGB), bijzonder zware gevallen van doodslag (§ 212 lid 2 StGB), volkerenmoord (§ 6 lid 1 *Völkerstrafgesetzbuch*, VStGB), misdaden tegen de menselijkheid (§ 7 lid 1 nr. 1 en 2 VStGB) en oorlogsmisdrijven tegen personen (§ 8 lid 1 nr. 1 VStGB). Bij een aantal andere ernstige delicten, waaronder seksueel misbruik van kinderen met de dood tot gevolg (§ 176b StGB), verkrachting met de dood tot gevolg (§ 178 StGB), roof met de dood tot gevolg (§ 251 StGB), brandstichting met de dood tot gevolg (§ 306c StGB) en bepaalde vormen van mensenroof (§239a lid 3 StGB), hoogverraad en landverraad kan een levenslange straf worden opgelegd, maar is dit niet verplicht.

Ook bij een levenslange straf dient de mogelijkheid open te blijven dat betrokkene op enig moment voorwaardelijk in vrijheid wordt gesteld (§ 57a StGB). Betrokkene kan daarvoor in aanmerking komen wanneer:

- minimaal 15 jaar van de straf is uitgezeten;
- er geen sprake is van een bijzonder zware schuld, door bijvoorbeeld meerdere of bijzonder gruwelijke misdrijven;
- de voorwaardelijke invrijheidstelling verantwoord kan worden met het oog op de veiligheid van de maatschappij; het gerecht beslist op basis van een gedragskundig onderzoek of ervan uit mag worden gegaan dat betrokkene geen verdere delicten zal begaan.



## 3 Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrische systeem

### 3.1 Wettelijke instrumenten

Binnen het forensisch psychiatrische systeem worden vooral personen opgenomen met de strafrechtelijke maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (*Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus*, § 63 StGB). De maatregel is beschreven in paragraaf 2.2. In 2004 waren er 5390 personen met een dergelijke maatregel (tabel 2).

Er zijn nauwelijks landelijke gegevens beschikbaar over patiënten met bovengenoemde maatregel. In het forensisch psychiatrisch ziekenhuis in Haina, Hessen, is de populatie tamelijk heterogeen (Müller-Isberner, 2005). Veel patiënten hebben een As-I-stoornis, zoals schizofrenie, een psychotische stoornis, of ernstige stemmingsstoornissen. Daarnaast heeft een aanzienlijk deel een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose (As-II-stoornis).

**Tabel 2** Ontwikkeling van het aantal personen met een strafrechtelijke gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis (peildatum 31 maart van het betreffende jaar)

Jaar	psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB)
1995	2.902
1996	2.956
1997	3.216
1998	3.539
1999	3.838
2000	4.098
2001	4.297
2002	4.462
2003	5.118
2004	5.390

Bron: *Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2005*

### 3.2 Oplegging

Zoals in de inleiding vermeld, is de oplegging en beëindiging van vrijheidsbenemende maatregelen en straffen in de federale strafwetgeving geregeld. De tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke maatregelen tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, is echter in wetgeving op deelstaatniveau geregeld en kan dus van deelstaat tot deelstaat verschillen.

Als er rekening mee wordt gehouden dat betrokkene in aanmerking komt voor een maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of een ontwenningsskliniek, dient een deskundige te adviseren over de toerekeningsvatbaarheid en het op basis van een psychische stoornis te

verwachten recidiverisico (§§ 246a-415 lid 5 StPO). De gedragsdeskundige moet ter zitting worden gehoord.

De taak van de gedragsdeskundige is om:

- 1 een inschatting te maken met betrekking tot de vraag of betrokkene ten tijde van het delict als niet of verminderd verantwoordelijk voor zijn daden kon worden beschouwd (§ 20 of 21 StGB);
- 2 een prognose te verschaffen over de vraag of in de toekomst verdere ernstige delicten te verwachten zijn als gevolg van de psychische stoornis.

De gedragsdeskundige rapporteert ter zitting over de resultaten van het onderzoek. Het gerecht beslist of aan de wettelijke voorwaarden voor oplegging van een maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB) is voldaan.

### 3.3 Detentie/intramuraal verblijf

#### 3.3.1 Verantwoordelijke instanties

De tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke maatregelen tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of in een ontwenningskliniek is in wetgeving op deelstaatniveau geregeld. In Hessen heeft het ministerie van Sociale Zaken (*Sozialministerium*) gezondheidszorg in portefeuille. De tenuitvoerleggingswetgeving in de deelstaat Hessen (*Gesetz über den Vollzug von Massregeln der besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt*, 1981) regelt met name de lokale verantwoordelijkheden met betrekking tot de tenuitvoerlegging van de maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis en de regels binnen de forensisch psychiatrische instellingen. In Hessen is de minister van Sociale Zaken verantwoordelijk voor deze zaken.

De genoemde wetgeving omvat allerlei regelingen betreffende de rechtspositie van patiënten binnen de instelling, zoals regelingen met betrekking tot het opstellen van een behandelplan, bezittingen, ontvangst van post en bezoek, maatregelen voor orde en veiligheid in de instelling. Ook omvat zij een verlofregeling. Daarin zijn de doelstellingen van verlof verwoord: het moet de behandeling dienen en kan in het bijzonder ten behoeve van werk worden toegekend. Als betrokkene van een gesloten naar een open voorziening wordt overgeplaatst, moet de instelling dit mededelen aan de officier van justitie.

Het gerecht, de *Strafvollstreckungskammer*, houdt door middel van de jaarlijkse verlengingszitting ook toezicht op de tenuitvoerlegging van de maatregelen en van voorwaardelijke invrijheidstelling. Het kan de andere betrokken organisaties aanwijzingen geven met betrekking tot de tenuitvoerlegging.

### 3.3.2 Voorzieningen

De behandeling van forensisch psychiatrische patiënten (§ 63 StGB) is een zaak van de *Länder*. Er zijn op dit gebied zeer weinig landelijke gegevens bekend, er wordt niet centraal geïnventariseerd (Osterheider & Dimmek, 2005). Het aantal 'bedden' per deelstaat is gerelateerd aan het inwonertal en de mate van verstedelijking, het ligt tussen circa 60 bedden in Bremen en ongeveer 1400 bedden in Beieren en 1700 in Nordrhein-Westfalen. Per deelstaat ligt het aantal bedden tussen de 4 en de 10 per 100.000 inwoners (Kröber, 2001).

Er zijn in Duitsland totaal tussen de 30 en de 40 forensisch psychiatrische instellingen of afdelingen. Gezamenlijk hebben zij een capaciteit van ongeveer 5300 bedden (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2005). De forensisch psychiatrische instellingen verschillen sterk in omvang. Sommige van de kleinste zijn niet meer dan een afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De grootsten zijn de *Klinik für Forensische Psychiatrie Haina* (Hessen), *Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn* (Nordrhein-Westfalen) en de Forensisch Psychiatrische Kliniek Rheinickendorf (Berlijn). Zij hebben elk tussen de 350 en de 500 patiënten. De grotere forensisch psychiatrische instellingen zoals Haina en Lippstadt kennen verschillende afdelingen met een behandelaanbod voor verschillende subpopulaties op basis van problematiek, benodigde behandeling en beveiliging. De instelling Haina in de deelstaat Hessen wordt hier als voorbeeld nader besproken.

#### *Hessen*

De *Klinik für Forensische Psychiatrie Haina* is verantwoordelijk voor de behandeling van alle patiënten in Hessen die gedwongen worden opgenomen op basis van § 63 StGB. In totaal heeft de instelling 400 bedden (eind 2005). Twee derde daarvan bevindt zich in de locatie Haina, de overige op de locatie Giessen.<sup>2</sup> Op beide locaties is er een omvangrijk terrein met verscheidene units.

Van de patiënten is 28% veroordeeld voor moord of doodslag, 27% voor zedendelicten, 18% voor mishandeling, 12% voor brandstichting, 10% voor beroving. De gemiddelde verblijfsduur van de patiënten is ongeveer vier jaar (Mueller-Isberner, 2005).

Een belangrijk kenmerk van de forensisch psychiatrische kliniek Haina is dat alle beveiligingsniveaus, inclusief een kliniek voor toezicht en nazorg, binnen één organisatorische eenheid aanwezig zijn (interviews). Dit biedt de mogelijkheid patiënten stapsgewijs bij de rehabilitatie te begeleiden en indien verantwoord te laten doorstromen naar een steeds lager beveiligingsniveau. Vervolgens kan de instelling patiënten die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld nazorg, begeleiding en toezicht bieden.

<sup>2</sup> In het kader van dit onderzoek werd een bezoek gebracht aan de locatie Giessen.

De instelling kent een differentiatie in afdelingen naar beveiligingsniveau en psychische problematiek (Müller-Isberner, 2002; 2005) die vanaf de jaren tachtig is ingevoerd.

- opnameafdeling;
- behandelafdelingen:
  - hoog beveiligingsniveau: psychopaten;
  - hoog beveiligingsniveau: impuls controle stoornissen;
  - hoog beveiligingsniveau: persoonlijkheidsstoornissen;
  - hoog beveiligingsniveau: chronische acute psychosen;
  - hoog beveiligingsniveau: time out-afdeling;
  - medium beveiligingsniveau: paranoïde psychosen;
  - medium beveiligingsniveau: persoonlijkheidsgestoorde zedendelinquenten;
  - medium beveiligingsniveau: hersenbeschadiging/chronische psychosen;
  - medium beveiligingsniveau: zwakbegaafden;
  - medium beveiligingsniveau: schizofrenie en middelenmisbruik;
  - medium beveiligingsniveau: gemengd;
  - medium beveiligingsniveau: gedesorganiseerde psychosen;
  - laag beveiligingsniveau: gemengd;
  - laag beveiligingsniveau: gemengd;
  - laag beveiligingsniveau: long stay;
- rehabilitatieafdelingen:
  - open behandelings- en rehabilitatieafdeling (in de stad);
  - open behandelings- en rehabilitatieafdeling (in een dorp, platteland);
  - open afdeling voor langdurige behandeling (in het dorp, platteland)
  - open behandelings- en rehabilitatieafdeling (betreft een boerderij, platteland).

Gedurende het van kracht zijn van de maatregel worden de patiënten op bovengenoemde afdelingen behandeld. Er zijn ook afdelingen waar patiënten niet (meer) worden behandeld met het oog op rehabilitatie. Dit betreft de zwaar beveiligde afdeling voor psychopaten en de *long stay unit* met een laag beveiligingsniveau, ook verblijft een aantal patiënten voor wie geen uitzicht is op ontslag verspreid over verschillende afdelingen. In totaal zijn er naar schatting 100 patiënten zonder enig uitzicht op ontslag (interview). Evenals de meeste andere forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Duitsland kampt ook de kliniek Haina met capaciteitsproblemen als gevolg van een toegenomen aantal patiënten met een strafrechtelijke maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB). Over de uitstroomcijfers is men echter tevreden, 60-70 patiënten per jaar worden ontslagen (Müller-Isberner, 2005).

### 3.3.3 Vormen van intramurale behandeling

#### *Risicotaxatie*

Volgens de geïnterviewden wordt risicotaxatie met behulp van gestandaardiseerde instrumenten op veel plaatsen in het forensisch psychiatrische veld en ook in het gevangenisstelsel toegepast. Een overzichtsstudie over in welke instellingen en bij welke beslissingen dergelijke instrumenten worden gebruikt bestaat echter niet. Dergelijke instrumenten worden onder meer gebruikt (maar niet verplicht) bij de zogeheten *Prognosegutachtung*, de inschatting van het recidiverisico die door een deskundige (veelal psychiater) moet worden verricht als wordt overwogen een persoon die tot twee jaar of langer veroordeeld is wegens een zeden- of geweldsdelict voorwaardelijk in vrijheid te stellen (§ 454 lid 2 StPO). De indruk is dat behalve risicotaxatie-instrumenten die internationaal in zwang zijn, zoals de HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, Hart, 1997), SVR-20 (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1999) en zijn vertaald, ook enkele van oorsprong in het Duitse taalgebied ontwikkelde instrumenten door vrij veel instellingen worden gebruikt (bijvoorbeeld het in Zwitserland ontwikkelde Dittman-Schema).

#### *Behandelprogramma's*

Er zijn geen publicaties voorhanden die een overzicht bieden van de in de verschillende forensisch psychiatrische instellingen gehanteerde behandelmethoden. Wel is er volgens de meeste geïnterviewden een ontwikkeling gaande in de richting van het meer en meer gebruiken van behandelprogramma's die op basis van wetenschappelijke studies als effectief of veelbelovend worden beschouwd. Dan gaat het bijvoorbeeld over uit verscheidene modules bestaande cognitief-gedragstherapeutische programma's gebaseerd op de principes van *risks en needs* (de uit Engeland en Canada afkomstige 'what works'-benadering). As-I-stoornissen zoals schizofrenie worden evenals in andere landen ook in Duitsland binnen de forensische psychiatrie vooral volgens een medisch model benaderd, waarbij de nadruk ligt op instelling op de juiste medicatie en het vasthouden aan het medicatiegebruik (o.a. Osterheider & Dimmek, 2005). De indruk is (interviews) dat het ook bij zedendelinquenten die voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld tamelijk gebruikelijk is om libidoremmende middelen toe te passen.

#### *Hessen: behandeling in de Klinik für Forensische Psychiatrie Haina*

De kliniek maakt voor diagnostiek bij binnenkomst van de patiënten onder meer gebruik van internationaal gangbare risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20 (Webster et al., 1997) en de SVR-20 (Boer et al., 1999) en de PCL-R (Hare, 1991). Haina biedt een aantal behandelprogramma's die volgens de behandelaars zelf zoveel mogelijk beantwoorden aan de huidige wetenschappelijke inzichten en *state of the art* (interview).

Zo wordt ten aanzien van patiënten met schizofrenie, psychotische problematiek en ander AS-I-stoornissen vooral een medische aanpak gehanteerd. Zij worden behandeld met medicatie en psycho-educatie. Voor de persoonlijkheidsgestoorde forensisch psychiatrische patiënten gebruikt men onder meer het programma *Reasoning & Rehabilitation*. Verder werkt men onder meer met cognitief gedragstherapeutische programma's zoals het in Engeland ontwikkelde *Sex Offender Treatment Program* (SOTP) voor zedendelinquenten.

Daarnaast werken de meeste patiënten een (groot) deel van de dag. De instelling biedt een breed palet aan werkzaamheden (boerderij, tuin, allerlei fabriekswerk en dergelijke).

In de *sex offender unit* zijn tussen 1987 en 2004 in totaal 108 patiënten behandeld (Eucker, 2005). In de behandeling wordt met een terugvalpreventiemodel gewerkt waarbij de persoonlijke keten van gebeurtenissen, waarnemingen, gedachten en dergelijke die leidt tot het plegen van een delict door betrokkene, in kaart wordt gebracht en er wordt gezocht naar punten om de keten te doorbreken. Hierbij komen ook risicofactoren aan de orde die bijvoorbeeld kunnen liggen op het gebied van middelengebruik, sociale vaardigheden, situationele factoren zoals gemakkelijke toegang tot slachtoffers, en persoonskenmerken zoals impulsiviteit. Deze risicofactoren tracht men in de behandeling te beïnvloeden, met behulp van therapie, maar ook door het vermijden van risicosituaties. Een groot deel van de patiënten (60%) kwam niet in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Er zijn in die periode 43 patiënten ontslagen. De gemiddelde periode dat zij buiten zijn gevolgd was 7,5 jaar. Het percentage dat met een zedendelict recideerde was 12%.

De kliniek heeft ook een specialistisch toezicht- en nazorgprogramma. Dit wordt hieronder besproken, evenals enkele recidivecijfers.

### 3.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag

#### *Verlof*

De verlofregelgeving met betrekking tot patiënten die gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen (§ 63 StGB) is overgelaten aan de *Länder*. Dit betekent dat hierover in algemene zin geen uitspraak kan worden gedaan. In Hessen ligt voor kortdurende verloven tot enkele dagen de beslisbevoegdheid bij het hoofd van de inrichting. Voor langer durende verloven dient de forensisch psychiatrische instelling de officier van justitie toestemming te vragen (interview).

#### *Voorwaardelijke invrijheidstelling*

De besluitvorming over voorwaardelijke invrijheidstelling en over beëindiging van de maatregelen ligt bij het gerecht (de *Strafvollstreckungs-*

*kammer*). De maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB) wordt voor een jaar opgelegd. Het gerecht dient jaarlijks te toetsen of de maatregel moet worden verlengd. Op die manier is de maatregel in principe ongelimiteerd in duur.

*Sicherungsverwahrung* wordt opgelegd voor een periode van tien jaar (§ 67c (3) StGB), waarna de maatregel kan worden beëindigd of voor onbepaalde tijd kan worden verlengd (*Strafrechtsreformgesetz* 1 april 1998). Hierover beslist het gerecht.

Het gerecht kan te allen tijde toetsen of verdere tenuitvoerlegging van de maatregelen (§ 63, § 64, § 66) kan worden omgezet in een voorwaardelijke vorm (§ 67e lid 1 StGB). Het gerecht herroept deze voorwaardelijke invrijheidstelling (§ 67g StGB) wanneer betrokkene

- 1 gedurende *Führungsaufsicht* een strafbaar feit begaat, of;
- 2 de voorwaarden in sterke mate en met volharding overtreedt, of;
- 3 zich aan toezicht en leiding van de reclasseringsmedewerker (*Bewährungshelfer*) of andere instantie onttrekt en daaruit volgt dat het doel van de maatregel zijn terugplaatsing in de instelling noodzaakt.

### 3.5 Toezicht en nazorg

#### 3.5.1 Wettelijke voorzieningen

Als betrokkene voorwaardelijk in vrijheid wordt gesteld, komt hij meestal onder de hoede van de reclassering (*Bewährungshilfe*). Deze heeft als taken praktische begeleiding zoals bijvoorbeeld bij huisvesting, zorg en advisering, maar ook controle en toezicht (Kurze, 2005).

De caseload van een *Bewährungshelfer* is ongeveer 1 op 60 tot 1 op 80. In 2002 waren er 14.690 strafrechtelijk veroordeelde volwassenen onder toezicht van de *Bewährungshilfe* gesteld (*Statistisches Bundesamt Wiesbaden*).

Personen van wie wordt ingeschat dat zij extra toezicht nodig hebben ter voorkoming van recidive kunnen daarnaast onder *Führungsaufsicht* (§ 68 StGB) worden geplaatst (zie voor een uitvoeriger beschrijving van de wettelijke instrumenten paragraaf 2.2).

De nazorg en het toezicht na een gevangenisstraf of strafrechtelijke maatregel behoren tot de taken van de *Länder*. De betrokken organisaties zijn de reclassering (*Bewährungshilfe*), de gerechten (*Strafvollstreckungskammern* bij het *Landesgericht*) en de instellingen die zijn aangewezen om *Führungsaufsicht* uit te oefenen. In de deelstaat Berlijn is deze zogeheten *Führungsaufsichtsstelle* onderdeel van de lokale overheid, namelijk van de *Senatsverwaltung für Justiz*.

### 3.5.2 Vormen van toezicht en nazorg

In Duitsland is de belangstelling voor toezicht en nazorg voor personen die zijn veroordeeld wegens een gewelds- of zedendelict groot (interviews). Het gaat dan om toezicht na strafrechtelijke gedwongen opname of na behandeling in de gevangenis. In Duitsland bestaan verschillende praktijkmodellen voor nazorg en toezicht na afloop van een vrijheidsbenemende straf of maatregel (Egg, 2004). Hieronder wordt een van de langstlopende en meest ontwikkelde voorbeelden daarvan geschetst. De meeste andere initiatieven op het gebied van forensisch psychiatrisch toezicht in Duitsland zijn door dit model geïnspireerd.

#### *Forensische Fachambulanz Hessen*

Vanaf 1988 heeft de Forensisch Psychiatrische Instelling Haina de *Forensische Fachambulanz Hessen* ontwikkeld (Freese, 2004). De *Ambulanz* verleent toezicht en nazorg aan voorwaardelijk in vrijheid gestelde patiënten (§ 63 StGB). De *Ambulanz* heeft vier regionale stations van waaruit de patiënten worden begeleid. Midden 2004 had de *Ambulanz* meer dan 180 patiënten onder begeleiding. De *Ambulanz* heeft 19 medewerkers (artsen, psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers). De *caseload* is ongeveer 11 patiënten per medewerker.

De nazorg en het toezicht worden verricht in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling en *Führungsaufsicht*. Het gerecht legt daarbij onder meer als voorwaarde op dat betrokkene met de *Ambulanz* in contact dient te blijven en daarbij open over zijn problemen dient te spreken en zich door de *Ambulanz* moet laten adviseren. Indien betrokken zich niet aan de voorwaarden houdt, een strafbaar feit begaat of zich onttrekt aan de begeleiding, kan het gerecht de voorwaardelijke invrijheidstelling herroepen en kan hij worden teruggeplaatst in de kliniek (§ 67g StGB). Belangrijke elementen in het concept van de nazorg en toezicht zoals de *Ambulanz* die biedt zijn:

- acceptatie van het dubbele mandaat: bescherming van de maatschappij staat voorop, hulp aan en welzijn van betrokkene komt op de tweede plaats;
- wettelijke instrumenten om zo nodig te interveniëren, bijvoorbeeld betrokkene heropenen in de kliniek;
- assertieve en directe benadering van betrokkene. Met betrekking tot een aantal zaken (zoals medicatietrouw) vertelt het personeel van de *Ambulanz* hem wat hij moet doen;
- het toezicht moet aan de volgende zaken voldoen:
  - de frequentie moet voldoende zijn, maar varieert afhankelijk van de risicotaxatie van ongeveer eens per drie maanden tot een keer of vijf per week;
  - het moet 'outreaching' zijn. De patiënt wordt opgezocht in zijn woning of op zijn werkplek;



- het recidiverisico wordt getaxeerd met behulp van gestandaardiseerde instrumenten, HCR-20 (Webster et al., 1997), PCL-R (Hare, 1991), et cetera;
- er wordt een individueel risicomanagement-plan gemaakt. De op kortere termijn veranderbare risicofactoren worden bij elk contact gecheckt. Daarbij wordt als symbool gebruikt het groen, oranje of rood licht van een verkeerslicht, met elk eigen consequenties wat betreft restrictiviteit. Rood vraagt onmiddellijke interventie, bij oranje dient actie ondernomen te worden om te verhinderen dat het richting rood gaat, bijvoorbeeld een korter bezoekinginterval, intensievere dagstructuur, reductie van stress. Groen geeft ruimte om met behulp van onder meer therapie de reïntegratie van betrokkene voort te zetten.

De meeste patiënten mogen niet overal wonen waar zij willen. Volgens de kliniek biedt de stad voor velen te veel risico's (interview). Zij dienen, volgens de medewerkers van de instelling, op het platteland te leven. Veel van de patiënten van de *Ambulanz* wonen in voorzieningen voor beschermd wonen.

In de periode 1990-2002 heeft de kliniek Haina 222 patiënten (14,8% van het totaal) na mislukte voorwaardelijk ontslag moeten heropnemen. Van hen was 60% zonder nazorg en toezicht en 40% met nazorg en toezicht in vrijheid gesteld. Volgens Freese (2004) is het recidivepercentage (vanwege een nieuw delict opnieuw in de kliniek worden opgenomen) van degenen aan wie nazorg is verleend door de *Ambulanz* 8,2% en is het zonder deze specifieke nazorg vijf keer zo hoog.

### 3.6 Kosten

Een plaats in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis kost gemiddeld ongeveer 230-250 euro per dag, of 85.000 euro per jaar, inclusief overhead (interviews). De kosten per patiënt voor toezicht en nazorg door de *Fachambulanz* Haina zijn netto ongeveer 6000 euro per jaar, of 16 euro per dag (Freese, 2004).



## 4 Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel

### 4.1 Wettelijke instrumenten

De langste straf van bepaalde duur is in Duitsland 15 jaar. Met betrekking tot de doelgroep van dit onderzoek zijn naast straffen van bepaalde duur ook de levenslange gevangenisstraf en de preventieve bewaring na een gevangenisstraf (*Unterbringung in der Sicherungsverwahrung*, § 66 StGB) van belang (zie paragraaf 2.2 voor een meer uitgebreide beschrijving). Daarnaast is de wettelijk verplichte sociaaltherapeutische behandeling voor zedendelinquenten met een straf langer dan twee jaar van belang (§ 9 StVollzG, zie verder hoofdstuk 2).

Vanaf 2002 bevinden zich ongeveer 300 personen in *Sicherungsverwahrung* (tabel 3), dit betreft uitsluitend mannen. Op 31 augustus 2005 waren het er 363 (*Statistisches Bundesamt, 2005*). Tussen 1982 en 1996 fluctueerde het aantal opleggingen in West-Duitsland tussen de 27 en de 40 per jaar (Kinzig, 1997). In 2003 is de *Sicherungsverwahrung* 66 maal opgelegd en 21 maal beëindigd (*Statistisches Bundesamt, 2005*). De grootste groep onder de *Sicherungsverwahrten* vormen plegers van seksuele delicten (in 2004 de helft van het totale aantal). Het aantal personen met een levenslange gevangenisstraf is sinds 1995 met ongeveer 40% toegenomen: van ongeveer 1300 in 1995 tot bijna 1800 in 2004.

**Tabel 3** Ontwikkeling van het aantal personen met preventieve bewaring na een gevangenisstraf (peildatum 31 maart van het betreffende jaar)

jaar	<i>Sicherungsverwahrung</i> (§ 66 StGB)	levenslange gevangenisstraf
1995	183	1.314
1996	176	1.327
1997	200	1.378
1998	202	1.450
1999	206	1.513
2000	219	1.598
2001	257	1.658
2002	299	1.722
2003	306	1.774
2004	304	1.794

Bron: *Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2005*

Vanaf 1998 is het aandeel van zedendelinquenten in de populatie van de sociaaltherapeutische instellingen sterk toegenomen (tabel 4). Op peildatum 31 maart 2005 waren 976 zedendelinquenten opgenomen in een sociaaltherapeutische instelling respectievelijk afdeling (Schulz, 2005). Voor het grootste deel zijn zij veroordeeld wegens verkrachting (399 van hen) of seksueel kindermisbruik (509 van hen).

**Tabel 4 Ontwikkeling van het aantal personen met zedendelicten binnen het gevangeniswezen in *Sozialtherapie* (peildatum 31 maart van het betreffende jaar)**

jaar	gevangenen veroordeeld wegens seksuele delicten in <i>Sozialtherapie</i>		totaal aantal gevangenen in <i>Sozialtherapie</i>
	aantal	percentage van totaal	
1997	191	23,2	825
1998	224	26,4	850
1999	315	33,9	929
2000	388	36,8	1.053
2001	437	40,1	1.089
2002	526	45,4	1.159
2003	685	51,3	1.335
2004	870	55,4	1.571
2005	976	58,5	1.669

Bron: *Statistisches Bundesamt Wiesbaden*

Sinds 2000 is het percentage personen in sociaaltherapeutische instellingen dat niet in aanmerking komt voor verlof ongeveer 60% (Schulz, 2005). De getallen dienen echter met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd omdat het aantal plaatsen in een open instelling daarnaast niet apart is weergegeven.

## 4.2 Oplegging

Reeds besproken in paragrafen 2.2.2, 2.2.3 en 2.2.5.

## 4.3 Detentie/intramuraal verblijf

### 4.3.1 Globale beschrijving verantwoordelijke instanties

Zoals in paragraaf 2.1 vermeld, heeft elke deelstaat een eigen ministerie van Justitie dat onder meer verantwoordelijk is voor het beleid met betrekking tot de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen (binnen de centraal gegeven kaders), de bouw en het onderhoud van gevangenissen. Hessen heeft bijvoorbeeld een *Vollstreckungsplan* waarin een aantal aspecten van de lokale tenuitvoerlegging wordt gespecificeerd zoals de plaatsing van typen gedetineerden in de verschillende instellingen en de interne rechtspositie van gedetineerden.

### 4.3.2 *Penitentiaire inrichtingen*

Er zijn in Duitsland 202 gesloten penitentiaire inrichtingen en 20 open inrichtingen, met een gezamenlijke capaciteit van respectievelijk 67.443 en 12.337 plaatsen. De inrichtingen zijn verspreid over de deelstaten, waarbij de totale capaciteit grofweg een afspiegeling vormt van het inwoneraantal.

In Duitsland is er geen categorisering van gedetineerden wat betreft benodigd beveiligingsniveau zoals in Engeland, er wordt slechts onderscheid gemaakt tussen reguliere gedetineerden (de overgrote meerderheid) en bijzonder gevaarlijke gevangenen (een klein percentage, interview). De laatsten worden als zodanig geclassificeerd wanneer:

- het vluchtgevaar groot is;
- zij bijzonder gevaarlijk zijn voor medegevangenen of anderen;
- zij een gevaar voor zichzelf vormen (suïcide).

Binnen het gevangeniswezen in Duitsland zijn er totaal 45 sociaaltherapeutische instellingen/afdelingen (Schulz, 2005; peildatum 31 maart 2005). Negen daarvan zijn zelfstandig, de overige zijn afdelingen binnen penitentiaire instellingen. De eerste sociaaltherapeutische instellingen werden eind jaren zestig ontwikkeld. Tussen 1998 en 2005 is het aantal behandelplaatsen ('bedden') bijna verdubbeld van 917 tot 1829 vanwege de invoering van de nieuwe wetgeving met betrekking tot behandeling van zedendelinquenten.

### 4.3.3 *Vormen van intramurale behandeling*

Sociaaltherapeutische instellingen en afdelingen bieden behandeling voor gedetineerden (Schulz, 2005). In de wet is vastgelegd dat onderzoek dient plaats te vinden om na te gaan of een gedetineerde ter bevordering van reïntegratie baat zal hebben bij behandeling (§ 9 StPO). In het bijzonder dient daaraan aandacht te worden besteed bij veroordeelden wegens zeden- of geweldsdelicten. Zedendelinquenten met een straf langer dan twee jaar kunnen in beginsel niet worden geweigerd, ook al willen zij geen behandeling. Het motiveren van betrokkene maakt mede deel uit van de behandeling (interviews). Zoals eerder vermeld verschillen volgens geïnterviewden de behandelconcepten van de sociaaltherapeutische instellingen nogal. De instelling is vrij in de keuze van een behandeling of programma.

Als voorbeeld wordt hier kort de sociaaltherapeutische afdeling van de gevangenis Brandenburg beschreven.<sup>3</sup> De gevangenis Brandenburg, ligt in de voormalig Oost-Duitse deelstaat Brandenburg, niet ver van Berlijn.

<sup>3</sup> De gevangenis Brandenburg is in het kader van dit onderzoek bezocht.

Er verblijven in totaal ongeveer 620 gedetineerden. Opvallend is dat de gevangenis nog niet over computers beschikt.

De gevangenis heeft de enige sociaaltherapeutische afdeling in de deelstaat Brandenburg. De afdeling heeft 70 plaatsen, maar er zijn er 65 bezet omdat men enkele plaatsen wil vrijhouden voor personen die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld en soms (tijdelijk en vrijwillig) terugkeren voor nazorg. De gedetineerden komen uit de hele deelstaat; als de behandeling niet van de grond komt, moet de gevangenis van herkomst betrokkene terugnemen. Van degenen die hier nu verblijven heeft 70% een seksueel delict gepleegd en 30% een gewelddadig delict. Relatief veel van hen zijn zwakbegaafd of minder dan gemiddeld intelligent (interview). De afdeling bestaat uit woongroepen of units van acht tot tien gedetineerden. Er is een psycholoog per twee units en per unit een sociaal werker, een coördinator en een aantal bewaarders die ook in het behandelprogramma worden ingeschakeld. De bewaarders worden daartoe speciaal getraind. In de behandeling worden ook psychotherapeuten van buiten de instelling ingeschakeld omdat deze volgens de geïnterviewde gemakkelijker dan het eigen personeel een rol van vertrouwenspersoon krijgen en daardoor beter inzicht in de problematiek van betrokkene kunnen krijgen.

Bij aanvang wordt de gedetineerde aan een assessment onderworpen waarbij onder meer persoonlijkheidsdiagnostiek wordt verricht (MMPI-2, intelligentietest) en risicotaxatie van seksueel gewelddadig gedrag (Static-99; Hanson & Thornton, 1999). Ieder half jaar overlegt het gehele team over elke gedetineerde. Dan wordt een behandelplan dat deel uitmaakt van het tenuitvoerleggingsplan, voor het komende half jaar gemaakt. Ook wordt nagegaan in hoeverre de behandeling op de lijn zit van het tenuitvoerleggingsplan en vindt eventueel bijstelling van een van de twee plaats.

De behandeling vindt plaats in de vorm van modules. In de eerste module moet betrokkene leren in een groep te wonen en komt de motivatie voor behandeling aan de orde. Na ongeveer een half jaar wordt de balans opgemaakt en wordt besloten of betrokkene wordt opgenomen.

Een belangrijk onderdeel van de behandeling is het therapeutisch klimaat op de woongroep. Het leven in een groep wordt als goede leerschool gezien, onder meer om te leren samenleven en conflicten op te lossen. Verder wordt creatieve therapie geboden, zoals muziek en dergelijke zodat de gedetineerden een vrijetijdsbesteding ontwikkelen die acceptabel is en waardoor de kans dat zij terugvallen in criminaliteit mogelijk minder wordt. Men werkt ook aan een terugvalpreventieplan.

Er wordt in de behandeling niet gebruikgemaakt van medicatie (libidoremmers en dergelijke). Dit wordt als zinvolle optie gemist. Dat het niet wordt toegepast komt onder meer doordat er geen psychiater is verbonden aan de sociaaltherapeutische instelling (interview). De reden daarvoor is dat psychiaters vrijwel alleen aan medische instellingen verbonden zijn. In de behandeling moet rekening worden gehouden met de intellectuele

beperkingen van veel van de gedetineerden. Een aanzienlijk aantal kan nauwelijks lezen of schrijven.

Verlof wordt in stappen opgebouwd. Als een gedetineerde voor het eerst op verlof gaat, gebeurt dat onder begeleiding van twee mannelijke bewaarders die handboeien bij zich hebben en betrokkene zo nodig kunnen aanhouden. De volgende stap is dat de begeleiding plaatsvindt door sociotherapeuten, dat kunnen ook vrouwen zijn. De sociotherapeuten zijn niet bevoegd om betrokkene aan te houden. De derde stap is onbegeleid verlof, dat vervolgens als het goed verloopt kan worden uitgebouwd tot een overnachting, en daarna tot een verlof van meer dagen achtereenvolgens. Ten slotte kan betrokkene in aanmerking komen voor een verblijf buiten gedurende een langere periode, een 'proefverlof'. Er zijn geen specifieke nazorgprogramma's voor voorwaardelijk in vrijheid gestelde zedendelinquenten in Brandenburg. Zij krijgen wel de algemene *Bewährungshilfe*.

#### *Evaluatieonderzoek*

Er zijn nog geen recidivestudies van zedendelinquenten die *Sozialtherapie* hebben gevolgd na het verplichtstellen van de behandeling van zedendelinquenten die een straf van twee jaar of meer hebben. Hieronder worden enkele oudere recidivestudies met betrekking tot *Sozialtherapie* genoemd. In een van de studies werden 134 zedendelinquenten uit drie verschillende steekproeven gemiddeld negen jaar gevolgd. Van hen hadden er 73 tussen 1972 en 1995 *Sozialtherapie* gevolgd in de gevangenis in München, 15 van de 134 hadden deze therapie om verschillende redenen niet afgemaakt, 46 van de 134 ten slotte werden tussen 1975-1995 op toerekeningsvatbaarheid onderzocht in de universiteitskliniek van München (Stadtland, Hollweg, Kleindienst, Dietl, Reich & Nedopil, 2005). Geen van de betrokkenen had een As-I-stoornis als diagnose. De meesten van hen waren veroordeeld wegens verkrachting, waarbij de helft het slachtoffer matig tot zwaar had verwond, drie hadden het slachtoffer gedood. 20% was veroordeeld vanwege een seksueel delict met een kind. Van hen pleegde 42% voor zover bekend geen nieuw strafbaar feit. De recidivepercentages waren voor het overige: 15,7% (een nieuw niet gewelddadig delict), 5,2% (een gewelddadig maar niet seksueel delict), 9% (een nieuw seksueel maar niet gewelddadig delict), 27,6% (een nieuw gewelddadig zedendelict).

Lösel (1995) verrichtte een meta-analyse van een twaalfstal studies met betrekking tot het effect van behandeling in een sociaaltherapeutische instelling op latere recidive. De effectgroottes varieerden tussen  $r = 0.19$  en een negatieve waarde van 0.04, de gewogen gemiddelde effectgrootte was 0.11. Een dergelijk effect wordt volgens de auteur als klein beschouwd, maar zou binnen het gevangenisstelsel niettemin een zinvolle bijdrage betekenen wat betreft recidivevermindering en kosteneffectiviteit ten opzichte van niet behandelen.

#### 4.4 Verlof, voorwaardelijke en onvoorwaardelijke invrijheidstelling

##### *Verlof*

Het verlofkader van gedetineerden is geregeld in de federale wetgeving (§§ 11-15 StVollzG).

Verlof wordt met name gezien als voorbereiding op invrijheidstelling (§ 11 StVollzG).

Het hoofd van de inrichting is verantwoordelijk voor het toekennen van verlof (§ 14 StVollzG; interview). Deze kan betrokkene met betrekking tot het verlof instructies opleggen en kan het verlof intrekken indien betrokkene zich daar niet aan houdt (§ 14 StVollzG).

Als regel wordt aangehouden dat betrokkene geen verlof wordt toegestaan tot de eerste zes maanden van de straf voorbij zijn.

Als verschillende vormen van verlof kent men onder meer:

- kortdurend verlof (zonder overnachting) al dan niet onder begeleiding (§ 11 lid 2 StVollzG);
- verlof om buiten de instelling te werken (met of zonder toezicht van een bewaarder) (§ 11 lid 1 StVollzG);
- verlof ter voorbereiding van invrijheidstelling (verlof van maximaal een week binnen drie maanden voorafgaand aan de invrijheidstelling).

Bij de voorbereiding op invrijheidstelling kan betrokkene ook worden overgeplaatst naar een open instelling (§15 lid 2 StVollzG).

Een gedetineerde die in een sociaaltherapeutische instelling is geplaatst, kan ter voorbereiding op invrijheidstelling maximaal zes maanden verlof krijgen (§ 124 StVollzG). Een gedetineerde met levenslange gevangenisstraf kan verlof worden verleend na tien jaar detentie, of nadat hij naar een open voorziening is overgeplaatst (§ 13 lid 3 StVollzG). Bij *Sicherungsverwahrung* kan ter voorbereiding van betrokkene op vrijlating, verlof worden verleend en ook proefverlof (*Sonderurlaub*) tot maximaal een maand (§ 134 StVollzG). Betrokkene kan ook in een open afdeling of inrichting (*offenen Vollzug*) worden geplaatst. Over een voorgenomen verloftraject dient de *Strafvollstreckungskammer* te worden geraadpleegd.

##### *Voorwaardelijke invrijheidstelling*

Het gerecht (de *Strafvollstreckungskammer*) beslist over de voorwaardelijke invrijheidstelling bij gevangenisstraffen. Bij straffen van bepaalde duur komt betrokkene in het algemeen na twee derde van de strafduur daarvoor in aanmerking (§ 57 StGB). Levenslang gestraften kunnen na 15 jaar in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling (§ 75a StGB). Het gerecht dient te beoordelen of de voorwaardelijke invrijheidstelling verantwoord is met het oog op bescherming van de maatschappij. De voorwaardelijke invrijheidstelling duurt ten hoogste vijf jaar.



Sinds 2002 is van kracht dat een beoordeling van het recidiverisico (*Prognosebegutachtung*) door een deskundige (meestal een psychiater) plaats moet vinden alvorens iemand die wegens een gewelds- of zeden-delict is veroordeeld tot een gevangenisstraf van twee jaar of meer, voorwaardelijk in vrijheid wordt gesteld (§ 454 lid 2 StPO). Dit is ingevoerd bij de strafrechtshervorming van 1998 (*Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten*).

#### 4.5 Toezicht en nazorg

Als een gedetineerde (voorwaardelijk) in vrijheid wordt gesteld, komt hij meestal onder de hoede van de *Bewährungshilfe*. Deze heeft als taken praktische begeleiding zoals bijvoorbeeld bij huisvesting, zorg en advisering, maar ook controle en toezicht (Kurze, 2005; zie ook paragraaf 3.5.1). Personen van wie wordt ingeschat dat zij extra toezicht nodig hebben ter voorkoming van recidive kunnen daarnaast onder *Führungsaufsicht* (§ 68 StGB) worden geplaatst (zie voor een uitvoeriger beschrijving van de wettelijke instrumenten hoofdstuk 2).

Voor ex-gedetineerden en ex-forensisch psychiatrische patiënten die zijn veroordeeld wegens ernstige gewelds- of zedenmisdriven, zijn enkele speciale nazorginitiatieven in ontwikkeling. In april 2005 werd de *Forensisch-Therapeutische Ambulanz Berlin* geopend (interview).<sup>4</sup> Doelgroep vormen plegers van ernstige zeden- en geweldsdelicten. Dit betreft zowel de onder voorwaarden vrijgelaten of ontslagen patiënten met een maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB), als personen die een vrijheidsstraf van twee jaar of meer kregen. Deze *Ambulanz* zal worden geëvalueerd door de universiteit *Charité Berlin*.

De ex-gedetineerden zijn afkomstig uit de gevangenis *Tegel* en de ex-patiënten uit het *Krankenhaus des Massregelvollzugs Berlin*. De *Ambulanz* werkt met beide instellingen nauw samen, organisatorisch maar met het ziekenhuis ook met betrekking tot medicatieverstrekking. Tevens wordt bij het toezicht op betrokkenen met de politie samengewerkt. De ex-patiënten zijn allen voorwaardelijk in vrijheid gesteld. Bij de ex-gedetineerden betreft dit een kwart, de overigen nemen vrijwillig deel. De *Ambulanz* neemt bij voorkeur personen aan die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld, omdat er dan een stok achter de deur is om hen te dwingen therapie te volgen. Als het gerecht behandeling en toezicht door de *Ambulanz* als voorwaarde heeft opgelegd, kan het betrokkene terugplaatsen in de gevangenis of het ziekenhuis als deze zich daar niet aan houdt (interviews). Toch ervaren volgens de geïnterviewde ook degenen die vrijwillig komen een stok achter de deur doordat zij vrezen dat als zij

<sup>4</sup> In het kader van het onderzoek is de *Ambulanz Berlin* bezocht.

weer recidiveren, hen *Sicherungsverwahrung* kan worden opgelegd. De *Ambulanz* heeft zeven personeelsleden: een hoofd (psycho-analytisch opgeleide psychiater), twee psychologen, een maatschappelijk werker, en een medisch secretaresse.

In november 2005 had de *Ambulanz* 39 cliënten onder haar hoede. De meeste ex-gedetineerden hebben een persoonlijkheidsstoornis, een aantal zijn zedendelinquenten. De ex-patiënten hebben veelal psychotische stoornissen al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. Cliënten worden aangemeld door de afdelingshoofden in het ziekenhuis respectievelijk de gevangenis. Voorwaarde voor opname in de ambulante behandeling bij de gedetineerden is dat betrokkene in de gevangenis al therapie heeft gehad. In de meeste gevallen betreft dit behandeling in een sociaaltherapeutische instelling. Medewerkers van de *Ambulanz* bezoeken degenen die zijn aangemeld ter plekke om na te gaan in hoeverre ze gemotiveerd zijn. Personen die als uiterst gevaarlijk worden beschouwd worden niet aan de *Ambulanz* voorgesteld, zij blijven gedetineerd. Er zijn echter gedetineerden die als gevaarlijk worden beschouwd maar vrijgelaten moeten worden omdat hun straf eindigt. De *Ambulanz* accepteert hen alleen als ze bereid zijn zich aan de voorwaarden te houden (onder meer: contact houden, geen drugsgebruik).

Indien men betrokkene als cliënt aan wil nemen, wordt een diagnostisch onderzoek gestart. De hoofdvraag daarbij is of het aanbod van de *Ambulanz* zal kunnen bijdragen aan het verminderen van het recidiverisico van betrokkene. Bij het diagnostisch onderzoek gebruikt men risicotaxatie-instrumenten (de HCR-20, Webster et al., 1997; en SVR-20, Boer et al., 1999; de Dittman-criteria), instrumenten om de mate van acuutheid van psychosen in te schatten, en persoonlijkheidstesten (MMPI, FPI). In beginsel wordt halfjaarlijks een aantal metingen verricht om na te gaan hoe het met betrokkene gaat.

De doelstelling van de behandeling en het toezicht die de *Ambulanz* biedt is vermindering van het risico van recidive. Het precieze aanbod is nog in ontwikkeling omdat de *Ambulanz* nog maar kort open is. Men wil in ieder geval gedragstherapeutische en dieptepsychologische behandeling aanbieden, daarnaast is medicatie van belang. Vooraf wordt een therapiecontract opgesteld met de voorwaarden waaraan betrokkene zich moet houden. Met elke cliënt wordt wekelijks een individueel gesprek en een groepsgesprek gehouden, tevens vindt een consult over medicatie plaats. Voor elke cliënt wordt een terugvalpreventieplan gemaakt waarin zijn specifieke risicofactoren met betrekking tot recidive staan. De *Ambulanz* verricht controles op het gebruik van drugs en alcohol en op medicatietrouw (door middel van urine- en bloedonderzoek). Er worden regelmatig huisbezoeken gedaan en cliënten worden op hun werk bezocht. Als het mis dreigt te gaan, wordt nagegaan wat de meest effectieve ingreep is. Als betrokkene behandeling nodig heeft, kan hij worden opgenomen in de crisisopvang van de reguliere psychiatrie. Het kan ook voorkomen dat de

politie betrokkene gaat observeren om bijvoorbeeld te voorkomen dat hij in de buurt van kinderspeelplaatsen komt. Een dergelijke oplossing moet worden aangevraagd bij het gerecht, dat vervolgens de politie kan opdragen betrokkene te observeren.

Volgens de geïnterviewde is het belangrijkste aspect van de aanpak van de *Ambulanz* controle. Een therapeutische relatie volstaat volgens haar niet, maar deze maakt het de medewerkers wel gemakkelijker betrokkene te controleren.

Toen de plannen voor de *Ambulanz* vorm kregen, was er aanvankelijk veel protest van omwonenden. Daaraan is veel aandacht besteed. Het gezichtspunt dat de *Ambulanz* juist voor veiligheid zorgt omdat gedetineerden die anders ook in vrijheid zouden worden gesteld nu onder toezicht staan, heeft daarbij geholpen.

#### 4.6 Kosten

Een reguliere gedetineerde kost ongeveer 90-100 euro per dag (interviews). Het budget van de sociaaltherapeutische *Ambulanz* Berlijn (40 cliënten) bedraagt 450.000 euro per jaar.



## 5 Samenvatting en discussie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat aan de hand van de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37, p. 4). Eerst wordt kort een feitelijke samenvatting gegeven voor respectievelijk het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel, waarna discussie volgt.

### 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?

#### *Forensisch psychiatrische systeem*

Personen die de maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB) opgelegd hebben gekregen, kunnen in forensisch psychiatrische instellingen of afdelingen worden geplaatst. Deze maatregel lijkt op de Nederlandse TBS-maatregel. De populatie is heterogeen wat betreft problematiek. Veelal wordt de maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis aan personen met een As-I-stoornis opgelegd, maar As-II-stoornissen komen ook veel binnen deze populatie voor.

#### *Gevangenisstelsel*

Gewelds- en zedendelinquenten met een persoonlijkheidsstoornis kunnen een straf van bepaalde of onbepaalde duur opgelegd krijgen. Binnen het gevangenisstelsel bestaan sociaaltherapeutische instellingen voor behandeling van gewelds- en zedendelinquenten. Zedendelinquenten vormen daarbinnen een sterk gegroeide groep omdat behandeling van zedendelinquenten met een straf van twee jaar of langer sinds een aantal jaren wettelijk verplicht is. Een aparte groep vormen personen van wie de straf of maatregel is afgelopen en die als een zeer ernstig gevaar voor de maatschappij worden beschouwd. Zij kunnen op basis van de maatregel tot *Sicherungsverwahrung* vast worden gehouden.

#### *Discussie over Sicherungsverwahrung*

De *Sicherungsverwahrung* wordt in Duitsland kritisch bekeken (Kinzig, 1997). De maatregel kent een bewogen voorgeschiedenis. In Nazi-Duitsland werden op onder meer deze titel mensen naar concentratiekampen afgevoerd. Na de Tweede Wereldoorlog kende men mede daardoor veel aarzelingen rond deze maatregel en liep de toepassing ervan terug. In de jaren zeventig dacht men over de afschaffing ervan. De laatste jaren is de belangstelling voor de *Sicherungsverwahrung* als maatregel ter bescherming van de maatschappij echter toegenomen, met name vanuit het streven ernstige seksuele en levensdelicten tegen kinderen te voorkomen. Dat blijkt onder meer uit de uitbreiding van de mogelijkheden om zeden- en geweldsdelinquenten de maatregel op te

leggen (Strafrechtshervorming 1998) en uit de recente uitbreiding van het bereik door middel van de *nachträgliche Sicherungsverwahrung*. Het aantal personen met deze maatregel is sinds 1995 gestegen van minder dan tweehonderd naar ruim driehonderd en lijkt stijgende (persoonlijke mededeling onderzoekers *Kriminologische Zentralstelle* Wiesbaden). Niettemin wordt de maatregel in kwantitatieve zin beperkt toegepast. Het aantal personen dat onder *Sicherungsverwahrung* in detentie verblijft, is op het totale aantal inwoners en op het totale aantal gedetineerden gering.

Een aantal punten van kritiek met betrekking tot *Sicherungsverwahrung* wordt hieronder besproken. Kinzig (1997) vat een aantal kritiekpunten samen dat in verschillende andere publicaties wordt genoemd. Een van de punten die genoemd worden is dat het leveren van een betrouwbare prognose van toekomstig ernstig crimineel gedrag een probleem is bij oplegging en verlenging van de *Sicherungsverwahrung*. Een punt van kritiek is ook dat door de strikte condities voor oplegging, de maatregel zou worden toegepast bij relatief oude delinquenten die over het hoogtepunt van hun criminele carrière heen zijn. Daardoor zou er sprake zijn van een groot aantal onterecht preventief gedetineerden. Als meer principiële kritiek op de tenuitvoerlegging wordt genoemd dat betrokkenen schuldloos gevangen worden gehouden en dat hen daarbij te weinig wordt geboden omdat het primaat beveiliging is, terwijl het doel van de maatregel tevens rehabilitatie zou moeten zijn (§ 129 StVollzG). De uiterste kritiek in dit opzicht is dat het gaat om *Etikettenschwindel*, een straf vermomd als een maatregel.

*Nachträgliche Sicherungsverwahrung* is nog niet *Rechtskräftig* opgelegd omdat het erg moeilijk rond is te krijgen dat de vereiste omstandigheden van toepassing zijn (interviews). Het bereik is niet zo helder. Zo is het bijzonder lastig om te bepalen welke feiten nodig zijn om aan te tonen dat iemand die zich nog in de gevangenis bevindt, zo gevaarlijk is dat deze maatregel noodzakelijk is. Het weigeren van therapie alleen is daarvoor bijvoorbeeld onvoldoende (interviews). Aan de andere kant moet het onder het niveau van nieuwe *Straftaten* liggen, want in dat geval vindt een nieuwe veroordeling plaats. Enkele geïnterviewden (degenen die betrokken waren bij het betreffende wetsvoorstel) verwachtten hierdoor dat de *nachträgliche Sicherheitsverwahrung* alleen in zeer uitzonderlijke gevallen zal worden toegepast. De aanleiding tot het ontwerp van de maatregel was een dergelijk uitzonderlijk geval. Dit betrof een 'first offender' van wie men inschatte dat het risico hoog was dat hij opnieuw een ernstig delict zou plegen, maar die op geen enkele titel kon worden vastgehouden toen zijn straf afliep (interview). Zes dagen na invrijheidstelling vermoordde hij een meisje.

## 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?

Rehabilitatie is een belangrijk doel van de vrijheidsbenemende maatregelen. Dit werd benadrukt door in 1975 de formulering in het wetboek van strafrecht werd omgedraaid van *'Massregeln der Sicherung und Besserung'* naar *'Massregeln der Besserung und Sicherung'*.

Ook bij gevangenisstraffen wordt rehabilitatie als belangrijke doelstelling in de wetgeving opgevoerd. Zelfs bij de *Sicherungsverwahrung* wordt expliciet vermeld dat betrokkene bij de rehabilitatie dient te worden geholpen. In 1998 is de wetgeving echter meer aangescherpt in de richting van maatschappelijke bescherming tegen ernstige misdrijven.

### *Forensisch psychiatrische systeem*

In Duitsland wordt een bonte verscheidenheid aan behandelingen toegepast binnen het forensisch psychiatrische systeem (Müller-Isberner, 2002). De instellingen hebben veel vrijheid in de keuze welke behandelingen zij bieden. De grotere instellingen gebruiken onder meer internationaal bekende behandelprogramma's gericht op onder meer persoonlijkheidsproblematiek, agressief gedrag en seksueel geweld. Daarnaast behandelen de instellingen As-I-problematiek met onder meer medicatie en bieden zij deze patiënten psycho-educatie en begeleiding.

De forensisch psychiatrische sector in Duitsland kent een aantal vergelijkbare problemen als die in Nederland. Zo is er al jaren een toename in het aantal opleggingen van de maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB) ten opzichte van het aantal ontslagen (Osterheider & Dimmek, 2005) waardoor de forensisch psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen met capaciteitsproblemen kampen. De aansluiting- met en doorstroom naar de reguliere psychiatrie verloopt ook in Duitsland moeizaam (interviews, Müller-Isberner, 2005).

Nazorg en toezicht op forensisch psychiatrische patiënten buiten de instelling is in Duitsland duidelijk in ontwikkeling (Egg, 2004).

### *Gevangenissysteem*

Het is wettelijk verplicht om voor iedere gedetineerde een tenuitvoerleggingsplan met betrekking tot de straf te maken. Het Duitse gevangenisstelsel biedt mogelijkheden voor behandeling van onder meer zeden- en geweldsdelinquenten en verslaafden. Over het land verspreid zijn er sociaaltherapeutische instellingen/afdelingen. Er is niet zoals in Engeland of Canada sprake van een door de overheid ontwikkeld systeem van behandelprogramma's in het gevangeniswezen. Het aanbod van de sociaaltherapeutische instellingen is nogal heterogeen, de instellingen hebben veel vrijheid in het bepalen van het behandelaanbod.

*Discussie*

De indruk uit interviews is dat er in Duitsland verschillende grotere instellingen zijn die een behandelaanbod hebben dat programma's voor seksuele en geweldsdelinquenten omvat die in Canada of Engeland in de gevangenissen worden geboden. Meerdere geïnterviewden zijn echter kritisch over het algemene niveau van de kennis van behandelaars op het gebied van forensische psychiatrie en diagnostiek. Volgens verschillende geïnterviewden verschilt de kwaliteit van de werkwijzen sterk tussen de forensisch psychiatrische klinieken. Dit komt ook omdat sommige erg klein zijn, de grotere instituten zoals Haina hebben meer mogelijkheden tot het opbouwen van deskundigheid.

Kennis wordt gedeeld door middel van onder meer landelijke symposia en congressen.

Er zijn enkele onderzoeksinstituten die wetenschappelijk onderzoek op landelijk niveau uitvoeren, bijvoorbeeld de Kriminologische Zentralstelle in Wiesbaden. De indruk uit de literatuur is echter dat het meeste onderzoek op deelstaatniveau gebeurt. Er zijn over de personen die een strafrechtelijke maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis opgelegd hebben gekregen (§ 63 StGB) erg weinig landelijke gegevens bekend.

*Verplichte behandeling van zedendelinquenten*

De verplichting tot sociaaltherapeutische (psychiatrische) behandeling van zedendelinquenten is relatief nieuw en in zijn soort tamelijk ongewoon. Van de Europese landen kent alleen Frankrijk ook dergelijke wetgeving (Salize & Dressing, 2005).

Voor de genoemde groep zedendelinquenten gaat het dus om een opname onder dwang en een verplichting van de sociaaltherapeutische instelling om deze personen op te nemen.

Bij de overige gevangenen, waaronder plegers van geweldsdelicten, is sprake van een vrijwillige opname. Ook heeft de sociaaltherapeutische inrichting het recht hen te weigeren, wanneer deze hen de kans van slagen van de therapie als te klein inschat. Niettemin zou volgens verschillende geïnterviewden toch sprake zijn van 'drang' omdat een gevangene die therapie heeft gevolgd en wiens recidiverisico daardoor volgens zijn behandelaars en andere deskundigen is afgenomen, meer kans heeft om voorwaardelijk in vrijheid te worden gesteld. Omgekeerd kan het zo zijn dat wanneer de behandeling geen succes heeft en betrokkene naar de gevangenis wordt teruggeplaatst, zijn kansen op voorwaardelijke invrijheidstelling kleiner worden. In het uiterste geval zou (indien ook aan de overige voorwaarden is voldaan) bij het uitblijven van behandelingsucces betrokkene in aanmerking kunnen komen voor *Sicherungsverwahrung*. Hoewel behandeling voor zedendelinquenten met een gevangenisstraf van twee jaar of meer verplicht is gesteld, zijn geen wettelijke eisen gesteld aan aard intensiteit of duur van de behandeling voor zedendelinquenten.



Wel hebben de sociaaltherapeutische instellingen de verplichting om de noodzakelijke behandelingen te ontwikkelen die nog niet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld voor zwakbegaafde zedendelinquenten. Aan de wettelijke verplichting tot *Sozialtherapie* voor zedendelinquenten met een straf langer dan twee jaar, is geen verplichting gekoppeld om de aangeboden therapieën te evalueren.

Voor de invoering van het *Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten* begin 1998, vond nauwelijks behandeling van zedendelinquenten in de gevangenis plaats (interviews, en zie de ontwikkeling van het aantal behandelpaatsen in tabel 3). Inmiddels zijn er voor hen veel meer behandelpaatsen beschikbaar. De behandeling zou echter nog lang niet overal optimaal en *state of the art* plaatsvinden, volgens sommigen wordt teveel psycho-analytisch gewerkt bij de gevangenen (interviews). Ook zou nog te wijdverbreid de attitude heersen dat betrokkene eeuwig nieuwe kansen moeten worden geboden, een diepgewortelde therapeutische instelling dat het wel zeven of acht jaar mag duren, los van of er tekenen van succes zijn. De diagnostiek met betrekking tot zedendelinquenten zou nog aanzienlijk aan kwaliteit moeten winnen volgens een deskundige (interviews). Veel psychiaters of psychologen die diagnostiek verrichten ten behoeve van het gerecht, zijn hiervoor niet specifiek genoeg opgeleid, waardoor soms personen worden vrijgelaten ten aanzien van wie vooraf had kunnen worden ingezien dat dat niet verstandig was vanwege het recidiverisico. Ook wordt door onvoldoende verfijnde diagnostiek in een aantal gevallen niet de juiste aanpak in begeleiding en behandeling gevolgd. Er is behoefte aan een betere opleiding in de diagnostiek en behandeling van zedendelinquenten (interviews).

Hoewel het aantal plaatsen voor behandeling van zedendelinquenten in het gevangenisstelsel sinds de wetswijzigingen op dit gebied sterk is toegenomen, zou het nog onvoldoende zijn. In 2004 bijvoorbeeld, waren er 1742 plaatsen voor *Sozialtherapie* terwijl er 4277 veroordeelde zedendelinquenten waren (Boetticher, 2005). Ook zou de opbouw van nazorgvoorzieningen voor personen die uit de sociaaltherapeutische instellingen en afdelingen komen achterblijven. Betrokkenen worden veelal overgedragen aan de *Bewährungshilfe* die daartoe nog onvoldoende is toegerust wat betreft inhoudelijke deskundigheid (Boetticher, 2005).

### **3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?**

#### *Forensisch psychiatrische systeem*

Bij de oplegging van strafrechtelijke maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis speelt de behandelprognose geen rol. Bij een patiënt die strafrechtelijk is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB) kan de maatregel wanneer het recidiverisico niet vermindert, telkens worden verlengd.

In Duitsland is er discussie over de wenselijkheid van speciale long stay afdelingen zoals Nederland die voor TBS-gestelden kent. In Hessen kent men een als zodanig aangeduide afdeling. In de praktijk bestaan er echter meer afdelingen waar patiënten zonder uitzicht op ontslag zeer lang verblijven en van behandeling zijn uitgesloten omdat men van mening is dat er voor hen geen geschikte behandeling (meer) voorhanden is (bijvoorbeeld de afdeling voor patiënten met een met een hoge psychopathiescore in Haina).

#### *Gevangenisstelsel*

Plaatsing en behandeling van zedendelinquenten met een straf langer dan twee jaar in een sociaaltherapeutische instelling is wettelijk verplicht. Het motiveren van betrokkene maakt mede deel uit van de behandeling. Voor andere gedetineerden geldt dat de behandelaars betrokkene geschikt moeten achten voor behandeling, of er een redelijke kans van slagen is (interviews). Voor alle patiënten geldt dat als de sociaaltherapeutische behandeling naar het oordeel van behandelaars onvoldoende resultaat boekt, betrokkene terug wordt geplaatst naar een afdeling zonder dergelijke behandeling.

Als een gedetineerde gevaarlijk wordt geacht, en niet aan behandeling meewerkt of als de behandeling te weinig resultaat heeft, is de kans dat hij voorwaardelijk in vrijheid wordt gesteld erg klein (interviews). Daarnaast is er de mogelijkheid betrokkene bij voorwaardelijke invrijheidstelling onder verscherpt toezicht te plaatsen (*Führungsaufsicht*). Zeer gevaarlijk geachte personen ten slotte kunnen, als aan een aantal wettelijke voorwaarden is voldaan, voor een ongelimiteerde tijd in preventieve bewaring worden geplaatst (*Sicherungsverwahrung*).

#### *Discussie*

Het aantal patiënten met een strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis neemt in Duitsland net als in Nederland al jaren toe, terwijl het aantal ontslagen patiënten daarbij achterblijft en de gemiddelde behandelduur toeneemt (o.a. Koller, 2001). Net als bij ons worstelt men in Duitsland met capaciteitsproblemen (o.a. Koller, 2001; Kröber, 2001). Sinds de invoering van het *Gesetz zur Bekämpfung von*

*Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten* begin 1998, is het aantal invrijheidstellingen van § 63-patiënten bijna gehalveerd en stijgt de gemiddelde behandelduur ten opzichte van de voorgaande jaren. Koller betoogt hoe de oorzaak daarvan zou kunnen liggen bij de in 1998 verplicht gestelde beoordeling van het recidiverisico voorafgaand aan voorwaardelijke invrijheidstelling, maar ook bij de toenemende moeilijkheid om vervolgens een plaats te vinden in bijvoorbeeld de reguliere psychiatrie.

In het forensisch psychiatrische veld is er discussie over de vraag of patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of psychopathie niet beter in het gevangenisstelsel zouden kunnen worden opgevangen. De argumenten daarvoor zijn onder meer dat er nauwelijks behandelingen voorhanden zijn voor dergelijke problematiek en dat zij dure plaatsen bezetten die gegeven de schaarste aan plaatsen binnen het forensisch psychiatrische systeem, beter voor patiënten met As-I-problematiek zouden kunnen worden benut.

#### **4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?**

Bij voorwaardelijke invrijheidstelling is wettelijk geregeld dat betrokkene onder toezicht van de reclassering (*Bewährungshilfe*) wordt gesteld. Dit geldt zowel voor patiënten in het forensisch psychiatrische systeem met een strafrechtelijke maatregel, als voor personen met een gevangenisstraf. In een aantal gevallen (onder meer bij zeden- en geweldsdelinquenten met een gevangenisstraf van twee jaar of meer) wordt daarnaast *Führungsaufsicht* opgelegd. Zowel *Bewährungsaufsicht* als *Führungsaufsicht* kunnen voor maximaal vijf jaar worden opgelegd (eventueel doorlopend nadat de straftijd voorbij is of de maatregel al beëindigd).

In Duitsland worden op een aantal plaatsen praktijkmodellen voor forensisch psychiatrisch toezicht ontwikkeld.

##### *Forensisch psychiatrische systeem*

In een aantal deelstaten zijn er initiatieven tot nazorg en toezicht ten aanzien van voorwaardelijk in vrijheid gestelde forensisch psychiatrische patiënten. De meeste van deze projecten lopen nog relatief kort (Egg, 2004). In Hessen heeft de forensisch psychiatrische instelling Haina sinds 1988 de *Forensische Fachambulanz* die een gespecialiseerd nazorgprogramma biedt.

### *Gevangenisstelsel*

Er is in Berlijn sinds kort (april 2005) een specifieke nazorg- en toezichtprogramma voor gewelds- en zedendelinquenten die na een gevangenisstraf of een maatregel tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld.

### *Discussie*

#### *Führungsaufsicht*

Een kritiekpunt is dat *Führungsaufsicht* een 'stomp zwaard' zou zijn. Bij voorwaardelijke invrijheidstelling (*Bewährung*) is het schenden van voorwaarden een misdrijf en kan het gerecht betrokkene terugplaatsen in gevangenis respectievelijk het psychiatrisch ziekenhuis. De *Führungsaufsicht* kan maximaal vijf jaar duren. De maatregel kan doorlopen na de *Bewährung* maar biedt deze stok achter de deur niet (interviews). Als betrokkene zich niet aan de voorwaarden houdt, kan de *Führungsaufsicht* alleen worden verlengd.

Er is een wetsvoorstel in behandeling (januari 2006) om *Führungsaufsicht* van onbepaalde duur mogelijk te maken. Daarbij is het voorstel om overtreding van de voorwaarden sterker te sanctioneren, onder andere met de mogelijkheid tot terugplaatsing. Men wil deze maatregel graag langdurig kunnen toepassen om controle op de medicatie te kunnen houden bij patiënten met psychosen en een hoog recidiverisico (interviews).

#### *Nazorg en toezicht*

Er is in Duitsland onder behandelaars, wetenschappers en politici duidelijk interesse in de mogelijkheid van toezicht op forensisch psychiatrische patiënten in de maatschappij (Egg, 2004). De redenen daarvoor zijn dat men verwacht dat dit zal bijdragen aan ontlasting van de forensisch psychiatrische instellingen, aan een betere reïntegratie van betrokkenen waardoor recidive beter dan bij andere wijzen van ontslag zou kunnen worden voorkomen en aan vermindering van kosten. In navolging van al langer bestaande *Ambulanz Haina*, zijn in Duitsland de laatste jaren verschillende praktijkmodellen van start gegaan.

In de praktijk mist men de mogelijkheid om langer toezicht te houden, op bijvoorbeeld patiënten die regelmatig medicatie moeten innemen om hun recidiverisico op een aanvaardbaar niveau te houden. Men probeert daartoe ook de wettelijke randvoorwaarden te versterken. Er is een wetsvoorstel ingediend om de mogelijkheden voor *Führungsaufsicht* tot onbepaalde duur uit te breiden.

De belangstelling voor toezicht en nazorg komt voort uit verschillende belangen (Egg, 2004):

- Doorstroming van het forensisch psychiatrisch systeem verbeteren. Volgens verschillende geïnterviewden verblijven veel patiënten langer

in forensisch psychiatrische instellingen dan nodig zou zijn als er voldoende adequaat toezicht en nazorg waren.

- Toezicht en nazorg zouden minder kosten met zich meebrengen dan verblijf in een instelling.
- Nazorg en toezicht kunnen door de concrete (preventieve, risicoschattende) activiteiten die plaatsvinden ernstige recidive helpen voorkomen.
- Nazorg en toezicht dragen naar verwachting bij aan een betere reïntegratie waardoor de kans op ernstige recidive minder groot is.

Voor een overzicht van toezichtsprogramma's en de veronderstelde werkzame mechanismen, zie Van Gestel, Van der Knaap, en Hendriks (2006).

## **5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlov en het ontslag uit het systeem?**

### *Forensisch psychiatrische systeem*

De verlovregelgeving met betrekking tot patiënten die gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen (§ 63 StGB) is overgelaten aan de *Länder*. Dit betekent dat hierover in algemene termen geen uitspraak kan worden gedaan. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat voor kortdurende verloven tot enkele dagen de beslisbevoegdheid bij het hoofd van de inrichting ligt (Hessen). Voor langer durende verloven dient dan een andere autoriteit toestemming te verlenen, bijvoorbeeld de officier van justitie (Hessen, Berlijn) of het gerecht.

Over voorwaardelijke invrijheidstelling van personen met een strafrechtelijke maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of *Sicherungsverwahrung* beslist het gerecht (de *Strafvollstreckungskammer* behorend tot het *Landesgericht*). Dit beslist ook over het niet verlengen van genoemde maatregelen. Bij deze beslissingen wordt het gerecht geadviseerd door een gedragsdeskundige (veelal een psychiater).

### *Gevangenisstelsel*

Het verlovkader van gedetineerden is geregeld in de federale wetgeving (§ 13 StVollzG). Het hoofd van de inrichting is verantwoordelijk voor het toekennen van verlov. Deze kan betrokkene met betrekking tot het verlov instructies opleggen en kan het verlov intrekken indien betrokkene zich daar niet aan houdt.

Gedetineerden komen in het algemeen na twee derde van hun straf in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Het gerecht (de *Strafvollstreckungskammer* behorend tot het *Landesgericht*) beslist over voorwaardelijke invrijheidstelling. Bij personen die wegens een gewelds- of zedendelict zijn veroordeeld tot een gevangenisstraf van twee jaar of

meer, dient een beoordeling van het recidiverisico (*Prognosebegutachtung*) door een deskundige (meestal een psychiater) plaats te vinden alvorens het gerecht betrokkene voorwaardelijk in vrijheid kan stellen.

*Discussie*

Net als in Nederland vindt de besluitvorming over invrijheidstelling van forensisch psychiatrische patiënten plaats door rechters, geadviseerd door gedragsdeskundigen.

Een probleem met de *Strafvollstreckungskammer* is dat het geen populaire baan betreft, de meeste rechters werken liever bij het gerecht dat straffen en maatregelen oplegt. Veel rechters zijn daardoor nog jong en onervaren (interviews).

## Literatuur

**Boer, D.P., S.D. Hart, P.R. Kropp, C.D. Webster**

*Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*

Burnaby (BC), Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute, 1999

**Boetticher, A.**

Rechtliche Rahmenbedingungen. In: R. Egg, (red.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug*

Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle, 2005, pp. 15-54

**Düinkel, F., C. Morgenstern**

Überlegung im Strafvollzug-Gefangenenraten im internationalen vergleich. In: G. Britz, H. Jung, H. Koriath, H. Müller, (eds.), *Grundfragen Staatlichen Strafens*

München, Verlag C.H. Beck, 2001, pp. 133-70

**Egg, R.**

*Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug*

Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 2004

**Eucker, S.**

*Treatment of sex offenders*

PowerPoint-presentatie, 2005

**Freese, R.**

*Ambulante versorgung psychisch kranker Straftäter*

Lengerich, Pabst Scientific Publishers, 2004

**Frisch, W.**

Führungsaufsicht. In: G. Ulsamer, (ed.). *Lexicon des rechts; Strafrecht und Strafverfahrensrecht*. 2. Auflage

Berlin, Luchterhand, 1996

**Gestel, B., L.M. van der Knaap, A. Hendriks**

*Toezicht buiten de muren. Een systematische review van extramuraal toezicht op TBS-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland*

Den Haag, WODC, 2006

**Hanson, R.K., D. Thornton**

*Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*

Ottawa, Department of the Solicitor General of Canada, 1999

**Hare, R.D.**

*The Hare Psychopathy Checklist-Revised*

Toronto, Multi-Health Systems, 1991

**Jehle, J.M.**

*Criminal Justice in Germany*. Fourth edition

Berlin, Bundesministerium der Justiz, 2005

**Kinzig, J.**

Preventive measures for dangerous recidivists

*European Journal of Crime, criminal law and criminal Justice*, 1997, nr. 5, pp. 27-57

**Koller, M.**

*Zur gerichtlichen Praxis der Einweisung in den und der Entlassung aus dem Massregelvollzug nach den §§ 63, 64 StGB und zur Bedeutung von begutachtung und Prognostik*

Erste bundesweite ver.di-Fachtagung, Berlin, 16 nov. 2004

**Kröber, H.L.**

*Entwicklungsprozesse im psychiatrischen Massregelvollzug nach § 63 StGB*

Erste bundesweite ver.di-Fachtagung, Berlin, 16 nov. 2004

**Kurze, J.**

Nachsorge und Bewährungshilfe/Führungsaufsicht. In R. Egg, R. (red.) *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug*

Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle, 2005, pp. 247-266

**Lösel, F.**

The effect of correctional treatment: a review and synthesis of meta-evaluations.

In: J. McGuire (ed.). *What Works: Reducing reoffending*

Chichester, Wiley, 1995, pp. 77-109

**Dieterman, E.**

*Duitsland*

Den Haag, Ministerie van Buitenlandse Zaken, 2005

**Müller-Isberner, R.**

The management of mentally disordered offenders in Germany.

In: Blaauw, E., M. Hoeve, H.J. C. van Marle, L. Sheridan, (eds.), *Mentally disordered offenders. International perspectives on assessment and treatment*

Den Haag, Elsevier, 2002

**Müller-Isberner, R.**

*Comprehensive forensic mental health services in Hessen, Germany*

PowerPoint-presentatie, 2005

**Osterheider, M., B. Dimmek**

Germany. In: H.J. Salize, H. Dressing (eds.), *Placement and treatment of mentally disordered offenders – Legislation and practice in the European Union*

Lengerich, Pabst Scientific Publishers, 2005

**Salize, H.J., H. Dressing**

*Placement and treatment of mentally disordered offenders – Legislation and practice in the European Union*

Lengerich, Pabst Scientific Publishers

**Schulz, K.**

*Sozialtherapie im Strafvollzug*

Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle, 2005

**Stadtland, Hollweg, Kleindienst, Dietl, Reich, Nedopil**

Rückfallprognosen bei Sexualstraftätern – vergleich der prädiktiven Validität von Prognoseinstrumenten

*Der Nervenarzt*, 2005



**Walmsley, R.**

*World Prison Population List*

London: King's College International Centre for Prison Studies, 2005

**Webster, C.D, K.S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart**

*HCR-20. Assessing risk for violence, version 2*

Vancouver, Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services  
Commission of British Columbia 1997

**Relevante websites:**

- *Statistisches Bundesamt Wiesbaden*: <http://www.destatis.de/>
- *Forensisch Psychiatrisch ziekenhuis Haina*:  
<http://www.psych-haina.de/kffp/>
- *Kriminologische Zentralstelle*: <http://www.krimz.de/>

# Bijlage

## Bezoekschema Duitsland, december 2005

Vrijdag 9 december 2005

- Forensisch Psychiatrische Klinik Haina, locatie Giessen
  - Interview met Rüdiger Müller-Isberner, Directeur Forensisch Psychiatrische Klinik Haina, psychiater en Sabine Eucker, psychologe

Woensdag 14 december 2005

- Bundesministerium der Justiz, Berlijn
  - Interview met Ursula Schneider, Ministerialrätin en Gudrun Tolzmann, Ministerialrätin
- Krankenhaus der Massregelvollzug Rheinickendorf, Berlin
  - Interview met Marion Anthoff, psychologe, hoofd afdeling zeden-delinquenten

Donderdag 15 december 2005

- Justizvollzugsanstalt (gevangenis) Brandenburg
  - Interview met Jutta Sedat, hoofd Sozialtherapeutische Abteilung
- Forensisch Psychiatrische Ambulanz Tegel Berlin
  - Interview met Douka von Bormann, hoofd Ambulanz Tegel, Berlin
- Universiteit Charité Berlin
  - Interview met Klaus Beier, Direktor Institut für Sexualmedizin

Vrijdag 16 december 2005

- Universiteit Charité Berlin
  - Interview met Hans-Ludwig Kröber, Direktor Institut für Forensische Psychiatrie

Woensdag 21 december 2005

- Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden
  - Interview met Rudolf Egg, directeur KRIMZ

Januari 2006

- Interview per e-mail met Gabrielle Cirener, Rechter, Strafvollstreckungs-kammer, Berlin

# Deel 4 Canada



# 1 Inleiding

Canada is het op één na grootste land ter wereld en heeft een oppervlakte van 9.984.670 km<sup>2</sup> oftewel 294 maal Nederland (Oudolf, 2006). De grootte van het land heeft invloed op de manier waarop zaken als gezondheidszorg en gevangeniswezen georganiseerd zijn.

Canada is een federatie die bestaat uit tien provincies of deelstaten en drie noordelijke *territories*. Het verschil tussen de provincies en *territories* is dat de provincies hun zeggenschap direct aan de federale grondwet ontleen, terwijl dit voor de drie noordelijke *territories* niet in de federale constitutie is vastgelegd. De provincies en *territories* hebben een eigen grondwet en regering en voeren een eigen beleid op tal van terreinen waaronder gezondheidszorg en onderwijs.

Canada heeft ongeveer 32 miljoen inwoners, de bevolkingsdichtheid betreft 0,3 inwoners per km<sup>2</sup>. Er zijn grote verschillen in aantallen inwoners per provincie. In Ontario wonen ongeveer 12.450.000 mensen en in British Columbia 4.220.000 mensen (Statistics Canada). De *territories* zijn heel dun bevolkt.

Het Canadese rechtssysteem is afgeleid van de Engelse en Franse systemen, die in de 17<sup>e</sup> en 18<sup>e</sup> eeuw door kolonisten naar Noord-Amerika zijn overgebracht. De strafwetgeving is federaal geregeld. De tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen van meer dan twee jaar is belegd bij de federatie en die van straffen van twee jaar of minder bij de provincies. De wetgeving, het beleid en de uitvoering wat de gezondheidszorg betreft en daarmee ook de forensische psychiatrie is de verantwoordelijkheid van de provincies.

Tot voor kort had Canada een liberale regering. De verkiezingen op 20 januari 2006 zijn echter met een kleine meerderheid gewonnen door de conservatieven. Verschillende geïnterviewden gaven aan te verwachten dat deze wisseling van de macht zal leiden tot een strenger beleid ten aanzien van crimineel gedrag, meer *tough on crime*.

De doelgroep van dit onderzoek, personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben, bevindt zich in Canada ten dele in het forensisch psychiatrisch systeem en deels in het gevangenisstelsel. Personen die worden beschouwd als *unfit to stand trial* en degenen die worden gezien als *not criminally responsible on account of a mental disorder (NCRMD)* vormen in het Canadese rechtssysteem de twee hoofdcategorieën van verdachten of veroordeelden met een psychische stoornis. Dit betreft veelal personen met een psychotische stoornis (en overige As-I-stoornissen volgens de DSM-IV; APA, 2004) al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. Zij bevinden zich in principe in forensisch psychiatrische voorzieningen. Daarnaast komt het ook voor dat personen met een psychische stoornis (met name As-II-stoornissen) worden veroordeeld tot een gevangenisstraf, of dat

gedetineerden later een psychische stoornis ontwikkelen (beide typen stoornissen mogelijk).

Enkele belangrijke categorieën binnen het gevangenisstelsel vormen personen die zijn veroordeeld op grond van de zogeheten *Dangerous offender*- en *Longterm offender*-wetgeving. Toezicht in de maatschappij is onder meer mogelijk op basis van voorwaardelijke invrijheidstelling, de *Long term supervision order* en een preventieve maatregel, de zogeheten *Peace Bond*.

In 2005 telde Canada 116 gedetineerden per 100.000 inwoners (Walmsley, 2005). De totale gevangenispopulatie bestond in 2003-2004 uit 31.779 gedetineerden van wie 12.413 gedetineerden in het federale systeem en 19.366 gedetineerden in het provinciale systeem verbleven (Public Safety and Emergency Preparedness Portfolio Corrections Statistics Committee, 2005). In 2001 waren er in Canada 2.717 personen die of *Unfit to Stand Trial* waren verklaard, of als *Not Criminally Responsible on Account of a Mental Disorder* (NCRMD) werden beschouwd (Steller, 2003).

De *Review Board*, een commissie waarin zowel juristen, als gedragsdeskundigen zitting hebben, beslist over de voorwaardelijke invrijheidstelling van personen die *unfit to stand trial* zijn verklaard en over de voorwaardelijke of definitieve invrijheidstelling van degenen die beschouwd worden als NCRMD. Over voorwaardelijke invrijheidstelling van gevangenen beslist de *National Parole Board*, een orgaan waarin vertegenwoordigers van de maatschappij zitting hebben.

In dit deel over Canada worden de belangrijkste wetgeving en demografische gegevens met betrekking tot het gevangenisstelsel en maatregelen ten aanzien van psychisch gestoorde verdachten en veroordeelden op federaal niveau besproken. De tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen langer dan twee jaar zal eveneens aan de orde komen. Het provinciaal geregelde gevangenisstelsel (straffen korter dan twee jaar) zal in dit deel buiten beschouwing worden gelaten, vanwege de geringere relevantie voor het onderhavige onderzoek. De regelgeving en tenuitvoerlegging met betrekking tot het forensisch psychiatrisch systeem verschilt van provincie tot provincie. Wij beschrijven daarom enkele voorbeelden van oplossingen in de provincies Ontario en British Columbia. De nadruk in dit deel zal liggen op de bespreking van het gevangenisstelsel, aangezien dit wat betreft behandelprogramma's het meest ontwikkeld is.

In tabel 1 zijn de belangrijkste onderwerpen uit dit deel schematisch weergegeven. Hoofdstuk 1 geeft een inleiding en in hoofdstuk 2 wordt een beknopte beschrijving van de relevante *Mental Health*- en *Criminal Justice*-wetgeving weergegeven die betrekking heeft op de doelgroep van dit onderzoek. In hoofdstuk 3 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan bod, voor zover deze in het forensisch psychiatrisch systeem plaatsvindt. In hoofdstuk 4 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan bod, voor zover

deze in het gevangenisstelsel plaatsvindt. Hoofdstuk 5 eindigt met een samenvatting van de belangrijkste resultaten, waarbij deze onder meer worden gekoppeld aan de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37, p. 4). De vragen voor de Commissie luiden:

- 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?
- 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?
- 3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?
- 4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?
- 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verloop en het ontslag uit het systeem?

**Tabel 1 Kenmerken van het forensisch psychiatrische en gevangenisstelsel in Canada**

	Forensisch psychiatrische systeem	Federale gevangenisstelsel*
Niveau van organisatie	Provinciaal niveau	Federaal niveau
Basis voor instroom in het forensisch psychiatrische systeem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betrokkene is niet in staat een rechtszaak te begrijpen/ te volgen</li> <li>- <i>Betrokkene kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor het delict</i></li> </ul>	
Relevante maatregelen en straffen (detentie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Unfit to Stand Trial</i> (s. 2 CCC)</li> <li>- <i>Not Criminally Responsible on Account of a Mental Disorder (NCRMD)</i> (s. 16 CCC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf van bepaalde duur (langer dan twee jaar)</li> <li>- Levenslange straf (s. 745 CCC)</li> <li>- <i>Dangerous Offender Designation</i> (s. 753 CCC)</li> <li>- <i>Long term Offender Designation</i> (s. 753.1 CCC)</li> </ul>
Oplegging maatregelen/straffen	Gerecht	Gerecht
Tenuitvoerlegging maatregelen/straffen	Provinciaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontario: <i>Mental Health Services</i></li> <li>- British Columbia: <i>Forensic Services Commission</i></li> </ul>	<i>Correctional Service Canada</i>
Voor tenuitvoerlegging verantwoordelijke ministerie	Provinciaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontario: <i>Ministry of Health and Long-Term Care</i></li> <li>- British Columbia: <i>Ministry of Health</i></li> </ul>	Federaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness Canada</i></li> </ul>
Verblijf	Landelijk drie <i>high security hospitals</i> Tussen de provincies verschillen de aantallen ziekenhuizen	58 federale instituten, onderverdeeld naar niveau van beveiliging
Beslissingen over verlof	<i>Review Board</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Correctional Service</i></li> <li>- <i>National Parole Board</i></li> </ul>
Beslissingen over (voorwaardelijke) invrijheidstelling	<i>Review Board</i>	<i>National Parole Board</i>
Relevante maatregelen en straffen (toezicht)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Long term supervision order</i> (s. 753.2 CCC)</li> <li>- <i>'Paedophile' Peace Bond</i> (s. 810.1 CCC)</li> <li>- <i>'High risk' Peace Bond</i> (s. 810.2 CCC)</li> <li>- <i>Sex Offender Registration Order (SOIRA)</i></li> </ul>

\* Voor personen met een gevangenisstraf van twee jaar of langer.



## 2 Beknopte beschrijving rechtssysteem

### 2.1 Algemene kenmerken

Het Canadese rechtssysteem stamt af van verschillende Europese systemen. Het heeft kenmerken van de *common law*-traditie, maar ook van de Europese continentale traditie. Ook is er enige invloed van de rechtssystemen van de oorspronkelijke bewoners, bijvoorbeeld op het gebied van *restorative justice* (herstelbemiddeling). De oorspronkelijke bewoners, Indianen en Inuït (Eskimo's), worden meestal aangeduid met *aboriginals* of *first nation's people*.

In het *common law*-stelsel dat zich oorspronkelijk in Engeland ontwikkelde, is het recht in belangrijke mate gebaseerd op gerechtelijke beslissingen: de jurisprudentie oftewel *case law*.

De rechtstraditie die wel aangeduid wordt als 'continentaal' vindt haar wortels in het Romeinse recht. Continentale stelsels gaan hoofdzakelijk uit van rechtsregels vastgelegd in wetboeken, hoewel de rechtspraak daarnaast een rol speelt bij de rechtsontwikkeling. Het Canadese systeem wordt wel aangeduid als '*bijural*'. In alle provincies behalve Québec, is het lokale recht gebaseerd op het *common law*-stelsel. Québec heeft een Frans-continentaal rechtssysteem. Op federaal niveau heeft, ondanks de overwegend *common law*-traditie, de continentale invalshoek eveneens invloed (Brunet, 2001).

De meeste strafzaken komen terecht bij de *Provincial/Territorial Courts*. Sommige gerechten op dit niveau zijn gespecialiseerd, zo heeft Toronto sinds 1998 een *Drug Treatment Court* en recent ook een *Mental Health Court* (interviews). Verschillende provincies hebben *Domestic Violence Courts* met het doel de verwerkingstijd van de zaken te bekorten, het aantal veroordelingen op te voeren en een brandpunt te vormen voor behandelprogramma's en voorzieningen voor slachtoffers en daders. De ernstigste strafzaken komen voor de *Provincial/Territorial Superior Courts*, die tevens fungeren als een eerste beroepscollege in zaken die door de lagere gerechten zijn behandeld. Daarboven zijn er de *Provincial Courts of Appeal*. Het hoogste beroepscollege is de *Supreme Court of Canada*. Canada kent als federatie een centraal parlement in Ottawa dat wetgeving uitvaardigt die voor het gehele land geldt en daarnaast provincies en *territories* met een eigen lokale wetgever. Constitutioneel is vastgelegd welke onderwerpen in de wetgeving op provinciaal en welke onderwerpen op federaal niveau geregeld worden. De verantwoordelijkheid voor wetgeving op het gebied van onderwijs, gezondheidszorg, burgerlijk recht en lokale belangen is belegd bij de provincies.

Het *Department of Justice Canada* ontwikkelt wet- en regelgeving en beleid op meerdere rechtsgebieden waaronder strafrecht. De *Minister of Justice* is tevens de *Attorney General of Canada*, het hoofd van de *Crown Prosecution Service* (het Canadese Openbaar Ministerie), meestal kortweg de *Crown* genoemd. Het *Department of Public Safety and Emergency Preparedness Canada* is het ministerie waaronder de *Correctional Service Canada* (CSC) en de *National Parole Board* (NPB) vallen.

Het Canadese straf- en strafprocesrecht is geregeld in de federale *Criminal Code of Canada (CCC)*. Grondwettelijke bescherming van elementaire mensenrechten is neergelegd in de *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (1982). De *Corrections and Conditional Release Act (CCRA)*, 1992) regelt de tenuitvoerlegging van straffen in het Canadese federale gevangenisstelsel (deel I), de voorwaardelijke invrijheidstelling en de *Parole Board* (deel II) en de ombudsman voor gedetineerden (deel III). De procedures volgens welke verschillende handelingen (bijvoorbeeld doorzoeken en disciplinaire maatregelen) moeten worden verricht zijn vastgelegd in de *Corrections and Conditional Release Regulations (CCRR)*. De wetgeving en het beleid met betrekking tot de (geestelijke) gezondheidszorg is op provinciaal niveau geregeld. Zo hebben de provincies Ontario en British Columbia elk een eigen *Mental Health Act (Mental Health Act R.S.O., 1990; Mental Health Act R.S.B.C., 1996)* en heeft British Columbia daarnaast een *Forensic Psychiatry Act* (1996) waarin de *Forensic Psychiatric Services Commission* wordt geregeld die onder meer tot taak heeft de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten en de forensisch psychiatrische expertise ten behoeve van de gerechten te verzorgen.

## 2.2 Maatregelen en straffen

In deze paragraaf worden eerst enkele maatregelen besproken die speciaal zijn bedoeld voor verdachten of veroordeelden met een psychische stoornis. Vervolgens komen de straffen van onbepaalde duur voor *dangerous offenders* en overige levenslange straffen aan de orde en wordt de wetgeving met betrekking tot langdurig toezicht op *long term offenders* besproken. Ten slotte komen enkele preventieve maatregelen aan de orde die ten doel hebben de maatschappij te beschermen tegen het delictrisico van betrokkene.

### 2.2.1 Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis

In het Canadese rechtssysteem worden twee hoofdcategorieën van verdachten of veroordeelden met een psychische stoornis onderscheiden: degenen die worden beschouwd als *Unfit to Stand Trial* en degenen die worden gezien als *Not Criminally Responsible on Account of a Mental Disorder (NCRMD)*. NCRMD wil zeggen dat de persoon wel schuldig bevonden wordt aan het plegen van het delict, maar niet verantwoordelijk gehouden wordt (Eaves, Lamb, & Tien, 2000). Er is geen tussenvorm zoals verminderde schuld of verantwoordelijkheid in Canada. Naast de bovengenoemde categorieën worden echter ook personen met een psychische stoornis tot een gevangenisstraf veroordeeld. Dit betreft dan met name degenen met een As-II-stoornis (Viljoen, Roesch, & Eaves, 2002).

### *Unfit to Stand Trial*

Onder *Unfit to Stand Trial* wordt verstaan dat betrokkene vanwege een psychische stoornis (*mental disorder* of *disease of mind*) niet in staat is om het verloop of de consequenties van de rechtszaak te begrijpen of met een raadsman te communiceren (s. 2, CCC). De exacte stoornissen die hieronder vallen zijn niet gedefinieerd in de *Criminal Code*, het is aan de rechter om hierover een definitief oordeel te vellen. Wel wordt vermeld dat, onder andere, de volgende bepalingen gelden (annotaties s. 16, CCC):

- ‘Any malfunctioning of the mind, or mental disturbance having its source primarily in some subjective condition or weakness internal to the accused (whether fully understood or not), may be a disease of the mind if it prevents the accused from knowing what he is doing ...’
- Specifiek uitgesloten zijn zelfgeïnduceerde geestestoestanden, door inname van alcohol of drugs; tenzij dit een delirium tremens betreft dat uit chronisch alcoholmisbruik voortkomt.
- Persoonlijke stoornissen kunnen als *mental disorder* worden beschouwd.
- Een verstandelijke handicap wordt beschouwd als een *mental disorder*.

Op ieder moment tijdens de rechtszaak dat het vermoeden rijst dat betrokkene *Unfit* is, kan dit aan de orde worden gesteld. Bij een persoon die *Unfit to Stand Trial* is verklaard heeft het gerecht (dan wel de *Review Board* als het gerecht de zaak daarheen verwijst) twee opties: de persoon kan gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst of voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld (s. 672.54 CCC). Welke optie in aanmerking komt hangt af van de inschatting van de mate waarin betrokkene een gevaar vormt voor de samenleving. Op het moment dat betrokkene niet langer als *Unfit to Stand Trial* wordt beschouwd, wordt de rechtszaak alsnog in gang gezet.

### *Not Criminally Responsible on Account of a Mental Disorder*

Een verdachte die ten tijde van het delict aan een psychische stoornis (*mental disorder*) leed waardoor hij niet in staat was de aard en de ernst van zijn daad of nalatigheid te onderkennen of te weten dat deze verkeerd was, kan als NCRMD worden aangemerkt (s. 16 CCC). In Canada, zo blijkt onder meer uit jurisprudentie, worden ook persoonlijkheidsstoornissen opgevat als vallend binnen de wettelijke omschrijving van NCRMD. In de praktijk komt het echter weinig voor dat een verdachte met als hoofd-diagnose een persoonlijkheidsstoornis NCRMD wordt verklaard (Viljoen et al., 2002). Als een persoon als NCRMD wordt beschouwd, zijn er drie opties: betrokkene kan, afhankelijk van de inschatting van de mate van gevaar voor de samenleving, onvoorwaardelijk in vrijheid worden gesteld, voorwaardelijk worden vrijgelaten, of gedwongen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (s. 672.54 CCC).

Bij personen die *Unfit to Stand Trial* of NCRMD zijn verklaard, houdt de *Review Board* (zie ook paragraaf 3.4) minimaal één keer per jaar een hoorzitting over de vraag of de huidige maatregel en eventuele voorwaarden moeten worden verlengd of veranderd (s. 672.81 CCC). De hoorzitting kan daarnaast ook plaatsvinden op verzoek van betrokkene, of van één van de andere partijen (s. 672.82 CCC).

### 2.2.2 Straffen uit de *Criminal Justice*-wetgeving

De *dangerous offender*-regeling (s. 753 CCC) dateert al vanaf 1947 en is verschillende malen geamendeerd, de laatste maal in 1997 (*Bill C-55*). Bij de laatste revisie werd bepaald dat als het gerecht betrokkene als een *dangerous offender* beschouwt, het een straf van onbepaalde duur dient op te leggen. Daarvoor was ook een straf van bepaalde duur mogelijk. Verder werd de periode dat betrokkene nog niet in aanmerking kan komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling verlengd van drie naar zeven jaar.

Het gerecht kan betrokkene als *dangerous offender* beschouwen wanneer:

- 1 betrokkene is veroordeeld wegens een *serious personal injury offence*<sup>1</sup> (s. 752 CCC) waarbij
  - i het delict waarvoor betrokkene is veroordeeld onderdeel is van een herhalingspatroon, dat laat zien dat betrokkene niet in staat is zijn gedrag te beheersen en daardoor in de toekomst met waarschijnlijkheid de dood, verwonding of ernstige psychische schade aan anderen zal veroorzaken,
  - ii betrokkene een patroon van persisterend agressief gedrag vertoont waarvan het delict waarvoor hij is veroordeeld onderdeel uitmaakt, en een substantiële mate van onverschilligheid aan de dag legt jegens de consequenties van zijn gedrag voor anderen; of
  - iii enig gedrag van betrokkene, gerelateerd aan het delict waarvoor betrokkene is veroordeeld, dat dusdanig bruut is dat het de conclusie rechtvaardigt dat het gedrag van betrokkene in de toekomst niet volgens normale maatstaven onder controle zal worden gehouden
- 2 het delict waarvoor betrokkene veroordeeld is betreft een *serious personal injury offence* van seksuele aard en betrokkene heeft door zijn seksuele gedrag (waaronder het indexdelict) een gebrek aan beheersing van seksuele impulsen laten zien waardoor waarschijnlijk is dat betrokkene in de toekomst verwondingen, pijn of andere schade aan anderen zal veroorzaken.

1 Het begrip *serious personal injury offence* houdt in:  
 a een misdrijf, anders dan hoogverraad, verraad, of eerste- of tweedegraads moord en waarbij aan de orde is: geweld of poging tot geweld jegens een andere persoon of; het in gevaar brengen of met waarschijnlijkheid in gevaar brengen van het leven of de veiligheid van een andere persoon of het toebrengen van of met waarschijnlijkheid toebrengen van ernstige psychische schade en waarvoor een gevangenisstraf van tien jaar of meer kan worden opgelegd;  
 b een (poging tot) seksueel geweld (ss. 271, 272, 273).

*Life sentence*

Canada kent een verplichte oplegging van levenslange gevangenisstraf (s. 745 CCC) bij hoogverraad (s. 46-47 CCC), zogeheten eerstegraadsmoord (alle geplande en opzettelijke moorden, en moord op een politie- of gevangenisfunctionaris) en bij tweedegraadsmoord (alle gevallen van schuld aan de dood van een ander die niet onder eerstegraadsmoord of onder doodslag vallen). In de meeste gevallen kan betrokkene pas na 25 jaar in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Bij een aantal andere ernstige delicten is het mogelijk maar niet verplicht een levenslange straf op te leggen.

*Long term offender legislation*

De *long term offender legislation* (1997, s. 753.1 CCC) is ontwikkeld met het oog op bescherming van de samenleving tegen met name zedendelicten door personen die niet aan de criteria voor *dangerous offender* voldoen, maar bij wie de kans dat zij ernstig recidiveren aanzienlijk wordt geacht. Als betrokkene voldoet aan de criteria voor *long term offender*, dient het gerecht een gevangenisstraf op te leggen van minimaal twee jaar en betrokkene daarnaast te veroordelen tot toezicht in de maatschappij (*supervision in the community*) voor een periode van maximaal tien jaar. De criteria op grond waarvan het gerecht betrokkene als *long term offender* kan beschouwen zijn (s. 753.1 lid 1 CCC):

- a voor het delict waarvoor betrokkene is veroordeeld is een gevangenisstraf van twee of meer jaar gepast;
- b er is een substantieel risico<sup>2</sup> dat betrokkene zal recidiveren en
- c er is een redelijke kans dat het risico uiteindelijk binnen de samenleving kan worden beheerst.

Het toezicht na afloop van de gevangenisstraf is geregeld in de *long term supervision order* (s. 753.2 CCC en s. 134 CCRA). De *National Parole Board* (zie ook paragraaf 4.4) bepaalt de voorwaarden waaronder betrokkene onder toezicht in de maatschappij kan verblijven. Als betrokkene zich zonder gerechtvaardigde reden niet aan de *supervision order* houdt maar voorwaarden overtreedt, wordt dit beschouwd als een misdrijf waarvoor maximaal tien jaar gevangenis kan worden opgelegd (s. 753.3 CCC).

<sup>2</sup> Onder *substantial risk* wordt verstaan (s. 753.1(2) CCC):

- a betrokkene is veroordeeld vanwege een seksueel delict (zoals beschreven in s.s 151, 152, 153, 173 (2), 271, 272, 273), of heeft seksueel gedrag vertoond in de context van een ander delict waarvoor hij is veroordeeld; en
- b betrokkene (1) heeft een herhaald gedragspatroon laten zien, waarvan het delict waarvoor betrokkene veroordeeld is deel uitmaakt, dat een waarschijnlijkheid laat zien dat betrokkene de dood, verwonding of ernstige psychische schade van anderen zal veroorzaken, of (2) heeft door zijn seksuele gedrag inclusief het delict waarvoor betrokkene veroordeeld is laten zien dat het waarschijnlijk is dat betrokkene in de toekomst verwondingen, pijn of andere schade van anderen zal veroorzaken door soortgelijke delicten.

### 2.2.3 Straffen en maatregelen gericht op terugvalpreventie

#### *Peace Bonds*

Onder de titel *Sureties to keep the peace* kent de *Criminal Code* al sinds 1892 enkele preventieve maatregelen: de zogeheten *Peace Bonds*. Er is een algemene variant (s. 810 CCC) die veelal gebruikt wordt in gevallen van huiselijk geweld en *stalking*. In twee recente specifieke varianten is de *Peace Bond* vooral gericht op personen bij wie de kans dat zij een gewelddadig of seksueel delict plegen aanzienlijk wordt geacht. Dit kan gaan om recidive, maar een *Peace Bond* kan in principe ook worden opgelegd als betrokkene nog niet eerder een dergelijk delict pleegde.

De '*paedophile*' *Peace Bond* (s. 810.1 CCC 1993) is gericht op personen van wie wordt gevreesd dat zij een zedendelict zullen plegen ten aanzien van een kind jonger dan 14 jaar. De maatregel wordt in de meeste gevallen aangevraagd door politie of *Crown*. Het gerecht legt, wanneer het redelijke gronden voor deze vrees aanwezig acht, betrokkene voorwaarden op die zijn gedrag en bewegingsruimte beperken. Dergelijke voorwaarden kunnen zijn het vermijden van scholen, zwembaden en andere openbare gelegenheden, als ook een contactverbod met kinderen onder de 14 jaar. De '*high risk*' *Peace Bond* (s. 810.2 CCC, 1997) is gericht op personen bij wie de kans aanzienlijk wordt geacht dat zij een gewelddadig of seksueel delict zullen plegen. Deze maatregel wordt nogal eens aangevraagd als een als *high risk* beschouwde persoon vrijkomt na een gevangenisstraf. De maatregel wordt vooral aangevraagd door politie en *Crown*, British Columbia kent een *High Risk Recognizance Advisory Committee* (zie ook paragraaf 4.5.2).

Het gerecht kan de maatregel opleggen als het redelijke gronden aanwezig acht voor de vrees dat betrokkene een *serious personal injury offence* pleegt. Het gerecht legt betrokkene voorwaarden op, waaronder het niet in bezit hebben van vuur- of andere wapens en de verplichting zich in verbinding te stellen met de politie of de *correctional authorities* van de betreffende provincie. De *Peace Bond* wordt opgelegd voor een jaar of korter, en kan zo nodig worden hernieuwd. Het breken van de *Peace Bond* is strafbaar, tot een maximum van twee jaar gevangenisstraf.

#### *Notification*

De *Correctional Service* is verplicht om de *National Parole Board*, de *provincial governments*, de *provincial Parole Board*, de politie en elke andere bevoegde organisatie zoals bijvoorbeeld de *Probation Service* van alle beschikbare informatie te voorzien die nodig is om te beslissen over invrijheidstelling en toezicht met betrekking tot (ex-)gedetineerden (s. 25.1 CCRA). Bij invrijheidstelling van een gedetineerde dient zij de politie in het betreffende gebied op de hoogte te stellen (s. 25.2 CCRA). Als de *Correctional Service* redelijkerwijs verwacht dat een gedetineerde die in vrijheid zal worden gesteld een gevaar vormt voor anderen, dient zij

de politie daarover tijdig alle relevante informatie te verstrekken (s. 25.3 CCRA).

Daarnaast hebben zowel Ontario als British Columbia op provinciaal niveau regelingen om het publiek op de hoogte te stellen van de invrijheidstelling van zedendelinquenten (John Howard Society of Alberta, 1997). In het algemeen ligt de verantwoordelijkheid voor het al dan niet bekendmaken van deze informatie bij de politie, zij beslist in hoeverre zij het publiek op de hoogte stelt van het vrijkomen van een (zedend)delinquent (interview High Risk Recognizance Advisory Committee).

#### *Registration Order*

Canada kent een nationale *Sex Offender Information Registration Act* (SOIRA, *Bill C-16*, 2004). Het doel van deze wetgeving is om de bescherming van de samenleving tegen seksuele delinquenten te verbeteren door de politie beter in staat te stellen mogelijke verdachten te herkennen en te lokaliseren. De basis daarvoor vormt een recent opgebouwde *Sex Offender Database* met gegevens over veroordeelden van zedendelicten die wordt beheerd door de *Royal Canadian Mounted Police*.

Indien betrokkene is veroordeeld voor bepaalde nader omschreven zedendelicten, kan de *Crown* op grond van de *Sex Offender Information Registration Act* (SOIRA, 2004) een *Sex Offender Registration Order* aanvragen. Op basis daarvan worden de gegevens van betrokkene opgenomen in de nationale *Sex Offender Database*. Dit kan voor de duur van respectievelijk tien jaar, twintig jaar of levenslang, afhankelijk van de ernst van het delict. Gedurende die periode moet betrokkene zich jaarlijks opnieuw laten registreren en iedere mutatie, zoals een adreswijziging melden. Het niet voldoen aan de registratiecondities is strafbaar (maximaal zes maanden gevangenisstraf voor de eerste keer, maximaal twee jaar bij herhaling).

Op provinciaal niveau bestaat ook registratiewetgeving met betrekking tot zedendelinquenten, bijvoorbeeld *Christopher's Law* in Ontario (2000).

### **2.3 Overkoepelende beleidsinitiatieven**

In Canada zijn geen overkoepelende beleidsinitiatieven te noemen zoals deze bijvoorbeeld wel voor Engeland gelden.





## 3 Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrische systeem

### 3.1 Wettelijke instrumenten

De patiënten die in het forensisch psychiatrische systeem terechtkomen behoren veelal tot twee hoofdcategorieën van verdachten of veroordeelden met een psychische stoornis: degenen die worden beschouwd als *Unfit to Stand Trial* en degenen die worden gezien als *Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder (NCRMD)*. In 2001 bevonden zich in heel Canada 2.717 personen met deze titels onder jurisdictie van de *Review Board*, van wie 966 personen onder de *Ontario Review Board*, en 411 personen onder de *Review Board* van British Columbia (Steller, 2003).

### 3.2 Oplegging

#### 3.2.1 Assessment procedure

Indien twijfel rijst aan de *Fitness to Stand Trial* (betrokkene's vermogen om de rechtszaak te volgen), geeft het gerecht een *assessment order* (s. 672.23, 672.11 en 672.1 CCC) voor een gedragskundig onderzoek (*assessment of the mental condition*) door een psychiater. Deze rapporteert aan het gerecht en wordt ter zitting gehoord. Gestructureerde risicotaxatie is niet wettelijk verplicht. In het geval dat er ernstige misdrijven gepleegd zijn en de betrokkene een hoge mate van beveiliging nodig heeft, wordt hij ten tijde van de assessment reeds gedwongen opgenomen in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis. In het ziekenhuis met het hoogste niveau van beveiliging in de provincie Ontario, Penetanguishene, bijvoorbeeld, duurt deze gestructureerde assessment 30 tot 60 dagen en vindt er risicotaxatie plaats. De psychische stoornissen op As-I en As-II worden gediagnosticeerd en verschillende andere psychologische tests worden afgenomen.

Bij een persoon die *Unfit to Stand Trial* is beslist het gerecht, of de *Review Board* als het gerecht de zaak daarheen verwijst, of betrokkene gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis moet worden geplaatst of voorwaardelijk in vrijheid dient te worden gesteld (s. 672.54 CCC). Welke optie in aanmerking komt hangt af van de inschatting van de mate waarin betrokkene een gevaar vormt voor de samenleving.

Indien betrokkene *Not criminally Responsible on account of a Mental Disorder* wordt verklaard, dient het gerecht (of de *Review Board* als het gerecht de zaak daar naartoe doorverwijst) te beslissen of, afhankelijk van de inschatting van de mate van gevaar voor de samenleving, betrokkene onvoorwaardelijk in vrijheid kan worden gesteld, onder voorwaarden moet worden vrijgelaten, of gedwongen moet worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (s. 672.54 CCC).

Bij personen die *Unfit to Stand Trial of Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder* zijn verklaard houdt de *Review Board* minimaal jaarlijks een hoorzitting over de vraag of de huidige maatregel en eventuele voorwaarden moeten worden verlengd of veranderd (*Section 672.81 CCC*). De hoorzitting kan daarnaast ook plaatsvinden op verzoek van betrokkene, of één van de andere partijen (*s. 672.82 CCC*).

### 3.3 Intramuraal verblijf

#### 3.3.1 Verantwoordelijke instanties

De forensische psychiatrie valt onder verantwoordelijkheid van de provinciale ministeries.<sup>3</sup> In British Columbia is dit het *Ministry of Health* en in Ontario het *Ministry of Health and Long Term Care*. In British Columbia is in 2001 de *Forensic Services Commission* opgericht om de taken op het gebied van forensische psychiatrie te verzorgen en te coördineren (*Forensic Psychiatry Act RSBC, 1996*). Daarbij gaat het onder meer om forensisch psychiatrisch onderzoek en advisering in opdracht van de *provincial courts* en het bieden van forensisch psychiatrische zorg en behandeling.

#### 3.3.2 Voorzieningen

Forensische psychiatrische bedden of plaatsen worden geclassificeerd volgens drie beveiligingsniveaus: *maximum*, *medium* en *minimum security*. De Canadian Academy of Psychiatry and Law (CAPL) inventariseert op haar website een totaal van 1.553 intramurale forensisch psychiatrische plaatsen of bedden verdeeld over ongeveer 27 instituten (Canadian Academy of Psychiatry and Law, 2006).

Er zijn in Canada drie *maximum security forensic hospitals*, waarvan één in British Columbia (Port Coquitlam), één in Ontario (Penetanguishene) en één in Québec (Institut Philippe Pinel de Montreal; Goering, Wasylenki, & Durbin, 2000). In de overige provincies bevinden de *maximum security* forensisch psychiatrische bedden zich verspreid over psychiatrische ziekenhuizen. De *medium security*, *minimum security*, en *open units* bevinden zich op speciale afdelingen in algemene ziekenhuizen, of op speciale afdelingen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Livingston, 2005).

3 In het kader van dit onderzoek zijn forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Ontario (Penetanguishene) en in British Columbia (Port Coquitlam) bezocht, en zijn met verschillende functionarissen van onder meer deze instellingen en de Review Board interviews gehouden (zie ook bijlage).

### *Ontario*

Het forensisch psychiatrische systeem in Ontario telt ongeveer 600 beveiligde intramurale bedden, die verdeeld zijn over tien provinciale instituten. Ongeveer 400 patiënten wonen buiten het ziekenhuis, waardoor het totale aantal forensisch psychiatrische patiënten rond de 1.000 ligt (Hucker, 2005). Het *Mental Health Centre Penetanguishene* huisvest de *maximum security* unit, *Oak Ridge*, dat 140 bedden heeft en heel Ontario bedient (CAPL, 2006). Daarnaast zijn er nog ongeveer tien *medium* en *minimum security* voorzieningen in de provincie die een lokale of regionale functie hebben.

### *British Columbia*

Het beveiligde *Forensic Psychiatric Hospital Port Coquitlam* in British Columbia heeft 211 bedden en bedient de hele provincie wat betreft alle drie de beveiligingsniveaus. Daarnaast zijn er zes regionale klinieken voor ambulante forensische zorg. Het ziekenhuis in *Port Coquitlam* heeft negen units, vijf beveiligde, drie gesloten en één open unit. De populatie bestaat uit patiënten met (zeer) ernstige psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie (As-I-problematiek) veelal in combinatie met middelenmisbruik of verslaving.

### 3.3.3 *Vormen van intramurale behandeling*

De forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Canada werken met verschillende behandelprogramma's die vooral zijn gericht op (het omgaan met) de stoornis. Omdat de meeste patiënten binnen deze sector aan ernstige psychische stoornissen lijden (met name As-I) maakt het afstemmen van de juiste medicatie een belangrijk deel uit van de behandeling. Hieronder worden enkele behandelprogramma's in het forensisch psychiatrische systeem slechts kort vermeld. De behandelprogramma's die binnen het Canadese gevangenisstelsel worden gebruikt, worden in hoofdstuk 4 meer uitgebreid beschreven. Deze zijn in sterkere mate gericht op het voorkomen van (gewelddadige of seksuele) recidive en daardoor van groter belang voor de onderhavige studie.

### *Ontario*

Penetanguishene kent behalve een *assessment program* waarmee men zich een beeld vormt van de problematiek, onder meer een *structured intervention program* dat gericht is op het bieden van een gestructureerd dagprogramma aan patiënten met een ernstige psychische stoornis (met name As-I), een *independent living program* waarmee men patiënten traint in algemene dagelijkse levensvaardigheden, en een *active socialization program*, dat dagstructuur en activiteiten biedt aan patiënten die geschikt zijn om in een groep samen te leven (Mental Health Centre Penetanguishene, 2006; interviews).

*British Columbia*

Een voorbeeld van een behandelprogramma van de forensisch psychiatrische sector in British Columbia is het door de *Forensic Psychiatric Services Commission* ontwikkelde *Concurrent Disorders Program* voor de (naar schatting 75-80% van de) patiënten die een psychische stoornis hebben (met name As-I) en daarnaast verslavingsproblematiek kennen.

Daarnaast hebben de regionale klinieken van de *Forensic Psychiatric Services Commission* sedert 2002 een *community-based treatment program* voor zedendelinquenten dat gebaseerd is op het *Sex-offender treatment program* van de *Correctional Service Canada* (Forensic Psychiatric Services Commission, 2005). Het programma bestaat uit een combinatie van cognitieve gedragstherapie en een medicatie. Het programma wordt op 18 plaatsen in British Columbia geboden aan mannen die vanwege een zedendelict zijn veroordeeld tot een straf in de *community* met als voorwaarde het volgen van behandeling.

**3.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag***De Review Boards*

Bij personen die *Unfit to Stand Trial* of NCRMD zijn verklaard, houdt de *Review Board* minimaal jaarlijks een hoorzitting over de vraag of de huidige maatregel en eventuele voorwaarden moeten worden verlengd of veranderd (s. 672.81 CCC). De hoorzitting kan daarnaast ook plaatsvinden op verzoek van betrokkene, of van een van de andere partijen (s. 672.82 CCC). Bij de *Unfit* buigt de *Review Board* zich over de vraag of betrokkene nog steeds *unfit* is.

In het geval van NCRMD is de hoofdvraag die beantwoord dient te worden de vraag naar de mate waarin betrokkene nog een gevaar (*significant threat*<sup>4</sup>) vormt voor de maatschappij. Daarnaast spelen de psychische stoornis van betrokkene en de reïntegratie van betrokkene een rol (s. 672.54 CCC).

De taken van de *Review Board* zijn federaal geregeld, onder meer in de *Criminal Code*. De organisatie van de *Review Boards* is aan de provincies, elke provincie heeft een eigen *Review Board*.<sup>5</sup>

Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het schrijven van een rapport naar aanleiding waarvan de *Review Board* de beslissing over verlenging van de maatregel neemt. In dit rapport staan onder andere demografische gegevens, zoals naam en geboortedatum, een omschrijving van het indexdelict, de medische en psychiatrische geschiedenis, het behandelingsucces

4 "Significant threat to the safety of the public: means a real risk of physical or psychological harm to members of the public that is serious in the sense of going beyond the merely trivial or annoying, must be criminal in nature" (annotations *Martin's Criminal Code*, s. 672.54).

5 In het kader van deze studie zijn twee zittingen van de Ontario Review Board bijgewoond.

sinds opname in het ziekenhuis, het niveau van inzicht en motivatie van de patiënt, de mate van verantwoordelijkheid die de patiënt kan dragen en de positie die het ziekenhuis inneemt ten aanzien van de eventuele verlenging van de detentie in het ziekenhuis (Bloom, 2006). Ter zitting wordt verschillend bewijsmateriaal besproken, waaronder het rapport van het ziekenhuis. Er moet een oordeel gevormd worden over de vraag of de beschuldigde nog steeds een *'significant threat'* (s. 672.54 CCC) voor de maatschappij vormt.

De leden van de *Review Board* kunnen vragen om een risicotaxatie op basis van een risicotaxatie-instrument, als de HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997), SVR-20 (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1999), VRAG (Harris & Rice, 1997), SORAG, et cetera, maar er zijn geen wettelijke eisen gesteld aan het bewijsmateriaal of de rapporten die ter zitting besproken moeten worden. Het zitting hebben in de *Review Board* wordt in het algemeen gezien als een interessante ervaring (interviews). Leden worden geworven op basis van ervaring, aanbeveling, belangstelling, ook zijn er wel politieke benoemingen. De betaling is niet hoog, maar veel leden zijn gepensioneerd, waardoor de betaling voor het werk voor de *Review Board* bovenop hun pensioen komt en wel de moeite waard is (interviews).

Er zijn wat verschillen in organisatie tussen de *Review Boards*. Zo nemen in Ontario vrijwel altijd vijf leden zitting in de bespreking van een zaak (een rechter als voorzitter, een vertegenwoordiger van de staat meestal een *Crown prosecutor*, een psychiater, een tweede gedragsdeskundige, een 'leek', een lid van de gemeenschap), terwijl dat er in British Columbia drie zijn (een advocaat of een rechter als voorzitter, een psychiater en één ander lid).

#### *Ontario*

Zo'n 40% van de psychiaters is forensisch psychiatrisch geschoold, 20% heeft enige ervaring met medisch-gerechtelijke zaken, de rest is algemeen psychiater (interview). Op de zitting zijn verder aanwezig: de betrokkene, de advocaat van betrokkene, de psychiater die de patiënt behandelt, en veelal de casemanager van betrokkene. In Ontario wordt vrij veel werk gemaakt van de deskundigheidsbevordering van de leden van de *Board*. Zo zijn er diverse trainingen en bijeenkomsten waarin aan verschillende thema's, zoals correcte interpretatie van risicotaxatie-instrumenten, aandacht wordt geschonken (interview). In Ontario worden jaarlijks ongeveer 950 zaken behandeld (Ontario Review Board, 2002).

#### *British Columbia*

In het fiscale jaar 2004-2005 heeft de *Review Board* van British Columbia 365 personen gezien in 445 verschillende hoorzittingen. Er werden 68 zaken afgesloten, waaronder 52 keer met een onvoorwaardelijk invrijheidstelling, twee maal omdat betrokkene was overleden, elf maal omdat betrokkene niet langer als *Unfit to Stand Trial* beschouwd werd en drie maal om andere redenen. In 2004/2005 werden 57 nieuwe personen *Unfit*

dan wel NCRMD verklaard en deze werden opgenomen in de *caseload* van de *Review Board* (British Columbia Review Board, 2005).

### 3.5 Toezicht en nazorg

Medisch toezicht en nazorg van forensisch psychiatrische patiënten worden verplicht opgelegd. Het meest van belang in het kader van de huidige studie zijn echter programma's die gericht zijn op het voorkomen van gewelddadige delicten en zedendelicten. Deze zijn met name door de *Correctional Service* ontwikkeld en worden beschreven in hoofdstuk 4.

### 3.6 Kosten

#### *Ontario*

Een *high security* bed in *Oak Ridge, Penetanguishene* kost ongeveer 600 Canadese dollars<sup>6</sup> (CAD; per dag € 433), in een *medium security* ziekenhuis kost een plaats ongeveer 500 CAD (€ 361) per dag (interview).

#### *British Columbia*

De *Forensic Psychiatric Services Commission* in British Columbia heeft een budget van 52.865.000 CAD per jaar (€ 38.169.675). Het budget van de *British Columbia Review Board* bedroeg in 2004-2005, 124.127 CAD (€ 89.622; Walter, 2005).

6 Op 31 januari 2006 was de wisselkoers € 1 = CAD 1,385. In het kader van de leesbaarheid zijn de verschillende bedragen omgerekend op basis van deze koers.

## 4 Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel

### 4.1 Wettelijke instrumenten

Personen die veroordeeld zijn voor een gewelddadig (seksueel) delict kunnen worden gedetineerd op basis van een straf met een bepaalde of onbepaalde duur. In dit onderzoek besteden we onder meer aandacht aan de *life sentences*, de *dangerous offender* en *long term offender legislation* (zie ook paragraaf 2.2).

Sinds 1978 is aan 384 personen een *dangerous offender designation* opgelegd (Correctional Service Canada, 2005). Er zijn momenteel ongeveer 336 veroordeelden (peildatum mei 2005) met een *dangerous offender designation*, van wie er 319 gedetineerd zijn en 17 onder toezicht in de maatschappij verblijven. Het betreft uitsluitend mannen. De *dangerous offender designation* wordt ongeveer 20 keer per jaar opgelegd (tabel 2). Van het totale aantal personen met straffen van onbepaalde duur (*dangerous offender designations*) en levenslang gestraften, maken de *dangerous offenders* een relatief klein deel uit (tabel 2). In 2005 (peildatum 10 april) waren er 2.828 personen veroordeeld tot levenslang of een straf van onbepaalde duur (Correctional Service Canada, 2005). Dit betreft 22% van de totale populatie federaal gedetineerden. Van deze veroordeelden was 63% gedetineerd en bevond zich 37% onder toezicht in de maatschappij. Het aantal opleggingen van levenslange straffen en *indeterminate sentences* is sinds 1994 met 26% gedaald. In 1994-95 werden er 194 van dergelijke straffen opgelegd en in 2004-05 in totaal 144 (Correctional Service Canada, 2005). Volgens de *Correctional Service* reflecteert deze daling een algemene daling van de criminaliteit in Canada. Sommigen schrijven deze daling toe aan de vergrijzende bevolking. Daarnaast is het aantal moorden op het moment het laagst sinds 1960 (Dauvergne, 2005). In 2005 waren er circa 300 *long term offenders* van wie er 187 in detentie en 113 onder toezicht in de maatschappij verbleven (peildatum februari, *Correctional Service Canada*, 2005). In januari 2006 was dit gestegen tot 355 *long term offenders* van wie er 209 zijn gedetineerd en 146 zich onder toezicht in de maatschappij bevinden (Correctional Service Canada, 2006). Slechts vier vrouwen hebben een *long term offender designation*. De gemiddelde duur van de *long term supervision order* na afloop van de gevangenisstraf is 8,8 jaar (deze kan voor maximaal tien jaar worden opgelegd).

**Tabel 2 Aantal opleggingen *dangerous offender designation* en totale aantal *indeterminate sentences* per jaar**

jaar	aantal opleggingen <i>dangerous offender</i>	aantal opleggingen <i>life/</i> <i>indeterminate sentence</i>
1994	20	194
1995	20	191
1996	19	200
1997	25	183
1998	18	170
1999	25	162
2000	25	167
2001	29	157
2002	18	144
2003	25	137
2004	13	144

Bron: Public Safety and Emergency Preparedness Portfolio Corrections Statistics Committee (2005)

#### 4.2 Oplegging

Een *dangerous offender designation* kan slechts worden opgelegd nadat deze is aangevraagd door de *Crown prosecutor*. De volgende stap is dat betrokkene een gedragskundig onderzoek ondergaat van 60 dagen (s. 752.1 CCC). Op basis daarvan beslist de *Crown* de vordering voort te zetten of niet. Indien hij daartoe besluit dient de *Attorney General*, tevens Minister van Justitie, daar schriftelijk mee in te stemmen. Bij de besluitvorming buigt het gerecht zich over de vraag of het risico dat betrokkene voor de maatschappij vormt de oplegging rechtvaardigt. Na zeven jaar gevangenisstraf en elke twee jaar daaropvolgend kan betrokkene in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling.

De *long term offender designation* kan als op zichzelf staande vordering worden gebracht, maar kan ook worden opgelegd wanneer de vordering een *dangerous offender designation* betrof, maar het gerecht een *long term offender designation* passender vond. Betrokkene ondergaat in het kader van een *long term offender*-vordering eveneens een gedragskundig onderzoek van 60 dagen (s. 752.1 CCC). Indien de vordering wordt doorgezet dient daarmee de provinciale *Attorney General* schriftelijk in te stemmen. De *National Parole Board* beslist over de eventuele voorwaardelijke invrijheidstelling en legt daarbij voorwaarden op waaronder het toezicht plaatsvindt. Het schenden van voorwaarden is een misdrijf (s. 753.3) waarop maximaal tien jaar gevangenisstraf staat.



### 4.3 Intramuraal verblijf

#### 4.3.1 Verantwoordelijke instanties

De *Correctional Service Canada* (CSC)<sup>7</sup> is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen voor gedetineerden die een straf van twee of meer jaar opgelegd hebben gekregen.<sup>8</sup> Dat wil zeggen dat de verantwoordelijkheid van de *Correctional Service Canada* begint op het moment dat de rechtszaak geweest is en de straftoemeting bekend is. De *Correctional Service Canada* opereert op landelijk niveau (*federal*), in tegenstelling tot de provinciale *Correctional Branches*, die verantwoordelijk zijn voor de gedetineerden die een straf van minder dan twee jaar opgelegd gekregen hebben. De populatie *federal offenders* maakt 40% uit van de totale populatie gedetineerden in Canada. In de onderhavige rapportage wordt alleen het federale gevangenisstelsel besproken, gezien de relevantie voor de doelgroep van dit onderzoek. In de provinciale systemen zijn over het algemeen de delinquenten met de minder ernstige delicten opgenomen, die korter dan twee jaar gestraft zijn. De *Correctional Service Canada* valt onder het *Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness*. Canada is door de *Correctional Service Canada* onderverdeeld in vijf administratieve regio's, waarin diverse zaken regionaal geregeld worden (Atlantic Region, Quebec Region, Ontario region, Prairie region en Pacific Region). Het landelijke hoofdkantoor van de *Correctional Service Canada* bevindt zich in Ottawa. Daarnaast heeft elke regio haar eigen regiokantoor. Elke regio valt onder de verantwoordelijkheid van de landelijke *Correctional Service Canada*, maar het kan voorkomen dat de zaken iets anders geregeld zijn, afhankelijk van de regio waarin men zich bevindt. De *Correctional Service Canada* is naast de tenuitvoerlegging van intramurale gevangenisstraffen ook belast met het toezicht van gedetineerden die zich in de gemeenschap bevinden (LaRose, 2006).

De volgende vier hoofdactiviteiten karakteriseren de aanpak van de CSC (LaRose, 2006):

- 1 een uitgebreide *assessment*, gericht op het identificeren van de *security risk and needs* en een plaatsing in een instelling met een adequaat beveiligingsniveau;
- 2 institutionele accommodatie en interventie die gericht is op het aanpakken van het individuele risico op recidive. Hieronder valt ook

7 De missie van de Correctional Service Canada luidt: "The Correctional Service of Canada, as part of the criminal justice system and respecting the rule of law, contributes to the protection of society by actively encouraging and assisting offenders to become law-abiding citizens, while exercising reasonable, safe, secure and humane control" (LaRose, 2006, p. 4).

8 In het kader van dit onderzoek zijn het Regional Treatment Centre in Kingston Penitentiary (Ontario) en de gevangenis en het Regional Treatment Centre Abbotsford Penitentiary (British Columbia) bezocht.

het aanbieden van *research based* programma's die aangetoond hebben dat ze het risico op recidive reduceren;

- 3 hernieuwde assessment van de risico's op specifieke momenten in de tijd om de vooruitgang in het *correctional plan* te meten en eventueel aanbevelingen te doen voor veranderingen hierin;
- 4 de periode van toezicht in de gemeenschap dient interventies en programma's te bevatten die voortborduren op de programma's en interventies die een gedetineerde reeds in de gevangenis gehad heeft.

De vier hoofdactiviteiten zullen in de hieronder volgende bespreking van het gevangenisstelsel nader aan de orde komen.

#### 4.3.2 Voorzieningen

Er zijn 58 federale penitentiaire instellingen. Deze gevangenisinstellingen hebben verschillende niveaus van beveiliging: *maximum*, *medium* of *minimum*. Elk van de vijf administratieve regio's (met uitzondering van de *territories*) heeft ten minste één gevangenis van elk niveau van beveiliging. De 58 instituten zijn als volgt ingedeeld (LaRose, 2006):

- 8 gevangenisinstellingen met het hoogste niveau van beveiliging;
- 18 gevangenisinstellingen met een gemiddeld niveau van beveiliging;
- 18 gevangenisinstellingen met een minimaal niveau van beveiliging;
- 8 gevangenisinstellingen met meerdere niveaus van beveiliging;
- 1 gevangenisinstelling met een minimaal niveau van beveiliging voor vrouwelijke gedetineerden;
- 5 gevangenisinstellingen met meerdere niveaus van beveiliging voor vrouwen.

De totale capaciteit van het federale gevangenisstelsel is 13.876 plaatsen voor mannen en 458 plaatsen voor vrouwen. In april 2005 waren er 12.624 gedetineerden in de diverse gevangenisinstellingen te vinden en 6.656 gedetineerden verbleven onder toezicht in de gemeenschap (Correctional Service Canada, 2005). De gemiddelde duur van de straf is 3,2 jaar.

Een aanzienlijk aantal gedetineerden heeft een psychiatrisch verleden. Bij opname heeft 16% van de mannen en 40% van de vrouwen een opname in een instelling voor geestelijke gezondheid in zijn/haar voorgeschiedenis, 11% van de gedetineerden heeft een actuele psychiatrische diagnose en 80% van de gedetineerden heeft alcohol en/of drugs misbruikt (Correctional Service Canada, 2005; LaRose, 2005).

#### 4.3.3 Vormen van intramurale behandeling

##### *Assessment procedure*

Bij elke gedetineerde in het federale systeem vindt bij binnenkomst in de gevangenis een uitgebreid onderzoek plaats, de zogenoemde *Offender Intake Assessment* (OIA). In de *assessment* wordt informatie uit verschillende bronnen vastgelegd en geïntegreerd, zoals informatie uit

zelfrapportage, uit interviews en uit dossiers. Deze informatie is afkomstig van verschillende bronnen, waaronder de gedetineerde zelf, de politie, de rechtbank, familieleden van de gedetineerde, werkgevers van de gedetineerde, et cetera. Aan de hand van een eerste *screening* wordt vastgesteld of het noodzakelijk is dat er een aanvullende (psychologische, of specifiekere) *assessment* gedaan wordt.

Aan de hand van alle verzamelde informatie wordt een rapport opgesteld, waarin diverse statische en dynamische risicofactoren besproken worden, de *risks and needs analysis*. Zo komen bijvoorbeeld factoren als de werksituatie, de burgerlijke staat, middelenmisbruik, en persoonlijke en emotionele ontwikkeling aan de orde. Met behulp van dit rapport wordt een individueel *Correctional Plan* opgesteld. Hierin wordt nogmaals een overzicht van de *assessment* gegeven en worden zaken besproken als reïntegratiemogelijkheden en wordt een tijdspad uitgestippeld (Motiuk, 2000). Ook staat hierin welke programma's de gedetineerde dient te volgen en welke risico's en behoeften (*risks and needs analysis*) van de gedetineerde zijn vastgesteld en waar de interventie zich op dient te richten (LaRose, 2006).

De individuele *assessment* wordt in een centrale database vastgelegd, die de basis vormt voor het onderzoek dat door Larry Motiuk en zijn onderzoeksgroep (*Correctional Service Canada*) gedaan wordt. Door deze onderzoeksgroep is het *Offender Management System* (OMS) opgezet. Dit is een computersysteem waarin *Correctional Service Canada* en alle justitiële partners van *Correctional Service Canada*, zoals de *National Parole Board*, over elke federaal gedetineerde informatie kunnen opslaan en inzien. Zo staat hier, naast de informatie uit de *intake assessment*, bijvoorbeeld in welke programma's een gedetineerde gevolgd heeft, of hij deze afgemaakt heeft, of hij betrokken was bij incidenten, onder welke condities hij (indien van toepassing) voorwaardelijke invrijheidstelling heeft gekregen, op welke manier hij vrijgelaten is, enzovoorts (interview).

#### *Behandelprogramma's*

Canada kent een aanzienlijk aantal behandelprogramma's binnen het gevangenisstelsel van langer dan twee jaar gestraften. Alle programma's zijn gericht op een zo goed mogelijke reïntegratie van de gedetineerde. De verschillende programma's kunnen op verschillende niveaus van intensiteit worden aangeboden. De intensiteit van een programma heeft vooral te maken met de tijdsduur in maanden en in uren therapie. De onderscheiden niveaus zijn *high intensity*, *moderate intensity*, *low intensity*, en *maintenance*. Het juiste niveau van beveiliging wordt bepaald aan de hand van een *risk and needs analysis* (analyse van risico's en behoeften). Voor het intensief volgen van een programma (*high intensity*) wordt een gedetineerde voor de duur van het programma overgeplaatst naar een *Regional Treatment Centre* (RTC), dat zich in een penitentiaire instelling bevindt, daarna gaat hij weer terug naar de instelling van herkomst. In

de inrichting van herkomst is het mogelijk om een onderhoudsversie van het reeds gevolgde programma te volgen (*maintenance*). Ook kan een gedetineerde voor verscheidene programma's geïndiceerd worden. Op deze manier kan de gedetineerde langdurig verschillende programma's volgen. Dit onderhoud kan doorlopen tot in de gemeenschap, een dergelijk programma wordt een *Community Maintenance Program* genoemd. Tabel 3 biedt een overzicht van de verschillende behandelniveaus en de kenmerken daarvan.

**Tabel 3 Kenmerken behandelprogramma's in het Canadese gevangenisstelsel**

populatie	intensiteit	gemiddelde duur	groep setting
algehele risico	behoefden		
hoog	hoog of matig tot hoog	<i>hoog</i>	minimaal 15 tot 36 weken; minimaal 10 tot 15 uur per week
matig tot hoog	matig tot laag	<i>matig</i>	gesloten of open groepen; 2 bewaarders
matig	matig		gesloten of open groepen; 1 of 2 bewaarders afhankelijk van de programmahandleiding
matig tot laag	matig tot hoog		
matig tot laag en laag	laag of matig tot laag	<i>laag</i>	tussen de 5 en 25 weken; 5 tot 15 uur per week
gedetineerden die het programma afronden; gedetineerden met matig tot hoog risiconiveau		<i>onderhoud</i>	tussen 1 en 6 maanden; 2 tot 6 uur per week
			gesloten of open groepen; 1 bewaarder
			open groepen, 1 bewaarder
			duur en frequentie bepaald door bewaarder na overleg met parolerofficer

Bron: Correctional Service Canada (2003, pp. 11-12).

De belangrijkste behandelprogramma's hebben als thema cognitieve vaardigheden, woedebeheersing, gewelddadig gedrag, middelenmisbruik, seksuele delicten, huiselijk geweld en onderwijs. In tabel 4 worden verschillende behandelprogramma's per thema genoemd. Echter, van sommige programma's bestaan meerdere geaccrediteerde versies, zoals een *high intensity family violence program* en een *moderate intensity violence prevention program*, die in de tabel slechts eenmaal onder de noemer *family violence prevention program* voorkomen. De tabel omvat geen uitputtende opsomming, maar geeft wel aan hoeveel versies van welk programma bestaan (aantallen staan tussen haakjes). Van de niet-geaccrediteerde programma's is er van elk type één.

**Tabel 4 Behandelprogramma's binnen het Canadese gevangenisstelsel**

geaccrediteerd	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Family Violence Prevention</i> (2)</li> <li>- <i>Sex Offender Program</i> (8)</li> <li>- <i>National Substance Abuse Program</i> (3)</li> <li>- <i>Violence Prevention Program</i> (1)</li> <li>- <i>Aggressive Behavior Control Program</i> (1)</li> <li>- <i>Reasoning and Rehabilitation</i> (1)</li> <li>- <i>Cognitive Skills Maintenance</i> (1)</li> <li>- <i>Anger and Emotions Management</i> (2)</li> <li>- <i>Counter-Point Program</i> (cognitieve gedragstherapie gericht op het vervangen van pro-criminele opvattingen door pro-sociale opvattingen; 1)</li> </ul>
niet geaccrediteerd	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Violence Prevention Program Plus</i></li> <li>- <i>Community Maintenance Program</i></li> <li>- Speciaal voor vrouwen: <i>Women Offender Relapse Prevention/Maintenance Program</i>; <i>Sex Offender Therapy for Women</i>; <i>Women Offender Substance Abuse Program</i></li> <li>- Speciaal voor first nations: <i>Tupiq Program for Inuit offenders</i>; <i>In Search of your Warrior</i>; <i>Spirit of your Warrior</i>; <i>Aboriginal Offender Substance Abuse Program</i>; <i>Aboriginal High Intensity Family Violence Prevention Program</i>; <i>National Aboriginal Basic Healing Program</i>; <i>Circles of Change Program</i></li> <li>- Sociale programma's: <i>Community Integration Program</i>; <i>Parenting Skills Education Program</i>; <i>Leisure Skills Program</i>; <i>Lifeline Program</i></li> </ul>

Bron: Correctional Service Canada (2004)

De *Correctional Service* kent ten behoeve van de programma's een accreditatieprocedure. Deze is sedert ongeveer vier jaar ingevoerd. Hierbij wordt het design van het behandelprogramma beoordeeld door een internationaal panel van experts en wordt door teams van de *Correctional Service* een audit ter plaatse uitgevoerd met betrekking tot de wijze waarop het programma wordt uitgevoerd. De criteria aan de hand waarvan een programma wordt beoordeeld zijn: 1) een expliciet, empirisch model van verandering, 2) gericht op de *criminogenic needs* (risicofactoren voor crimineel gedrag), 3) gebruik van effectieve methoden, 4) gericht op vaardigheden, 5) gericht op *responsivity issues*, zoals de mate waarin de cliënten gemotiveerd zijn, 6) intensiteit van het programma, 7) continuïteit van zorg, 8) monitoring en evaluatie. In een onderzoek naar recidive van alle ontslagen federaal gedetineerden in drie cohorten (1994/95; 1995/96 en 1996/97) werden algemene recidivecijfers gevonden van respectievelijk 44,0%, 42,8% en 40,6%. Daarbij werd elke nieuwe veroordeling (gewelddadig en niet-gewelddadig) binnen twee jaar na ontslag uit de penitentiaire inrichting meegeteld. Voor geweldadige recidive werd een percentage van ongeveer 13% in alle cohorten gevonden. Recidive met een seksueel delict kwam weinig voor, 0,7 tot 1,7% van de nieuwe veroordelingen betrof een seksueel delict (Bonta, Dauvergne, & Rugge, 2003). Overige recidivecijfers, gekoppeld aan het volgen van een bepaald programma, worden hieronder weergegeven.

#### *Voorbeelden van behandelprogramma's*

Hieronder worden vanwege de relevantie voor de doelgroep van het onderhavige onderzoek twee geaccrediteerde behandelprogramma's nader toegelicht, een *Sex Offender Program* (SOP) en het *Violence Prevention Program* (VPP).

#### *High Intensity Sex Offender Program*

Op vier locaties in Canada wordt een *High Intensity Sex Offender Program* aangeboden (Correctional Service Canada, 2004). Het programma dat hier besproken wordt, wordt in het *Regional Treatment Centre* (RTC) in *Kingston Penitentiary*, Ontario aangeboden. *Kingston Penitentiary* is een gevangenis met het hoogste niveau van beveiliging. Er is in het *High Intensity Sex Offender*-programma in deze instelling plaats voor de behandeling van 34 gedetineerden tegelijkertijd. Het *Moderate Intensity Sex Offender Program* wordt aangeboden in acht verschillende minder streng beveiligde instellingen in het land.

#### *Selectiecriteria*

Voor het programma komen in aanmerking de gedetineerden die een score van vier of meer hebben op een risicotaxatie-instrument (de Static-99; Hanson & Thornton, 1999) en die tevens veroordeeld zijn voor een seksueel delict, of veroordeeld zijn voor een delict met een seksueel motief, dan wel toegegeven hebben dat ze een seksueel delict gepleegd hebben, maar daarvoor niet veroordeeld zijn.

De behandeling richt zich op een persoonlijke/emotionele oriëntatie, attitudes, sociale interactie en functioneren in de maatschappij. Meer in het bijzonder worden de volgende doelstellingen van het programma genoemd: het vergroten van het inzicht in seksueel delictgedrag, het vergroten van het inzicht in de impact van seksueel delictgedrag op slachtoffers, het begrijpen van de invloed van attitudes, waarden, opvattingen, cognitieve processen en emoties op elkaar, op gedrag in het algemeen en op het delictgedrag in het bijzonder; het opstellen van een risicopreventieplan om recidive met een seksueel delict te voorkomen en het vergroten van de vaardigheden om dit risico zelf onder controle te houden.

De instrumenten die men gebruikt bij het behandelprogramma dienen ten dele voor diagnostiek en ten dele om de voortgang van betrokkene in kaart te brengen, de *Program Performance Measures* zijn enkele risicotaxatie-instrumenten met betrekking tot (seksueel) gewelddadig gedrag, zoals de Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) en de *Violence Risk Scale: Sex Offender Version*; en de Penile Plethysmograph (PPG). Dit is een methode waarmee de respons van een persoon op bepaalde stimuli in kaart gebracht kan worden. Betrokkene krijgt een bandje om de penis en krijgt verschillende beelden/geluiden gepresenteerd, die bijvoorbeeld betrekking hebben op seks met personen van verschillende leeftijd en

geslacht. De veranderingen in de omvang van de penis worden gezien als een indicatie voor de mate van opwinding die zich bij de diverse stimuli voordoet. Volgens verschillende Noord-Amerikaanse onderzoekers levert deze methode de meest betrouwbare informatie over de seksuele gerichtheid van iemand.

Het programma duurt in totaal negen maanden, waarin men gemiddeld 15 uur per week groepstherapie volgt, met een totale duur van 408 uur therapie. Daarnaast worden twee tot vier weken besteed aan diagnostiek en werd in het RTC in Kingston ook een pauze van twee weken in het programma ingelast.

#### *Recidive*

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de recidive van gedetineerden die in dit specifieke behandelcentrum zijn behandeld. In een studie van Looman, Hammond, en Abracen (ter publicatie ingediend) werd een groep van 351 ex-gedetineerden die in het RTC het *high intensity sex offender* behandelprogramma gevolgd hadden gevolgd. Er werd een recidivepercentage van 9,7% voor een seksueel delict (follow-up  $M = 5.37$  jaar,  $SD = 3.11$ ) en een percentage van 27,1% voor niet-seksuele geweldadige recidive (follow-up  $M = 4.76$  jaar;  $SD = 3.26$ ) gevonden. Looman, Abracen en Nicholaichuk (2000) vergeleken een groep behandelde zedendelinquenten met een controlegroep van onbehandelde zedendelinquenten. De groepen werden gematcht<sup>9</sup> op onder meer het aantal eerdere veroordelingen. Voor de behandelde groep was de gemiddelde follow-up periode 10,3 jaar ( $SD = 3.7$ ), voor de onbehandelde groep was dit 9,7 ( $SD = 4.4$ ). Van de onbehandelde groep recidiveerde een hoger percentage (51,7%) dan van de behandelde groep (23,6%), terwijl de recidivecijfers met betrekking tot de niet-seksuele delicten tussen de groepen niet significant verschilden.

#### *High Intensity Violence Prevention Program*

Dit programma wordt in 16 verschillende instellingen door het gehele land gegeven (Correctional Service Canada, 2004). Voor het programma komen in aanmerking gedetineerden die (1) op de *Statistical Information on Recidivism Scale* (SIR) in de twee hoogste groepen van recidive scoren en (2) tweemaal of vaker zijn veroordeeld wegens een *violent offender offence* en/of moord.

De behandeling richt zich op persoonlijke/emotionele oriëntatie, algemene attitudes, sociale interactie en het functioneren in de maatschappij. De doelstellingen van het programma zijn onder meer: het vergroten van de motivatie voor persoonlijke pro-sociale verandering, het

<sup>9</sup> Matchen wil zeggen dat ervoor gezorgd wordt dat de twee groepen op deze kenmerken niet van elkaar verschilden. Een eventueel verschil in recidivecijfers kan dan niet aan een op voorhand bestaand verschil in deze kenmerken worden toegeschreven.

begrijpen van het persoonlijke model van geweld, het ontwikkelen van vaardigheden om woede en stress te hanteren, effectieve zelfregulatie-strategieën aanleren, en het ontwikkelen van een terugvalpreventieplan. De instrumenten die men gebruikt bij de behandeling, voor diagnostiek aan het begin en om de vooruitgang van betrokkene te meten zijn: een risicotaxatie-instrument met betrekking tot gewelddadig gedrag (*Violence Risk Scale*); instrumenten om verschillende kenmerken van de persoon en aspecten van het sociale en agressieve gedrag te meten, namelijk de mate van het geven van sociaal wenselijke antwoorden (*Balanced Inventory of Desirable Responding*), impulsiviteit (*Impulsivity Test*), de reactie op provocatie (*Reaction to Provocation; NOVACO*), en agressie (*Buss-Perry Aggression Questionnaire*).

Het programma duurt in principe vier maanden en omvat 94 groeps-sessies van elk twee uur en daar bovenop minimaal vier individuele sessies. Er worden niet meer dan zes sessies per week gepland.

In een tweetal studies werd de effectiviteit van het *Violence Prevention Program* onderzocht. In het eerste onderzoek bleek het programma gerelateerd aan een positieve verandering op de meeste dynamische risicofactoren en verschillende zelfrapportagelijsten. In het tweede onderzoek werd een groep gedetineerden die het programma afgerond had (332 personen) vergeleken met een gematchte controlegroep (466 personen) die het programma niet gevolgd had. Gedetineerden uit de groep die het programma afgerond had, bleken minder vaak betrokken te zijn bij incidenten in de instelling (gevangenis) en recidiveerden binnen een follow-up periode van ongeveer een jaar minder vaak dan gedetineerden die het programma niet hadden gevolgd (Cortoni & Nunes, 2005).

#### 4.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag

##### *De National Parole Board*

De *National Parole Board*<sup>10</sup> is verantwoordelijk voor beslissingen over verlof en voorwaardelijke invrijheidstelling van federaal gedetineerden in het gehele land<sup>11</sup> (*Part II, Corrections and Conditional Release Act*).

De *National Parole Board* is een onafhankelijk orgaan dat valt onder het *Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness*. De Minister heeft officieel echter geen macht om zich te bemoeien met de leden van de

10 De missie van de *National Parole Board* luidt (Collette, p. 3):

'The National Parole Board, as part of the Criminal Justice System, makes independent, quality conditional release and pardon decisions and clemency recommendations. The Board contributes to the protection of society by facilitating as appropriate, the timely reintegration of offenders as law-abiding citizens.'

11 In de provincies British Columbia, Ontario en Québec is er een aparte *Parole Board* voor de provinciaal gedetineerden, de *Provincial Parole Board*. In de provincies waar geen aparte provinciale *Parole Board* is, is de *National Parole Board* ook belast met de vervroegde invrijheidstelling van provinciaal gedetineerden (Collette).



*National Parole Board*, of met het beslissingsproces. De Minister van Justitie wordt dan ook niet verantwoordelijk gehouden voor de beslissingen van de *Parole Board* (National Parole Board, 2004).

De *National Parole Board* heeft in totaal 95 leden, waarvan 45 fulltime en 50 parttime. Daarnaast zijn 225 werknemers betrokken bij de *National Parole Board*, die zich vooral met organisatorische en administratieve zaken bezighouden. De leden van de *Parole Board* zijn leken. De leden worden geworven via een sollicitatieprocedure en worden geselecteerd op onder meer hun achtergrond. Zo zijn er leden afkomstig uit het *correctional field*, beleidsmakers, psychologen, juristen, of politiefunctionarissen. De *National Parole Board* houdt de sollicitatiegesprekken en doet aanbevelingen aan de *Provincial Solicitor General*, die de beslissing neemt (National Parole Board, 2003).

De *Parole Board* kan besluiten iemand die gezien de strafduur in aanmerking komt voor voorwaardelijke invrijheidstelling, geen voorwaardelijke invrijheidstelling toe te kennen omdat betrokkene nog een te groot risico vormt voor de maatschappij. De *Parole Board* kan een gedetineerde die voorwaardelijk in vrijheid is gesteld, terugroepen wanneer hij de voorwaarden schendt (s. 135 lid 1 CCRA) en op ieder ander moment wanneer de *Board* van mening is dat voortzetting een te groot risico voor de maatschappij inhoudt (s. 135 lid 7 CCRA).

De mogelijkheden voor verlof en (voorwaardelijke) invrijheidstelling zijn:

- 1 *Temporary Absence: escorted (ETA) and unescorted (UTA)*; hierbij gaat het in de meeste gevallen om verlof om buiten de instelling te werken, de meeste van deze verloven vallen onder de verantwoordelijkheid van de *Correctional Service*.
- 2 *Day Parole*; betrokkene verblijft in een voorziening buiten de gevangenis, bijvoorbeeld een *half way house* en volgt een behandelprogramma of werkt ter voorbereiding op *full parole*.
- 3 *Full Parole*; betrokkene woont in een eigen woning onder toezicht van de NPB voor de rest van de straftijd.
- 4 *Statutory Release*; op twee derde van de strafduur wordt betrokkene op wettelijke basis in vrijheid gesteld onder toezicht tot de straftijd voorbij is, tenzij betrokkene voor de rest van de strafduur een *detention order* krijgt omdat de *Parole Board* het risico voor de maatschappij te groot acht bij het vrijkomen van betrokkene.

#### *Conditie bij voorwaardelijke invrijheidstelling*

De *Parole Board* kan betrokkene voorwaarden opleggen. Een voorwaarde mag alleen opgelegd worden indien er een direct verband is met het risico van het plegen van delicten en indien deze noodzakelijk wordt geacht om het risico van recidive te voorkomen. Voorbeelden van condities zijn: een verbod op gebruik van alcohol of drugs, een verbod om contact te onderhouden met bepaalde anderen (bijvoorbeeld personen uit de drugscene, of voormalige slachtoffers) of het wonen in een aangewezen

instelling. Indien een gedetineerde zich niet aan de voorwaarden houdt, kan hij direct worden teruggeroepen naar de gevangenis (*revocation*). De indruk bestaat dat men in Canada in het geval van overtredingen vrij snel overgaat op een dergelijke terugroeping, tenzij een schending aantoonbaar per ongeluk is opgetreden (interviews).

#### *Gang van zaken bij een zitting van de Parole Board*

De gedetineerde wordt binnen zes maanden na zijn binnenkomst in de gevangenis op de hoogte gesteld van de data waarop hij in aanmerking komt voor de verschillende vormen van verlof (*parole eligibility dates*). De *Correctional Service* is verantwoordelijk voor het voorbereiden van een zitting van de *National Parole Board* en zorgt dat het dossier de meest recente informatie bevat (National Parole Board, 2003). Op de zitting van de *National Parole Board* zijn twee of drie leden van de *National Parole Board* aanwezig. Daarnaast zijn er de gedetineerde, een *Parole Officer* van de *Correctional Service Canada*, eventueel een vertrouwenspersoon of assistent van de betrokkene, en mogelijk getuigen of slachtoffers van de gedetineerde.

De leden van de *National Parole Board* nemen kennis van het dossier en eventuele andere informatie over de gedetineerde. Ten tijde van de bijeenkomst bevragen ze de gedetineerde. De beslissing wordt op de zitting genomen en direct aan de gedetineerde meegedeeld. Een geschreven beslissing met daarbij een omschrijving van de redenen achter het besluit volgt later. Het besluit wordt genomen op basis van een inschatting en analyse met betrekking tot de vraag: *'Whether or not release of the offender will constitute an undue risk to society and whether release of the offender will contribute to the protection of society by facilitating his/her reintegration into society as a law-abiding citizen'* (National Parole Board, 2005 Hoofdstuk 2, p.1).

De gedetineerde mag geen *undue risk* (overmatig, buitensporig) vormen. De mate van risico wordt grotendeels ingeschat door het bestuderen van het dossier. Er wordt geen formele risicotaxatie gedaan, er wordt meer gekeken naar bewijs voor of tegen geweld in het verleden, bijvoorbeeld in zijn delictgeschiedenis of in zijn gedrag tijdens detentie. De gedetineerde heeft het recht om tegen de beslissing van de *National Parole Board* in beroep te gaan bij de *National Parole Board Appeal Division* in Ottawa, eveneens onderdeel van de *National Parole Board* (National Parole Board, 2005).

Er worden specifieke eisen gesteld aan de informatie die de *National Parole Board* moet bestuderen. Grofweg omvat deze informatie de volgende aspecten:

- 1 de criminele en sociale voorgeschiedenis van de gedetineerde;
- 2 het functioneren en de houding van de gedetineerde tijdens zijn detentie, welke een veranderde houding dient weer te geven; dit omvat onder andere professionele rapporten en relevante actuariële schalen en de resultaten van erkende interventies (behandelprogramma's);

3 het *release plan* en de *community management strategy*. Deze worden nader besproken in paragraaf 4.5.2.

#### *Statistiek*

In 2003-2004 werden 21.000 beslissingen over voorwaardelijke invrijheidstelling genomen. Het percentage toezeggingen van *parole* is afhankelijk van het type *parole*: van de 4.395 zaken die over *day parole* gingen, werd 74% positief besloten (dat wil zeggen, de gedetineerde werd deze vorm van *parole* toegezegd). Van de 3.917 zaken die over *full parole* gingen, werd 47% positief besloten. Wat betreft de *revocation rates*, het aantal herroepingen van degenen die met *day parole* waren, werd in 84,7% van de gevallen correct beëindigd, dat wil zeggen dat ze geen conditie overtraden of een nieuw delict pleegden. In 11,7% van de zaken werd betrokkene opnieuw veroordeeld voor het schenden van een voorwaarde, 3,2% pleegde een nieuw niet-gewelddadig delict en 0,4% pleegde een nieuw gewelddadig delict. Bij personen die met *full parole* waren, werden recidive percentages gevonden van 19% voor het schenden van een voorwaarde, 7,1% pleegde opnieuw een niet-gewelddadig delict en 0,8% pleegde opnieuw een gewelddadig delict (National Parole Board, 2005).

### **4.5 Toezicht en nazorg**

De belangrijkste titels waaronder toezicht na detentie in de maatschappij kan plaatsvinden zijn voorwaardelijke invrijheidstelling bij een straf van beperkte duur of bij een levenslange straf, de *long term supervision order* en de *Peace Bond* (zie ook hoofdstuk 2).

#### *4.5.1 Verantwoordelijke instanties*

De *Correctional Service* is verantwoordelijk voor het toezicht in verband met opgelegde voorwaarden en de begeleiding van veroordeelden die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld en voor degenen met een *long term supervision order* (s. 5 CCRA). De *Correctional Service* beschikt over richtlijnen voor de praktische uitvoering van dit toezicht (Correctional Service Canada, 2002; 2003; 2005).

Het toezicht wordt uitgevoerd volgens een casemanagementbenadering waarbij indien relevant ook de politie, psychologen en anderen zijn betrokken (LaRose, 2006). De *Correctional Service* heeft *parole officers* in dienst die regelmatig contact met de gedetineerde onderhouden, de frequentie daarvan wordt gebaseerd op de *assessment* van betrokkene. De betrokkene kan als voorwaarde deelname aan een behandelprogramma opgelegd krijgen. Een aantal van de intramurale behandelprogramma's van de *Correctional Service* kan buiten worden voortgezet of onderhouden worden. De *Correctional Service* heeft verschillende faciliteiten in de maatschap-

pij, zoals *Community Correctional Centres* (bijvoorbeeld in Hamilton) waar ook behandelprogramma's worden gegeven of voortgezet. Hier komen bijvoorbeeld degenen met een *long term supervision order* voor zes maanden tot een jaar na vrijlating en krijgen geleidelijk steeds meer vrijheden. In Ottawa zijn ook enkele *Community Residential Facilities*. Deze worden privé gerund, maar *Correctional Service Canada* koopt/betaalt enkele plaatsen.

In 2004/05 werd 1% van de gedetineerden onder *community supervision* opnieuw veroordeeld voor een gewelddadig misdrijf en werd 5% opnieuw veroordeeld voor een niet-gewelddadig misdrijf. 94% volbracht zijn *community supervision* tijd succesvol. Elk jaar bereiken ongeveer 4.500 gedetineerden het einde van hun straf en ongeveer 90% hiervan komt niet terug bij de *Correctional Service* gedurende twee jaar (LaRose, 2006).

#### 4.5.2 Vormen van toezicht en nazorg

Het *Release Plan* en de *Community Management Strategy* (vrijlatingsplan) worden hieronder nader besproken. Het *Release Plan* speelt een belangrijke rol in de voorwaardelijke invrijheidstelling. De behoeften (needs) die in de *assessment*-fase zijn aangemerkt, moeten in het *Release Plan* worden opgenomen. Dit betreft informatie als plaats van huisvesting; beschikbaarheid en noodzaak tot het volgen van behandel- of onderhoudsprogramma's; regelingen met betrekking tot werk of opleiding; aanvullende ondersteuning die voor de ex-gedetineerden beschikbaar zijn zoals *Alcohol Anonymous* (AA)-groepen; *Circles of Support* (zie hieronder); overbruggingsprogramma's; familieleden, et cetera. Daarnaast worden de stressoren die voor de ex-gedetineerden mogelijk een rol spelen expliciet genoemd, evenals de mogelijkheden tot ingrijpen indien deze stressoren zich voordoen. Ook de plaatsen waar een gedetineerde eventueel niet mag komen in verband met een verzoek van het slachtoffer of ter voorkoming van een nieuw misdrijf komen aan de orde. Op deze manier wordt geprobeerd de ex-gedetineerde op een zo veilig mogelijke manier te reïntegreren (National Parole Board, 2005).

Het *National Flagging System* waarbij personen met ernstige gewelds- of zedendelicten worden gemarkeerd in de databestanden van de *Correctional Service*, is bedoeld om de *Crown* te helpen effectiever om te gaan met zaken van *high risk offenders*, en in deze zaken vaker een *dangerous* of *long term offender designation* te vorderen. Het systeem bleek bij evaluatie vrij succesvol in het identificeren van degenen die geneigd waren te recidiveren (Bonta & Yessine, 2005), dit leidde echter niet tot het in meer gevallen vorderen van *dangerous* of *long term offender designations*. Daartoe zouden volgens Bonta en Yessine mogelijk richtlijnen voor het screenen en monitoren van *high risk offenders* behulpzaam kunnen zijn.

British Columbia kent binnen de provinciale *Corrections Branch* het *High Risk Violent Offender Identification Program*. Evenals bij het *National Flagging System* houdt dit in dat in een aantal bestanden met gegevens van veroordeelden de zaken van mogelijke *high risk offenders* worden gemarkeerd, met het doel de officier van justitie attent te maken op de informatie over betrokkene en om aan deze zaken extra aandacht te besteden als betrokkene aan het einde van zijn straftijd komt. Dit betreft bijvoorbeeld personen die meermalen zijn veroordeeld waaronder voor gewelds- of zedendelicten, die afkomstig kunnen zijn uit zowel het federale als het provinciale gevangenisstelsel. De databestanden die men daarbij gebruikt zijn: het *Criminal Justice Branch Program*, waarvan de *Crown Prosecutors* in British Columbia gebruikmaken, en de nationale en provinciale *Corrections databases*.

Wanneer een als *high risk* gemarkeerde *offender* aan het einde van zijn straftijd komt, bekijkt een *High Risk Recognizance Advisory Committee* (HRRAC) de zaak en adviseert de officier van justitie en de politie over het al dan niet aanvragen van een *Peace Bond* en over de daarbij te vragen voorwaarden. In het comité hebben zitting het hoofd van het *High Risk Violent Offender Identification Program*, de politie, een *prosecutor*, de *Correctional Service*, eventuele behandelaars van betrokkene, en de *Victim Services*. In het jaar 2004 behandelde men ongeveer 40 zaken (interview). Hieronder worden drie voorbeelden van toezicht na gevangenisstraf nader besproken.

#### *Circles Of Support and Accountability (COSA)*

In Canada bestaan sinds 1994 de zogenoemde *Circles of Support and Accountability (COSA)*.<sup>12</sup> Het initiatief voor het oprichten van COSA lag bij een pastor die vond dat vrijgekomen ex-gedetineerden een kans tot veilige reïntegratie in de maatschappij zouden moeten krijgen. COSA valt tegenwoordig onder de verantwoordelijkheid van de *Correctional Service Canada*.

Het principe van *accountability* speelt binnen COSA een belangrijke rol. In principe wordt van de ex-gedetineerde verwacht dat hij verantwoording aan zijn COSA aflegt voor hetgeen hij doet, maar het werkt ook andersom, de leden van de COSA dienen verantwoording af te leggen aan de ex-gedetineerde over hun gedrag. Alle partijen dienen zich aan gemaakte afspraken te houden en dienen zich verantwoordelijk te gedragen. Indien iemand zich niet aan de afspraken houdt, kan hij aangesproken worden op zijn gedrag. Belangrijke uitgangspunten daarbij zijn openheid en vriendschap.

12 De missie van COSA luidt 'To substantially reduce the risk of future sexual victimization of community members by assisting and supporting released men in their task of integrating with the community and leading responsible, productive, and accountable lives' (Wilson, Picheca, & Prinzo, 2005, p. 1).

*Doelgroep*

COSA richt zich in principe vooral op gedetineerden die aan het einde van hun intramurale straf gekomen zijn (*warrant expiry date*) en niet in aanmerking gekomen zijn voor voorwaardelijke invrijheidstelling (*parole*), omdat dat een te groot risico voor de maatschappij werd geacht. Daarnaast richt het zich op gedetineerden die een seksueel delict gepleegd hebben en van wie zonder hulp uit de gemeenschap het recidiverisico naar verwachting groot is. Een uitzondering op deze groep vormen de gedetineerden die vrijgekomen zijn onder een *long-term supervision order*, degenen met een levenslange straf, of de *dangerous offenders*, die een straf van onbepaalde tijd uitsdienen (zie elders).

*Leden van de COSA*

Naast de ex-gedetineerde, die de *Core Member* wordt genoemd, bestaat een COSA meestal uit vijf vrijwilligers, die zich samen met de ex-gedetineerde in de *inner circle* bevinden. Eén van deze vrijwilligers is de primaire contactpersoon en deze ontmoet in de eerste fase van de ontwikkeling van de cirkel, de eerste 60 tot 90 dagen na vrijlating, de ex-gedetineerde vrijwel elke dag. Van de andere vrijwilligers wordt verwacht dat zij minimaal eens per week contact hebben met de ex-gedetineerde. Daarnaast vindt er eens per week een ontmoeting plaats tussen de ex-gedetineerde en de gehele COSA. De meeste vrijwilligers uit de gemeenschap zijn afkomstig uit religieuze kringen (bijvoorbeeld de kerk). Verder is er een *outer circle*, die bestaat uit ondersteunende professionals in de gemeenschap, zoals psychologen, leden van de rechterlijke macht, bewaarders uit de gevangenis, of sociaal werkers. Dit zijn eveneens mensen die zich op een vrijwillige basis aan de ex-gedetineerde verbinden. De vrijwilligers ondernemen allerlei dingen met de ex-gedetineerde, ze bellen regelmatig voor een praatje, ze eten samen, gaan wandelen, fietsen, drinken een kop koffie, et cetera en bouwen op deze manier een vriendschappelijke band op.

*Evaluatie*

In Wilson, Picheca, en Prinzo (2005) worden twee evaluatiestudies met betrekking tot COSA besproken. In het eerste onderzoek werden vragenlijsten naar vier bij COSA betrokken partijen gestuurd: de ex-gedetineerde, de vrijwilligers uit de gemeenschap, de vrijwillige professionals, en overige leden uit de gemeenschap, die niet direct bij de COSA (als lid) betrokken waren. Alle partijen gaven aan positieve effecten van COSA te ervaren, in de zin dat het een daling in de recidivecijfers tot gevolg had. Er zijn in deze studie echter geen officiële recidivecijfers gebruikt (Wilson, Picheca, & Prinzo, 2005).

Het tweede onderzoek betreft een studie waarbij het effect van deelname aan COSA op recidive werd onderzocht. Een groep van 60 gedetineerden die een seksueel delict hadden gepleegd, die allen aan het einde van hun

straf tijd (*warrant expiry date*) gekomen waren en als *high risk* bestemd waren, nam deel aan COSA. Zij werden vergeleken met 60 andere gedetineerden, die eveneens aan het einde van hun straf tijd gekomen waren en als *high risk* gezien werden, maar niet deelnamen aan COSA. De twee groepen werden *gematcht*, wat betreft risico van recidive (zoals gemeten met de STATIC-99; Hanson & Thornton, 1999) en de RRASOR; Hanson, 1997), wat betreft de duur van de periode die zij doorbrachten in de gemeenschap na de intramurale straf en wat betreft het volgen van behandelprogramma's.

De ex-gedetineerden werden gemiddeld 4,5 jaar gevolgd.

Recidivegegevens waren afkomstig uit het *Canadian Police Information Check* (CPIC)-systeem, waarin alle (zowel provinciaal als federaal) veroordelingen en veroordelingen opgenomen zijn. Voor dit onderzoek werd recidive gedefinieerd als het opnieuw plegen van een seksueel misdrijf of het verbreken van een voorwaarde opgelegd door de rechtbank. Voor de COSA-groep werd een recidivepercentage van 5% voor seksuele recidive gevonden, in vergelijking met een percentage van 16,7% voor de niet-COSA-groep. Wat betreft gewelddadige recidive (inclusief een seksueel delict) werd een recidivepercentage van 15% voor de COSA-groep, in vergelijking met 35% voor de niet-COSA-groep gevonden. Wat betreft algehele recidive (inclusief seksueel en gewelddadig) werd een percentage van 28,3% (COSA-groep) in vergelijking met 43,3% (niet-COSA-groep) gevonden.

De gevonden verschillen waren significant, de COSA-groep vertoonde een daling in het recidivecijfer van 35% (algehele recidive) tot 70% (seksuele recidive) in vergelijking met de gematchte controlegroep. Daarnaast bleek er een reductie in ernst van de recidive plaats te vinden, bij de COSA-groep waren de recidives minder ernstig dan bij de niet-COSA-groep. Overigens is het denkbaar dat er een 'selectie aan de poort' heeft plaatsgevonden. Deelname aan COSA gebeurt op vrijwillige basis, waardoor de COSA-groep waarschijnlijk sowieso minder geneigd was om terug te vallen in delictgedrag. Indien deze redenering klopt, zou het niet juist zijn om te concluderen dat de daling in de recidivecijfers geheel toe te schrijven is aan deelname aan COSA. Desalniettemin lijkt dergelijke steun vanuit de gemeenschap positieve effecten te sorteren (Wilson, Picheca, & Prinzo, 2005).

#### *Dynamic Supervision Project*

Het *Dynamic Supervision Project* betreft een studie waarbij zedendelinquenten worden gevolgd tijdens de periode waarin zij onder toezicht in de maatschappij verblijven (Hanson & Harris, 2004). In de studie zijn ongeveer 1.000 zedendelinquenten betrokken, de bedoeling is dat het onderzoek uiteindelijk zedendelinquenten in alle provincies en regio's omvat.

De zedendelinquenten worden ongeveer maandelijks door een *community supervision officer* gezien waarbij drie typen informatie worden



verzameld. Tijdens de intake wordt historische informatie verzameld over onder meer eerdere veroordelingen en de statische risicofactoren. Maandelijks wordt informatie verzameld over de zogeheten stabiele en acute dynamische risicofactoren. Stabiele dynamische factoren veranderen langzaam, ze kunnen tot recidive leiden in een aantal weken of maanden (bijvoorbeeld, het krijgen van andere vrienden, beginnende huwelijksproblemen). Acute dynamische factoren kunnen binnen ongeveer een dag leiden tot recidive (bijvoorbeeld dronken worden, naar de speelplaats gaan, het buurhuis wordt betrokken door iemand met jonge kinderen).

De studie moet inzicht geven in welke factoren stabiel en welke dynamisch zijn en waarop toezicht zich het beste kan richten en op welke wijze, teneinde het recidiverisico zo goed mogelijk te beheersen. Er zijn enkele voorlopige resultaten met betrekking tot recidive. Binnen een gemiddelde follow-up periode van 16,3 maanden recidiveerden 28 (2,8%) van 987 zedendelinquenten met een nieuw seksueel delict. De verwachte recidive na een dergelijke periode bij een vergelijkbare onbehandelde groep zou 8% zijn. De eindrapportage over dit project zal vermoedelijk eind 2006 verschijnen (J. Bonta, persoonlijke mededeling).

#### *Intensive Supervision Practices*

In Canada worden naast de algemene *community supervision guidelines* van de *Correctional Service*, ook strategieën ontwikkeld voor specifieke groepen met de bedoeling dat hun voorwaardelijke invrijheidstelling gunstig verloopt, dat wil zeggen zonder het schenden van voorwaarden en zonder nieuwe delicten. Een voorbeeld hiervan zijn de *Intensive Supervision Practices*. Deze worden vooral sinds de jaren negentig in Canada toegepast en verder ontwikkeld, waarbij men steeds meer de werkzame mechanismen en omstandigheden tracht te identificeren. Een recente evaluatiestudie werd verricht bij 210 *higher risk offenders* die voorwaardelijk in vrijheid werden gesteld tussen mei en juni 2002 (Serin, Vuong & Briggs, 2003). De *Intensive Supervision Practices* werden gekenmerkt door: een kleine staf-cliëntratio, goed getrainde en toegewijde medewerkers, een primaire focus op behandeling van de cliënten, en intensieve monitoring en follow-up. De *Intensive Supervision*-groep werd vergeleken met een groep die twaalf maanden daarvoor onder toezicht in de maatschappij verbleef en de gebruikelijke vorm van toezicht had gekregen. Er werden nauwelijks verschillen tussen de groepen gevonden.

#### **4.6 Kosten**

Het budget van de *Correctional Service Canada* bedraagt in 2005 1,66 miljard Canadese dollars (CAD) (€ 1.190.000.000), waarvan 62% op gaat aan salarissen, 30% aan *operating costs* en onderhoud, en 8% aan *capital costs*.



De kosten voor een plaats voor een mannelijke gedetineerde zijn afhankelijk van het niveau van beveiliging:

- gevangenis met een maximaal niveau van beveiliging: 110.223 CAD per gedetineerde per jaar (€ 79.583);
- gevangenis met een gemiddeld niveau van beveiliging: 71.640 CAD per gedetineerde per jaar (€ 51.726);
- gevangenis met een minimaal niveau van beveiliging: 74.431 CAD per gedetineerde per jaar (€ 53.741).

Een plaats in een vrouwengevangenis kost standaard 150.867 CAD per gedetineerde per jaar (€ 108.929), onafhankelijk van (het type) instelling waarin ze zich bevindt. Een plaats onder toezicht in de gemeenschap kost, voor mannen en vrouwen gelijk, 19.755 CAD per jaar (€ 14.264).

Het jaarlijkse budget van de *National Parole Board* bedraagt 26 miljoen CAD (€ 18.700.000; Collette).



## 5 Samenvatting en discussie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit het deel over Canada samengevat aan de hand van de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37 p. 4). Allereerst wordt een korte feitelijke samenvatting gegeven, voor respectievelijk het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel, waarna discussie volgt.

### 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?

#### *Forensisch psychiatrisch systeem*

In de forensisch psychiatrische ziekenhuizen worden personen opgenomen die *Unfit to Stand Trial* zijn verklaard of *Not Criminally Responsible on Account of a Mental Disorder (NCRMD)*. Veelal betreft dit mensen met een ernstige psychische stoornis of hersenletsel (As-I-problematiek).

#### *Gevangenissysteem*

In het gevangenisstelsel wordt allereerst een onderscheid gemaakt tussen gedetineerden met een straf korter dan twee jaar, die in het provinciale gevangenisstelsel terechtkomen, en gedetineerden die langer dan twee jaar gestraft zijn, die in het federale systeem terechtkomen. Gewelddadige of zedendelinquenten met een persoonlijkheidsstoornis, en soms degenen met een As-I-stoornis kunnen ook tot een gevangenisstraf van bepaalde of onbepaalde duur worden veroordeeld.

Personen die als zeer *high risk* voor de maatschappij worden gezien, kunnen worden veroordeeld op basis van de *dangerous offender legislation* tot een straf van onbepaalde duur, of op basis van de *long term offender legislation* tot een *long term supervision order* na afloop van hun gevangenisstraf.

### 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?

Resocialisatie is een belangrijke waarde in het gehele Canadese systeem, zoals terug te lezen in de *mission statement* van de *Correctional Service Canada*: “*The Correctional Service of Canada, as part of the criminal justice system and respecting the rule of law, contributes to the protection of society by actively encouraging and assisting offenders to become law-abiding citizens, while exercising reasonable, safe, secure and humane control*” (LaRose, 2006, p. 4).

En in die van de *National Parole Board*: “*The National Parole Board, as part of the Criminal Justice System, makes independent, quality conditional*

*release and pardon decisions and clemency recommendations. The Board contributes to the protection of society by facilitating as appropriate, the timely reintegration of offenders as law-abiding citizens” (Collette, p. 3).*

#### *Forensisch psychiatrische systeem*

In de forensisch psychiatrische ziekenhuizen is de behandeling met name gericht op het instellen van betrokkene op de juiste medicatie. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het omgaan met de handicaps die het gevolg zijn van de stoornis. Zo is er bijvoorbeeld begeleiding bij algemene dagelijkse levensvaardigheden. Verder richt de behandeling zich op verslavingsproblematiek.

#### *Gevangenisstelsel*

In het gevangenisstelsel is een uitgebreid ontwikkeld aanbod van behandelprogramma's, dat internationaal respect afdwingt. Het is een samenhangend stelsel van programma's van verschillende thematiek (belangrijke zijn preventie van geweld, huiselijk geweld, en seksuele delicten), en verschillende intensiteit (hoog, gemiddeld, laag intensief en onderhoudsprogramma's) en gericht op verschillende settings (intramuraal en vervolgens in de maatschappij). Voor de behandelprogramma's is er bovendien een accrediteringssysteem waarbij men de programma's beoordeeld op een aantal kwaliteitsaspecten.

Ook wordt bij iedere gedetineerde bij binnenkomst een *assessment* verricht op basis waarvan een behandelplan en een *release plan* worden gemaakt. Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten is wijdverbreid binnen het gevangenisstelsel en de forensisch psychiatrische instellingen. Het denken in termen van risicofactoren, of criminogene factoren zoals ze worden genoemd in de 'What Works?'-benadering, zou gemeengoed zijn (interviews).

De *Correctional Service* houdt een gegevensbestand bij over alle gedetineerden, het *Offender Management System* (Motiuk) waarin gegevens worden geregistreerd met betrekking tot assessment, behandeling, incidenten, voorlopige invrijheidstelling en meer. Dit is bedoeld voor management en onderzoek.

De gedachte achter de mogelijkheid tot voorwaardelijke invrijheidstelling (*parole*) in Canada betreft eveneens de reïntegratie van (ex-)gedetineerden. Het merendeel van de gedetineerden heeft een straf met een vastgestelde eindtijd, wat betekent dat zij vroeg of laat weer in de maatschappij zullen terugkeren. Voorwaardelijke invrijheidstelling gebeurt vaak onder bepaalde condities en de gedetineerde staat onder toezicht. Men heeft op deze manier de macht en de middelen om de (ex-)gedetineerde *geleidelijk* terug te laten keren naar de maatschappij. Het is nadrukkelijk géén verkorting van de straftijd, maar maakt onderdeel uit van het management van de straftijd. Hierbij staat de veiligheid van de maatschappij voorop (National Parole Board, 2003).

### *Discussie*

De zorg en behandeling in de forensisch psychiatrische sector lijkt hoofdzakelijk gericht op psychiatrische symptomen. In Port Coquitlam gaf men aan dat dat ook noodzakelijk is omdat zij een patiëntenpopulatie hebben met zeer ernstige psychiatrische problematiek.

Behandelprogramma's die meer op het delictrisico gericht zijn, worden in een aantal gevallen gebaseerd op behandelprogramma's van de *Correctional Service*.

Sommige geïnterviewden uitten kritiek op de behandeling en benadering in Penetanguishene. De benadering zou teveel uitgaan van een uitsluitend medisch model, en daarmee voorbijgaan aan de wetenschappelijke stand van zaken op het gebied van risicofactoren voor gewelddadig gedrag. De behandeling zou te eenzijdig gericht zijn op medicamenteuze behandeling van de psychiatrische symptomen en op *life skills* en te weinig op andere risicofactoren voor het opnieuw plegen van een gewelddadig delict. Er zou te weinig gebruik worden gemaakt van cognitief-gedrags-therapeutische behandelprogramma's.

Ondanks het ontwikkelde systeem in de penitentiaire instellingen, worden door geïnterviewden ook enkele zaken gerelativeerd. Dat de belangrijkste behandelprogramma's geaccrediteerd zijn, wil nog niet zeggen dat er goed, gecontroleerd evaluatieonderzoek is verricht. Het grote voordeel van het accreditatieproces ligt in de kwaliteitsverbetering van de behandelprogramma's. De literatuur is grondig bestudeerd en er is veel aandacht besteed aan het verhelderen van concepten, het stellen van prioriteiten in de behandeling en het verbreken van mythen over werkzame mechanismen in de behandeling. Dit heeft geresulteerd in een goed product, namelijk een behandelprogramma gebaseerd op de *best practices*. Dit behandelprogramma is verwerkt in een uitgebreide handleiding, die het behandelproces gestructureerd beschrijft en waarin bijvoorbeeld nauwkeurig wordt omschreven wanneer welke oefening gedaan moet worden. Echter, deze structuur brengt ook nadelen met zich mee.

Er mag niet van de handleiding worden afgeweken en elke oefening en elke sessie moet precies verlopen zoals deze in de handleiding beschreven staat. Ook heeft de *Correctional Service Canada* (verantwoordelijk voor het maken van de programma's) stafleden aangenomen die de taak hebben om instellingen in het land te bezoeken en te onderzoeken of de handleidingen voldoende gevolgd worden. Zij wonen sessies bij en geven waar nodig feedback. Clinici die reeds enkele jaren werken met deze handleidingen, komen echter ook oefeningen tegen die minder goed werken, of bedenken zelf oefeningen die beter werken. Deze kunnen/mogen niet gebruikt worden, omdat er niet van de handleiding afgeweken mag worden. Het gevolg hiervan is dat het geaccrediteerde programma een te statisch instrument is geworden. De geïnterviewde omschreef het als volgt. Er is een heel goed product ontwikkeld, dat vervolgens hermetisch is afgesloten in een

jampotje. Na een tijd zal dit product gaan rotten, maar er is geen manier waarop het geopend kan worden. Dit is een slechte zaak.

Accreditatie betekent hoofdzakelijk dat het ontwerp van de programma's goed is beoordeeld en dat, er procesevaluaties zijn uitgevoerd. Geïnterviewden merken op dat, hoewel de belangrijkste programma's binnen het gevangenisstelsel zijn gebaseerd op internationale meta-analyses over werkzame of veelbelovende interventies en op basis daarvan en van procesevaluaties zijn geaccrediteerd, er nauwelijks effect-evaluaties van hoge kwaliteit met een controlegroep zijn uitgevoerd van de programma's zelf.

Een aantal Canadese studies laat zien dat de implementatie van nieuwe methoden niet gemakkelijk is. Zo bleken *Review Boards* niet zo geneigd om in hun beslissingen de gegevens van actuariële risicotaxaties te gebruiken (Hilton & Simmons, 2000). In andere studies bleek dat *Probation Officers* in Manitoba niet zo goed waren in het gebruiken van de interventies die werken in casemanagement (J. Bonta, persoonlijke mededeling). Ook werd gevonden dat het *High Risk Offender Flagging System* nauwelijks werd benut voor het doel waarvoor het in het leven was geroepen: namelijk dat *Crown Attorneys* zich door het systeem laten richten bij het vorderen van een *dangerous or long term offender designations* (Bonta & Yessine, 2005). Wel bleek dat in het systeem de juiste personen, namelijk degenen met de meeste kans op ernstige recidive, werden gemarkeerd. De auteurs benadrukken het belang van investering in training, feedback en richtlijnen.

### **3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?**

In Canada zijn wij niet tegengekomen dat 'behandelbaarheid' een rol speelt bij de toegang tot het forensisch psychiatrische systeem, of bij de toegang tot behandelprogramma's in het gevangenisstelsel. Veeleer dan mensen 'aan de poort te weigeren', worden het motiveren van betrokkene en het tegemoetkomen aan andere zaken die kunnen verhinderen dat betrokkene profijt heeft van een behandelprogramma als onderdeel van het behandel aanbod gezien. Daarmee wordt in feite getracht de 'behandelbaarheid' gunstig te beïnvloeden.

Zo wordt aandacht besteed aan *responsivity issues*, bijvoorbeeld door het programma aan te passen aan de leerstijl van betrokkene, of aan eventuele zwakbegaafdheid. Ook kan worden gepoogd de motivatie van betrokkene om deel te nemen aan de behandeling te verhogen, bijvoorbeeld door middel van *motivational interviewing*. Op deze manier valt aan de 'behandelbaarheid' te werken en wordt geen groep bij voorbaat uitgesloten. Wel kan behandelbaarheid een rol spelen bij de duur van

het verblijf in de instelling. Indien een behandeling geen resultaat heeft gehad, in die zin dat het risico op recidive verminderd is, is het mogelijk betrokkene langer in de instelling te houden.

#### **4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?**

Het Canadese systeem biedt verschillende mogelijkheden om personen die vanwege hun delictrisico als *high risk* voor de maatschappij worden beschouwd, niet of onder toezicht te laten uitstromen.

##### *Forensisch psychiatrische systeem*

Binnen het forensisch psychiatrische systeem kan als het recidiverisico naar het inzicht van behandelaars en van de *Review Board* onaanvaardbaar hoog blijft, een persoon die *Not Criminal Responsible on account of a Mental Disorder* (NCRMD) dan wel *Unfit to Stand Trial* is verklaard, gedwongen opgenomen blijven. Deze beslissing dient minimaal jaarlijks opnieuw te worden gezien.

##### *Gevangenisstelsel*

Personen met een straf van beperkte duur kunnen niet worden vastgehouden na ommekomst van de strafduur. Wel kan de *Parole Board* verhinderen dat zij voorwaardelijk vrijkomen na twee derde van de straf-tijd. Indien een persoon die als *high risk* wordt beschouwd vrijkomt, kan oplegging van een *Peace Bond* worden aangevraagd bij het gerecht, een maatregel van een jaar waarbij betrokkene zich aan bepaalde voorwaarden moet houden.

Voor personen die beschouwd worden als een bijzonder hoog risico, zijn er mogelijkheden om bij de veroordeling onder de *dangerous offender legislation* een straf van onbepaalde duur op te leggen. Ook in die gevallen kan betrokkene niettemin na verloop van tijd (vanaf zeven jaar na oplegging) in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling. In minder ernstige gevallen kan een *long term supervision order* worden opgelegd, een toezichtsmaatregel van maximaal tien jaar, die ingaat na afloop van de gevangenisstraf.

Hoewel ook in Canada *high risk* personen langdurig worden vastgehouden, is de indruk dat het accent niet zo zeer ligt op het al dan niet behandelbaar zijn, maar meer op het risico dat iemand naar verwachting voor de maatschappij vormt, en hoe dat zo goed mogelijk kan worden verminderd of beheerst, waarbij begeleiding, het creëren van passende randvoorwaarden in de maatschappij, behandeling en toezicht een belangrijke rol hebben.

Toezicht in de maatschappij is mogelijk bij voorwaardelijke invrijheidstelling (*parole*), dit is ook bedoeld om de reïntegratie zo veilig mogelijk te

laten verlopen. Er zijn vaste termijnen waarna betrokkene in aanmerking komt voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Daarbij wordt er voor elke gedetineerde een apart *release plan* gemaakt, waarin voorwaarden en behandeling gedetailleerd besproken worden.

Zoals vermeld zijn er tevens verschillende juridische titels in het leven geroepen om toezicht mogelijk te maken. De *long term offender legislation* geeft de mogelijkheid een *long term supervision order* op te leggen van maximaal tien jaar na afloop van de gevangenisstraf.

De zogeheten *Peace Bond* is een preventieve maatregel die kan worden gevorderd of aangevraagd wanneer iemand als een gevaar voor anderen wordt beschouwd. Twee bekende varianten zijn de *Peace Bond* ter preventie van zedendelicten met kinderen (*Paedophile Peace Bond*) en de *Peace Bond* ter preventie van een ernstig gewelds- of zedendelict (*High Risk Peace Bond*).

Verder is er registratiewetgeving ten aanzien van zedendelinquenten, zodat hun gaan en staan tot op zekere hoogte bij de autoriteiten bekend is. Inlichtingen van het publiek gebeurt in een aantal gevallen dat zedendelinquenten vrijkomen.

#### *Discussie*

De nazorg in Canada is een punt van aandacht. Door diverse geïnterviewden werd aangegeven dat hier de nodige structuur en de financiële middelen wel eens ontbreken.

De in 1997 geamendeerde respectievelijk ingevoerde *dangerous* en *long term offender legislation* heeft tot enige discussie geleid (Criminal Lawyers Association, 1997). Het wegnemen van de bevoegdheid van rechters om een straf van bepaalde duur op te leggen aan een persoon die aan de *dangerous offender*-criteria voldoet, zou geen recht doen aan het uitgangspunt dat de straf maatwerk moet zijn. Een bijkomend punt van kritiek is dat betrokkene gedurende een minimumperiode van zeven jaar niet in aanmerking kan komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Ook dit zou geen recht doen aan het beginsel van een individueel behandeltraject en zou volgens sommigen mogelijk strijdig zijn met de *Charter*, er is jurisprudentie waarin minimumstraf wordt beschouwd als *cruel and unusual punishment*.

Na de invoering van de *long term offender legislation* in 1997, zijn een aantal (ongeveer 17) *dangerous offender*-opleggingen door de gerechten herzien en alsnog *long term offender* bevonden (interview). De gerechten neigen, als betrokkene voldoen aan zowel de *dangerous* als de *long term offender* criteria, ertoe te kiezen voor de minst ingrijpende van de twee. Dat gebeurt in gevallen waarin er enige kans lijkt dat op den duur behandeling in de maatschappij mogelijk zal zijn (interview). Volgens de geïnterviewde is de *Crown* er niet gelukkig mee omdat volgens hen op deze manier delinquenten in voorwaardelijke vrijheid komen die een te hoog risico vormen.



Een punt van kritiek op de *High Risk Peace Bond* is dat deze in de praktijk als een straf zal functioneren terwijl het een preventieve maatregel betreft. Dit zou in strijd zijn met s. 7 van de *Canadian Charter of Rights and Freedoms* waarin wordt bepaald dat substantiële inbreuken op de individuele vrijheid alleen mogen worden opgelegd als betrokkene veroordeeld is vanwege een strafbaar feit (Criminal Lawyers' Association, 1997). De strijdigheid met de *Charter* zou in de eerste plaats optreden omdat de maatregel vooral zal worden opgelegd na ommekomst van een gevangenisstraf, omdat met name over personen in die situatie de kennis bestaat die nodig is om de maatregel te kunnen opleggen. Dit zou *serious double jeopardy concerns* opleveren: het feit op zich dat iemand veroordeeld is voor een gewelddadig of zedendelict zou hem automatisch in aanmerking kunnen doen komen voor een *High Risk Peace Bond*.

Ten tweede zou strijdigheid met de *Charter* kunnen optreden omdat de vrees voor *serious personal injury* niet is gekoppeld aan specifieke personen of plaatsen. De voorwaarden zijn niet specifiek in de zin dat een specifieke school of persoon genoemd wordt. Daardoor zou het moeilijk zijn om een gelimiteerde combinatie van vrijheidsbeperkende voorwaarden op te stellen. Verder zouden de opgelegde voorwaarden soms onrealistisch zijn, zoals het niet binnen 100 meter van een publiek gebied waar mogelijkwijs kinderen onder de 14 jaar aanwezig zijn mogen komen (John Howard Society of Alberta, 1999).

Geïnterviewden achten de *Peace Bonds* belangrijke preventieve instrumenten. In de praktijk zou een zwak punt echter zijn dat noch de forensische psychiatrie, noch de *Correctional Service* zich verantwoordelijk voelt voor de behandeling of begeleiding van personen met deze maatregel, omdat ze niet tot een straf zijn veroordeeld, noch ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard (interviews). Er zijn daardoor weinig behandelprogramma's beschikbaar voor deze personen. Het is ook een kwestie van geld, niemand wordt betaald dus niemand voelt zich verantwoordelijk.

## **5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlof en het ontslag uit het systeem?**

### *Forensisch psychiatrische systeem*

Over de voorwaardelijke invrijheidstelling van personen die *Unfit to Stand Trial* of *Not Criminal Responsible on account of a Mental Disorder* zijn verklaard, beslist de *Review Board*.

### *Gevangenissysteem*

De *Parole Board* beslist over de voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden binnen het gevangenisstelsel.

### Discussie

In de regelingen rond de *Review Board* zijn per januari 2006 een aantal amendementen aangebracht in de *Criminal Code*. De belangrijkste zijn (interview):

- De *Review Board* kan zelf gedragskundig onderzoek laten verrichten en zelf hoorzittingen initiëren.
- De betrokkene kan voor het leven *Unfit to Stand Trial* worden verklaard (Bill C-10). Dit kan bijvoorbeeld van toepassing zijn op personen met blijvend hersenletsel, met een verstandelijke handicap of dementie, het gaat om de *loss of cognition*. Het betreft personen die wegens een ernstige psychische ziekte geen of weinig verstandelijke vermogens meer hebben en reeds lange tijd *Unfit to Stand Trial* zijn verklaard. Wegens voortschrijding van de ziekte, bijvoorbeeld een continue achteruitgang zonder kans op herstel, bijvoorbeeld in het geval van de ziekte van Huntington, is de verwachting dat deze personen voor het leven *Unfit* zullen blijven. In deze uitzonderingsgevallen is het mogelijk dat de persoon *Permanently Unfit* wordt verklaard en of in vrijheid wordt gesteld of in een instituut met adequate voorzieningen, zoals een verzorgingstehuis, wordt geplaatst. Deze persoon zal dan niet voor het gerecht komen om verantwoording voor het gepleegde delict af te leggen. De beschikking luidt dan: *stayed*, wat zoiets betekent als aangehouden. Deze wet heeft ook tot gevolg dat betrokkenen de jaarlijkse zitting van de *Review Board* en de stigmatiserende aspecten bespaard blijven.
- In geval van een gewelddadig delict is er de mogelijkheid om de *Review Board*-zitting tweejaarlijks te houden in plaats van jaarlijks.

Het belangrijkste bij de besluitvorming over (voorwaardelijke) invrijheidstelling is niet zo zeer de vraag door welk orgaan dit gebeurt, maar of voldoende is gewaarborgd dat gebruik wordt gemaakt van de juiste juridische en forensisch psychiatrische kennis en expertise (interviews). Of de besluitvorming kan dan evengoed plaatsvinden door een jurist, geadviseerd door gedragsdeskundigen of door een college waarin zowel juristen als gedragsdeskundigen zitting hebben.

Uit enkele interviews bleek dat het voorkomt dat leden van de *National Parole Board* politiek benoemd worden. Dit acht men een ongewenste zaak, aangezien politieke bemoeienis de onafhankelijkheid schade toebrengt.

De functies die de *National Parole Board* uitoefent, zijn niet zonder kritiek gebleven. Zo is geopperd dat de *Board* ten aanzien van *long term offenders* teveel een strafopleggende functie heeft. De *Board* bepaalt de voorwaarden waaronder zij met toezicht in de maatschappij verblijven, deze kunnen de vrijheid van betrokkene aanzienlijk beperken. Dit wordt nog versterkt doordat het overtreden van voorwaarden een misdrijf is waarvoor maximaal tien jaar gevangenisstraf kan worden opgelegd.

De aard en mate waarin de vrijheid van betrokkene wordt beperkt zou volgens de critici moeten worden bepaald door een in het recht geschoolde functionaris (Criminal Lawyers' Association, 1997).

# Literatuur

## **American Psychiatric Association**

*Diagnostic and Statistical Manual IV- Text Revision*  
Washington, APA, 2004

## **Boer, D.P., S.D. Hart, P.R. Kropp, C.D. Webster**

*Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*  
Burnaby (BC), Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute, 1999

## **Bloom, H.**

*A primer of psychiatry for Review Board members and judges. Review Board Practice and Procedure,; Part 1*  
Toronto, Ontario Review Board, 2006

## **Bonta, J., M. Dauvergne, T. Ruge**

*The reconviction rates of federal offenders 2003-02*  
Ottawa, Public Works and Government Services Canada, 2003

## **Bonta, J., A.K. Yessine**

*The National Flagging System: identifying and responding to high risk violent offenders.* Ottawa, Public Safety and emergency Preparedness Canada, 2005

## **British Columbia Review Board**

*Briefing book and chairperson's annual report/update for fiscal period april 2004 to march 2005*  
Vancouver, British Columbia Review Board, 2005

## **Brunet, M.**

*Out of the shadows: the civil law tradition in the Department of Justice Canada 1868-2000*  
Ottawa, Department of Justice, 2001

## **Canadian Academy of Psychiatry and Law**

*Canadian Forensic Psychiatric Centres*  
Retrieved, 15 februari 2006

## **Collette, R.**

*National Parole Board. Professional Standards and Development*  
Ottawa, Correctional Service Canada, z.j.

## **Correctional Service Canada**

*Community Supervision. Standard operating practices*  
Ottawa, Correctional Services Canada, 2002

## **Correctional Service Canada**

*Post release decision process. Standard operating practices*  
Ottawa, Correctional Services Canada, 2003

## **Correctional Service Canada**

*Program Description Tables. Reintegration Programs Division. Version 1.2*  
Ottawa, Correctional Services Canada, 2004

## **Correctional Service Canada**

*Long-term supervision orders. Standard operating practices*  
Ottawa, Correctional Services Canada, 2005

**Cortoni, F., K.L. Nunes***Effectiveness research on violence prevention programming.*Paper presented at the Correctional Service Canada Research Forum  
Calgary, Alberta, 2005**Dauvergne, M.***Homicide in Canada, 2004*

Ottawa, Juristat, Canadian Centre for Justice Statistics, 2005

**Eaves, D., D. Lamb, G. Tien**

Forensic Psychiatric Services in British Columbia

*International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, nr. 23, pp. 615-631**Forensic Psychiatric Services Commission***FPS Annual Report 2004-2005***Goering, P., D. Wasylenki, J. Durbin**

Canada's Mental Health System

*International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, nr. 23, pp. 345-359**Hanson, R.K.***The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense  
recidivism*

Ottawa, Department of the Solicitor General, 1997

**Hanson R.K., A. Harris***Dynamic Supervision Project. Sixth Interim Report for all Jurisdictions*  
Ottawa,

Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness Canada, 2004

**Hanson, R.K., D. Thornton***Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*

Ottawa, Department of the Solicitor General of Canada, 1999

**Harris, G.T., M.E. Rice**

Risk appraisal and management of violent behavior

*Psychiatric Services*, 1997, nr. 48, pp. 1166-1176**Hilton, N.Z., J.L. Simmons**The influence of actuarial risk assessment in clinical judgments and  
tribunal decisions about mentally disordered offenders in maximum  
security*Law and Human Behaviour*, 2001, nr. 25, pp. 393-408**Hucker***Forensic Mental Health: an overview*Retrieved from <http://www.forensicpsychiatry.ca/intro.htm> on  
08-11-2005**John Howard Society of Alberta***Community Notification, 1997***John Howard Society of Alberta***Dangerous offender legislation around the world, 1999***Koziebrocki, I., P. Copeland***Bill C-55: 'High risk offender' Amendments to the Criminal Code*

Criminal Lawyers' Association Canada, 1997

**La Rose, C.**

*Correctional Service of Canada. Overview*  
Ottawa, Correctional Services Canada, 2006

**Livingston, J.**

*Canadian Forensic Psychiatric Centres. Providing mental health services to NCRMD and Unfit populations*  
British Columbia, Forensic Psychiatric Services Commission, 2005

**Looman, J., J. Abracén, T.P. Nicholaichuk**

Recidivism among treated sexual offenders and matched controls. Data from the Regional Treatment Centre (Ontario)  
*Journal of Interpersonal Violence*, 2000, nr. 15, pp. 279-290

**Looman, J., E. Hammond, J. Abracén**

(ter publicatie ingediend). *A test of Doren, dimensions of risk model in a sample of high risk sexual offenders*, 2004

**Martin's Annual Criminal Code 2005**

Aurora, Ontario, Canada Law Book Inc, 2005

**Mental Health Centre Penetanguishene (2006)**

**Motiuk, L.L.**

The safe reintegration and risk management of violent, sex and repeat offenders in Canada. In: E, Leuw, L.L. Motiuk (red.), *Toezicht op seksuele geweldplegers na invrijheidstelling*  
Den Haag, WODC, 2000

**National Parole Board**

*Facts. Types of Release*. 01/1997  
(<http://npb-cnrc.gc.ca/infocntr/factsh/release.htm>)  
Last Updated: 06/02/2003

**National Parole Board**

Ottawa, Correctional Service Canada, 2004

**National Parole Board**

*National Parole Board Policy Manual. Electronic Version – Vol. 1*  
No. 7B – 10-17-2005

**Ontario Review Board**

About us, 2002

**Oudolf, S.**

*Canada. Feitelijke en cijfermatige gegevens*  
Den Haag, Ministerie van Buitenlandse Zaken, 2006

**Public Safety and Emergency Preparedness Portfolio Corrections Statistics Committee**

*Corrections and conditional release. Statistical Overview*  
Ottawa, Public Works and Government Services Canada, 2005

**Serin, R., B. Voung, S. Briggs**

*Intensive supervision practices: a preliminary examination*  
Ottawa, Correctional Service of Canada, 2003

**Steller, S.**

*Special study on mentally disordered accused in the criminal justice system.* Statistics Canada, 2003

**Viljoen, J., R. Roesch, D. Eaves**

Canadian mentally disordered offender legislation. In : E. Blaauw, M. Hoeve, H. J. C. van Marle, L. Sheridan, (eds.), *Mentally disordered offenders. International perspectives on assessment and treatment* Den Haag, Elsevier, 2002

**Walmsley, R.**

*World Prison Population List, 6th Editio*  
London, International Centre for Prison Studies, 2005

**Walter, B.**

*Briefing book and Chairperson's Annual Report/Update. For fiscal period April 2004 to March 2005*  
Vancouver, BC Review Board, 2005

**Webster, C.D., K.S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart**

*HCR-20. Assessing risk for violence, version 2*  
Vancouver, Simon Frase University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1997

**Wilson, R.J., J.E. Picheca, M. Prinzo**

*Circles of Support and Accountability: An evaluation of the Pilot Project in South-Central Ontario*  
Ottawa, Ontario, Correctional Services Canada, 2005

**Relevante websites**

- *Correctional Services Canada:* <http://www.csc-scc.gc.ca/>
- *Forensic Psychiatry:* <http://www.forensicpsychiatry.ca/>
- *Mental Health Centre Penetanguishene:* <http://www.mhcva.on.ca/>
- *National Parole Board:* <http://www.npb-cnrc.gc.ca/>
- *British Columbia Review Board:* <http://www.bcrb.bc.ca/>
- *Canadian Association of Psychiatry and Law:* <http://www.caplnet.org/>

# Bijlage

## Bezoekschema Canada, 16 tot 27 januari 2006

Maandag 16 januari 2006

- Centre for Addiction and Mental Health
  - Interview met Stephen Hucker, Consulting Forensic Psychiatrist & Professor Law & Mental Health Program, University of Toronto;
  - Christopher Webster, Mental Health Research and Training Consultant
- Ontario Review Board
  - Interview met Hy Bloom, Assistant Professor, University of Toronto & Coordinator Psychiatric Resources, Ontario Review Board

Dinsdag 17 januari 2006

- Bezoek Penetanguishene Mental Health Centre, waaronder de Oakridge afdeling (high security mental health institution)
  - Bijwonen van twee vergaderingen van de Review Board (equivalent van de verlengingszitting in Nederland)
  - Interview met Marnie Rice, psychologist and researcher
  - Tour door het ziekenhuis door Dan Parle, Director of Planning and Public Information

Woensdag 18 januari 2006: reizen naar Ottawa

Donderdag 19 januari 2006

- Correctional Services Canada
  - Presentatie door Christine LaRose, Senior Project Officer, International Relations, Correctional Service Canada: overzicht *Correctional Service Canada*
  - Interview Larry Motiuk, Director General, Research Department: overzicht onderzoek
  - Interview Bruce Malcolm, Manager Violent Offender Programs: overzicht Sex Offender Programs & Violent Offender Programs
  - Interview met Suzanne Brisebois, *Correctional Service Canada* Senior Project Officer, Community Reintegration
  - Interview met Jane Laishes, Senior Manager, Mental Health Services: overzicht Mental Health Services in het *Correctional Service Canada* system
- Interview met Jim Bonta, Director, Corrections Research, Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness Canada

Vrijdag 20 januari 2006

- Bezoek Regional Treatment Centre at Kingston Penitentiary
- Interview met Jan Looman, psychologist and researcher



Zaterdag 21 januari 2006: reizen naar Vancouver

Maandag 23 januari 2006

- Bezoek aan het Regional Treatment Centre/Pacific Institution & Regional Reception Centre, Abbotsford
  - Interview met Lyne Piché, Senior Psychologist, Pacific Institution/Regional Treatment Centre & Art Gordon, Executive Director, Regional Treatment Centre (Pacific) (gedurende de lunch)

Dinsdag 24 januari 2006

- Bijwonen bijeenkomst High Risk Recognizance Advisory Committee: bespreking van drie ex-gedetineerden over de *Peace Bond* (810 maatregel)

Aanwezig waren:

- Steve Howell, Deputy Provincial Director, Community Corrections Division, Ministry of Public Safety and Solicitor General, Corrections Branch
- Ron Hurt, Manager High Risk Offenders Identification Program; Ministry of Attorney General, Criminal Justice Branch
- Eva Esman, Victim Services, Ministry of Public Safety and Solicitor General
- Interview met HRRAC-deelnemers
- Interview met David Wilmoth
- Interview met John Gordon
- Interview met Steve Howell, Deputy Provincial Director, Corrections Branch, Community Corrections Division

Woensdag 25 januari 2006

- Bezoek Port Coquitlam
  - Interview met Johann Brink, Director of Research, Forensic Psychiatric Services Commission
  - Emlene Murphy, Director Clinical Services
- Interview met Bernd Walter, Chair, British Columbia Review Board
- Interview met Bob Stewart, National Parole Board

Donderdag 26 januari 2006

- Interview met Ronald Roesch, Professor of Psychology & Director Mental Health, Law and Policy Institute; & Steven Hart, Professor of Psychology
- Terugvlucht Vancouver-Amsterdam



# Deel 5 Zweden



# 1 Inleiding

Zweden heeft een oppervlakte van 449.964 km<sup>2</sup> en is daarmee circa 10,8 keer zo groot als Nederland. Het aantal inwoners bedraagt ruim negen miljoen, waarmee de bevolkingsdichtheid 20,03 inwoners per km<sup>2</sup> bedraagt (Gonggrijp, 2005).

De doelgroep van dit onderzoek, personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben, bevindt zich in Zweden deels in het forensisch psychiatrische systeem en deels in het gevangenisstelsel. De Zweedse strafwetgeving kent het begrip ontoerekeningsvatbaar of verminderd toerekeningsvatbaar niet. Iedereen is in beginsel verantwoordelijk voor zijn/haar daden. De zitting ter bewezenverklaring van het tenlastegelegde vindt eerst plaats. Indien twijfel rijst over de geestelijke toestand van betrokkene ten tijde van het plegen van het misdrijf, kan de rechtbank op het moment van de strafbepaling om een psychiatrische evaluatie vragen. De rechtbank veroordeelt de persoon tot forensisch psychiatrische zorg indien sprake is van een ernstige psychische stoornis en tot een (gevangenis)straf indien dit niet het geval is (Silfverhielm, 2005). De nuances met betrekking tot deze omschrijving komen hieronder nader aan de orde.

In totaal zijn er in Zweden 6.755 gedetineerden, inclusief arrestanten die nog niet berecht zijn (Walmsley, 2005). Zweden telt 75 gedetineerden per 100.000 inwoners (Walmsley, 2006). Er bevinden zich 1.000 personen die zijn veroordeeld tot gedwongen forensisch psychiatrische zorg in (forensisch) psychiatrische instellingen (Belfrage & Fransson, 2000).

In dit deel worden de belangrijkste wetgeving, maatregelen en demografische gegevens ten aanzien van psychisch gestoorde verdachten en veroordeelden met betrekking tot het forensisch psychiatrische en gevangenisstelsel besproken. De tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen en maatregelen in de praktijk zal eveneens aan de orde komen.

In tabel 1 zijn de belangrijkste onderwerpen uit dit deel over Zweden schematisch weergegeven. In hoofdstuk 1 wordt een inleiding gegeven. In hoofdstuk 2 wordt een beknopte beschrijving van de relevante *Mental Health*- en *Criminal Justice*-wetgeving weergegeven die betrekking heeft op de doelgroep van dit onderzoek. Hoofdstuk 3 heeft overkoepelende beleidsinitiatieven van de overheid tot onderwerp. In hoofdstuk 4 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan bod, voor zover deze in het forensisch psychiatrische systeem plaatsvindt. In hoofdstuk 5 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan bod, voor zover deze in het gevangenisstelsel plaatsvindt.

Hoofdstuk 6 eindigt met een samenvatting van de belangrijkste resultaten, waarbij deze onder meer worden gekoppeld aan de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37 p. 4). De vragen voor de Commissie luiden:

- 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?
- 2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?
- 3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?
- 4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?
- 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlop en het ontslag uit het systeem?

**Tabel 1 Kenmerken van het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Zweden**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Niveau van organisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Landelijk wettelijk kader</li> <li>- Regionale organisatie tenuitvoerlegging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Landelijk wettelijk kader</li> <li>- Centrale en regionale organisatie tenuitvoerlegging</li> </ul>
Basis voor instroom in het forensisch psychiatrische systeem	Wettelijk criterium: ernstige psychische stoornis	
Relevante maatregelen en straffen (detentie)	Veroordeling tot gedwongen forensisch psychiatrische zorg (Ch. 31 s. 3 PC) met of zonder <i>order for special assessment for discharge</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gevangenisstraf van bepaalde duur</li> <li>- Levenslange gevangenisstraf</li> </ul>
Oplegging maatregelen/straffen	Gerecht	Gerecht
Tenuitvoerlegging maatregelen/straffen	Gezondheidszorg van de provincies	<i>Prison and Probation Service</i>
Voor de tenuitvoerlegging verantwoordelijke ministerie	Ministerie van Sociale Zaken	Ministerie van Justitie
Verblijf	Zes regionale <i>high security hospitals</i> en in provinciale psychiatrische ziekenhuizen	55 gevangenissen en 28 <i>remand prisons</i>
Beslissingen over verlof	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het hoofd van de inrichting</li> <li>- Bij veroordeelden tot forensisch psychiatrische zorg met <i>order for special assessment for discharge: de administrative court</i></li> </ul>	Het hoofd van de instelling
Beslissingen over (voorwaardelijke) invrijheidstelling	Bij veroordeelden tot forensisch psychiatrische zorg met <i>special release requirements: de administrative court</i> In overige gevallen het hoofd van de inrichting	Na twee derde van de straf automatisch voorwaardelijk vrij <i>Prison and Probation Administration</i> beslist over eventueel uitstel <i>Parole Board</i> beslist over kortdurende herroeping. <i>District Court</i> beslist over langerdurende herroeping
Relevante maatregelen en straffen (toezicht)	Geen voorwaardelijke invrijheidstelling mogelijk. Weinig specifieke nazorg of toezicht beschikbaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling</li> <li>- <i>Electronic monitoring</i></li> </ul>





## 2 Beknopte beschrijving rechtssysteem

### 2.1 Algemene kenmerken

Het Zweedse rechtssysteem heeft haar wortels in de continentale traditie van wetgeving. Continentale stelsels gaan hoofdzakelijk uit van rechtsregels vastgelegd in wetboeken, hoewel de rechtspraak daarnaast een rol speelt bij de rechtsontwikkeling.

Het ministerie van Justitie is verantwoordelijk voor de strafwetgeving en het gevangenisstelsel. Het ministerie van Sociale Zaken heeft onder meer de gezondheidszorg, waaronder de forensische psychiatrie, in portefeuille. De wetgeving geldt voor het hele land. Het strafrecht is vastgelegd in de *Penal Code* (PC, 1965). Verschillende aspecten van de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen die betrekking hebben op reïntegratie en behandeling van gedetineerden in het gevangenisstelsel zijn geregeld in de *Prison Treatment Act* (1974, 1999). De bejegening en zorg ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten is geregeld in de *Mental Health Act* 2000 en de *Act on Forensic Psychiatric Care* 1992.

Zweden is ingedeeld in 72 gerechtelijke districten, elk met zijn eigen rechtbank (*Tingrätt, General Court*) die zowel civielrechtelijke als strafrechtelijke zaken behandelt. Er zijn zes gerechtshoven (*Hovrätt*) waarbij men beroep kan aantekenen tegen uitspraken van de rechtbank. Wil men het vonnis tot in de hoogste instantie aanvechten, dan kan men bij het hooggerechtshof (*Högsta domstolen*) in Stockholm terecht. Daarnaast zijn er *Administrative Courts*, die onder meer tot taak hebben verlengingszaken van personen die de sanctie forensisch psychiatrische zorg opgelegd hebben gekregen te beoordelen. Beroep tegen een uitspraak van de *administrative court* kan worden aangetekend bij de *Administrative Court of Appeal* en de *Supreme Administrative Court* (Regeringskanslet, 2002). De *National Board of Forensic Medicine* is verantwoordelijk voor alle forensisch psychiatrisch onderzoek in opdracht van de gerechten (Silfverhielm, 2005).

De verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen ligt bij de Zweedse *Prison and Probation Service*. Deze kent een centrale organisatie met een aantal regionale afdelingen (*Prison and Probation Administrations*). Zweden kent ook een *Parole Board*. De voornaamste taak van de *Parole Board* is het beslissen over te nemen maatregelen ten aanzien van gedetineerden die zich niet aan de voorwaarden binnen de gevangenis of van de voorwaardelijke invrijheidstelling hebben gehouden.

De gezondheidszorg is gedecentraliseerd van opzet, elk van de 21 provincies is verantwoordelijk voor het verzorgen van de psychiatrische zorg, inclusief de forensisch psychiatrische zorg binnen de provincie (Silfverhielm, 2005). De *National Board of Health and Welfare* is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de forensisch psychiatrische zorg en de behandelingen die geboden worden. Ook de goedkeuring en registratie van psychotherapeuten valt onder de *National Board of Health*

*and Welfare*. De opleiding die leidt tot goedkeuring en registratie van psychotherapeuten is hoofdzakelijk psychoanalytisch georiënteerd. Dit heeft invloed op de manier waarop de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten plaatsvindt; zie ook paragraaf 3.3.3 (Dernevik, 2002).

## 2.2 Maatregelen en straffen

In deze paragraaf volgt een beknopte beschrijving van de voor dit onderzoek relevante sancties en de criteria voor oplegging ervan.

### 2.2.1 *Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis*

#### *Veroordeling tot forensisch psychiatrische zorg*

Iemand die een delict pleegt onder de invloed van een ernstige psychische stoornis, mag niet tot gevangenisstraf worden veroordeeld (Ch. 30, s. 6 PC). Het gerecht kan betrokkene dan gedwongen forensisch psychiatrische zorg opleggen (Ch. 31, s. 3 PC) indien het van mening is dat is voldaan aan de onderstaande criteria.

- Het gaat om een delict waarvoor de straf niet tot een boete kan worden beperkt.
- De mentale toestand en persoonlijke omstandigheden van betrokkene in aanmerking genomen, is opname in een psychiatrisch ziekenhuis in combinatie met vrijheidsbeperking en andere gedwongen maatregelen aangewezen.

Als er een risico bestaat dat betrokkene als gevolg van de psychische stoornis terugvalt in ernstige criminaliteit, kan het gerecht bovenop de veroordeling tot gedwongen forensisch psychiatrische zorg, de maatregel opleggen dat er een speciaal onderzoek wordt verricht voorafgaand aan het ontslag van betrokkene (Ch. 31 PC).

Bij personen met een dergelijke maatregel wordt elke zes maanden door de *administrative court* nagegaan of de oplegging verlengd dient te worden. Sinds de invoering van de *Act on Forensic Psychiatric Care* (1992) is er geen mogelijkheid meer tot geleidelijk (voorwaardelijk) ontslag maar dient het gerecht de gedwongen opname in het kader van de opgelegde forensisch psychiatrische zorg te handhaven, of betrokkene onvoorwaardelijk in vrijheid te stellen. Wel bestaat de mogelijkheid tot proefverlof (Dernevik, 2002).

### 2.2.2 *Gevangenisstraf van bepaalde duur en levenslange gevangenisstraf*

Een gevangenisstraf van bepaalde duur is in Zweden in beginsel maximaal tien jaar (Ch. 26 s. 1 PC), maar als er sprake is van

meerdere delicten en recidive kan deze oplopen tot maximaal 18 jaar (Kriminalvården, 2006). Iemand met een straf van bepaalde duur wordt in principe na twee derde van de strafdur voorwaardelijk in vrijheid gesteld (Ch. 26 s. 6 PC). Indien betrokkene de voorwaarden die binnen de gevangenis gelden ernstig overtreedt, kan de voorwaardelijke invrijheidstelling worden uitgesteld met maximaal 15 dagen per keer (Ch. 26 s. 7 PC). Een levenslange gevangenisstraf kan in Zweden voor verscheidene delicten worden opgelegd. Veelal betreft het dan de ernstiger vormen van de betreffende delicten (aangeduid met de term *gross*, oftewel 'grof'). Voorbeelden van delicten zijn: moord, ontvoering, 'grove' brandstichting, verschillende vormen van 'grove' sabotage, hoogverraad, 'grove' spionage, verschillende oorlogsmisdrijven.

Iemand met een levenslange gevangenisstraf kan voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld wanneer de overheid betrokkene gratie verleent, dat wil zeggen de straf omzet in een straf van bepaalde duur (Kriminalvården, 2006). Betrokkene kan dit na tien jaar aanvragen. In de praktijk duurt een levenslange gevangenisstraf in Zweden gemiddeld ongeveer 18 jaar (interviews).

### 2.2.3 Toezicht na (voorwaardelijke) invrijheidstelling van gedetineerden uit het gevangenisstelsel

Na voorwaardelijke invrijheidstelling gaat een periode van *probation* in die zo lang duurt als de resterende straf, maar niet korter dan een jaar (Ch 26 s. 10 PC). Daarbinnen is het mogelijk een voorwaardelijk in vrijheid gestelde persoon onder toezicht te plaatsen van een *probation officer* indien dit nodig wordt geacht (Ch 26 s 11). Dit betreft een maatregel die kan worden genomen door de lokale gevangenis en reclassering.

## 2.3 Overkoepelende beleidsinitiatieven

In Zweden zijn wij geen overkoepelende beleidsinitiatieven van de overheid met betrekking tot gewelddadige en zedendelinquenten met een psychische stoornis tegengekomen.



## 3 Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrische systeem

### 3.1 Wettelijke instrumenten

Personen met een psychische stoornis in Zweden kunnen forensisch psychiatrische zorg opgelegd krijgen, met of zonder een *order for special assessment for discharge*. Ongeveer 1.000 patiënten in Zweden zijn door het gerecht tot forensisch psychiatrische zorg veroordeeld (Belfrage & Fransson, 2000).

### 3.2 Oplegging

De oplegging van forensisch psychiatrische zorg vindt plaats op basis van de uitkomsten van een forensisch psychiatrische assessment uitgevoerd door de *National Board of Forensic Medicine (Rättsmedisinalvårket)*. Deze Board is de enige organisatie die zich bezighoudt met het verrichten van gerechtelijk onderzoek in Zweden, op een aantal verschillende terreinen. De *National Board of Forensic Medicine* is in 1991 opgericht met als doel het aanbrengen van consistentie in het verrichten van forensisch onderzoek (National Board of Forensic Medicine, 2004). De *National Board of Forensic Medicine* is onderverdeeld in vier aparte afdelingen, *Forensic Medicine*, *Forensic Psychiatric Examination*, *Forensic Toxicology* en *Forensic Geneticse*. Voor het onderhavige onderzoek is voornamelijk de afdeling *Forensic Psychiatric Examination* van belang. Deze wordt hieronder nader besproken.

#### *Assessmentprocedure*

De afdeling *Forensic Psychiatric Examination* schrijft rapporten naar aanleiding van het uitvoeren van de *forensic psychiatric assessments* zoals deze door de rechtbank gevorderd kunnen worden (zie hoofdstuk 2) en geeft *expert opinions* aan de rechtbank. De *Board* is in deze de enige instantie die dergelijke onderzoeken verricht, er zijn geen experts die op basis van freelance werk eveneens forensisch psychiatrische rapporten schrijven. De assessments worden verricht op het moment dat de bewezenverklaring geweest is en de straftoemeting nog moet plaatsvinden. Op basis van de assessments vindt de veroordeling tot straf in de gevangenis of tot zorg in een (forensisch) psychiatrische instelling plaats (National Board of Forensic Medicine, 2004). Voor een overzicht over de mogelijkheden tot het veroordelen tot straf dan wel zorg, wordt verwezen naar tabel 2.

**Tabel 2 Straftoemeting in geval van ernstige psychische stoornis**

ernstige psychische stoornis ten tijde van plegen misdrijf	ernstige psychische stoornis ten tijde van assessment	gevangenisstraf	forensisch psychiatrisch zorg
ja	nee	uitgesloten	uitgesloten*
ja	ja	uitgesloten	mogelijk
nee	ja	mogelijk	mogelijk

Bron: Silfverhielm (2005)

\* Over deze combinatie bestaat ophef, waarover in paragraaf 6 meer.

De afdeling *Forensic Psychiatric Examination* dient de vraag te beantwoorden of sprake is van een ernstige psychische stoornis. De volgende vijf groepen patiënten worden beschouwd als patiënten met een ernstige psychische stoornis:

- 1 psychotische patiënten;
- 2 patiënten met ernstige depressie, die suïcidaal zijn;
- 3 patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met herhaaldelijk psychotische episoden, resulterend in een laag psychosociaal functioneren;
- 4 psychiatrische stoornis in combinatie met stoornissen in de impulscontrole;
- 5 patiënten met ernstige dementie of een verstandelijke handicap.

De stoornissen die aan de criteria *serious mental disorder* voldoen zijn verder niet nader omschreven (Grøndahl, 2005). In de praktijk komen verschillende experts nogal eens tot verschillende oordelen over de vraag of sprake is van een ernstige psychische stoornis (interview).

Er zijn twee soorten assessments mogelijk, de beknopte *limited psychiatric examinations* en de uitgebreidere *major forensic psychiatric examinations*. De *limited psychiatric examinations* worden het vaakst verricht, jaarlijks zo'n 1.900 keer. Hierbij wordt het dossier bestudeerd en wordt een vraaggesprek van ongeveer een uur met betrokkene gehouden. De psychiater rapporteert zijn bevindingen aan de rechtbank, die deze bij het bepalen van het vonnis in overweging neemt.

De *major forensic psychiatric examination* duurt gemiddeld drie weken (de wet bepaalt dat het onderzoek binnen vier weken afgerond moet zijn) en vindt plaats in de forensisch psychiatrische instelling in Huddinge (17 bedden) of Göteborg (12 bedden). Daarnaast zijn er twee algemeen psychiatrische klinieken, in Malmö en Umeå, waar met name behandeling plaatsvindt, maar waar tevens enkele patiënten onderzocht kunnen worden. Niet in alle gevallen wordt betrokkene in de klinieken opgenomen, er is ook ambulante onderzoek mogelijk door de betreffende instellingen (National Board of Forensic Medicine, 2004; interview).

Een team van onder andere psychiaters, psychologen en verpleegkundigen onderzoekt betrokkene. Observatie van de persoon in kwestie maakt

ook onderdeel uit van het evaluatieproces. Er worden diagnostische interviews gedaan om de stoornissen op basis van DSM-IV-TR –classificaties (APA, 2004) vast te stellen; neuropsychologische tests en persoonlijkheids-tests maken ook deel uit van het onderzoek.

In ongeveer 650 zaken per jaar wordt een uitgebreid forensisch psychiatrisch rapport geschreven en in 95% van de gevallen wordt het advies van de *Board* door de rechtbank overgenomen. Dit leidt ertoe dat per jaar ongeveer 300 veroordelingen tot forensisch psychiatrische zorg uitgesproken worden. In alle gevallen is de eerste oplegging niet langer dan zes maanden en wordt elke zes maanden bekeken of de patiënt nog langer behandeld dient te worden (zie ook paragraaf 3.4; National Board of Forensic Medicine, 2004).

In het geval van moeilijke, complexe gevallen kan de rechtbank om een contra-expertise vragen bij de *Committee for Forensic Psychiatry, Social and Medical Legal Questions*. Dit comité heeft drie forensisch psychiaters tot haar beschikking. In ongeveer 5% van de jaarlijkse assessments wordt een dergelijke second opinion aangevraagd, die in een derde van de gevallen afwijkt van het oorspronkelijke oordeel over de aanwezigheid van de *serious mental disorder* (National Board of Forensic Medicine, 2004).

De *National Board of Forensic Medicine* is niet verantwoordelijk voor het verrichten van de assessments die voor elke patiënt veroordeeld tot *forensic psychiatric care* elke zes maanden verricht worden ten behoeve van de verlengingsprocedure (zie ook paragraaf 2.2). Dit is een taak van de behandelende instellingen (National Board of Forensic Medicine, 2004). De *National Board of Forensic Medicine* is recent verantwoordelijk gesteld voor *risk assessments* bij personen die een levenslange gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen. Na tien jaar kunnen veroordeelden omzetting in een straf van bepaalde duur aanvragen. Daarover beslist het gerecht, mede op basis van het onderzoek door de *Board*.

### 3.3 Intramuraal verblijf

#### 3.3.1 Verantwoordelijke instanties

Indien een persoon op basis van de forensisch psychiatrische assessment tot forensisch psychiatrische zorg wordt veroordeeld (zie ook hoofdstuk 2), komt hij onder de verantwoordelijkheid van de provinciale autoriteiten. Deze bepalen in welke instelling de patiënt het beste kan worden opgenomen. Een patiënt die tot een *order for special assessment for discharge* veroordeeld is, wordt vrijwel altijd in één van de instellingen met het hoogste niveau van beveiliging geplaatst (Dernevik, 2002).

### 3.3.2 Voorzieningen

De Zweedse forensisch psychiatrische zorg kent drie typen voorzieningen. Er zijn zes regionale *high security hospitals* in Zweden, die de zorg voor de meest ernstige forensisch psychiatrische patiënten op zich nemen.<sup>1</sup> Ongeveer een derde van alle (totaal circa 1.000) forensisch psychiatrische patiënten verblijft hier. In elk van de 21 provincies bestaan daarnaast zogenaamde *county hospitals*, waar ook een derde van de patiënten verblijft. De overige patiënten verblijven in de algemene ziekenhuizen (Silfverhielm, 2005).

#### *Vadstena*

Het *high security hospital* in Vadstena heeft verschillende afdelingen. Zo is er een intake- en observatieafdeling, waar de patiënten naartoe gaan als zij voor het eerst binnenkomen. Er is een aparte afdeling voor de patiënten die voornamelijk persoonlijkheidsproblematiek hebben en er zijn twee afdelingen voor de chronisch psychiatrische patiënten. Verder zijn er twee open afdelingen die gericht zijn op reïntegratie van de patiënten in de maatschappij. Deze afdelingen bestaan nog niet zo lang en zijn speciaal opgezet met het idee enigszins tegemoet te komen aan de gebrekkige nazorg in Zweden. Er is ook een afdeling voor personen die in afwachting zijn van het vonnis in hun strafzaak en elders niet terecht kunnen. De afdelingen voor chronisch psychiatrische patiënten zouden gezien kunnen worden als een long stay afdeling. In totaal verblijven er 60 patiënten in Vadstena (interview).

### 3.3.3 Vormen van intramurale behandeling

Het opstellen van een behandelplan is wettelijk verplicht. Dit behandelplan moet zoveel mogelijk in overeenstemming met de wensen van de patiënt en diens familieleden opgesteld worden (Dernevik, 2002). Er wordt bij binnenkomst in de kliniek bij iedere patiënt een gestructureerde risicotaxatie verricht. De HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) is hierbij een belangrijk instrument. Daarnaast worden soms aanvullende instrumenten afgenomen, zoals de SVR-20 (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1999), de Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) en de RRASOR (Hanson, 1997). Er wordt geprobeerd de risicofactoren om te zetten in *individual psychological risk factors*, die waar mogelijk een omschrijving van de risicofactor op gedragsmatig niveau geven. Het risicotaxatierapport wordt toegevoegd aan het individuele behandelplan. Dit rapport wordt ook bij de verlengingszitting door de rechtbank gebruikt bij het bepalen van de beslissingen over verlof dan wel ontslag (interview).

1 In het kader van dit onderzoek is een bezoek gebracht aan de kliniek in Vadstena.



Volgens Dernevik (2002) zijn er in Zweden een drietal trends te zien op het gebied van behandeling van forensisch psychiatrische patiënten. Individuele, psychoanalytische therapie is volgens Dernevik (2002) in Zweden van oudsher de dominerende therapievorm, ook voor forensisch psychiatrische patiënten. Daarnaast is de invloed van de neuropsychiatrie<sup>2</sup> in Zweden sterk. Psychotrope medicatie wordt gezien als een essentieel onderdeel van de behandeling, niet alleen voor psychotische maar ook voor persoonlijkheidsgestoorde patiënten. Recentelijk komt er meer aandacht voor de internationale aanpak op basis van *'what works'*, behandelprogramma's die ontwikkeld zijn met behulp van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde interventies (interviews; zie ook paragraaf 4.3). Het aantal therapeuten dat in staat is deze programma's aan te bieden in Zweden is echter nog gering.

#### *Vadstena*

De behandeling in Vadstena wordt omschreven als een regime van toenemende vrijheden en privileges, afhankelijk van het gedrag dat de patiënt in de kliniek laat zien (interview). Dit is vaak gekoppeld aan principes van bekrachtiging (bijvoorbeeld een *'token economy'* in Vadstena). Daarnaast vindt ook enige vorm van beroepsonderwijs, opleiding of bezigheidstherapie plaats, behandeling met medicatie en veelal psychoanalytische psychotherapie (Dernevik, 2002). De behandeling richt zich daarnaast op het aanpakken van de in het zorgplan geïdentificeerde *individual psychological risk factors*. In Vadstena werd in het jaar 2000 geschat dat de patiënten gemiddeld zo'n drie tot vier jaar in de kliniek blijven.

### **3.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag**

#### *3.4.1 Verantwoordelijke instanties*

Welke instantie over verlof en ontslag beslist, hangt af van de sanctie die betrokkene is opgelegd. Een persoon die veroordeeld is tot forensisch psychiatrische zorg, zonder *order for special assessment for discharge*, kan door het hoofd van de kliniek waar hij verblijft verlof toegezegd krijgen

2 Er bestaat in Zweden een onderzoekstraditie die gericht is op psychofysiologische modellen en persoonlijkheidsstoornissen, en op neuro-anatomie. Zweedse onderzoekers staan hier internationaal om bekend. Veel aandacht is gericht op de rol van serotonine. Ook bestaan er verschillende onderzoekscentra, zo heeft het *Karolinska Institutet*, de medische universiteit in Stockholm, een apart *Center for Violence Prevention (CVP)* en een *Center for Health Equity Studies (CHESS)*, waarin op veel gebieden internationaal befaamd onderzoek plaatsvindt. In het kader van het onderzoek werd een interview gehouden met Britt af Klinteberg, een expert op het gebied van neuropsychologische en psychobiologische kwetsbaarheden voor de ontwikkeling van - onder andere - antisociaal gedrag. Zij is verbonden aan het *Center for Health Equity Studies* en het *Karolinska Institutet*.

en ontslagen worden. Bij personen die wel een dergelijke *special assessment order* opgelegd hebben gekregen, beslist de *county administrative court* over verlof en ontslag (Silfverhielm, 2005). De kliniek bereidt ook de patiënten voor wie een *order for special assessment for discharge* geldt, voor op begeleide verlopen. Op het moment dat de patiënt er aan toe is op onbegeleid verlof te gaan, kan de kliniek dit aanvragen bij het gerecht. In de kliniek worden de verlopen geleidelijk opgebouwd (Dernevik, 2002). Zo worden in Vadstena 14 verschillende niveaus van verlof onderscheiden: van begeleiding door drie personen voor korte duur tot onbegeleid verlof voor langere duur (meerdere dagen of weken; interview).

De veroordeling tot forensisch psychiatrische zorg wordt in alle gevallen opgelegd voor een periode van maximaal zes maanden, waarna eventueel een verlengingszitting plaatsvindt. De verlenging van de straf wordt aangevraagd door het hoofd van de kliniek waar de patiënt verblijft. De rechtbank beslist aan de hand van twee typen criteria of de patiënt nog langer behandeld moet worden of dat hij vrijgelaten kan worden. Het gaat hierbij zowel om het risico van recidive als om de noodzaak tot voortdurende van de forensisch psychiatrische zorg wegens de psychische gezondheid van de patiënt (s. 16 lid 1 en 2 *Act on Forensic Psychiatric Care*). Er is geen mogelijkheid tot voorwaardelijk ontslag, de rechtbank dient te beslissen of de maatregel moet worden verlengd of niet (Dernevik, 2002). De psychiatrische instelling kan betrokkene wel proefverlof bieden ter voorbereiding op ontslag.

### 3.5 Toezicht en nazorg

Voor forensisch psychiatrische patiënten die voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld en nadat de opgelegde gedwongen forensisch psychiatrische zorg is beëindigd is er volgens verschillende geïnterviewden in Zweden geen of weinig specifieke toezicht of nazorg geregeld. Hierboven is beschreven hoe men in het forensisch psychiatrisch ziekenhuis in Vadstena recent twee resocialisatieafdelingen heeft opgezet om van daaruit patiënten te begeleiden bij reïntegratie in de maatschappij.

### 3.6 Kosten

Het kost 4500 SEK<sup>3</sup> (€ 480) om een dag in één van de zes instellingen met het hoogste beveiligingsniveau te verblijven (interview).

3 Op 13 maart 2006 was de wisselkoers € 1 = SEK 9,39. In het kader van de leesbaarheid zijn de verschillende bedragen omgerekend op basis van deze koers.

## 4 Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel

### 4.1 Wettelijke instrumenten

Personen die veroordeeld zijn voor een gewelddadig (seksueel) delict kunnen worden gedetineerd op basis van een straf met een bepaalde duur of een levenslange straf. Van de gedetineerden is 93% man en meer dan de helft van de gedetineerden zit een straf uit van minder dan zes maanden. Er zijn in Zweden 147 gedetineerden die een levenslange gevangenisstraf uitzitten (peildatum 2005).

Ongeveer een kwart van de gedetineerden heeft een aan drugs gerelateerd misdrijf gepleegd en ongeveer een kwart heeft een geweldsdelict gepleegd. Eén op de zeven gedetineerden heeft een misdrijf gepleegd dat met bezittingen te maken heeft en één op de 25 heeft een seksueel delict gepleegd. Ongeveer 10% van de gedetineerden heeft een overval gepleegd (Prison and Probation Service, 2006).

In 2004 werden ongeveer 700 straffen voor het plegen van een seksueel delict opgelegd. Hiervan werd bij ongeveer 90 personen een forensisch psychiatrisch onderzoek aangevraagd, van wie vervolgens 20 personen forensisch psychiatrische zorg opgelegd kregen. In 320 gevallen kreeg betrokkene een gevangenisstraf opgelegd. De overige 360 personen kregen een alternatieve straf opgelegd, zoals *probation* of elektronisch toezicht. Een levenslange straf wordt ongeveer tien maal per jaar opgelegd. In 2004 verbleven 124 levenslang gestraften in gevangenissen in Zweden (tabel 3).

**Tabel 3 Aantal opleggingen levenslange gevangenisstraf per jaar**

jaar	aantal opleggingen levenslange gevangenisstraf	aantal levenslang gestraften verblijvend in de gevangenis
1995	10	
1996	7	
1997	8	
1998	7	
1999	14	
2000	15	
2001	7	105
2002	11	109
2003	11	119
2004	10	124

Bron: Brå (2004)

## 4.2 Oplegging

### *Assessmentprocedure*

In 1997 is een speciale assessment unit opgericht in de gevangenis in Kumla, die alle mannelijke gedetineerden onderzoekt die een gevangenisstraf van vier jaar of meer opgelegd gekregen hebben. Er is een aparte assessment unit voor vrouwelijke gedetineerden, die zich in de Hinseberg gevangenis bevindt, welke de grootste en meest beveiligde gevangenis voor vrouwen is. De assessmentcentra worden *Reception Centres* genoemd. Zij verrichten een onderzoek gedurende ongeveer zes weken. De instrumenten die gebruikt worden zijn bijvoorbeeld de (Zweedse versies van de) HCR-20 (Webster et al., 1997), de PCL-R (Hare, 1991), SARA (Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1995), SVR-20 (Boer et al., 1999), de SCID, de WAIS, en een korte neuropsychologische screening waarin bijvoorbeeld de Benton visual retention test afgenomen wordt.

Het onderzoek leidt tot een rapport met aanbevelingen over de algemene voorwaarden voor de detentie voor een gedetineerde. Het gaat dan vooral om het bepalen van het benodigde beveiligingsniveau, suggesties voor behandelingen voor om recidive met een gewelddadig dan wel seksueel delict te voorkomen, suggesties voor scholing, et cetera. De *National Prison and Probation Administration* beslist aan de hand van het rapport in welke instelling de gedetineerde zijn straf moet uitzitten. Per jaar worden zo'n 250 personen door het *Assessment Centre* in Kumla onderzocht (interview).

## 4.3 Intramuraal verblijf

### 4.3.1 *Verantwoordelijke instanties*

De Zweedse *Kriminalvården (Prison and Probation Service)* is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen. Deze bestaat uit vijf regionale kantoren, 36 lokale *Prison and Probation Services* en een transport service (Prison and Probation Service, 2006).

### 4.3.2 *Voorzieningen*

Er zijn 28 *remand prisons* in Zweden, waar arrestanten die nog niet berecht zijn verblijven, dit zijn er zo'n 1.500 in getal. Er zijn 55 gevangenis- en verblijfsinstellingen, waar in 2002 ongeveer 4.000 gedetineerden verbleven. Daarbij gaat het zowel om gesloten als om open instituten, met verschillende niveaus van beveiliging. Er zijn twee gevangenisinstellingen die speciaal ingericht zijn als *high security*-voorziening<sup>4</sup> en enkele gevangenisinstellingen waar speciale

<sup>4</sup> In het kader van deze studie hebben wij de maximum security gevangenis in Kumla bezocht, waar ook het *Reception Centre* zich bevindt.

voorzieningen getroffen zijn voor verschillende categorieën gedetineerden, zoals de groep die middelen misbruikt en de groep die een seksueel delict heeft gepleegd (Regeringskanslet, 2002). De meeste gevangenen hebben een beperkte capaciteit, van gemiddeld zo'n 45 bedden. Er zijn enkele grotere gevangenen, waar de personen verblijven die ernstigere delicten gepleegd hebben. De meeste gedetineerden hebben hun eigen cel (Regeringskanslet, 2004).

#### 4.3.3 *Vormen van intramurale behandeling*

Een groot deel van de tijd die een gedetineerde in de gevangenis doorbrengt wordt ingevuld met arbeid. De producten die geleverd kunnen worden zijn kwalitatief goed en er bestaan verschillende mogelijke werkzaamheden, zoals hout- en metaalbewerking. Daarnaast wordt een kleiner gedeelte van de tijd doorgebracht met scholing en zijn er enkele behandelprogramma's, gericht op specifieke problematiek, zoals problemen met drugs, alcohol, op seksueel gebied en op het gebied van geweld (Swedish Prison and Probation Service, 2006).

##### *Sex offender treatment*

In Zweden is recent (februari 2003) het *National Sex Offender Treatment Program* (NSOTP) geïmplementeerd. Het gaat hierbij om een vertaling en bewerking van het *medium intensity Sex Offender Treatment Program*, zoals dat in Canada gegeven wordt. Dit is onder de naam *ROS* in het Zweeds verschenen. Het programma komt inhoudelijk gezien grotendeels overeen met dat in Canada, zo komen het aantal modules en de te behandelen thematiek in beide programma's grotendeels overeen. Een verschil is dat er in Zweden voor een gemengd cognitief-psychodynamische benadering is gekozen, in tegenstelling tot de cognitieve gedragstherapie die in Canada gegeven wordt.

Op het moment wordt het behandelprogramma aan zo'n 250 seksuele delinquenten aangeboden, in zeven verschillende instellingen. De gedetineerden verblijven op een speciale unit waar alleen gedetineerden zitten die een seksueel misdrijf gepleegd hebben. De gedetineerden met een seksueel delict blijven gedurende de gehele tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf op deze speciale afdelingen (Kvarnmark, 2006).

##### *Norrälje*

In de *sex offender treatment unit* in de gevangenis van Norrälje<sup>5</sup> maakt onderzoek bij binnenkomst een belangrijk onderdeel uit van de behandeling (al is in het *reception centre* in Kumla reeds een assessment verricht). Dit betreft een specifiekere op de behandeling toegesneden assessment van 'risks' en 'needs' van betrokkene met het oog op beveiliging en

5 De *sex offender treatment unit* in de gevangenis van Norrälje is in het kader van dit onderzoek bezocht.

behandeling. Op basis van de assessment worden de gedetineerden op verschillende momenten in verschillende van bovengenoemde programma's geplaatst. Meestal wordt het behandelproces met zorg opgebouwd door te starten met programma's als algemene cognitieve vaardigheden, waarin nog niet over het delict of de seksuele voorgeschiedenis wordt gesproken. Op deze manier worden gedetineerden die net op de afdeling binnenkomen gemotiveerd om betrokken te geraken bij het behandelproces (interview).

In de *sex offender unit* in Norrtälje worden naast het ROS-programma verscheidene andere behandelprogramma's toegepast die veelal op individueel initiatief door psychologen en bewaarders ontwikkeld zijn en reeds langere tijd gegeven worden (sinds 1996). Zo zijn er bijvoorbeeld programma's voor algemene cognitieve vaardigheden (*Cognitive Skills*). Verder heeft men een soort pre-therapiegroep waar de gedetineerden leren lastige onderwerpen te bespreken zoals seksualiteit en het omgaan met ouderschap in de gevangenis. De afdeling heeft plaats voor 21 gevangenen die zijn veroordeeld wegens een zedendelict. De afdeling heeft elf personeelsleden (interview).

Het onderzoeksinstituut te Brå heeft evaluatieonderzoek verricht met betrekking tot het programma *Cognitive Skills*. In het onderzoek werden 339 gedetineerden die het programma gevolgd hadden en vergeleken met een controlegroep. Beide groepen waren zorgvuldig op hun criminele voorgeschiedenis gematcht. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de behandelde groep en de controlegroep in het percentage dat recidiveerde. Het recidivepercentage van de gedetineerden die het programma volledig afmaakten, verschilde echter wel significant van dat van degenen die het programma niet afmaakten (respectievelijk 42% en 58%; Berman, 2002).

#### *Behandeling van agressie*

De Zweden zijn bezig met de vertaling en accreditatie van het *Violence Prevention Program*, eveneens uit Canada. Er wordt verwacht dat dit programma begin 2007 van start zal gaan. De inhoud van dit programma zoals het wordt gegeven in Canada, wordt besproken in deel 4 van dit rapport. Op dit moment is nog onduidelijk op welke manier het programma in Zweden ingevoerd gaat worden.

#### **4.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag**

Een gedetineerde met een straf van bepaalde duur komt op twee derde van zijn straftijd automatisch voorwaardelijk vrij. De voorwaardelijke invrijheidstelling duurt tot het einde van de straf, maar minimaal een jaar. De mogelijkheid bestaat om deze voorwaardelijk vrijgelaten gedetineerden onder toezicht te stellen van een *probation officer* (Swedish

Prison and Probation Service, 2006). Slechts in uitzonderingsgevallen van ernstig wangedrag tijdens detentie komt een gedetineerde niet in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling. In dit geval wordt het ontslag uitgesteld, wat per overtreding van de regels maximaal 15 dagen mag duren (Regeringskanslet, 2004).

Er zijn 43 *probation offices* in Zweden. Zij houden toezicht op verschillende subgroepen delinquenten (Kriminalvårdsstyrelsen, 2005):

- delinquenten die een voorwaardelijke straf gekregen hebben (*probation*; 35,2% van de totale groep);
- ex-gedetineerden die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld (*parole*; 36,3%);
- delinquenten die een *community work order* (6%), een *treatment order* (10%), of een *home detention* opgelegd gekregen hebben.

In veel gevallen wordt in Zweden overigens op mensen die *probation* als straf gekregen hebben toezicht gehouden door leken (onder begeleiding van *probation officers*) en niet door de *probation officers* zelf (Swedish Prison and Probation Service, 2006).

Indien betrokkene zich niet aan de voorwaarden houdt, wordt de zaak voorgelegd aan de *Probation and Parole Board* (*Kriminalvårdsnämnden*). Deze kan besluiten hem voor een periode van maximaal een maand opnieuw in de gevangenis te plaatsen. Als de voorwaardelijke invrijheidstelling voor langere duur herroepen moet worden, wordt de zaak doorverwezen naar de *district courts* (Swedish Prison and Probation Service, 2006). In de praktijk schijnt een voorwaardelijk invrijheidgestelde echter zelden door de *probation service* teruggeroepen te worden. De voorwaarden zouden in aanzienlijke mate moeten worden geschonden voor betrokkene opnieuw tot gevangenisstraf wordt veroordeeld (interview).

#### 4.5 Toezicht en nazorg

Zoals eerder vermeld duurt de voorwaardelijke invrijheidstelling zo lang als de resterende straf, maar niet korter dan een jaar (Ch 26 s. 10 PC). Het is mogelijk een voorwaardelijk in vrijheid gestelde persoon onder toezicht te plaatsen van een *probation officer* indien dit nodig wordt geacht (Ch 26 s 11). Deze maatregel kan worden genomen door de lokale gevangenis en reclassering.

##### 4.5.1 Verantwoordelijke instanties

De *Prison and Probation Service* is verantwoordelijk voor het toezicht op betrokkene tijdens de voorwaardelijke invrijheidstelling (zie ook vorige paragraaf).

#### 4.5.2 Vormen van toezicht en nazorg

##### *Electronic monitoring*

In 2001 werd een zogeheten systeem van *close supervision* ingesteld. Dat wil zeggen dat gevangenen de mogelijkheid hebben om een gedetineerde reeds vier maanden voordat hij in aanmerking zou komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling, onder elektronisch toezicht de instelling te laten verlaten (Swedish Prison and Probation Service, 2006). Deze vorm van toezicht wordt ook toegepast bij langgestraften die voorwaardelijk vrij komen (interview). De personen worden daarvoor wel streng geselecteerd. Zo moeten zij huisvesting hebben, een dagbesteding en geen drugsproblematiek. Het betreft langgestraften die een ernstig delict hebben gepleegd. Met elektronisch toezicht kunnen zij eerder voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld dan zonder een dergelijke maatregel. Daarom acht men de maatregel een goed alternatief ondanks dat zij duur en arbeidsintensief is (interview).

Er is evaluatieonderzoek verricht met betrekking tot 260 gedetineerden die in 2001-2003 voorwaardelijk in vrijheid werden gesteld onder elektronisch toezicht (Wennerberg, Marklund & Nimeus, 2005). Zij werden vergeleken met een controlegroep van 260 gedetineerden die zonder elektronisch toezicht in voorwaardelijke vrijheid werden gesteld. De groepen waren vergelijkbaar (gematcht) wat betreft indexdelict en eerdere veroordelingen.

De groepen werden gemiddeld 205 dagen gevolgd. Ze verschilden niet significant in recidive: 11% van de gedetineerden in de elektronischtoezichtgroep en 15% van de gedetineerden in de controlegroep werd opnieuw veroordeeld voor enig delict. Bij onderverdeling van elk van de groepen in drie subgroepen: degenen met een hoog risico op recidive, degenen met een middelmatig risico op recidive en degenen met een laag risico op recidive, werd wel een significant verschil tussen de elektronischtoezichtgroep en de controlegroep gevonden. Het bleek dat in de laagrisicogroep gedetineerden met elektronisch toezicht minder vaak recidiveerden dan degenen in de controlegroep (1 van de 100 gedetineerden versus 8 van de 100 gedetineerden). De auteurs vinden *electronic monitoring* mogelijk veelbelovend bij laagrisicogedetineerden. Er dienen echter slagen om de arm gehouden te worden omdat het om zeer kleine aantallen gaat (Wennerberg, Marklund & Nimeus, 2005).

##### *Recidivecijfers*

Algemene recidivecijfers met betrekking tot Zweden zijn eenvoudiger te vinden dan cijfers met betrekking tot specifieke subpopulaties. Een studie uitgevoerd door Brå (een onderzoeksinstituut van het Zweedse Ministerie van Justitie) rapporteert een algemeen recidivecijfer van 20-23% binnen één jaar voor gedetineerden die tussen 1991 en 1999 veroordeeld waren. Van dezelfde groep recidiveerde gedurende een langere langere follow-up periode van drie jaar 32-36% (Brå, 2005).



In tabel 4 worden recidivecijfers weergegeven afhankelijk van verschillende typen uitgangsdelicten en het aantal eerdere veroordelingen (Brå, 2004). Zo recidiveerde binnen drie jaar 25% van degenen die werden veroordeeld wegens een zedendelict. Het recidivecijfer binnen drie jaar neemt toe naarmate de persoon meer eerdere veroordelingen in de voorgaande tien jaren had. Zo recidiveert 91% van degenen die zijn veroordeeld wegens een zedendelict en die tevens daarvoor tien of meer keer eerder zijn veroordeeld.

**Tabel 4 Recidivecijfers personen schuldig bevonden aan een misdrijf in 1999**

uitgangsdelict	aantal personen	percentage dat binnen 3 jaar recidiveerde in %					
		totale percentage dat recidiveerde	percentage dat recidiveerde afhankelijk van aantal eerdere veroordelingen				
			0	1-2	3-4	5-9	10 of meer
misdrijven tegen leven en gezondheid	8.331	40	25	38	53	66	85
aanranding, grove aanranding	7.973	41	26	38	54	67	88
misdrijven tegen de vrijheid en vrede	2.644	42	23	36	58	71	90
ongoorloofde bedreiging	1.241	46	27	39	56	71	86
seksuele delicten	652	25	11	24	39	59	91
verkrachting en grove verkrachting	97	30	16	20	44	39	100

Bron: Brå (2004)

#### 4.6 Kosten

Een plaats op een afdeling met hoge mate van beveiliging van een gevangenis kost ongeveer 3.000 SEK (€ 320), voor een plek op de behandelafdeling van de delinquenten met een seksueel delict wordt dagelijks 2.500 SEK (€ 266) betaald en voor een plaats in de sex offender unit in een open instelling bedragen de kosten 1.700 SEK (€ 181) gemiddeld (interview).



## 5 Samenvatting en discussie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat aan de hand van de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37 p. 4). Allereerst wordt een korte feitelijke samenvatting gegeven, voor respectievelijk het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel, waarna discussie volgt.

### 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?

#### *Forensisch psychiatrische systeem*

Een persoon die een delict heeft gepleegd en bij wie een ernstige psychische stoornis is vastgesteld kan forensisch psychiatrische zorg met gedwongen opname opgelegd krijgen. Indien een risico van herhaling van ernstige criminaliteit bestaat, kan daarbij een verplichting tot gedragskundig onderzoek voorafgaand aan ontslag worden opgelegd. Forensisch psychiatrische zorg wordt vooral opgelegd aan personen met een As-I-stoornis (zoals bijvoorbeeld schizofrenie of een psychotische stoornis).

#### *Gevangenisstelsel*

Zweden kent naast straffen van bepaalde duur ook levenslange gevangenisstraf. In de praktijk komen levenslang gestraften gemiddeld na ongeveer 18 jaar vrij. Binnen het gevangenisstelsel worden behandelprogramma's geïmporteerd uit onder andere Canada voor verschillende subgroepen onder de gedetineerden, bijvoorbeeld zedendelinquenten en gewelddadige delinquenten. Binnen het gevangenisstelsel bestaan er enkele behandelafdelingen voor gedetineerden die psychiatrische zorg nodig hebben.

#### *Discussie*

#### *Forensisch psychiatrische assessment*

In de interviews werden enkele sterke en minder sterke punten genoemd van De *National Board of Forensic Medicine* en de door haar verrichte assessments.

De *National Board of Forensic Medicine* is de enige instantie die de assessment voor de gerechten verricht ten behoeve van een eventuele oplegging van forensisch psychiatrische zorg. Dit brengt zowel voordelen als nadelen met zich mee. Als voordelen worden genoemd de uniformiteit van de rapportages, de kwaliteitswaarborg en de aandacht die aan de opleiding en deskundigheidsbevordering wordt besteed. Als nadeel wordt genoemd dat de medewerkers bij gebrek aan kritiek van buitenaf soms een teveel naar binnen gerichte werkwijze ontwikkelen en vaste werkwijzen te weinig ter discussie worden gesteld.

De rechtbank kan bij de assessment door de *National Board of Forensic*

*Medicine* in gecompliceerde zaken een *second opinion* vragen aan de *National Board of Health and Welfare*. Omdat het forensisch psychiatrische systeem in Zweden erg klein is, zou dit in de praktijk echter niet noodzakelijkerwijs een onafhankelijk oordeel betreffen (interview). De forensisch psychiaters kennen elkaar allemaal.

Als minder sterk punt wordt gesignaleerd dat de rechtbanken de rapporten van de psychiaters nauwelijks daadwerkelijk op waarde schatten, ze nemen de inhoud vaak zonder enige discussie over (interview). De rapporten van de *National Board of Forensic Medicine* worden volgens de geïnterviewde in de praktijk door de instelling waar betrokkene terecht komt nauwelijks benut en deze verrichten vaak opnieuw een uitgebreide assessment. De samenwerking op dit gebied met de overige betrokken instanties zou kunnen worden verbeterd.

#### *De sanctieoplegging van forensisch psychiatrische zorg*

Over de Zweedse sanctieoplegging van psychiatrische zorg worden verschillende punten van kritiek geuit.

Een oplegging van forensisch psychiatrische zorg is in Zweden alleen mogelijk indien de persoon zowel ten tijde van het delict als ten tijde van de assessmentprocedure een ernstige psychische stoornis heeft. Indien de persoon ten tijde van het plegen van het misdrijf wel, maar ten tijde van de assessment niet meer lijdt aan een psychische stoornis, kan hij vanwege het eerste geen gevangenisstraf opgelegd krijgen en vanwege het tweede geen psychische zorg. Hij kan dan alleen een voorwaardelijke straf of *probation* opgelegd krijgen, wat in het geval van moord of een ander ernstig misdrijf onbevredigend is (Silfverhielm, 2005; diverse interviews). Een tweede aspect betreft de proportionaliteit van de verschillende straffen. Als het misdrijf niet heel ernstig is, komt het voor dat personen die tot psychiatrische zorg veroordeeld zijn langer vast zitten dan personen die een gevangenisstraf opgelegd gekregen hebben. In het geval van ernstigere misdrijven daarentegen, gebeurt het dat personen in de forensisch psychiatrische zorg korter vastzitten dan personen die hetzelfde misdrijf gepleegd hebben maar tot gevangenisstraf zijn veroordeeld (Silfverhielm, 2005; diverse interviews). Dit wordt als onrechtvaardig gezien. Een hieraan gerelateerd aspect is dat de opgelegde forensisch psychiatrische zorg soms ook wordt verlengd als zulke zorg niet meer om medische redenen nodig is of als geen adequate zorg kan worden geboden waardoor de problematiek in stand blijft (SOU, 2002). Zo zou een aantal personen voor wie forensisch psychiatrische zorg niet het meest aangewezen is, langdurig dit type zorg ontvangen, tegen hoge kosten. Een punt dat door critici in Zweden als onethisch wordt gezien, is dat forensisch psychiatrische zorg opgelegd kan worden, ook als er geen adequate behandeling voorhanden is (Silfverhielm, 2005). Het kan ook gebeuren dat iemand die een ernstig misdrijf heeft gepleegd, na korte tijd psychisch gezond wordt bevonden, waarop de forensisch psychiatrische zorg beëindigd wordt.

Dit wordt vanuit het oogpunt van bescherming van de maatschappij onwenselijk geacht.

Het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel vormen twee volledig gescheiden trajecten. Verschillende geïnterviewden ervaren dit als star. Personen die veroordeeld zijn tot forensisch psychiatrische zorg kunnen geen gebruikmaken van bepaalde niet-intramurale sanctievormen, zoals een voorwaardelijke straf, of *probation* in combinatie met zogeheten *contract care*, of *electronic monitoring*. In het huidige systeem hebben forensisch psychiatrische patiënten geen toegang tot de minder vrijheidsbeperkende sancties (Silfverhielm, 2005). Aan de andere kant bevindt zich in het gevangenisstelsel een toenemend aantal gedetineerden met psychische problemen. De behandelcapaciteit in het gevangenisstelsel is echter beperkt (SOU, 2002).

Er is in 2002 een voorstel tot hervorming van het forensisch psychiatrische systeem geformuleerd door de overheid met het oogmerk het systeem te verbeteren in het licht van een aantal van de bovengenoemde kritiekpunten (SOU, 2002). Over dit voorstel is echter begin 2006 nog niet besloten (interview).

## **2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?**

### *Forensisch psychiatrische systeem*

Voor de patiënten die zijn veroordeeld tot forensisch psychiatrische zorg met gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis is er vooral intramurale zorg en behandeling beschikbaar. De behandeling bestaat uit een combinatie van medicatie, psychoanalytische of andere individuele psychotherapie en onderwijs of opleiding: beroepsonderwijs of bezigheidstherapie. Er bestaan geen juridische maatregelen en maar weinig behandelvormen voor een geleidelijke overgang naar en reïntegratie in de maatschappij.

### *Gevangenisstelsel*

Resocialisatie wordt als doelstelling sterk benadrukt binnen de Zweedse strafwetgeving en door de *Prison and Probation Service*. Binnen het gevangenisstelsel zijn behandelprogramma's voor verschillende typen problematiek in ontwikkeling of recent ingevoerd (veelal vanuit Canada). Ook bij voorwaardelijke invrijheidstelling kan betrokkene onder toezicht worden geplaatst van een *probation officer* en zijn er mogelijkheden voor behandeling.

### *Discussie*

De wetgeving met betrekking tot zedendelicten is in Zweden recent aangescherpt (Gonggrijp, 2005). De doelstelling van deze wetgeving

Ch. 6 PC) is het versterken van het recht op seksuele zelfbestemming en van de bescherming van kinderen en jongeren tegen seksueel geweld.

Enkele belangrijke veranderingen zijn:

- Verruiming van de wettelijke omschrijving van verkrachting. Voorheen moest altijd sprake zijn van fysiek geweld of bedreiging daarmee. Nu vallen ook een aantal delicten waarbij geen of in mindere mate geweld wordt gebruikt onder verkrachting.
- Een aantal nieuwe wettelijke omschrijvingen van seksuele delicten tegen kinderen. Zo wordt nu bijvoorbeeld onderscheiden: verkrachting van een kind, seksuele exploitatie van een kind en seksueel misbruik van een kind. De straffen voor dergelijke delicten zijn verhoogd.
- Het wordt eenvoudiger om iemand te veroordelen voor in het buitenland gepleegde seksuele delicten tegen kinderen.

### **3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?**

#### *Forensisch psychiatrische systeem*

Bij de oplegging van forensisch psychiatrische zorg is het centrale criterium de aanwezigheid van een ernstige psychische stoornis. De vraag of betrokkene te behandelen is en de vraag of een geschikte behandeling voorhanden is spelen daarbij geen rol.

Voor de beëindiging van de maatregel is het criterium of bij betrokkene nog sprake is van een ernstige psychische stoornis. Indien bij de veroordeling tot gedwongen forensisch psychiatrische zorg, vanwege het recidiverisico tevens speciale ontslagcondities zijn opgelegd, dient ook de vraag te worden beantwoord of betrokkene nog een gevaar voor de maatschappij vormt. Een deel van de tot forensisch psychiatrische zorg met speciale ontslagcondities veroordeelden kan niet ontslagen worden vanwege chronische As-I-problematiek. In het forensisch psychiatrische ziekenhuis in Vadstena bijvoorbeeld, heeft men twee afdelingen waar patiënten al vele jaren verblijven zonder uitzicht op ontslag (interview).

#### *Gevangenisstelsel*

Bij oplegging van gevangenisstraf speelt de vraag of betrokkene behandelbaar is geen rol.

#### 4 Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?

##### *Forensisch psychiatrische systeem*

In het forensisch psychiatrische systeem is voor patiënten na invrijheidstelling weinig of geen specifieke nazorg of toezicht geregeld.

##### *Gevangenisstelsel*

Voorwaardelijke invrijheidstelling duurt zo lang als de strafrest duurt, maar minimaal een jaar en indien nodig kan betrokkene onder toezicht worden geplaatst van een *probation officer*.

Zweden kent geen juridische maatregelen op basis waarvan langerdurend toezicht mogelijk is. De *Prison and Probation Service* kan binnen de voorwaardelijke invrijheidstelling zelf verschillende vormen van toezicht toepassen, zoals bijvoorbeeld elektronisch toezicht.

#### 5 Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlov en het ontslag uit het systeem?

##### *Forensisch psychiatrische systeem*

Het hoofd van de inrichting kan betrokkene verlov verlenen, tenzij bijzondere ontslagcondities zijn opgelegd, in dat geval beslist de *administrative court* over verlov.

Personen die forensisch psychiatrische zorg opgelegd hebben gekregen, kunnen niet voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld. Het gerecht beslist of de oplegging moet worden verlengd of dat betrokkene onvoorwaardelijk in vrijheid moet worden gesteld. Indien aan de oplegging speciale condities voor invrijheidstelling zijn verbonden, dient een forensisch psychiatrisch onderzoek gericht op onder meer het recidiverisico te worden uitgevoerd.

##### *Gevangenisstelsel*

Er kan door de gevangenis kortdurend verlov worden verleend als dit bevorderend is voor de reïntegratie van betrokkene, of op humanitaire gronden. Betrokkene kan ook langerdurend verlov worden toegestaan om buiten de instelling te werken of om een behandeling te ondergaan.

Na twee derde van de straf komen gedetineerden in het algemeen automatisch voorwaardelijk vrij. Bij wangedrag kan de voorwaardelijke invrijheidstelling worden opgeschort voor 15 dagen per keer. Bij schending van de voorwaarden kan de *Parole Board (Kriminalvårdsnämnden)* besluiten betrokkene voor een periode van maximaal een maand opnieuw in de gevangenis te plaatsen. Als de voorwaardelijke invrijheidstelling voor langere duur herroepen moet worden, wordt de zaak doorverwezen naar de *district courts* (Prison and Probation Service, 2006). In de praktijk schijnt een voorwaardelijk invrijheidgestelde zelden teruggeroepen te worden (interview).

# Literatuur

**Belfrage, H., G. Fransson**

Swedish Forensic Psychiatry. A field in transition  
*International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, nr. 23, pp. 509-514

**Berman, A.H.**

*Teaching a new way of thinking. An evaluation of the Cognitive Skills programme in the prison and probation service, 1995-2000*  
Stockholm, National Council for Crime Prevention, (Brå) 2002

**Boer, D.P., S.D. Hart, P.R. Kropp, C.D. Webster**

*Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*  
Burnaby (BC), Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute 1999

**Brå**

*Tabell 850. Persons found guilty of criminal offences in 1999 and percentage of relapse into crime within 3 years*  
Stockholm, Brå, 2004

**Brå**

*Recidivism. Rapport 03/08/2005. Retrieved 11/01/06*  
Stockholm, Brå, 2005

**Dernevik, M.**

Mentally disordered offenders in Sweden. In: E. Blaauw, M. Hoeve, H. van Marle, L. Sheridan (eds.), *International perspectives on assessment and treatment*  
Den Haag, Elsevier, 2002, pp. 125-143

**Gonggrijp, T.**

*Zweden. Feitelijke en cijfermatige gegevens*  
Den Haag, Ministerie van Buitenlandse Zaken, 2005

**Grøndahl, P.**

Scandinavian forensic psychiatric practices – an overview and evaluation  
*Nordic Journal of Psychiatry*, 2005, nr. 59, pp. 92-102

**Hanson, R.K.**

*The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism*  
Ottawa, Department of the Solicitor General, 1997

**Hanson, R.K., D. Thornton**

*Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*  
Ottawa, Department of the Solicitor General of Canada, 1999

**Hare, R.D.**

*The Psychopathy Checklist-Revised*  
Toronto, Multi-Health Systems, 1991

**Kriminalvården**

*The Swedish System of Sanctions*  
Stockholm, Ministry of Justice, 2006



**Kriminalvårdsstyrelsen**

*Aktuell Statistik från Kriminalvården. Firvården*  
Stockholm, Kriminalvårdsstyrelsen, 2005

**Kropp, P.R., S.D. Hart, C.D. Webster, D. Eaves**

*Manual for the spousal assault Risk Assessment Guide (2nd ed.)*  
Vancouver, British Columbia Institute on Family Violence, 1995

**Kwarnmark, E.**

*Sex Offender Treatment Policy Sweden*  
Stockholm, Kriminalvården, 2006

**Lindstedt**

*Daily occupations in mentally disordered offenders in Sweden*  
Uppsala Universitet, Dissertation faculty of Medicine, 2005

**National Board of Forensic Medicine**

*The facts of the case. Expert answers to tough legal questions.*  
*A presentation of the National Board of Forensic Medicine*  
Norrköping, Pressgrannar AB, 2004

**Prison and Probation Service**

Kriminalvården, 2006

**Regeringskanslet**

*The Swedish judicial system – a brief introduction*  
Stockholm, Danagårds Grafiska, 2002

**Regeringskanslet**

*Information about the Swedish prison and probation service. Fact sheet,*  
*Ju 04-01.*  
Stockholm, Ministry of Justice, 2004

**Silfverhielm, H.**

Sweden. In: H. J. Salize, H. Dressing (eds.), *Placement and treatment of mentally disordered offenders; Legislation and practice in the European Union*  
Lengerich, Pabst Science Publishers, 2005, pp. 319-332

**Statens Offentliga Utredningar, (SOU)**

*Psykisk störning, brott och ansvar*  
Stockholm, Ministerie van Justitie, 2002

**Webster, C.D., K.S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart**

*HCR-20. Assessing risk for violence, version 2*  
Vancouver, Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services  
Commission of British Columbia, 1997

**Wennerberg, I., F. Marklund, O. Niméus**

*Effect of prison-release using electronic tagging in Sweden. Report from a trial project conducted between 2001 and 2004. Report 2005, 8*  
Stockholm, Brå, 2005

### Relevante websites

- *Center for Health Equity Studies*: <http://www.chess.su.se>
- *Brottsförebyggande rådet*: <http://www.bra.se>
- *Center for Violence Prevention*: <http://www.cvp.se>
- *Karolinska Institutet*: <http://www.ki.se>
- Regering: <http://www.sweden.gov.se>
- *Kriminalvården* (gevangeniswezen): <http://www.kvv.se>
- *National Board of Forensic Medicine*: <http://www.rmv.se>

# Bijlage

## Bezoekschema Zweden, 27 februari t/m 4 maart 2006

Maandag 27 februari 2006

- Vlucht Amsterdam-Stockholm
- Prison and Probation Service
  - Interviews met Stefan Skagerberg, psychiater en medisch adviseur Prison & Probation Service
  - Lena Karlsson, advocate
  - Elisabeth Kwarnmark, psychologe en coördinator National Sex Offender Treatment Program (ROS)

Dinsdag 28 februari 2006

- Interview met Marianne Kristiansson, medical director of the National Board of Forensic Medicine
- Interview met Britt af Klinteberg, Professor of Psychology, Stockholm University en onderzoeker *Center for Health Equity Studies*
- Interview met Eva Klint, Parole Office Stockholm

Woensdag 1 maart 2006

- Bezoek gevangenis Norrtälje
  - Interview met Carola Ewertsson & Martin Söderberg
- Interview met Ministry of Justice
  - Gesprekken met Marie-Louise Ollén, Legal Advisor penal Law; Gunilla Berglund, Legal Advisor Sexual offences; & Johann Wilhelmsson, Crime Policy
- Interview met Social Ministry
  - Gunnar Holmberg, Niklas Långstrom & Anders Milton, National Psychiatric Services Coordination

Donderdag 2 maart 2006

- Bezoek Vadstena, high security mental hospital
  - Interview met diverse clinici, waaronder Mats Dernevik

Vrijdag 3 maart 2006

- Bezoek Kumla prison and Reception Centre
  - Interview met Peter Johansson, psycholoog en onderzoeker

Zaterdag 4 maart 2006

- Terugvlucht Stockholm-Amsterdam



# Deel 6 België

Auteurs:

E. Neven

Katholieke Universiteit Leuven

G. Vervaeke

Redactie:

C. H. de Kogel

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum,

M. H. Nagtegaal

Ministerie van Justitie



# 1 Inleiding

België heeft een oppervlakte van 30.528 km<sup>2</sup>, oftewel 0,9 maal Nederland (Bourlet, 2005). België is een federale staat, samengesteld uit gemeenschappen, gewesten en tien provincies. De drie gewesten zijn het Vlaamse gewest, het Waalse gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De drie gemeenschappen zijn de Vlaamse, de Franse en de Duitstalige Gemeenschap. Naast de federale regering, kennen zowel de gewesten als de gemeenschappen eigen regeringen.

De strafwetgeving en de tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen vallen onder de verantwoordelijkheid van de federatie en gelden voor het hele land. De verantwoordelijkheid voor het beleid en de organisatie en uitvoering op het gebied van de gezondheidszorg ligt bij de gemeenschappen. De rechterlijke macht is uitsluitend federaal en is toevertrouwd aan de Hoven en de Rechtbanken.

De doelgroep uit dit onderzoek, personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben, bevindt zich ten dele in het (forensisch) psychiatrische systeem en ten dele in het gevangenisstelsel. Personen die omwille van een ernstige geestesstoornis niet verantwoordelijk worden geacht voor het delict<sup>1</sup> worden ontoerekeningsvatbaar verklaard en krijgen geen straf, maar er wordt hen een speciale maatregel opgelegd, internering genaamd. Het idee hierachter is dat deze mensen beter verzorgd dan gestraft kunnen worden.<sup>2</sup>

Het is ook mogelijk dat iemand een ernstig gewelds- of zedendelict heeft gepleegd, hiervoor veroordeeld werd tot een gevangenisstraf en tijdens het uitzitten van deze straf een psychische stoornis ontwikkelt. In dat geval kan deze persoon onmiddellijk geïnterneerd worden, wat betekent dat hij of zij in principe zal worden overgeplaatst van de gevangenis naar een (forensisch) psychiatrische voorziening.

Een derde weg via welke de interneringsmaatregel kan worden opgelegd is de volgende. Voor bepaalde categorieën van delinquenten, namelijk de recidivisten en de gewoontemisdadigers (zie voor een nadere omschrijving paragraaf 2.2), en sedert enkele jaren ook voor plegers van seksueel

1 Bij wet worden er in België drie soorten misdrijven beschreven, afhankelijk van de straf die erop wordt gesteld:

Misdaden: worden bestraft met een criminele straf en worden berecht voor het hof van assisen. Mogelijke criminele straffen zijn levenslange of tijdelijke opsluiting of hechtenis (tijdelijk kan zijn van 5-10 jaar, van 10-15 jaar, van 15-20 jaar of van 20-30 jaar) of een geldboete van tenminste 26 euro.

Wanbedrijven (en gecorrectionaliseerde misdaden): worden bestraft met een correctionele straf en worden berecht voor de correctionele rechtbank. Een correctionele gevangenisstraf duurt minimaal 8 dagen en maximaal 5 jaar. De geldboete voor een wanbedrijf bedraagt minstens 26 euro en er kan tevens een werkstraf worden opgelegd van 46 tot 300 uur.

Overtredingen (en gecontraventionaliseerde wanbedrijven): worden bestraft met een politiestraf en worden berecht voor de politierechtbank. Een politiegevangenisstraf duurt minimaal 1 dag en maximaal 7 dagen. De geldboete voor een overtreding bedraagt tenminste 1 en ten hoogste 25 euro en werkstraffen kunnen worden opgelegd van 20 tot 45 uur.

2 Wet tot Bescherming van de Maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers van 1 juli 1964, B.S. 17 juli 1964, 7818.

strafbare feiten, is een bijkomende maatregel mogelijk, bovenop de hoofd-gevangenisstraf, namelijk de terbeschikkingstelling van de regering (TBR). Dit is een strafaanvullende beveiligingsmaatregel, die de rechter oplegt. Op 1 juli 2005 telde België 10.472.842 inwoners, waarvan er ongeveer 6.058.368 in het Vlaams Gewest wonen, 3.402.216 in het Waalse Gewest en 1.012.258 in het Brussels Hoofdstedelijk gewest (federale regering België, 2005). In 2004 telde België 88 gedetineerden per 100.000 inwoners (Walmsley, 2005). De totale gevangenispopulatie inclusief preventief gedetineerden bestond in 2004 uit 9.245 gedetineerden (Walmsley, 2005). In 2005 waren er in België 3.306 personen met een maatregel tot internering, van wie er 1.307 in instellingen verbleven en 1.999 vrij waren op proef (Cosyns, 2005). In 2003 waren er 24 personen met TBR (politiek België, 2005). In dit deel worden de belangrijkste wetgeving en demografische gegevens met betrekking tot verdachten en veroordeelden van ernstige gewelds- of zedendelicten met een psychische stoornis op federaal niveau besproken. De tenuitvoerlegging van de interneringsmaatregelen verschilt per gemeenschap (Vlaanderen, Wallonië) en per instelling. Er zijn in België nog weinig voorzieningen voor behandeling van personen met een dergelijke maatregel (Cosyns & Verellen, 2005). De behandelmogelijkheden die er zijn worden in dit deel besproken.

In tabel 1 zijn de belangrijkste onderwerpen uit dit deel schematisch weergegeven. In hoofdstuk 1 wordt een inleiding gegeven. In hoofdstuk 2 wordt een beknopte beschrijving van de relevante wetgeving, straffen en maatregelen gegeven die betrekking hebben op de doelgroep van dit onderzoek. In hoofdstuk 3 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan bod, voor zover deze in het forensisch psychiatrisch systeem plaatsvindt. In hoofdstuk 4 komt de praktijk van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen ten aanzien van de genoemde doelgroep aan bod, voor zover deze in het gevangenisstelsel plaatsvindt. Hoofdstuk 5 eindigt met een samenvatting van de belangrijkste resultaten, waarbij deze onder meer worden gekoppeld aan de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37, p. 4). De vragen voor de Commissie luiden:

1. Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?
2. Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn er in het buitenland bekend?
3. Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?
4. Op welke wijze is het toezicht op betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?
5. Wat zijn de werkwijze en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlof en het ontslag uit het systeem?



**Tabel 1 Kenmerken van het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in België**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Niveau van organisatie	Op het niveau van de gemeenschappen (Vlaanderen en Wallonië)	Federaal niveau
Basis voor instroom in het forensisch psychiatrische systeem	Betrokkene kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor het delict	
Relevante maatregelen en straffen (detentie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interneringsmaatregel daders misdrijven met psychische stoornis</li> <li>- Onmiddellijke internering van veroordeelden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straffen van bepaalde duur</li> <li>- Levenslange gevangenisstraf</li> <li>- Onmiddellijke internering van veroordeelden</li> <li>- Terbeschikkingstelling van de Regering</li> </ul>
Oplegging maatregelen/straffen	Gerecht	Gerecht
Tenuitvoerlegging maatregelen/straffen	Geestelijke gezondheidszorg op niveau van de gemeenschappen	Gevangeniswezen
Voor tenuitvoerlegging verantwoordelijke ministerie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vlaamse en Waalse ministerie van Welzijn en Volksgezondheid</li> <li>- Federale Ministerie van Justitie; voor enkele Forensisch Psychiatrische Afdelingen in Psychiatrische Ziekenhuizen en Inrichtingen ter bescherming van de maatschappij</li> </ul>	Federale Ministerie van Justitie
Verblijf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forensisch Psychiatrische Eenheden</li> <li>- Forensisch Psychiatrische Afdelingen</li> <li>- Instellingen ter Bescherming van de Maatschappij</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gevangenis</li> <li>- Instelling ter Bescherming van de Maatschappij</li> </ul>
Beslissingen over verlof	Commissie voor Bescherming van de Maatschappij	<ul style="list-style-type: none"> <li>- penitentiaal verlof: beslissing door Dienst Individuele Gevallen (DIG)</li> <li>- uitgangspemissies: beslissing door gevangenisdirectie na toelating van CBM (voor geïnterneerden) of van de minister van Justitie</li> </ul>
Beslissingen over (voorwaardelijke) invrijheidstelling	Commissie voor Bescherming van de Maatschappij	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straffen: Commissie Voorwaardelijke Invrijheidstelling</li> <li>- Maatregelen: Commissie voor Bescherming van de Maatschappij</li> </ul>
Relevante maatregelen en straffen (toezicht)	Voorwaardelijke invrijheidstelling	Voorwaardelijke invrijheidstelling



## 2 Beknopte beschrijving rechtssysteem

In dit hoofdstuk wordt het Belgische rechtssysteem kort besproken, vervolgens komen de maatregelen tot internering en de terbeschikkingstelling aan de regering aan de orde. In statistische gegevens over de interneringsmaatregelen wordt niet altijd onderscheid gemaakt tussen het gevangeniswezen en het (forensisch) psychiatrische systeem. Daarom worden deze gegevens in dit hoofdstuk besproken in plaats van bij hoofdstuk 3 en 4 zoals bij de delen over de andere landen.

### 2.1 Algemene kenmerken

België heeft een continentale rechtstraditie. Kenmerkend daarvoor is dat deze in belangrijke mate gebaseerd is op het Romeinse recht, wat onder meer betekent dat het recht hoofdzakelijk is vastgelegd in wetboeken en de rechtspraak een meer ondergeschikte rol speelt bij de ontwikkeling van het recht.

De Belgische strafwetgeving is geregeld in het Strafwetboek (1867) en een aantal complementaire wetten van later datum, het strafprocesrecht in het Wetboek van strafvordering (1808) en eveneens een aantal complementaire wetten van later datum. De belangrijkste en tevens landelijke wetgeving met betrekking tot de onderzochte groep betreft de Wet tot Bescherming van de Maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers (WBM, 1964).

Het meest relevante ministerie voor dit onderzoek zijn het federale Ministerie van Justitie en meer in het bijzonder het Directoraat-Generaal Uitvoering van Straffen en Maatregelen. Hieronder vallen de gevangenis, de psychiatrische annexen van de gevangenis, de instellingen ter preventie van de maatschappij en enkele van de Forensisch Psychiatrische Afdelingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Ook de Commissies ter Bescherming van de Maatschappij en de justitiehuisen (gevangenis), die belast zijn met de opvolging van voorlopig in vrijheid gestelde geïnterneerden, vallen onder hun bevoegdheid.<sup>3</sup> Al deze instellingen en diensten zullen behandeld worden onder het hoofdstuk over het penitentiair systeem (hoofdstuk 4).

Daarnaast zijn het Vlaamse Ministerie van Welzijn en Volksgezondheid en zijn Waalse tegenhanger van belang. Hieronder vallen tevens enkele van de Forensisch Psychiatrische Afdelingen in Psychiatrische Ziekenhuizen en alle andere vormen van reguliere psychiatrische hulpverlening (residentieel en ambulante), waar geïnterneerden in terecht kunnen komen. Twee Waalse inrichtingen ter bescherming van de maatschappij, Bergen en Doornik, vallen onder de bevoegdheid van het Waalse Gewest. Deze instellingen en diensten worden behandeld onder het hoofdstuk over het (forensisch) psychiatrische systeem (hoofdstuk 3). We zullen later

<sup>3</sup> Vanaf 1 januari 2007 zullen de justitiehuisen onder een apart directoraat-generaal vallen.

in dit deel zien dat het feit dat de bevoegdheden verdeeld zijn over meer dan één instantie soms voor problemen zorgt.

Lichtere strafzaken worden in België door de correctionele rechtbank behandeld. De correctionele rechtbank is onderdeel van de rechtbank van eerste aanleg die daarnaast een burgerlijke en een jeugdrechtbank kent. Tegen een uitspraak van de correctionele rechtbank is beroep mogelijk bij het Hof van Beroep. Het Hof van assisen behandelt de zwaarste strafrechtelijke misdrijven. Het kan straffen van vijf jaar tot levenslang opleggen. Het Hof bestaat uit drie professionele rechters en een twaalfkoppige volksjury. De jury oordeelt over de vraag of betrokkene schuldig is aan het delict. De rechters bepalen de strafmaat. Er is geen beroep mogelijk tegen een uitspraak van het Hof van assisen (Van den Wyngaert, 2003).

## 2.2 Maatregelen en straffen

Bij gewelds- en zedendelinquenten die vanwege een psychische stoornis als ontoerekeningsvatbaar worden beschouwd is het gevolg dat aan hun delict gegeven kan worden geen straf, maar een maatregel, namelijk de interneringsmaatregel. Indien zij wel toerekeningsvatbaar worden geacht kunnen zij een gevangenisstraf opgelegd krijgen. Dit laatste kan met name voorkomen als betrokkene een persoonlijkheidsstoornis heeft. In deze paragraaf worden de voor dit onderzoek meest relevante maatregelen en straffen besproken. Dit betreft de maatregel tot internering, de maatregel terbeschikkingstelling van de regering en de levenslange gevangenisstraf.

### 2.2.1 *Maatregelen gericht op verdachten en veroordeelden met een psychische stoornis*

De interneringsmaatregel kan via drie wegen worden opgelegd. Deze drie wegen beschrijven we hieronder. Personen die een levenslange gevangenisstraf krijgen opgelegd worden niet beschouwd als een aparte categorie binnen het gevangeniswezen en er bestaan dus geen specifieke regelingen voor deze groep gedetineerden. Er is enkel de algemene wet omtrent internering, zijnde de WBM.

*De internering van daders van misdrijven met een psychische stoornis*  
*Criteria voor oplegging.* Voor deze groep van personen is de Wet tot Bescherming van de Maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers (WBM) van 1 juli 1964 van kracht. Deze wet voorziet in de mogelijkheid om plegers van misdaden en wanbedrijven voor een onbepaalde duur te onderwerpen aan een interneringsmaatregel.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> De WBM is enkel van toepassing op meerderjarigen. Het psychiatrisch onderzoek van een minderjarige die strafbare feiten heeft gepleegd, wordt geregeld door de Jeugdbeschermingwet van 1965.

De pleger moet dan wel aan een aantal voorwaarden voldoen, namelijk (De Vuysere, Casselman, & Vervaeke, 2004; De Vuysere, Casselman, & Vervaeke, 2003):

- Betrokkene bevindt zich op het ogenblik van de berechting in een staat van krankzinnigheid, een ernstige staat van geestesstoornis of een ernstige staat van zwakzinnigheid, waardoor hij ongeschikt is om zijn daden te controleren (art. 1 WBM).
- Betrokkene wordt 'sociaal gevaarlijk' bevonden (niet opgenomen in de WBM, maar ontstaan in de jurisprudentie. Het houdt verband met de kans op recidive en de graad van gevaarlijkheid van de betrokkene voor zichzelf en voor de samenleving; Heimans & Brad, 2003a).

Voor de geïnterneerden die seksuele feiten hebben gepleegd met minderjarigen vereist de WBM bovendien dat er een gespecialiseerd advies wordt gegeven vooraleer over die invrijheidstelling te beslissen.

*De onderzoeksfase.* In die gevallen waarin de wet een voorlopige hechtenis toelaat, biedt de WBM de mogelijkheid om verdachten aan een psychiatrische observatie te onderwerpen (art. 1-6). De uitvoering hiervan vindt plaats in een psychiatrische annex van een strafinrichting voor een duur van één maand (verlengbaar met één maand tot maximaal zes maanden). Deze in observatiestelling vindt echter zelden plaats, omwille van (Goethals, 1997):

- de complexiteit van de in observatiestelling op juridisch-technisch vlak;
- het niet ter beschikking zijn van de nodige infrastructuur, logistiek en diagnostisch personeel.
- daarom zal de rechter meestal een deskundige aanstellen om zich omtrent de psychische toestand van de verdachte te laten voorlichten (deskundigenonderzoek). De taak van deze deskundige is de volgende:
  - nagaan of de betrokkene zich op het ogenblik van de feiten in één van de in artikel 1 vermelde toestanden bevond, waardoor hij niet in staat was zijn daden te controleren;
  - nagaan of de betrokkene zich op het ogenblik van de berechting in één van de in artikel 1 vermelde toestanden bevindt, waardoor hij niet in staat is zijn daden te controleren;
  - nagaan of de betrokkene sociaal gevaarlijk is.

Dit besluit moet in zwart-wit termen geformuleerd worden: toerekeningsvatbaar<sup>5</sup> of niet? Het antwoord is in de praktijk echter meestal relatief.

5 Iemand wordt als toerekeningsvatbaar beschouwd wanneer hij of zij een misdrijf heeft gepleegd, maar zich op het ogenblik van de feiten en op het ogenblik van de berechting in een staat van krankzinnigheid, een ernstige staat van geestesstoornis of een ernstige staat van zwakzinnigheid bevindt, waardoor hij ongeschikt is om zijn daden te controleren (art. 1 WBM). Er bestaat geen exhaustive lijst van stoornissen die leiden tot ontoerekeningsvatbaarheid. Het is steeds aan de rechter die hierover per geval beslist, hij steunt hiervoor op het advies van de deskundige.

De deskundige gaat na wat voor betrokkene de beste keuze is: strafrecht of zorg (De Vuysere, 2003). Daarnaast kan de rechter eventueel bijkomende vragen stellen aan de deskundige (naar diagnose en de te nemen therapeutische maatregelen).

In de wet staat dat de deskundige een geneesheer moet zijn, in de praktijk is het echter bijna altijd een psychiater en soms een college van psychiaters (bij zeer ernstige en complexe misdrijven). In de wet werd geen multidisciplinariteit voorzien, maar in de praktijk kunnen meerdere disciplines betrokken worden in een deskundigenonderzoek.

In principe kan de rechter een internering opleggen zonder deskundigenverslag, maar ook dit gebeurt in de praktijk bijna nooit, vaak wordt zelfs het advies van de expert gevolgd. Bij een verwerping van dit advies door de rechter moet deze laatste dit motiveren (De Vuysere, 2004).

*De beslissingsfase.* De rechter beslist autonoom over de internering. Er zijn beroepsmogelijkheden tegen deze beslissing. Een combinatie van straf en maatregel voor een zelfde vergrijp is niet mogelijk (De Vuysere, 2004).

*De uitvoeringsfase.* Na de beslissing tot internering valt de geïnterneerde onder de bevoegdheid van de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) van de regio waar het (hoofd)misdrijf werd gepleegd. De werking van deze CBM's wordt bij de paragrafen over de behandeling verder besproken (De Vuysere, 2004).

#### *De onmiddellijke internering van veroordeelden*

Het is in België ook mogelijk om geïnterneerd te worden terwijl men zijn hechtenis uitzit. Artikel 21 van de WBM bepaalt dat een gedetineerde, veroordeeld voor een misdaad of wanbedrijf tot een gevangenisstraf, die zich tijdens zijn hechtenis in één van de toestanden bevindt, vermeld in art. 1 WBM, die hem ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden, geïnterneerd kan worden op basis van een beslissing van de Minister van justitie, na eensluitend advies van de CBM (De Vuysere, Casselman, & Vervaeke, 2003).

*De onderzoeksfase.* De CBM geeft advies aan de Minister van Justitie over de toestand van de veroordeelde: bevindt deze zich in één van de toestanden uit artikel 1 WBM die hem ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden? Is het wenselijk om deze persoon te interneren (art. 21 WBM)?

*De beslissingsfase.* De Minister van Justitie beslist, na eensluitend advies van de CBM, om de veroordeelde te interneren.

*De uitvoeringsfase.* De persoon wordt vanaf nu beschouwd als een gewone geïnterneerde en valt onder het toezicht van de CBM. De werking van deze CBM bespreken we in het volgende hoofdstuk.

*Terbeschikkingstelling van de regering*

Deze maatregel is tevens opgenomen in de WBM van juli 1964 en richt zich op gewoontemisdadigers, recidivisten en, sinds de wet van 5 maart 1998<sup>6</sup>, ook op 'plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten'. Artikel 16 van deze wet veranderde het opschrift van de WBM in 'wet tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten'.

De TBR of terbeschikkingstelling is een strafaanvullende beveiligingsmaatregel die de rechter, naast een hoofdstraf, oplegt aan een bepaalde delinquent. De TBR geeft de Minister van Justitie de mogelijkheid om de maatschappij tegen deze delinquent te beschermen wanneer deze na het uitzitten van zijn of haar straf weer in de maatschappij terecht komt.

De TBR wordt enkel opgelegd aan delinquenten die schuld bekwaam (de feiten willens en wetens gepleegd) worden geacht. Ze krijgt haar uitwerking pas na afloop van de opgelegde straf (Winderix, 2004; De Vuysere, 2006).

*De onderzoeksfase.* Er is hier niet echt sprake van een onderzoeksfase, bij bepaalde categorieën van daders kan de TBR gewoon worden opgelegd door de rechter.

Er zijn drie categorieën van personen die een TBR kunnen krijgen:

- Recidivisten:
  - Men heeft een misdaad gepleegd na veroordeeld te zijn geweest tot een criminele straf.
  - Men heeft een wanbedrijf gepleegd na veroordeeld te zijn geweest tot een gevangenisstraf van ten minste één jaar en dit wanbedrijf is gepleegd voordat vijf jaar verlopen zijn.
  - De vroegere veroordeling moet door een Belgische rechtbank (gewone of militaire) zijn uitgesproken. Men bevindt zich dan in staat van wettelijke herhaling.
- Gewoontemisdadigers:
  - Dit zijn personen die een aanhoudende neiging tot wetsovertreding hebben. Volgens de WBM is men een gewoontemisdadiger wanneer men binnen 15 jaar minimaal drie misdrijven gepleegd heeft, die elke keer geleid hebben tot een correctionele veroordeling van minimaal zes maanden gevangenisstraf.
- Plegers van seksuele strafbare feiten:
  - Veroordeelden tot meer dan één jaar gevangenisstraf zonder uitstel voor:

<sup>6</sup> Wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers, vervangen door de wet van 1 juli 1964, B.S. 2 april 1998, 10017. Deze wet kwam er naar aanleiding van de zaak Dutroux.

- aanranding van of met behulp van een kind dat minder dan 16 jaar oud is;
- aanranding van een minderjarige bloedverwant;
- aanranding met geweld van een minderjarige;
- verkrachting, al dan niet met de dood tot gevolg;
- verkrachting door iemand met een bepaalde gezagssituatie;

Als de pleger opnieuw veroordeeld wordt voor meer dan één jaar zonder uitstel voor een van deze feiten, dan spreken we van een recidivist van seksuele misdrijven.

*De beslissingsfase.* De TBR kan verplicht of facultatief zijn. Bij twee opeenvolgende veroordelingen door een Hof van assisen (criminele veroordelingen) is ze verplicht. In alle andere gevallen is ze facultatief en is het de rechter die zal moeten vaststellen of de wettelijke toepassingsvoorwaarden vervuld zijn. De rechter zal ook duidelijk moeten motiveren waarom hij de regel meent te moeten opleggen.

De duur van de TBR is afhankelijk van het feit of het om een verplichte dan wel een facultatieve TBR gaat en is tevens afhankelijk van de categorie waarin een gedetineerde thuishoort:

- Recidivisten:
  - 20 jaar bij een verplicht op te leggen TBR;
  - 10 jaar indien de straf ten minste 1 jaar bedraagt;
  - 5 tot 10 jaar indien de straf minder dan 1 jaar bedraagt.
- Gewoontemisdadigers:
  - 10 jaar bij een veroordeling van minimaal 1 jaar;
  - 5 tot 10 jaar in alle andere gevallen.
- Plegers van seksuele misdrijven: geen minima, maar wel maxima voorzien:
  - bij een overtreding van de opgesomde artikelen waarvoor minimaal 1 jaar zonder uitstel werd uitgesproken, bedraagt de duur maximaal 10 jaar;
  - bij een tweede veroordeling met een straf van 1 jaar zonder uitstel, bedraagt de duur maximaal 20 jaar.

Een recidivist of een gewoontemisdadiger van wie de Minister de internering gelast, kan hiertegen in beroep gaan bij de Raadkamer van de rechtbank van eerste aanleg die de TBR heeft uitgesproken of die de zaak in eerste aanleg behandeld heeft.

*De uitvoeringsfase.* De TBR komt pas in de uitvoeringsfase na afloop van de hoofdgevangenisstraf waartoe de persoon veroordeeld werd door de rechter. De TBR geeft de Minister van Justitie de mogelijkheid om de maatschappij tegen deze delinquent te beschermen op het moment dat deze normaliter weer in de maatschappij terechtkomt. Welke maatregelen de Minister precies kan opleggen, wordt besproken in hoofdstuk 3.



### 2.2.2 *Levenslange gevangenisstraf*

Een levenslange gevangenisstraf kan slechts opgelegd worden wanneer men een misdaad gepleegd heeft. Er zijn geen misdaden waarbij de oplegging van een levenslange gevangenisstraf verplicht is, het is steeds een beslissing van de rechter of van de jury (ingeval de zaak voor het Hof van assisen komt). Er is een minimum- en een maximumstraf bepaald voor elk misdrijf en de rechter kiest welke straf hij oplegt. Hij houdt daarbij rekening met verzachtende en verzwarende omstandigheden. Opsluiting kan levenslang zijn en is voorzien voor gemeenrechtelijke misdaden (art. 8 en 9 SWB). Hechtenis kan levenslang zijn en is specifiek voor politieke misdaden (art. 10 en 11 SWB). Ook levenslang gestraften kunnen voorwaardelijk vrij komen. De Vervroegde Invrijheidstelling is geen recht, er is dus geen periode bepaald waarna men sowieso vrij komt. Er is wel bepaald vanaf wanneer men een aanvraag voor Vervroegde Invrijheidstelling kan doen voor de Commissie Vervroegde Invrijheidstelling. Primair gestraften moeten een derde van de straf hebben ondergaan, of indien ze primair levenslang gestraft zijn tien jaar. Degenen die gestraft zijn bij wettelijke herhaling moeten twee derde van de straf hebben ondergaan, maar 14 jaar indien ze levenslang zijn gestraft bij wettelijke herhaling. Na 10 of 14 jaar kunnen levenslang gestraften dus aan de Commissie Vervroegde Invrijheidstelling een Vervroegde Invrijheidstelling vragen. De Commissie kan dit echter weigeren en ze kan dit in principe blijven weigeren zodat de persoon nooit meer vrijkomt en dus effectief levenslang gestraft is.

### 2.3 **Overkoepelende beleidsinitiatieven van de overheid**

In België vinden we geen overkoepelende beleidsinitiatieven van de overheid zoals in Engeland, waarin de werkzaamheden van verschillende organisaties met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten worden gecoördineerd.

### 2.4 **Enkele statistische gegevens met betrekking tot internering, TBR en levenslange gevangenisstraf**

In 2003 legden rechtbanken 322 keer een interneringsmaatregel op. In 2004 werden 331 personen wegens een interneringsmaatregel opgesloten, op een totaal van 15.735 opsluitingen. In totaal zaten in 2005, 9.375 personen in de gevangenis (het gaat hier om het aantal gedetineerden op 1 maart van het jaar). 856 personen hiervan vallen onder de interneringsmaatregel, en dan worden niet alle geïnterneerden meegeteld, omdat de cijfers van een aantal inrichtingen waar geïnterneerden verblijven hier

niet in zijn verrekend en de personen die onder TBR vallen ook niet. Het precieze aantal is dus onbekend.

De psychiatrische problematiek die geïnterneerden hebben is het meest frequent een psychotische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis en minder frequent middelenaafhankelijkheid, stoornissen in de impulsbeheersing en verstandelijke handicap. Vaak is er sprake van comorbiditeit. De misdrijven die aanleiding gaven tot de internering zijn ook vaak een combinatie van misdrijven. Het hoofdmisdrijf is meestal een diefstal (met geweld), slagen en verwondingen, moord of doodslag (of ernstige poging daartoe) en minder frequent seksuele misdrijven of druggerelateerde misdrijven (Casselmann, 2004).

**Tabel 2 Ontwikkeling van het aantal opleggingen van interneringsmaatregelen en aantallen intramuraal verblijvende geïnterneerden**

jaar	oplegging interneringsmaatregel*	opsluitingen als gevolg van een interneringsmaatregel	aantal geïnterneerden verblijvend in gevangenis**
1995	311	310	576
1996	308	353	531
1997	363	381	590
1998	334	481	622
1999	299	416	589
2000	313	454	640
2001	333	308	675
2002	350	345	644
2003	322	364	718
2004		331	783
2005			856

Bron: Bourlet (2005)

\* Zowel internering van daders van misdrijven met een psychische stoornis als onmiddellijke internering van veroordeelden

\*\* Niet alle inrichtingen waar geïnterneerden verblijven zijn meegeteld

Het aantal opsluitingen is hoger dan het aantal opleggingen. Dit komt omdat in het aantal opsluitingen ook de heropsluitingen zitten van geïnterneerden die vrij waren op proef, maar die dus weer geïnterneerd dienden te worden.

Het aantal terbeschikkingstellingen van de regering is vrij laag, maar stijgende: van 3 in 1995 naar 24 in 2003 (politiek België, 2005). Vergeleken met de vroegere cijfers over TBR is dit echter een zeer laag aantal: tussen 1931 en 1940 werden er gemiddeld 77 personen per jaar ter beschikking van de regering gesteld.

Van de 24 TBR in 2003 werden er 9 opgelegd naar aanleiding van seksuele misdrijven, van die 9 was er in 3 gevallen sprake van recidive. De meeste maatregelen tot TBR in de periode tussen 1995 en 2003 werden uitgesproken voor een periode van 5 tot 10 jaar.

In de cijfers over internering worden de personen met TBR nooit meegeteld. Zij worden niet als een aparte groep beschouwd binnen het gevangeniswezen. Zij worden wel als aparte groep teruggevonden in de statistieken over veroordelingen, aangezien de TBR uitgesproken wordt door de rechter, tezamen met de hoofdgevangenisstraf. Het gaat hier in ieder geval om een erg kleine groep.

Een grote groep geïnterneerden is vrij op proef (tabel 3). Ongeveer de helft van de totale groep geïnterneerden valt onder deze categorie. De hieronder weergegeven cijfers dateren van 15 september 2004 en zijn gebaseerd op gegevens van de Commissies ter Bescherming van de Maatschappij en de Psychosociale Diensten in de gevangenissen.

**Tabel 3 Aantal geïnterneerden (dagprevelantie september 2004)**

	Franstalig		Nederlandstalig		België
	n	%	n	%	n
geïnterneerden niet vrij op proef	800	50,1	507	29,6	1.307
geïnterneerden vrij op proef	796	49,9	1.203	70,4	1.999
Totaal	1.596	100	1.710	100	3.306

Bron: Cosyns (2005)

Van de 'geïnterneerden niet vrij op proef' (1.307 personen) zijn er een aantal geplaatst en een aantal opgesloten. Deze ressorteren dus respectievelijk onder het Ministerie van Volksgezondheid en het Ministerie van Justitie. In totaal zijn 848 geïnterneerden opgesloten in instellingen van de Federale Overheidsdienst Justitie en vallen dus onder het penitentiair systeem (zie hoofdstuk 4). In totaal 459 geïnterneerden werden geplaatst en worden behandeld in diensten voor geestelijke gezondheidszorg en vallen dus onder het (forensisch) psychiatrisch systeem (zie hoofdstuk 3). Deze laatste groep bevat echter voornamelijk Franstalige geïnterneerden. Nederlandstalige geïnterneerden komen ook wel in de geestelijke gezondheidszorg terecht, maar enkel wanneer ze vrij zijn op proef. Een overzicht van waar de geplaatste en opgesloten geïnterneerden zich bevinden is gegeven in tabel 4.

**Tabel 4 Aantal opgesloten en geplaatste geïnterneerden (dagprevalentie september 2004)**

	Franstalig	Nederlandstalig	België
<i>opgesloten geïnterneerden</i>	343	505	848
gevangenis	175	505	680
Inrichting ter Bescherming van de Maatschappij Paifve	168	0	168
<i>geplaatste geïnterneerden</i>	457	2	459
Inrichting ter Bescherming van de Maatschappij Doornik en Bergen	344	0	344
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis en Psychiatrisch Verzorgings Tehuis	30	0	30
Homes, Beschut Wonen	40	2	42
	43	0	43
<b>totaal</b>	<b>800</b>	<b>507</b>	<b>1.307</b>

Bron: Coseyns (2005)

In Wallonië verblijven geïnterneerden veelal binnen de geestelijke gezondheidszorg, in Vlaanderen daarentegen in praktisch alle gevallen in het gevangenisstelsel. Pas wanneer de laatste vrij zijn op proef, maken zij gebruik van voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg (tabel 5).

**Tabel 5 Verdeling geïnterneerden vrij op proef naar instelling (dagprevalentie september 2004)**

	Franstalig		Nederlandstalig		België	
	n	%	n	%	n	%
APZ en PVT	7	0,9	352	29,3	359	18,0
pilootproject FOD Volksgezondheid*	24	3,0	24	2,0	48	2,4
Pilootproject FOD Justitie**	0	0	90	7,5	90	4,5
Homes, Beschut Wonen, ambulante	765	96,4	737	61,2	1.502	75,1
<b>totaal</b>	<b>796</b>	<b>100</b>	<b>1.203</b>	<b>100</b>	<b>1.999</b>	<b>100</b>

Bron: Cosyens (2005)

\* Pilootproject FOD Volksgezondheid: Dit zijn de FPE's in 5 APZ in Vlaanderen en Wallonië opgericht door de Minister van Volksgezondheid in 2001

\*\* Pilootproject FOD Justitie: Dit zijn de FPE's in 3 APZ in Vlaanderen opgericht door de Minister van Justitie in 2001

De doelgroep van dit onderzoek, geïnterneerden die seksuele en/of gewelddadige feiten hebben gepleegd, vinden we vooral terug in de APZ en PVT en in enkele ambulante projecten en minder in de pilootprojecten.

We kunnen een overzicht geven van de oplegging van levenslange straffen door rechtbanken in de periode 1994-2003.<sup>7</sup>

**Tabel 6 Oplegging van levenslange gevangenisstraf in 1994-2004**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
aantal keren dat levenslange straf werd opgelegd	25	22	31	9	5	11	13	10	18	24

In een antwoord op een schriftelijke vraag van senator Jurgen Ceder stelt Minister van Justitie Onkelinx<sup>8</sup> dat er zich op 1 november 2005 in totaal 242 veroordeelden tot een levenslange vrijheidsbenemende straf in de gevangnissen bevonden. Hiervan zijn 8 personen voor wat de levenslange vrijheidsbenemende straf betreft veroordeeld in staat van wettelijke herhaling. De groep levenslang veroordeelden bedraagt 2,5% van de totale gevangenispopulatie. Het gaat hier voornamelijk om feiten als moord en doodslag.

<sup>7</sup> Bron: [http://www.dsb-spc.be/productie/fileadmin/uploads/statistiek/NL/duur\\_van\\_de\\_criminele\\_straffen.xls](http://www.dsb-spc.be/productie/fileadmin/uploads/statistiek/NL/duur_van_de_criminele_straffen.xls) (statistieken van de FOD Justitie, via [www.just.fgov.be](http://www.just.fgov.be)).

<sup>8</sup> Schriftelijke vraag 3-3572 van Ceder Jurgen (VI. Belang) d.d. 18 oktober 2005, Antwoord ontvangen op 22 december 2005, Publicatie antwoord op 3 januari 2006 in Het Bulletin van Vragen en Antwoorden, nr 3-57.



## 3 Trajecten en oplossingen in het forensisch psychiatrische systeem

### 3.1 Wettelijke instrumenten

Een persoon kan strafrechtelijk gedwongen worden opgenomen in het (forensisch) psychiatrische systeem door oplegging van een maatregel tot internering. In theorie kan ook een persoon die TBR heeft opgelegd gekregen, geïnterneerd worden. In de praktijk komt het echter niet voor dat iemand met TBR in het (forensisch) psychiatrische systeem wordt geplaatst. Omdat de mogelijkheid wel bestaat, wordt deze hier onder ook besproken.

Eerder werd besproken dat geïnterneerden zowel in het gevangenisstelsel als in het (forensisch) psychiatrische systeem terecht kunnen komen en dat dit met name afhangt van de regio (Vlaanderen of Wallonië). Er is in deze een verschil tussen Vlaanderen en Wallonië omdat er in Wallonië meer plaatsen zijn om geïnterneerden onmiddellijk in de psychiatrie te plaatsen (namelijk de twee IBM's in Doornik en Bergen). In Vlaanderen ontbreken deze en worden de geïnterneerden daarom eerst opgesloten in de gevangenissen en komen pas later, als ze vrij zijn op proef, in de psychiatrie terecht in meer kleinschalige projecten. De IBM in Paifve was oorspronkelijk bedoeld voor zowel Vlaamse als Waalse geïnterneerden, daarom werd ze ook op de grens tussen Vlaanderen en Wallonië gebouwd, maar uiteindelijk kwamen er enkel Walen terecht. Bovendien is deze instelling eerder te beschouwen als een gevangenis dan als een psychiatrische instelling, aangezien er hier geen behandeling bestaat voor de geïnterneerden.

In wat volgt richten we ons op de geïnterneerden die terechtkomen in het (forensisch) psychiatrische systeem. In de hierop volgende hoofdstuk (4) bespreken we de opvang en behandeling van geïnterneerden binnen het gevangenisstelsel.

We beschrijven de procedure vanaf het moment dat de interneringsmaatregel werd uitgesproken door de rechter. Onder de geïnterneerden bevinden zich personen die de maatregel in plaats van een straf opgelegd hebben gekregen en tot gevangenisstraf veroordeelden die de maatregel opgelegd hebben gekregen omdat zij in de gevangenis een psychische stoornis ontwikkeld hadden. Waar het traject van beide groepen hetzelfde verloopt worden zij samen behandeld, waar dit verschilt worden de groepen apart besproken. Ook de groep met de maatregel TBR komt aan de orde.

### 3.2 Oplegging

De opleggingsprocedure is reeds beschreven in paragraaf 2.2. Als eenmaal de beslissing tot internering genomen is, valt de geïnterneerde onder de

bevoegdheid van de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) van de regio waar het (hoofd)misdrijf werd gepleegd.

In België zijn er zeven Commissies ter Bescherming van de Maatschappij (CBM's) en één Hoge Commissie ter Bescherming van de Maatschappij. Elke CBM is bevoegd voor één of meer gerechtelijke arrondissementen.

De samenstelling van een CBM is als volgt:

- een rechter (die tevens de voorzitter is);
- een geneesheer-psychiater;
- een advocaat;
- een secretaris (die zorgt voor het beheer van de dossiers).

Op de zitting is de Procureur des Konings van het betreffende arrondissement steeds aanwezig om advies te geven. Ook de leden van de sociale en reclasseringsdiensten zijn aanwezig op de zitting. De geïnterneerde zelf is uiteraard aanwezig, verplicht bijgestaan door zijn advocaat bij de beslissing inzake invrijheidstelling.

De CBM's houden minstens één zitting per maand, maar de frequentie varieert tussen de verschillende CBM's. Een CBM heeft meerdere taken:

- Aanwijzen van de inrichting waarin de geïnterneerde zal verblijven (art. 14). Nadat de rechter de beslissing tot internering heeft genomen, is de CBM verantwoordelijk voor het aanwijzen van de inrichting waar deze maatregel wordt ondergaan.
- In afwachting van deze beslissing, verblijft de geïnterneerde in principe in de psychiatrische annex van de gevangenis, maar in de praktijk verblijven sommigen daar gedurende jaren, tezamen met veroordeelden en arrestanten. Zij worden dus nooit doorverwezen naar een meer geschikte inrichting. Er wordt gekozen uit inrichtingen georganiseerd door de regering. Dit kunnen zijn de psychiatrische annex van een strafinrichting, een afdeling voor sociaal verweer in een strafinrichting of een instelling voor sociaal verweer, ook wel inrichting tot bescherming van de maatschappij genoemd. In de praktijk wordt echter gebruikgemaakt van de mogelijkheid om naar psychiatrische ziekenhuizen door te verwijzen. Ambulante begeleiding is ook mogelijk.
- Om hen te helpen bij het nemen van deze beslissingen kan de CBM vragen aan een andere psychiater dan degene die zetelt in de CBM om een rapport op te stellen met daarin de informatie die nodig is om een beslissing te kunnen nemen.
- Beslissen over de overbrenging naar een andere inrichting (art. 15.). De voorzitter van de CBM kan dit in dringende gevallen alleen beslissen, maar die beslissing dient dan wel te worden voorgelegd en bekrachtigd op de eerstvolgende zitting van de CBM.
- Zich informeren over de toestand van de betrokkene (art. 18). De CBM informeert hier minstens éénmaal per jaar naar.
- Bepaalde vrijheid of uitgangspersmissies toestaan (art. 15; punt 4).
- Vrijlating op proef of definitieve invrijheidstelling toestaan (art. 18-20; punt 4).



- Zich uitspreken over de reïntegratie van de geïnterneerde die vrij is op proef.

#### *Terbeschikkingstelling van de regering*

Bij een TBR komt de persoon na afloop van de hoofdgevangenisstraf waartoe hij of zij veroordeeld werd door de rechter onder toezicht van de Minister van Justitie te staan. Deze kan hem of haar laten interneren of in vrijheid stellen onder voorwaarden. Voorbeelden van deze voorwaarden zijn het zich vestigen in een gedwongen verblijfplaats of het verbod om bepaalde plaatsen te bezoeken. Bij niet-naleving van die voorwaarden kan de minister de betrokkene alsnog laten interneren.

De internering kan enkel worden opgelegd ingeval reclassering onmogelijk is of de persoon een gevaar betekent voor de samenleving (art. 25bis WBM<sup>9</sup>). Als de Minister tot een internering beslist, moet hij de precieze redenen vermelden die duiden op dit gevaar voor de samenleving of deze onmogelijkheid van reclassering. Hij steunt hierbij op het advies van de PSD en van de psychiaters van de inrichting waar betrokkene verblijft. De Minister moet voorrang geven aan minder ingrijpende maatregelen, die eventueel de vrijheid van de terbeschikkinggestelde kunnen beperken.

De maatregel TBR neemt een aanvang:

- wanneer de straf ondergaan is of de verjaring ingetreden is;
- wanneer de proeftermijn bij de voorwaardelijke invrijheidstelling verstreken is;
- wanneer betrokkene tegen de TBR in beroep of cassatie is gegaan, kan de maatregel geen aanvang nemen. De betrokkene moet dan in vrijheid gesteld worden na afloop van zijn hoofdstraf (Winderix, 2004).

### **3.3 Intramuraal verblijf**

#### *3.3.1 Verantwoordelijke instanties*

Wanneer een geïnterneerde terechtkomt in de forensische of reguliere psychiatrie, valt hij of zij onder de geestelijke gezondheidszorg, die op gemeenschapsniveau geregeld is. Vlaanderen en Wallonië hanteren hier elk een eigen aanpak. Een klein deel van de forensische psychiatrie valt echter onder de verantwoordelijkheid van het federale Ministerie van Justitie.

9 Ingevoegd door de wet van 17 juli 1990.

### 3.3.2 Intramurale voorzieningen

In de psychiatrische zorg maakt men een onderscheid tussen geïnterneerden naargelang de 'gevaarlijkheid' van de geïnterneerde en dus naargelang de hoeveelheid beveiliging die zo een geïnterneerde nodig heeft. Men onderscheidt drie groepen (Casselma, 2004):

- de lage veiligheidsgroep, die weinig tot geen beveiliging nodig heeft en dus door middel van reguliere ambulante of intramurale psychiatrische hulpverlening geholpen kan worden;
- de medium veiligheidsgroep, die wel een vorm van beveiliging vraagt, maar in principe buiten het penitentiair systeem zou kunnen worden opgevangen, mits de oprichting van speciale diensten hiervoor;
- de hoge veiligheidsgroep tenslotte die een zware beveiliging nodig heeft en dus in de gevangenis behandeld moet worden of in nieuw op te richten, extra beveiligde psychiatrische instellingen.

Tot 2001 waren er een aantal instellingen waar geïnterneerden terecht konden, zowel voor intramurale als voor ambulante hulpverlening. Zij werden dan zoals de andere psychiatrische patiënten in die instellingen behandeld, er waren dus geen aparte afdelingen of behandelingen voor deze groep voorzien. Zij werden behandeld voor hun hoofdproblematiek en men hield geen rekening met de feiten die ze gepleegd hadden. Dit gebeurde steeds op aanvraag, de instellingen waren niet verplicht om geïnterneerden op te nemen.

Inmiddels zijn er drie typen voorzieningen binnen de (forensisch) psychiatrie waar geïnterneerden kunnen worden geplaatst:

- Forensisch psychiatrische eenheden (FPE's);
- Instellingen voor bescherming van de Maatschappij (IBM);
- Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA) in Algemene Psychiatrische ziekenhuizen.

Deze worden hier onder besproken.

#### *Forensisch psychiatrische eenheden*

Inspelend op deze indeling en het gebrek aan opvang voor de hoge en medium veiligheidsgroep, richtte de Minister van Justitie, voor de oorspronkelijke periode van 1 juli 2001 tot en met 31 december 2001, in drie algemeen psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen<sup>10</sup> Forensisch Psychiatrische Eenheden (FPE's) voor de residentiële opvang van de medium veiligheidsgroep van mannelijke geïnterneerden op (De Vuysere, Casselman, & Vervaeke, 2003, 2004; De Vuysere, 2006; Casselman, 2004).

In 2002 was er een opnamecapaciteit van elk 30 à 32 geïnterneerden.

De taak van deze forensisch psychiatrische eenheden is het uitbou-

<sup>10</sup> Het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem, het Psychiatrisch Centrum St. Jan Baptist te Zelzate en het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek.

wen van een extern zorgcircuit teneinde in doorstroming te voorzien. Het is namelijk de bedoeling dat geïnterneerden, door het krijgen van een behandeling, van de ene veiligheidsgroep naar de andere kunnen overgaan en dus ook naar een andere, minder beveiligde voorziening kunnen worden doorverwezen.

Er werd een selectiecomité opgericht, gezamenlijk voor de drie afdelingen, dat een lijst met potentiële kandidaten voor de afdelingen opstelt. Dit selectiecomité werkt nauw samen met de Psychosociale Diensten van de gevangnissen waar de geïnterneerden verblijven. Zij bepalen tezamen tot welke categorie een geïnterneerde behoort (laag, medium of hoge veiligheidsgroep). De FPE's kiezen uit de medium groep dan personen die ze op intakegesprek laten komen en bepalen aan de hand van dit gesprek en de informatie uit het dossier van de persoon wie bij hen in behandeling kan komen en wie niet.

Bijna tegelijkertijd met dit initiatief, kwam er een gelijksoortig initiatief vanuit het Ministerie van Volksgezondheid. Tijdens de tweede helft van 2001 richtte deze namelijk in vier algemeen psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen en Wallonië<sup>11</sup> forensisch psychiatrische eenheden op, met elk een capaciteit van acht bedden. Er wordt hiervoor bijkomend personeel voorzien. In 2002 werden twee bijkomende afdelingen<sup>12</sup>, met telkens acht bedden, toegevoegd. Ook deze projecten lopen nu nog steeds (De Vuysere, Casselman, & Vervaeke, 2003, 2004; De Vuysere, 2006; Casselman, 2004).

Er werd een interuniversitair onderzoek opgezet om deze pilootprojecten vanaf het begin te evalueren gedurende het eerste werkingsjaar. Een team van de K.U. Leuven en de U.L.B. voerde dit onderzoek uit en bracht een eindrapport uit over het eerste onderzoeksjaar in september 2002. Daarna werd het onderzoek stilgelegd en in 2004 weer opgestart. Er zijn echter nog geen resultaten uit dit onderzoek bekendgemaakt aan de FPE's en ze houden hiermee dus ook geen rekening in hun beleid of hun behandeling. Seksueel delinquente geïnterneerden bevinden zich, zoals gezegd, vooral in de medium en hoge veiligheidsgroep en zouden hier dus in principe behandeld kunnen worden. Toch blijkt uit de praktijk dat er slechts zeer zelden seksueel delinquente geïnterneerden terechtkomen in de FPE's. In de FPE van het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek, richten deze projecten zich qua doelgroep enerzijds op mensen met psychotische stoornissen (voor het pilootproject van justitie) en anderzijds op mensen met persoonlijkheidsstoornissen (voor het pilootproject van volksgezondheid). Bij beide groepen komt vaak comorbiditeit voor en dan vooral met middelenmisbruik.

11 Het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem, het Psychiatrisch Centrum St. Jan Baptist te Zelzate, Les Marronniers te Doornik en Titeca te Brussel.

12 In Titeca te Brussel en in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek.

Uitsluitingscriteria om toegelaten te worden zijn seksuele delinquenten, omdat deze personen een aangepaste behandeling vereisen die de FPE niet kunnen bieden, en personen met duidelijke psychopathie (score van 30 of meer op de PCL-R; Hare, 1991). Men kijkt, met uitzondering van de seksuele delicten, niet naar de delicten die de personen gepleegd hebben, enkel naar hun problematiek of diagnostiek. In de andere FPE's in Vlaanderen is er een gelijksoortige intakeprocedure, men richt zich op ongeveer dezelfde doelgroep en hanteert ook hier seksuele delinquentie als uitsluitingscriterium. Het is niet zo dat er formele of informele afspraken zijn tussen de verschillende Vlaamse FPE's over wie welke doelgroep opneemt. Alle FPE's tezamen bieden momenteel een 120 à 130-tal bedden aan voor geïnterneerden.

#### *Inrichtingen ter bescherming van de maatschappij*

In Wallonië zijn er drie inrichtingen van sociaal verweer (ook inrichtingen ter bescherming van de maatschappij, IBM, genoemd), te Paifve, Doornik en Bergen. In deze inrichtingen worden geïnterneerden opgenomen. De eerste inrichting wordt gefinancierd door Justitie en is eigenlijk niet meer dan een gevangenis (Heimans & Brad, 2003). Ze wordt daarom verder behandeld in het volgende hoofdstuk.

De twee laatste inrichtingen vallen onder de bevoegdheid van het Waalse Gewest. Vooral in 'Les Marronniers' te Doornik is er wel sprake van behandeling van de geïnterneerden die daar verblijven en is er een gelijkenis met de behandeling in Vlaanderen. Hier verblijven een 345-tal Franstalige geïnterneerden. In Bergen verblijven er een 30-tal. Er zijn geen gelijksoortige inrichtingen ter bescherming van de maatschappij in Vlaanderen. In de inrichtingen tot bescherming van de maatschappij te Doornik en Bergen verblijven geïnterneerden uit de medium en hoge veiligheids-groep. Zij komen hier vrij snel na de uitspraak van de internering terecht. Dit heeft geleid tot een verschil tussen Vlaanderen en Wallonië: omdat Vlaanderen niet over gelijksoort inrichtingen beschikt, komen geïnterneerden in Vlaanderen eerst in de gevangenissen terecht en komen ze pas later, wanneer ze vrij zijn op proef binnen de psychiatrie terecht. In Wallonië komen de geïnterneerden veel sneller in een IBM en binnen de psychiatrie terecht.

#### *Forensisch psychiatrische afdelingen*

In enkele Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) in Vlaanderen werden specifieke behandelingen voor seksuele delinquenten opgericht (Decoster, 2004). Deze richten zich op alle seksuele delinquenten, dus niet specifiek op geïnterneerden.

In het APZ Sint-Lucia te Sint-Niklaas worden sinds 2000 in de Kliniek voor Forensische Psychiatrie twintig bedden voorzien, tien voor normaal begaafden en tien voor mentaal gehandicapten, voor daders van seksuele delicten die door het gerecht de kans krijgen om zich te laten behandelen

tegen herval. De gemiddelde behandelingsduur hier is twee jaar, maar deze duurt vermoedelijk langer voor mentaal gehandicapten. Men heeft hier een aangepast behandelprogramma voor volwassen mannen die seksueel afwijkend gedrag hebben gesteld. De behandeling kan slechts starten na een specifieke intake- en screeningsprocedure door het team onder leiding van de afdelingspsychiater. Via het Ministerie van Justitie worden mensen verwezen die vallen onder het statuut voorwaardelijke invrijheidstelling, probatie of internering.

In het Psychiatrisch Centrum Ziekeren te Sint-Truiden zijn er sinds 1993, 12 bedden en een mogelijkheid tot daghospitalisatie in het Traject 'Seksuele Gedragsstoornissen'. Hier worden personen met seksuele gedragsstoornissen behandeld. Opname kan enkel via een intakegesprek. De gemiddelde behandelingsduur is één jaar.

In het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Amandus te Beernem bestaat er sinds 1999 het 'Forensisch Initiatief voor Deviante Seksualiteit' of FIDES. Hier zijn twaalf bedden en één bed voor campuswonen voorzien voor volwassen mannelijke daders van seksueel geweld die doorverwezen zijn door Justitie. De doelstelling van de afdeling is aan terugvalpreventie doen. De gemiddelde behandelingsduur bedraagt 1,5 jaar. Men behandelt hier pedofielen en andere seksuele delinquenten die aanspraak maken op vervroegde invrijheidstelling. Dat gebeurt zowel ambulante (Fides A) als residentiële (Fides R).

In Wallonië bestaan geen gelijksoortige residentiële behandelingen. Geïnterneerden worden in deze APZ ook opgenomen. Of een geïnterneerde in aanmerking komt voor een behandeling wordt geval per geval bekeken en men kijkt hierbij vooral naar de gevaarlijkheid en de motivatie van de kandidaten. Indien te gevaarlijk (op basis van de risicotaxatie die reeds verricht werd in de gevangenis, cfr. infra) of niet voldoende gemotiveerd wordt men niet aanvaard.

#### *Terbeschikkingstelling van de regering*

De Minister van Justitie kan beslissen om de persoon die onder zijn toezicht staat na afloop van zijn hoofdgevangenisstraf, te interneren. Volgens artikel 25 van de WBM worden deze personen geïnterneerd in een "bij koninklijk besluit aangewezen gesticht". Momenteel bevinden deze personen zich echter in de gewone gevangenissen, op de plaats waar ze hun hoofdstraf hebben uitgezeten.

In de praktijk worden deze personen dus blijkbaar niet als geïnterneerde beschouwd. Je vindt ze dan ook niet terug als aparte categorie in de opsluitingscijfers, je kunt ze enkel terugvinden in de veroordelingsstatistieken (omdat de rechter de maatregel TBR uitsprekt tezamen met de hoofdgevangenisstraf). Het gaat in ieder geval om een erg kleine groep.

### 3.3.3 Ambulante hulpverlening

De vormen van ambulante hulpverlening die we hier zullen bespreken vallen onder de geestelijke gezondheidszorg, en zijn dus een verantwoordelijkheid van de gemeenschappen.

Er bestaan een aantal ambulante vormen van hulpverlening specifiek voor seksuele delinquenten, maar dus niet enkel voor geïnterneerden. Deze ambulante hulpverleningsinitiatieven zijn totstandgekomen naar aanleiding van het samenwerkingsakkoord tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik<sup>13</sup>, waarin werd gesteld dat de Vlaamse Gemeenschap forensische teams zou oprichten die zich onder meer zullen specialiseren in de begeleiding en de behandeling van daders van seksueel misbruik.

In een aantal Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en Centra voor Algemeen Welzijnswerk werden projecten ter begeleiding en behandeling van seksuele delinquenten opgericht. In totaal gaat het om een tiental centra.<sup>14</sup>

Geïnterneerden kunnen hierin terecht wanneer ze voldoen aan de toelatingsvoorwaarden. Men doet een eigen evaluatie en testing van de kandidaten, gaat na of het aanbod aansluit bij de vraag of nood van de kandidaat en kijkt of het praktisch mogelijk is om een kandidaat in begeleiding te nemen. Bij geïnterneerden kijkt men ook naar de gevaarlijkheid van de persoon. Hoofdzakelijk komen in deze behandelingen geïnterneerden terecht die behoren tot de lage veiligheidsgroep, maar men kijkt eigenlijk steeds geval per geval of een intake mogelijk is. Ook geïnterneerden uit de medium en zelfs uit de hoge veiligheidsgroep kunnen dus aanvaard worden, mits ze aan de toelatingsvoorwaarden voldoen.

In dit samenwerkingsakkoord werden ook steuncentra<sup>15</sup> voorzien, voor ondersteuning van de hierboven vermelde forensische teams. Deze steuncentra bieden eveneens ambulante hulpverlening aan voor seksueel delinquenten.

13 Gesloten op 8 oktober 1998 en goedgekeurd door het decreet van 2 maart 1999 houdende de goedkeuring van het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, *B.S.* 11 september 1999, 34022.

14 Centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ) te Kortrijk, CGGZ Godfried Elsen te Beernem (FIDES), Advies- en Begeleidingscentrum Sint Amandsberg te Sint-Amandsberg, Consultatiebureau Fonds Charles Andersen te Berchem, CGGZ te Turnhout, Aeneas Advies- en begeleidingscentrum te Grimbergen, Universitair consultatiebureau voor Geestelijke Gezondheidszorg te Leuven, CGGZ te Tongeren, Sociaal Centrum te Kortrijk, Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) Kempen te Herentals, Gents Welzijnscentrum te Gent, CAW te Hasselt, Polyvalent CAW Groot Eiland te Brussel (ITER.)

15 Deze steuncentra zijn: het Universitair Forensisch Centrum te Antwerpen, de Unité Pilote de Psychopathologie Légale (in het ziekenhuis "Le Marronniers") te Doornik en vroeger het CABS te Brussel, maar dit bestaat nu niet meer.

Een gelijksoortig samenwerkingsakkoord werd afgesloten tussen de federale Staat en het Waalse Gewest.<sup>16</sup> Wallonië kan bijgevolg ook een beroep doen op de steuncentra en beschikt net als Vlaanderen over forensische teams gespecialiseerd in de begeleiding en de behandeling van daders van seksueel misbruik. Deze forensische teams vinden we terug in een aantal hospitalen en tevens in centra voor geestelijke gezondheidszorg.<sup>17</sup> Ten slotte werd er een 'Brussels' akkoord ondertekend op 13 april 1999, dat eveneens volledig gelijklopend is met de twee vorige samenwerkingsakkoorden.<sup>18</sup> Voor Brussel zijn er geen aparte forensische teams, men maakt gebruik van de teams in Vlaanderen of Wallonië, naargelang de taal van de persoon.

De andere vormen van ambulante opvang voor geïnterneerden, die reeds voor 2001 bestonden, beginnen nu steeds vaker geïnterneerden te weigeren. Zij hebben namelijk geen extra middelen gekregen voor de begeleiding van geïnterneerden, terwijl de FPE's uit de pilootprojecten dit wel hebben gehad. Het hangt dus van de goodwill van de instellingen af, of zij een deel van hun middelen willen gebruiken voor de opvang van geïnterneerden. De instellingen beginnen geïnterneerden uit de lage veiligheidsgroep te weigeren en door te sturen naar de gesubsidieerde FPE's. Deze richten zich echter op een andere doelgroep, en het is niet de bedoeling dat deze nieuw gecreëerde plaatsen door de lage veiligheidsgroep worden ingenomen. Door al deze ontwikkelingen dreigt er een tekort aan plaatsen voor de lage veiligheidsgroep te ontstaan. Bovendien komt de doorstroming tussen instellingen en van de ene veiligheidsgroep naar de andere hierdoor in gevaar (De Vuysere, 2006; Casselman, 2004).

#### *Terbeschikkingstelling van de regering*

Indien een persoon met TBR na afloop van zijn hoofdgevangenisstraf geïnterneerd wordt door de Minister van Justitie, blijft hij gewoon in de inrichting waar hij deze gevangenisstraf heeft uitgezeten. Deze personen komen dus niet terecht in het netwerk van ambulante hulpverlening dat voor de twee andere groepen van geïnterneerden wel beschikbaar is.

16 Dit samenwerkingsakkoord werd bekrachtigd door het decreet van 1 april 1999 houdende instemming met het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat en het Waalse Gewest inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, *B.S.* 11 september 1999, 34063.

17 Hôpital Vincent Van Gogh te Marchienne, Hôpital Les Marronniers te Doornik, Centre du guidance du Brabant wallon te Waver, Service de Santé Mentale du CPAS te Charleroi, Centre provincial de guidance psychologique te Charleroi, Centre de Santé de Jolimont te Haine st Paul, Centre de guidance psychologique te Moeskroen, Centre de Santé Mentale CLIPS te Luik, Centre de Santé Mentale de l'AIGS te Herstal, Service de Santé Mentale Dispensaire pour adultes te Verviers.

18 Dit samenwerkingsakkoord werd bekrachtigd door het decreet van 14 december 2000 houdende goedkeuring van het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, *B.S.* 23 januari 2001, 1808.

### 3.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag

De CBM's beslissen over verloven van geïnterneerden, ongeacht de instelling waar zij verblijven (art. 15 WBM bepaalt dat één van de taken van de CBM is het toestaan van beperkte vrijheid of uitgangspemissies). Ook de vrijlating op de proef en de definitieve invrijheidstelling wordt toegestaan door de CBM's (art. 18-20 WBM).

Elke zes maanden kan een geïnterneerde een vraag tot invrijheidstelling richten aan de CBM. De vrijlating op proef kan aan voorwaarden worden gekoppeld (zoals vervulling van de voorwaarden voor reclassering en zich onderwerpen aan een sociaal-geneeskundige voogdij, de duur en wijze van uitoefening hiervan wordt bepaald). De CBM spreekt zich uit over de reïntegratie van de geïnterneerde die vrij is op proef. Bij niet-naleving van de voorwaarden kan de vrijheid op proef, op vordering van de Procureur des Konings, worden ingetrokken en de CBM beslist opnieuw over de plaats van internering. Over de definitieve invrijheidstelling wordt beslist door de CBM na verloop van de voogdijperiode. De voogdij is het toezicht op de geïnterneerde die vrij is op proef door de justitieassistent (sociale voogdij) en de dienst of de persoon die de geïnterneerde geneeskundig opvolgt (geneeskundige voogdij). Samen realiseren deze diensten en personen de sociaal-geneeskundige voogdij over de geïnterneerde en de duur van deze voogdijperiode wordt bepaald door de CBM. Als deze voogdij is afgelopen, is meteen ook de invrijheidstelling op proef afgelopen.

We willen hierbij vermelden dat een geïnterneerde, eenmaal vrij op proef, erg gemakkelijk terug geïnterneerd kan worden. Er wordt zeer streng toegezien op de naleving van de voorwaarden, en bij de minste nieuwe overtreding van een geïnterneerde die vrij is op proef, wordt deze terug opgenomen. De reden van die heropsluiting moet wel duidelijk omschreven worden, maar de rechtspositie van geïnterneerden is hier toch meer precair dan die van andere veroordeelden. De geïnterneerde die vrij was op proef, maar een strafbaar feit heeft gepleegd, kan bovendien onmiddellijk opnieuw worden opgesloten tot aan de volgende zitting van de CBM, maar dit kan enkele weken duren, aangezien deze CBM's slechts eenmaal per maand samenkomen. Het kan hierbij gaan om een zeer klein vergrijp, wildplassen is bij wijze van spreken al genoeg.

Artikel 8 van de Wet van 13 april 1995 betreffende het seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen heeft gezorgd voor een verstrenging van de voorwaarden voor invrijheidstelling op proef voor geïnterneerden die een minderjarige seksueel misbruikt hebben (De Vuysere, 2004, 2006). Er werd een artikel 20bis ingevoegd in de WBM, dat bepaalt dat de invrijheidstelling van deze categorie van geïnterneerden slechts is toegestaan na voorafgaand advies van een dienst gespecialiseerd in de begeleiding of behandeling van deze personen. Bovendien kan de CBM in deze gevallen en voor de duur van de proefperiode van de invrijheidstelling op proef,



een aantal verbodsbepalingen opleggen met betrekking tot het eventuele contact van de geïnterneerde met minderjarigen.<sup>19</sup>

Dezelfde bepaling werd ingevoegd in de wet op de voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden. Maar, in deze wet is het gespecialiseerd advies ook vereist bij bepaalde seksuele misdrijven gepleegd op meerderjarigen. In de WBM worden echter enkel feiten met minderjarigen vermeld. Dit lijkt ons een lacune te zijn in de wet.

In het samenwerkingsakkoord tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik<sup>20</sup> werd gesteld dat er psychosociale teams gespecialiseerd in de problematiek van daders van seksueel misbruik aanwezig moeten zijn in de strafinrichtingen of de inrichtingen tot bescherming van de maatschappij. Deze teams kunnen het hierboven bedoelde advies omtrent de invrijheidstelling van deze categorie van personen geven. Ingeval deze teams een bijkomend advies noodzakelijk achten (een zogenaamde '*second opinion*') dan kan dit advies gevraagd worden aan een steuncentrum of een gespecialiseerde voorziening (cfr. supra). In de twee andere samenwerkingsakkoorden werd een gelijkaardige bepaling opgenomen.<sup>21 22</sup>

Het advies wordt gebaseerd op de afname van een aantal testen. De Multiphasic Sex Inventory, de Abel en Becker Cognitions Scale, de Burth Rape Myth Acceptance Scale, de Psychopathie Checklist- Revised en de 100-woorden-test worden verplicht afgenomen. Daarnaast nemen sommige diensten ook nog de Static-99<sup>23</sup> (Hanson & Thornton, 1999) of de Sexual Violence Risk Scale af. Enkel de PCL-R (Hare, 1991), de Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) en de SVR-20 (Boer et al., 1999) zijn risicotaxatietesten, de andere zijn persoonlijkheidstesten of seksuologische vragenlijsten. De 100-woorden-test is een test die voor de andere testen

- 19 Bijvoorbeeld een verbod om in welke hoedanigheid dan ook deel te nemen aan onderwijs in een openbare of particuliere instelling die minderjarigen opvangt.
- 20 Gesloten op 8 oktober 1998 en goedgekeurd door het decreet van 2 maart 1999 houdende de goedkeuring van het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, *B.S.* 11 september 1999, 34022.
- 21 Het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat en het Waalse Gewest inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 1 april 1999, *B.S.* 11 september 1999, 34063 en het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 14 december 2000, *B.S.* 23 januari 2001, 1808.
- 22 Deze teams zijn aanwezig in de volgende inrichtingen: het penitentiair complex te Brugge, het penitentiair schoolcentrum te Hoogstraten, de centrale gevangenis te Leuven en de strafinrichting te Merksplas voor Vlaanderen en voor Wallonië vinden we ze terug in de gevangenis van Andenne, de gevangenis van Jamioulx, de gevangenis van Lantin, de gevangenis van Marneffe, de gevangenis van Bergen, de instelling ter bescherming van de maatschappij te Paifve en in de gevangenis van Sint-Hubert. Ook in de andere gevangenissen is er echter steeds minstens één personeelslid aanwezig dat in staat is het advies te verstrekken.
- 23 De Static-99 is een instrument ontstaan vanuit de integratie van twee andere risicotaxatie-instrumenten voor seksueel gewelddadig gedrag, namelijk de Rapid Risk Assessment of Sexual Violence Recidivism (RRASOR; Hanson, 1997) en de Structured Anchored Clinical Judgement (Pierlet, 2005).

wordt afgenomen. Deze levert zelf weinig tot geen informatie op over de persoon, maar verhoogt de validiteit van de daarop volgende zelfrapportages.

De Wet van 10 februari 1998<sup>24</sup> voerde een volgende wijziging door (De Vuysere, 2004, 2006). Dankzij deze wet werd de rechtspositie van de geïnterneerde versterkt, aangezien deze nu, via zijn advocaat, beroep kan aantekenen tegen de afwijzing van een vraag tot invrijheidstelling door de CBM. Dit beroep wordt aangetekend bij de Hoge CBM. Daarvoor was enkel cassatieberoep mogelijk. De beslissing van de CBM tot afwijzing van het verzoek tot invrijheidstelling moet uiterlijk twee dagen erna door de directeur van de inrichting worden doorgegeven aan de geïnterneerde.

#### *De onmiddellijke internering van veroordeelden*<sup>25</sup>

De CBM's beslissen over de verloven van deze geïnterneerden, ongeacht de instelling waar zij verblijven (art. 15 WBM bepaalt dat één van de taken van de CBM is het toestaan van beperkte vrijheid of uitgangspersmissies). Als de geestestoestand van de betrokkene, voor het einde van zijn straf-tijd, voldoende verbeterd is, zodat internering niet meer nodig is, dan wordt dit vastgesteld door de CBM en kan de Minister de terugkeer naar de inrichting waar betrokkene voordien in hechtenis was, bevelen. Zolang de straftijd van de persoon niet is verstreken, kan de CBM betrokkene echter niet in vrijheid stellen.

Als de internering op bevel van de Minister niet is ingetrokken voor het einde van de straftijd, kan deze internering voor onbepaalde tijd blijven voortduren en wordt de CBM vanaf dan verantwoordelijk (en oefent haar normale bevoegdheden uit). Deze 'administratieve internering' is erg omstrede, want ze geeft de mogelijkheid om personen die een straf voor bepaalde duur kregen opgelegd, voor onbepaalde duur op te sluiten.

#### *Terbeschikkingstelling van de regering*

Indien de internering bevelen is op grond van artikel 25bis WBM (plegers van bepaalde seksuele misdrijven), kan de terbeschikkinggestelde, na een jaar internering, een invrijheidstelling vragen aan de Minister van Justitie. De minister kan een dader van seksuele misdrijven met een minderjarig slachtoffer slechts vrijstellen van de TBR na het inwinnen van een gespecialiseerd advies (art. 25 WBM, ingevoegd door de wet van 5 maart 1998). Als de Minister deze invrijheidstelling toestaat, kan hieraan de voorwaarde gekoppeld worden dat de betrokken persoon zich moet laten begeleiden of behandelen door een door de Minister aangeduide

24 Wet tot wijziging van de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers teneinde de advocaat van de geïnterneerde het recht toe te kennen beroep in te stellen tegen de beslissing van de commissie tot bescherming van de maatschappij die een verzoek om invrijheidstelling afwijst, *B.S.* 18 maart 1998, 7616.

25 Wet tot Bescherming van de Maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers van 1 juli 1964, *B.S.* 17 juli 1964, 7818; De Vuysere, Casselman, Vervaeke (2003, p. 599).

dienst of persoon.<sup>26</sup> Deze extra voorwaarde is gelijksoortig aan deze die gesteld wordt voor de invrijheidstelling op proef voor geïnterneerden die een minderjarige seksueel misbruikt hebben<sup>27</sup> (zie punt 4.1). Tegen een negatief antwoord van de Minister op de vraag tot invrijheidstelling is beroep mogelijk bij de Raadkamer.

Men kan tevens een ontheffing van de gevolgen van de TBR vragen en dit ten vroegste drie jaar na het verstrijken van de hoofdgevangenisstraf. Hoger beroep tegen de beslissingen van de Raadkamer is mogelijk bij de Kamer van Inbeschuldigingstelling. Ook Cassatieberoep is mogelijk (Winderix, 2004).

### 3.5 Toezicht en nazorg

#### 3.5.1 *De internering van daders van misdrijven met een psychische stoornis*

Sinds de Wet van 7 mei 1999<sup>28</sup> is een ambtenaar van de Dienst Justitiehuisen van het Ministerie van Justitie, in het kader van de voorgedij, belast met de begeleiding van en het toezicht op de invrijheidgestelde geïnterneerde, bij het naleven van de opgelegde voorwaarden (De Vuysere, 2006; Heimands & Brad, 2004). Binnen de maand na de invrijheidstelling brengt deze ambtenaar verslag uit bij de CBM over de invrijheidgestelde en verder telkens wanneer hij dit nuttig acht of wanneer de CBM hem hierom verzoekt en ten minste om de zes maanden. In voorkomend geval stelt hij de maatregelen voor die hij nodig acht.

Deze justitieassistent neemt dus de sociale begeleiding van de geïnterneerde die vrij is op proef op zich. Op 31 december 2004 hadden de justitiehuisen in België 1.881 dergelijke opvolgingen lopen (Bourlet, 2005). In de wet worden enkel de termijnen van de verslaggeving door de justitieassistent aan de CBM vastgelegd. Of en hoe vaak de justitieassistent de geïnterneerde effectief ziet, bepaalt deze volledig zelf. Hier bestaat geen regelgeving over. In het Justitiehuis van Leuven bezoeken de assistenten die instaan voor de opvolging van de geïnterneerden, deze personen op regelmatige basis. Het aantal contacten hangt af van de hoeveelheid

26 Wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers, vervangen door de wet van 1 juli 1964, *B.S.* 2 april 1998, 10017.

27 Artikel 8 van de wet van 13 april 1995 betreffende het seksueel misbruik van minderjarigen, *B.S.* 25 april 1995, 10827.

28 Wet 7 mei 1999 tot wijziging van sommige bepalingen van het Strafwetboek, van het Wetboek van Strafvordering, van de wet van 17 april 1878 houdende de voorafgaande titel van het Wetboek van Strafvordering, van de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers, vervangen door de wet van 1 juli 1964, van de wet van 29 juni 1964 betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie, van de wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis, van de wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers, vervangen door de wet van 1 juli 1964, *B.S.* 29 juni 1999, 24383.

begeleiding die de geïnterneerde in kwestie nodig heeft, maar er is wel altijd een minimum begeleiding voorzien. Maar aangezien hier geen regelgeving over bestaat, kan elk justitiehuis en zelfs elke justitieassistent de begeleiding naar eigen goeddunken invullen.

De WBM spreekt echter over een 'sociaal-geneeskundige voorgedij' tijdens de proefperiode. Die geneeskundige opvolging gebeurt door een individuele therapeut, een deskundige, een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg of een afdeling in een psychiatrische instelling, in casu kunnen alle instellingen die geïnterneerden die vrij zijn op proef opnemen, deze voorgedij uitoefenen. Deze persoon of dienst houdt de justitieassistent op de hoogte van het verloop van de geneeskundige opvolging. Ook hier bestaat er geen regelgeving over hoe vaak de behandelaar doorbrieft aan de justitieassistent.

Dit houdt in dat sommige justitieassistenten, wanneer 'hun' geïnterneerde een residentieel behandelingsprogramma volgt, volstaan met het doorbrieven van de informatie die zij krijgen van de behandelaars naar de CBM en verder zelf geen contact onderhouden met de geïnterneerde. Interviews met de behandelaars leren ons echter dat dit niet vaak voorkomt. Bij de FPE in Bierbeek werkt men zo bijvoorbeeld niet. Er is zeer regelmatig contact tussen de instelling en de justitieassistent die de geïnterneerde opvolgt. Deze justitieassistent ziet de geïnterneerde zelf ook regelmatig. Het is de justitieassistent die de verslagen maakt voor de CBM. De FPE maakt enkel een verslag, op vraag van de justitieassistent, wanneer er belangrijke beslissingen moeten worden genomen, zoals een verlenging van de invrijheidstelling op proef. Er moet sowieso regelmatig contact zijn tussen de justitieassistent en de instelling, omdat deze laatste voor heel veel dingen de toestemming moet vragen van de CBM (bijvoorbeeld voor een uitgangsvergunning voor een geïnterneerde om één dag zijn familie te gaan bezoeken). Dit gebeurt altijd door middel van een schriftelijke aanvraag, waarin ook kort de toestand van de patiënt beschreven wordt (zonder schending van het medisch beroepsgeheim weliswaar). De FPE heeft daarnaast ook een meldingsplicht ten aanzien van de CBM wanneer de geïnterneerde nieuwe feiten pleegt of bij ontvluchting.

Wat betreft het geven van toestemming voor bepaalde zaken door de CBM zijn er wel grote verschillen tussen de CBM's onderling. In principe beslist de CBM over alle vormen van verlof voor geïnterneerden (art. 15 WBM) en moet de instelling dus elke keer toestemming vragen. Sommige CBM's, bijvoorbeeld deze van Leuven en Gent, sluiten echter een samenwerkingsovereenkomst af tussen de geïnterneerde, de justitieassistent en de instelling waar de geïnterneerde behandeld zal worden, waarin bepaald wordt voor welke zaken de toestemming gevraagd moet worden aan de CBM en welke zaken de instelling autonoom kan beslissen. Maar elke CBM voert hieromtrent zijn eigen beleid, met grote onderlinge verschillen. Als eenmaal de geïnterneerde definitief in vrijheid is gesteld, is er geen verplicht toezicht of nazorg meer. Als de FPE's de residentieële behandeling

van een geïnterneerde kunnen stopzetten, organiseren ze wel een nazorg, eerst zelf en daarna door de persoon door te verwijzen naar de reguliere psychiatrie (bijvoorbeeld naar centra voor geestelijke gezondheidszorg of naar individuele psychiaters). Bij de FPE's is de ervaring echter dat personen die een behandeling in deze afdeling hebben afgerond en doorverwezen zijn naar ambulante hulpverlening bijna altijd geïnterneerd blijven. Rekem en Bierbeek hebben tot nu toe nog geen invrijheidstelling van één van hun patiënten meegemaakt. Tijdens de nazorg is de persoon dus nog steeds geïnterneerd en blijft er een samenwerking met de CBM. Deze samenwerking blijft echter beperkt tot die gevallen waarin er problemen zijn in de nazorg. Ook de reguliere psychiatrie waarnaar de persoon voor nazorg wordt doorverwezen heeft contact met de CBM. Het feit dat de geïnterneerde in deze situatie geïnterneerd blijft is logisch: er is hier sprake van een overgang van de medium veiligheidsgroep naar de lage veiligheidsgroep en dus naar een minder beveiligde instelling of zelfs naar ambulante hulpverlening. Als de geïnterneerde echter ook deze behandeling met een goed rapport kan afsluiten, zal hier wel een definitieve invrijheidstelling op volgen.

### 3.5.2 *De onmiddellijke internering van veroordeelden*<sup>29</sup>

Als de toestand van deze personen voor het einde van hun straftijd verbetert, keren ze terug naar de inrichting waar ze voor hun internering verbleven en vallen ze dus weer onder het gewone gevangenisstelsel, met eventueel ook voorwaardelijke invrijheidstelling en toezicht en nazorg. Als hun toestand niet verbeterd is tegen het einde van hun strafperiode, blijft hun internering voor onbepaalde tijd voortduren en zijn alle regels die voor de eerste groep hierboven vermeld werden, ook op hen van toepassing.

### 3.5.3 *Terbeschikkingstelling van de regering*

Voor de ter beschikking gestelden die seksuele feiten met minderjarigen hebben gepleegd kan aan de invrijheidstelling de voorwaarde gekoppeld worden dat de betrokken persoon zich moet laten begeleiden of behandelen door een door de Minister aangeduide dienst of persoon (art. 25 WBM ingevoegd door de wet van 5 maart 1998<sup>30</sup>). Deze dienst of persoon die de opdracht aanneemt, brengt aan de Minister, binnen de maand na het begin van de begeleiding of behandeling en telkens als die dienst of persoon het nuttig acht, of op verzoek van de Minister en ten minste om

<sup>29</sup> Wet tot Bescherming van de Maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers van 1 juli 1964, B.S. 17 juli 1964, 7818; De Vuysere, Casselman, Vervaeke (2003, p. 599).

<sup>30</sup> Wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers, vervangen door de wet van 1 juli 1964, B.S. 2 april 1998, 10017.

de zes maanden, verslag uit over de opvolging van de begeleiding of de behandeling. De dienst of persoon is bevoegd om de minister in kennis te stellen van de onderbreking van de begeleiding of de behandeling dan wel van de moeilijkheden die bij de uitvoering daarvan gerezen zijn. Het verstrekken van deze informatie houdt geen schending in van het beroepsgeheim.

Voor de andere ter beschikking gestelden hebben we geen informatie gevonden over een eventueel toezicht of nazorg na afloop van de TBR. We vermoeden echter dat dit niet bestaat, aangezien de TBR zelf een maatregel is om een persoon, wanneer deze zijn gevangenisstraf heeft uitgezeten, toch nog onder toezicht te houden. Een toezicht na een toezichtmaatregel lijkt ons vrij onwaarschijnlijk. Bovendien kan de TBR tot twintig jaar duren, wat toch een erg lange periode is.

### 3.6 Kosten

#### 3.6.1 *Geïnterneerden*

De huidige financiering vanuit justitie voor een plaats binnen één van de pilootprojecten bedraagt € 141 euro per dag voor Bierbeek en Zelzate en € 163 per dag voor Rekem.<sup>31</sup> Daarnaast is er de reguliere financiering van Volksgezondheid voor een plaats binnen een psychiatrische instelling van € 150 à € 160 per dag. In totaal is er voor een plaats binnen de pilootprojecten van Justitie dus een bedrag van ongeveer € 300 per dag en per plaats beschikbaar. Deze bedragen gaan wel met ongeveer 6% verlagen, als gevolg van de besparingen die Minister van Justitie Onkelinckx heeft doorgevoerd voor 2006.

Vanuit de bestaande pilootprojecten wordt aangegeven dat dit bedrag ontoereikend is, onder meer door niet verrekening van een aantal kosten zoals indexaanpassing en toekenning anciënniteit. Een bedrag van € 175,88 per dag wordt voorgesteld aan het ministerie van justitie als meer realistisch.

Volksgezondheid financiert ook acht bedden in elk van de drie pilootprojecten en geeft hiervoor een bedrag van € 495.787 per module van acht plaatsen, boven op de reguliere financiering. Er zijn in totaal drie modules dus er is een budget van € 1.487.361 (Decoster, 2004).

Alle andere kosten van de geïnterneerden die in psychiatrische instellingen verblijven of er behandeld worden, worden gefinancierd met de

31 Rekem heeft een hogere bijdrage gekregen omdat men hier reeds voor het van start gaan van de pilootprojecten een structurele werking met geïnterneerden had, waardoor er al meer doorverwijsmogelijkheden waren gecreëerd en men dus al een deel van het extern zorgcircuit gerealiseerd had.

reguliere ziekenhuisfinanciering door Volksgezondheid en de mutualiteit. In Wallonië worden de inrichtingen tot bescherming van de maatschappij te Doornik en Bergen voor een deel betaald door justitie en voor een deel door het Waals Gewest. Het Waals Gewest betaalt de kosten voor de infrastructuur en het personeel. Justitie betaalde tot voor kort een dagprijs per geïnterneerde. Sinds de begroting van 2006 zijn deze kosten echter grotendeels overgedragen naar Volksgezondheid, omdat het hier gaat om zorgverlening, en betaalt Justitie enkel nog een klein bedrag voor de beveiliging van deze instellingen.

### *3.6.2 Terbeschikkingstelling van de regering*

Deze personen zitten in de gewone gevangenissen en vallen dus onder het budget van Justitie (zie volgende hoofdstuk).





## 4 Trajecten en oplossingen in het gevangenisstelsel

### 4.1 Wettelijke instrumenten

In Vlaanderen verblijven personen met een interneringsmaatregel, die niet vrij zijn op proef, in de meeste gevallen binnen het gevangenisstelsel. Degenen met de maatregel TBR verblijven in de praktijk sowieso binnen het gevangenisstelsel.

Personen die een interneringsmaatregel krijgen opgelegd komen in principe nooit terecht tussen de andere gedetineerden, maar in een psychiatrische annex van een gevangenis of in een inrichting of afdeling van sociaal verweer, waar ze een behandeling krijgen voor hun aandoening en er tevens voldoende bewaking is. Daarnaast zijn er mogelijkheden om geïnterneerden buiten het gevangenisstelsel op te vangen. Deze laatste mogelijkheden werden besproken in het vorige hoofdstuk, in dit hoofdstuk concentreren we ons op de behandeling van geïnterneerden binnen het gevangenisstelsel. Ook de personen met de maatregel TBR komen aan de orde.

### 4.2 Oplegging

Dit onderzoek focust op personen die gewelddadige of seksuele misdrijven hebben gepleegd en een psychische stoornis hebben. Deze personen worden als ontoerekeningsvatbaar beschouwd en krijgen daarom geen straf opgelegd, maar een maatregel, namelijk de interneringsmaatregel. Er zijn drie wegen waarlangs een persoon geïnterneerd kan worden. De procedures voor de oplegging van deze drie maatregelen werden in het vorige hoofdstuk reeds besproken ingeval de geïnterneerde terecht komt binnen het (forensisch) psychiatrisch stelsel. Deze procedures blijven hetzelfde wanneer de geïnterneerde binnen het penitentiaal stelsel zal verblijven, en worden daarom hier niet meer herhaald.

Belangrijk om hier wel nog bijkomend te vermelden is dat er sinds 12 januari 2005 een basiswet gevangenisstelsel en rechtspositie van gedetineerden van kracht is geworden in België.<sup>32</sup> Deze wet heeft ervoor gezorgd dat de interne rechtspositie van de gedetineerden beter is geregeld en wettelijk is vastgelegd. Met de interne rechtspositie bedoelt men het statuut van een persoon als inwoner van een gevangenis. Oorspronkelijk was deze wet enkel bedoeld voor veroordeelden. Het toepassingsgebied werd later uitgebreid naar verdachten en nog later naar elke vorm van vrijheidsbeneming, met uitsluiting van de internering. In laatste instantie werden hier de geïnterneerden toch aan toegevoegd, weliswaar met enige afwijkende regels en slechts tijdelijk, in afwachting

<sup>32</sup> B.S. 1 februari 2005, 2815.

van een aparte wettelijke regeling voor deze categorie. Men doelde hier op een aantal wetsvoorstellen betreffende de internering die werden ingediend (cfr. infra.). Deze wetsontwerpen bevatten echter geen regeling van de interne rechtspositie van geïnterneerden. Het gevaar is dan ook niet denkbeeldig dat de groep van geïnterneerden opnieuw vergeten wordt. Maar momenteel kunnen de geïnterneerden die in de penitentiaire inrichtingen verblijven dus wel een beroep doen op de Basiswet, waardoor bepaalde rechten zijn gewaarborgd.

### 4.3 Intramuraal verblijf

#### 4.3.1 *Verantwoordelijke instanties*

Geïnterneerden die in gevangenissen of aanverwante instellingen verblijven vallen onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie en meer bepaald van het Directoraat-generaal Uitvoering van Straffen en Maatregelen. De CBM's beslissen waar de geïnterneerden geplaatst worden.

#### 4.3.2 *Voorzieningen*

In België zijn er 32 gevangenissen: 14 in Wallonië, 16 in Vlaanderen en 2 in Brussel. Er is ook één federale inrichting tot bescherming van de maatschappij te Paifve. In deze inrichting zouden oorspronkelijk zowel Nederlandstalige als Franstalige geïnterneerden worden opgenomen, maar uiteindelijk wordt deze inrichting enkel bevolkt door Franstaligen. Hierdoor ontbreekt een inrichting tot bescherming van de maatschappij in Vlaanderen. Er zijn nog twee inrichtingen tot bescherming van de maatschappij, in Bergen en Doornik, maar deze hangen af van het Waals Gewest en worden daarom beschouwd als behorende tot de geestelijke gezondheidszorg. Zij werden in het voorgaande hoofdstuk reeds behandeld. Er zijn psychiatrische annexen in de gevangenissen van Antwerpen, Vorst, Gent, Leuven Hulp, Bergen, Jamioulx en Namen. Er zijn afdelingen tot bescherming van de maatschappij in de gevangenissen van Merksplas, Turnhout en Gent (regering België, 2005).

Meer dan de helft van de gevangenissen zijn arresthuizen, dit wil zeggen inrichtingen voor mensen in voorhechtenis in afwachting van hun definitieve straf (in toepassing van de Wet op de voorlopige hechtenis). In de andere inrichtingen (strafhuizen) zitten veroordeelden hun straf uit.

In de praktijk verblijven, wegens de overbevolking, in alle arresthuizen ook veroordeelden en kunnen er dus ook geïnterneerden verblijven.

Gevangenissen verschillen tevens naar veiligheidsniveau. Men spreekt in dit verband van open, halfopen en gesloten instellingen. In open inrichtingen zijn er slechts minieme dwangmiddelen, in halfopen inrichtingen

is er een cellulair regime tijdens de nacht en is er overdag tewerkstelling in open lucht of in werkplaatsen en in gesloten cellulaire instellingen ten slotte zijn er versterkte middelen voor bewaking en beveiliging. In elke inrichting worden gevangenen in de mate van het mogelijke tewerkgesteld.

In principe zouden er enkel geïnterneerden mogen verblijven in gevangnissen met ofwel een psychiatrische annex ofwel een afdeling ter bescherming van de maatschappij. In deze gevangnissen vinden we dan ook geïnterneerden terug. Wel is het zo dat het aantal bedden in deze speciale afdelingen vaak erg beperkt is, waardoor er dikwijls ook geïnterneerden zitten in de rest van de gevangenis, tussen de gewone gedetineerden. Bovendien zijn er nog steeds geïnterneerden die in een gewone gevangenis verblijven. Zo verblijven er in de gevangenis van Brugge een dertigtal vrouwelijke geïnterneerden. Deze laatste twee situaties brengen heel wat problemen met zich mee, zoals bijvoorbeeld pesterijen van de geïnterneerden door de andere gedetineerden (OBRA, 2003).

Welke gevangenis gekozen wordt voor een bepaalde geïnterneerde hangt af van de appreciatie van de CBM's. Zij houden daarbij wel rekening met de verblijfsomstandigheden in de gevangnissen. Zo verblijven de geïnterneerden in de Afdeling ter bescherming van de maatschappij te Merksplas in slaapzalen en niet op individuele cellen, zoals in Turnhout het geval is. Afhankelijk van hun 'gemeenschapsgeschiktheid of niet' worden geïnterneerden in één van deze twee voorzieningen geplaatst. Maar elke CBM past hierin een eigen beleid toe.

Ten slotte vinden we een grote groep (Franstalige) geïnterneerden terug in de Inrichting voor sociaal verweer van Paifve. In principe zou deze inrichting behandeling moeten aanbieden aan de geïnterneerden, in de praktijk is er echter weinig verschil tussen het verblijf in deze instelling of in een gevangenis (Heimans, & Brad, 2003).

Personen die ter beschikking worden gesteld van de regering verblijven in de gewone gevangnissen tijdens hun hoofdstraf en blijven hier ook zitten wanneer ze na afloop van hun straf 'geïnterneerd' worden door de Minister van Justitie.

### 4.3.3 Vormen van intramurale behandeling

#### *Risicotaxatie*

Er wordt in de Belgische gevangnissen niet systematisch aan risicotaxatie gedaan voor de groep van geïnterneerden die binnen het penitentiair systeem verblijven. De vraag naar risicotaxatie wordt pas van belang op het moment dat een geïnterneerde een invrijheidstelling op proef vraagt en hij tot een speciale categorie behoort, namelijk geïnterneerden die seksuele feiten hebben gepleegd met minderjarigen. Voor die groep geïnterneerden vereist de WBM namelijk dat er een gespecialiseerd advies

wordt gegeven vooraleer over die invrijheidstelling te beslissen en dit gespecialiseerd advies houdt onder meer in het afnemen van een batterij van testen. We bespraken deze testen reeds onder hoofdstuk 3, bij punt 4.1. Het zijn de psychosociale teams gespecialiseerd in de problematiek van daders van seksueel misbruik die instaan voor de afname van deze testen.<sup>33</sup> Deze psychosociale teams werden ook reeds behandeld in hoofdstuk 3, onder punt 4.1.

Voor alle andere geïnterneerden die in de gevangenissen verblijven wordt er niet systematisch een risico-inschatting gedaan, maar kunnen er vrijblijvend wel testen worden gedaan. Men kiest dan vrij uit de testen uit de verplichte testbatterij.

#### *Behandelprogramma's*

De samenwerkingsakkoorden, die hierboven al werden vermeld, gaven aan de psychosociale teams gespecialiseerd in de problematiek van daders van seksueel misbruik aanwezig in de strafinrichtingen of de inrichtingen tot bescherming van de maatschappij nog een tweede opdracht, namelijk het instaan voor een intrapenitentiair pretherapeutisch begeleidingsprogramma, of kortweg pretherapie. De gevangenis is geen therapeutisch milieu en de intrapenitentiaire begeleiding zal zich daarom moeten toeleggen op de voorbereiding van de extrapenitentiaire gespecialiseerde begeleiding. Het doel van dit programma is vooral het bevorderen van het probleeminzicht bij de dader van seksueel misbruik, het stimuleren van de motivatie om aan zichzelf te werken en het voorbereiden van de invrijheidstelling. Er wordt hierbij ook aandacht besteed aan de coherentie van het intrapenitentiair pretherapeutisch begeleidingsprogramma en de extrapenitentiaire psychosociale begeleiding of behandeling die zal worden uitgevoerd door de gespecialiseerde voorzieningen van de Gemeenschappen of Gewesten (als de betrokkene in vrijheid is op proef). Daarom is het wenselijk om deze voorzieningen te betrekken bij het intrapenitentiair pretherapeutisch programma en hen zo mogelijk bepaalde delen van dit programma te laten uitvoeren.

Deze programma's bestaan in de gevangenis van Hoogstraten, Brugge, Leuven Centraal en Merksplas. Enkel in Merksplas worden geïnterneerden toegelaten tot het programma.

Er bestaan in een aantal gevangenissen ook behandelingsprogramma's speciaal gericht op geïnterneerden, maar deze zijn niet gericht op de speci-

33 Het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 2 maart 1999, *B.S.* 11 september 1999, 34022; Het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat en het Waalse Gewest inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 1 april 1999, *B.S.* 11 september 1999, 34063 en het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 14 december 2000, *B.S.* 23 januari 2001, 1808.

fieke groep van seksueel gewelddadige geïnterneerden. Zo is er bijvoorbeeld een project van centrum OBRA in de gevangenis van Gent speciaal voor mentaal gehandicapte geïnterneerden (OBRA, 2003). Hier kunnen plegers van seksuele delicten bij zijn, maar ook andere geïnterneerden nemen hieraan deel. Een ander project voor mentaal gehandicapte geïnterneerden gaat door in de gevangenis van Merksplas in samenwerking met 't Zwart Goor, een dienstverleningscentrum voor volwassen mentaal gehandicapten. Het gaat hier om kleinschalige, lokale projecten, met externen die in de gevangenis komen om begeleiding of behandeling te geven. In Merksplas loopt ook een project voor psychotische geïnterneerden, opgezet door de Psychosociale Dienst van deze inrichting.

Daarnaast is er in elke gevangenis wel een aanbod aan vormingen, opleidingen en behandelingen dat openstaat voor alle gedetineerden en dus ook voor de geïnterneerden die in deze gevangenis verblijven. Deze projecten zijn echter zeer algemeen, het gaat dan bijvoorbeeld om agressie-beheersing.

Personen die ter beschikking worden gesteld van de regering verblijven in de gewone gevangnissen tijdens hun hoofdstraf en blijven hier ook zitten wanneer ze na afloop van hun straf 'geïnterneerd' worden door de Minister van Justitie. Indien in de gevangenis waar ze zitten een project loopt voor seksueel delinquenten, kunnen ze hier aan deelnemen. Hetzelfde geldt voor het algemene aanbod aan opleidingen, vormingen en behandelingen dat in elke gevangenis aanwezig is. Maar dit zijn dus geen specifieke behandelingen voor deze doelgroep.

#### **4.4 Verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling en ontslag**

In de vorige paragraaf werd de procedure tot het verkrijgen van verlof, voorwaardelijke en onvoorwaardelijke invrijheidstelling reeds uitgelegd. Voor de groep geïnterneerden die verblijven binnen het penitentiair systeem is deze regeling compleet hetzelfde. Het zijn dus ook de CBM's die hierover beslissen. Deze procedure voor degenen met TBR is eveneens volledig gelijklopend met deze die in het vorige hoofdstuk beschreven werd voor de TBR.

#### **4.5 Toezicht en nazorg**

Net als in de procedure beschreven in het vorige hoofdstuk is er een ambtenaar van de Dienst Justitiehuisen van het Ministerie van Justitie bevoegd voor de sociale voogdij bij een invrijheidstelling op proef van een geïnterneerde. Als de geïnterneerde vrij komt op proef en als voorwaarde een behandeling krijgt opgelegd, verloopt de geneeskundige voogdij eveneens op dezelfde manier als beschreven onder hoofdstuk 3.

In principe kan een geïnterneerde vrij komen op proef, zonder de voorwaarde van het volgen van een behandeling opgelegd te krijgen, maar in de praktijk gebeurt dit bijna nooit. Het is zelfs zo dat de geïnterneerden die in het penitentiair systeem verblijven en om de zes maanden hun invrijheidstelling op proef kunnen vragen bij de CBM, deze vrijheid enkel gaan krijgen als ze zelf met een voorstel voor behandeling komen, waarmee de CBM akkoord kan gaan. Zonder behandeling kan men dus maar erg zelden vrij komen als geïnterneerde. Dit brengt geïnterneerden die geen behandeling vinden in een erg precaire positie, want ze zijn dan bijna 'gedoemd' om eindeloos in de gevangenis te blijven, aangezien er geen einddatum is van de internering. Als eenmaal de geïnterneerde definitief in vrijheid is gesteld, is er geen verplicht toezicht of nazorg meer. Bovenstaande geldt voor de drie groepen geïnterneerden.

#### 4.6 Kosten

Wat betreft de gemiddelde dagelijkse kosten van een plaats binnen het penitentiair systeem wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de kostprijs van een gedetineerde of een geïnterneerde. De kostprijs van een persoon in de gevangenis bedraagt per dag € 100. Aangezien er steeds ongeveer 800 geïnterneerden in de gevangenis verblijven, is de jaarlijkse kostprijs  $100 \times 800 \times 365 = € 29.200.000$ .

De kosten voor de CBM's vallen ten laste van het Ministerie van Justitie, onder het normale werkingsbudget. Deze kosten zijn beperkt, aangezien de leden van de CBM's geen loon, maar wel zitpenningen (vergoedingen) ontvangen, die niet zo hoog zijn. De leden van de CBM's hebben namelijk een job en dus een wedde, naast hun zitplaats binnen de CBM's, en hoeven hier dan ook geen volwaardig loon voor te ontvangen. De werklust die ze hebben voor de CBM blijft beperkt tot één zitting per maand die zo'n vier à zes uur duurt.

De steuncentra die voorzien waren in de samenwerkingsakkoorden<sup>34</sup>, en die de psychosociale teams gespecialiseerd in de problematiek van daders van seksueel misbruik aanwezig in de strafinrichtingen of de inrichtingen tot bescherming van de maatschappij opleiden en kunnen ondersteunen bij het geven van advies omtrent de invrijheidstelling van geïnterneerden die seksuele feiten met minderjarigen hebben gepleegd, worden betaald

34 Het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 2 maart 1999, *B.S.* 11 september 1999, 34022; Het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat en het Waalse Gewest inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 1 april 1999, *B.S.* 11 september 1999, 34063 en het samenwerkingsakkoord tussen de Federale staat, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, bekrachtigd door het decreet van 14 december 2000, *B.S.* 23 januari 2001, 1808.

door Justitie. Zij krijgen een jaarlijkse subsidie voor hun werkingskosten en hun personeel.

Het personeel van de gespecialiseerde PSD's die eveneens door deze samenwerkingsakkoorden in het leven werden geroepen, worden, net zoals het personeel van de gewone PSD's, betaald door Justitie.

De behandelprogramma's voor seksueel delinquenten in de gevangenis- en van Brugge, Hoogstraten, Leuven-Centraal en Merksplas worden gefinancierd door Justitie, net als het psychoseproject in Merksplas en alle andere vormen van vorming, opleiding of behandeling binnen de gevangenis, die open staan voor alle gedetineerden en dus ook voor geïnterneerden. Deze vallen onder het normale werkingsbudget van Justitie.

De projecten van OBRA en 't Zwart Goor voor mentaal gehandicapte geïnterneerden worden gesubsidieerd door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap.

Rond de financiering van de internering is momenteel een discussie aan de gang omtrent de overheveling van middelen tussen Justitie en Volksgezondheid. Het is niet de bedoeling dat Justitie alles betaalt, er zijn mogelijkheden om budgettransfers te doen.





## 5 Samenvatting van de belangrijkste resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat aan de hand van de vijf vragen ten behoeve van de Parlementaire Commissie TBS (Kamerstukken II, 2004-2005, 29 452, nr. 37 p. 4). Allereerst wordt een korte feitelijke samenvatting gegeven, voor respectievelijk het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel, waarna discussie volgt.

### 1 Welke doelgroepen worden binnen populaties van met TBS-gestelden vergelijkbare forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten onderscheiden?

#### *(Forensisch) psychiatrisch systeem*

Binnen het (forensisch) psychiatrisch systeem bepaalt de veiligheidsgroep waartoe een geïnterneerde behoort, in welke instellingen hij terecht kan. Ambulante projecten zijn er voornamelijk voor de lage veiligheidsgroep<sup>35</sup>, de Forensisch Psychiatrische Eenheden (FPE's, dit zijn pilotprojecten van Justitie en Volksgezondheid) en de behandelingen specifiek voor seksuele delinquenten binnen de APZ zijn er voornamelijk voor behandeling van de medium veiligheidsgroep<sup>36</sup>. Voor de hoge veiligheidsgroep zijn er in Vlaanderen momenteel weinig tot geen mogelijkheden, in Wallonië kunnen deze terecht in de inrichtingen voor sociaal verweer (waar ook personen uit de medium en de lage groep terecht kunnen).

De FPE's maken wat betreft de doelgroep voor hun behandelingen een onderscheid naargelang de problematiek of diagnose van de aanvragers. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen en mensen met psychotische stoornissen worden aangenomen in de FPE te Bierbeek. Er wordt niet gekeken naar de delicten die iemand heeft gepleegd, tenzij het gaat om een seksueel delict, want dit is een uitsluitingsgrond voor de behandeling. Er wordt niet aan risicotaxatie gedaan bij het begin van de behandeling. Soms is die risicotaxatie wel reeds gebeurd door de PSD waar de geïnterneerde verbleef voor de behandeling.

De ambulante projecten kijken per geval wie ze toelaten tot hun behandelingen en wie niet. Bij sommige speelt het criterium gevaarlijkheid van de persoon hierin een rol. Motivatie is bij hen minder belangrijk, omdat ze bij een gebrek eraan eerst aan motivatiebevordering zullen doen vooraleer men terecht kan in de therapie. Bij andere ambulante behandelingen kan een gebrek aan motivatie wel een uitsluitingscriterium zijn.

35 Geïnterneerden van de andere veiligheidsgroepen kunnen hier in principe ook terecht, omdat men geval per geval beslist wie men aanvaardt en wie niet. Bij geïnterneerden met een groot risico gaat men kijken wat er nodig is en of men voldoende beveiliging kan bieden. Te gevaarlijke personen gaat men niet aanvaarden, maar doorsturen naar residentiële begeleiding of terug naar de gevangenis.

36 De FPE's nemen enkel geïnterneerden uit de medium veiligheidsgroep, voor de APZ geldt dezelfde opmerking als hierboven.

*Gevangenisstelsel*

Binnen het gevangenisstelsel wordt er, wanneer betrokkene een maatregel tot internering heeft gekregen, eigenlijk niet veel rekening meer gehouden met de subgroep waartoe men zou kunnen behoren. Of men nu een seksueel dan wel een geweldsmisdrijf heeft gepleegd, of men nu een persoonlijkheidsstoornis dan wel een psychiatrische stoornis heeft, maakt niet meer uit als men eenmaal opgesloten is.

Deze elementen spelen enkel nog een rol wanneer men een aanvraag doet voor invrijheidstelling op proef, omdat er dan voor bepaalde groepen geïnterneerden een gespecialiseerd advies moet worden gegeven en voor andere groepen niet. Geïnterneerden die een minderjarige seksueel misbruikt hebben, kunnen alleen in vrijheid worden gesteld met een voorafgaand advies van een dienst gespecialiseerd in de begeleiding of behandeling van deze personen (art. 20 bis WBM<sup>37</sup>). Bovendien kan de CBM in deze gevallen en voor de duur van de proefperiode van de invrijheidstelling op proef, een aantal verbodsbepalingen opleggen met betrekking tot het eventuele contact van de geïnterneerde met minderjarigen.<sup>38</sup> Men kijkt in België dus veel meer naar het al dan niet betrokken zijn van minderjarigen bij de seksuele feiten, dan naar het feit of er geweld werd gebruikt of niet. Voor dit gespecialiseerd advies wordt een standaard instrumentarium van testen afgenomen bij de geïnterneerde. Dit gebeurt door de Psychosociale diensten in de gevangenis en meer bepaald door de psychosociale teams gespecialiseerd in de problematiek van daders van seksueel misbruik.

## **2 Welke wettelijke en organisatorische systemen van op resocialisatie gerichte behandeling zijn in het buitenland bekend?**

Wettelijk gezien is er een resocialisatie voor de groep van seksueel gewelddadige geïnterneerden voorzien, doordat zo een geïnterneerde altijd eerst vrij komt op proef en tijdens die proefperiode is er een sociaal-geneeskundige voogdij voorzien, waarin de geïnterneerde wordt opgevolgd. Als tijdens die proefperiode blijkt dat de geïnterneerde er nog niet aan toe is om vrijgelaten te worden, dan wordt hij of zij opnieuw geïnterneerd. Bijna altijd, en zeker voor de doelgroep van dit onderzoek, wordt als één van de voorwaarden voor de vrijlating op proef het volgen van een behandeling voorop gesteld. De geïnterneerde moet zelf met een voorstel voor behandeling naar de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij

37 Ingevoegd door Artikel 8 van de Wet van 13 april 1995 betreffende het seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen, *B.S.* 25 april 1995, 10827.

38 Bijvoorbeeld een verbod om in welke hoedanigheid dan ook deel te nemen aan onderwijs in een openbare of particuliere instelling die minderjarigen opvangt.

(CBM) stappen en zijn vrijlating op proef vragen. De CBM verklaart zich dan akkoord of niet akkoord.

We bespraken de verschillende behandel mogelijkheden die er zijn voor geïnterneerden. Specifiek voor de groep geïnterneerden zijn er de FPE's, maar hier komen bijna nooit seksueel delinquente geïnterneerden in terecht. Ook in de gevangnissen zijn er een aantal behandelingen voor geïnterneerden, maar deze zijn niet specifiek voor seksueel delinquente geïnterneerden. Daarnaast is er een heel gamma van behandelingsprogramma's binnen de psychiatrie, zowel residentieel als ambulante, voor seksuele delinquenten in het algemeen, maar ook deze zijn niet specifiek voor geïnterneerden.

In de FPE's streeft men ernaar standaard de HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) en de PCL-R (Hare, 1991) af te nemen. De resultaten van deze risicotaxatie worden uitsluitend gebruikt binnen de behandeling van de FPE, de scores worden niet rechtstreeks doorgegeven aan de CBM. De FPE geeft wel een advies op het einde van de behandeling, waarvoor men zich onder andere baseert op de risicotaxatie die men heeft gedaan, waarin de beëindiging van de behandeling wordt voorgesteld en een doorverwijzing naar de reguliere psychiatrie. Meestal volgt de CBM dit advies, eventueel leggen ze wel bijkomende voorwaarden op.

### **3 Welke rol speelt de behandelbaarheid bij de toegang, behandeling en uitstroom? In hoeverre is behandelbaarheid in de verschillende stadia goed vast te stellen?**

#### *(Forensisch) psychiatrisch systeem*

Bij de toegang, behandeling en uitstroom tot de behandelprogramma's in FPE's wordt er in principe niet naar behandelbaarheid gekeken. Men kijkt wel naar motivatie, omdat het aanbod aanzienlijk kleiner is dan de vraag. Men weet op voorhand dat de meeste personen die in de FPE terecht komen daar gedurende lange tijd zullen verblijven, want dat brengt hun doelgroep, de medium veiligheidsgroep van geïnterneerden, nu eenmaal met zich mee. Er bestaan in België ook geen specifieke 'long stay'-afdelingen voor geïnterneerden. Eventueel kunnen patiënten wel doorverwezen worden naar de reguliere psychiatrie, bijvoorbeeld naar psychiatrische verzorgingstehuizen, mits ze daar aangenomen worden.

Als eenmaal een geïnterneerde door het selectiecomité van justitie tot een bepaalde veiligheidsgroep is toegewezen, kunnen de FPE's daar niets meer aan veranderen. Het selectiecomité baseert zich vooral op het advies van de Psychosociale Dienst (PSD). De PSD's doen in ieder geval hun best om personen uit de lage veiligheidsgroep zoveel als mogelijk door te verwijzen naar de reguliere psychiatrie.

De APZ krijgen voor hun behandelingen voor seksueel delinquenten geen subsidie en de vraag is groter dan het aanbod. Daarom selecteren zij de

patiënten bij wie zij de kans van slagen van de behandeling het grootst achten.

Bij ambulante behandelingen kan behandelbaarheid een rol spelen, want overal is de vraag groter dan het aanbod en de mate van behandelbaarheid kan dan een doorslaggevend criterium zijn om een persoon al dan niet op te nemen. Gebrek aan motivatie is niet per definitie een uitsluitingscriterium omdat men bij bepaalde behandelcentra eerst motivatiebevorderend werkt met betrokkene.

#### *Gevangenisstelsel*

Bij de toegang, behandeling en uitstroom tot de penitentiaire instellingen speelt behandelbaarheid geen rol, want er is hier zo goed als geen sprake van behandeling.

Ook voor de pretherapie die in een aantal gevangenissen wordt aangeboden aan seksueel delinquenten, en die in Merksplas ook toegankelijk is voor geïnterneerden, wordt er niet gekeken naar behandelbaarheid. Iedereen die een aanvraag doet, wordt toegelaten tot de behandeling, maar het kan wel zijn dat men op een wachtlijst komt en dus niet onmiddellijk kan beginnen. Het doel van deze pretherapie is juist het aftasten van de mogelijkheid tot behandeling van de persoon.

#### **4 Op welke wijze is het toezicht op de betrokkenen geregeld na afloop van de juridische titel?**

Geïnterneerden komen meestal pas definitief vrij nadat ze eerst een periode van invrijheidstelling op proef hebben doorlopen. Tijdens die invrijheidstelling op proef is er sociaal-geneeskundige voogdij: toezicht door een justitieassistent en meestal behandeling, ambulant of residentiële. De duur van de voogdij wordt bepaald door de CBM. Indien betrokkene zich niet aan de opgelegde voorwaarden houdt, wordt hij opnieuw geïnterneerd. De CBM waakt hier zeer streng over.

Na de definitieve invrijheidstelling is er geen toezicht of voogdij meer voorzien. Het lijkt echter in de praktijk niet zo evident te zijn voor een geïnterneerde om definitief in vrijheid te worden gesteld. Zelfs na het volgen van een residentiële behandeling, bijvoorbeeld in een FPE, waarna deze persoon wordt doorverwezen naar de reguliere psychiatrie voor nazorg, blijft hij geïnterneerd. Blijkbaar is er een zekere angst bij de CBM's om geïnterneerden definitief in vrijheid te stellen. Het Openbaar Ministerie zit hier vaak voor iets tussen, omdat zij, met het oog op de publieke veiligheid, vaak adviseert om de internering te laten doorlopen. We moeten dit echter nuanceren door te stellen dat dit enkel zo is voor de medium en hoge veiligheidsgroep van geïnterneerden. Als men eenmaal tot de lage veiligheidsgroep behoort en de opgelegde behandeling goed heeft afgerond, kan men definitief in vrijheid worden gesteld. Een geïnterneerde moet

om in vrijheid te kunnen worden gesteld, een traject doorlopen, van hoge beveiliging, naar medium beveiliging en van medium naar lage beveiliging, met telkens een bijhorende behandeling. Als men echter meteen al tot de lage veiligheidsgroep wordt gerekend, kan men ook relatief snel vrijkomen indien men een mogelijkheid tot behandeling vindt.

## **5 Wat zijn de werkwijzen en de procedurele aanpak bij de besluitvorming over de aanpak, het verlof en het ontslag uit het systeem?**

### *De internering van daders van misdrijven met een psychische stoornis*

De CBM's beslissen over verloven van geïnterneerden, ongeacht de instelling waar zij verblijven (art. 15 WBM bepaalt dat één de taken van de CBM is het toestaan van beperkte vrijheid of uitgangspemissies).

Ook de vrijlating op de proef en de definitieve invrijheidstelling wordt toegestaan door de CBM's (art. 18-20 WBM). De procedure hiervan werd uitgebreid beschreven in de hoofdstukken 3 en 4.

### *De onmiddellijke internering van veroordeelden*

De CBM's beslissen over de verloven van deze geïnterneerden, ongeacht de instelling waar zij verblijven (art. 15 WBM bepaalt dat één van de taken van de CBM is het toestaan van beperkte vrijheid of uitgangspemissies). Als de geestestoestand van de betrokkene, voor het einde van zijn straf-tijd, voldoende verbeterd is, zodat internering niet meer nodig is, dan wordt dit vastgesteld door de CBM en kan de Minister de terugkeer naar de inrichting waar betrokkene voordien in hechtenis was, bevelen. Zolang de straf-tijd van de persoon niet is verstreken, kan de CBM betrokkene echter niet in vrijheid stellen. Als de internering op bevel van de Minister niet is ingetrokken voor het einde van de straf-tijd, kan deze interne-ring voor onbepaalde tijd blijven voortduren en wordt de CBM vanaf dan verantwoordelijk (en oefent haar normale bevoegdheden uit). Deze 'administratieve internering' is erg omstrede.

### *Terbeschikkingstelling van de regering*

De TBR wordt uitgesproken voor een bepaalde duur. De duur is afhankelijk van de categorie waarin de persoon thuishoort (recidivist, gewoontemisdadiger of plegger van seksuele misdrijven) en van de vraag of het om een verplicht dan wel een facultatief opgelegde TBR gaat (zie hoofdstuk 2).

De Minister van Justitie beslist over een eventuele invrijheidstelling van een persoon onder TBR. Voor de pleggers van seksuele misdrijven kan de minister slechts een invrijheidstelling toestaan na het inwinnen van gespecialiseerd advies. Men kan tevens een ontheffing van de gevolgen van de TBR vragen en dit ten vroegste drie jaar na het verstrijken van de

hoofdgevangenisstraf (Winderix, 2004). Deze procedure werd eveneens uitgebreid beschreven onder hoofdstuk 3, punt 4 en hoofdstuk 4, punt 4.

### Discussie en algemeen besluit

Er is in België al langere tijd discussie over de Wet ter Bescherming van de Maatschappij.

De WBM had oorspronkelijk een tweeledige doelstelling: (1) bescherming van de maatschappij door verwijdering van de geïnterneerden, en (2) aangepaste behandeling van de geïnterneerden. Maar deze doelstelling wordt in de praktijk slechts gedeeltelijk bereikt, het accent lijkt vooral op de bescherming van de maatschappij te liggen. Het contrast met onze buurlanden is op dit vlak erg groot (De Vuysere, 1999). Er wordt al jarenlang kritiek geuit op deze wet. Een kort overzicht van de meest voorkomende kritiek (De Vuysere, 1999, 2004, 2006; De Vuysere, Casselman, & Vervaeke, 2003, 2004; Casselman, 2004; Heymans & Brad, 2003):

- De onmogelijkheid tot inobservatiestelling in de praktijk (door het ontbreken van een gepaste infrastructuur en personeelsomkadering).
- De beperkingen van het deskundigenonderzoek. Er zijn grote kwaliteitsverschillen binnen deze onderzoeken. Al te vaak worden oppervlakkige en/of verkeerde diagnoses gesteld of wordt de juiste diagnose onvoldoende uitgewerkt of wetenschappelijk onderbouwd. Er is ook geen eenvormige methodologie in de expertises, elke psychiater heeft zijn eigen criteria om te besluiten tot het al dan niet opleggen van een interneringsmaatregel. Dit is voor een deel ook te verklaren door de te lage vergoedingen voor psychiatrische deskundigen.
- De verplichting voor deskundigen om te kiezen uit twee mogelijkheden: volledig toerekeningsvatbaar of volledig ontoerekeningsvatbaar. Deze benadering komt niet overeen met de psychische realiteit en is onrechtvaardig. De meerderheid van de psychiatrisch deskundigen besluit namelijk tot een gedeeltelijke toerekeningsvatbaarheid.
- De oplegging van een ingrijpende maatregel bij niet altijd even ernstige delicten.
- De werking van de Commissies tot Bescherming van de Maatschappij (CBM's) en met name de verschillende werkingen van deze CBM's.
- Het ontbreken van periodiek overleg tussen de CBM's.
- Het totale gebrek aan wetenschappelijk gestaafde gegevens aangaande de interneringsmaatregel en de populatie.
- Het tekort aan behandelings- en begeleidingsmogelijkheden voor de geïnterneerden, waardoor nog steeds geïnterneerden van een behandeling verstoken blijven.
- Het gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel.
- De zwakke rechtspositie van de geïnterneerde.

– De veroudering van de WBM op een aantal vlakken.

Verder bestaat er in België voor de groep van gewelddadige (seksuele) delinquenten met een geestesstoornis eigenlijk geen speciaal statuut of een speciale behandeling. Een deel ervan wordt ontoerekeningsvatbaar verklaard en daarom geïnterneerd, een ander deel wordt als toerekeningsvatbaar beschouwd, wordt veroordeeld en komt in de gevangenis terecht. De criteria waarop deze beslissing gebaseerd wordt, zijn onduidelijk. Indien een persoon geïnterneerd wordt, valt hij of zij onder het toezicht van de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij. Deze beslist waar de persoon wordt geplaatst. Sommige geïnterneerden komen in een speciale annex van de gevangenis terecht doch krijgen weinig tot geen behandeling, anderen komen in het (forensisch) psychiatrisch systeem terecht. Er bestaan weinig tot geen specifieke behandelingen voor de doelgroep van dit onderzoek. Er zijn een aantal residentiële en ambulante mogelijkheden voor seksueel delinquenten in het algemeen, maar niet specifiek voor geïnterneerden die dit soort feiten plegen. Er zijn ook een aantal projecten voor geïnterneerden in de gevangenissen, maar dan ook weer niet specifiek voor de doelgroep van dit onderzoek.

België werd al een aantal keren internationaal bekritiseerd en zelfs al veroordeeld voor de toestand waarin de geïnterneerden zich hier bevinden. Vooral de nog steeds grote groep geïnterneerden die in de gevangenissen verblijft, zonder al te veel specifieke behandeling ligt onder vuur. Er lijkt op verschillende momenten wel wat beweging te komen om aan deze toestand iets te doen, maar vooralsnog lijkt het nog niet prioritaair.

## Literatuur

**Basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden**

B.S., 1 februari 2005, 2815

**Boer, D.P., S.D. Hart, P.R. Kropp, C.D. Webster**

*Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*

Burnaby (BC), Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute, 1999

**Bogaert, T., P. Janssen**

Internering doorgelicht, gevolgtrekking verplicht-Studiedag, 18 mei 2000

*Fatik*, 2000, nr. 86, pp. 13-15

**Bourlet, A.**

*Justitie in cijfers 2005*

Brussel, FOD, 2005

**Casselmann, J.**

Recente ontwikkelingen in verband met de opvang van geïnterneerden in Vlaanderen. In: D. van Daele, I. van Welzenis (eds.), *Actuele thema's uit het strafrecht en de criminologie*

Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2004, pp. 77-88

**Cosyns, P.**

Editoriaal – Internering: een doorbraak in het herzieningsproces van de wet?

*Panopticon*, 1999, pp. 313-318

**Cosyns, P.**

*Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit, syntheseverslag mei 2005* s.l., Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit, 2005

**De Clerck, D.**

*Beginselen van strafrecht en strafuitvoering Deel 1: Strafrecht*

Leuven, Acco, 1999

**Decoster, C.**

*Advies betreffende de uitbouw van een forensisch zorgtraject in de geestelijke gezondheidszorg voor de behandeling en begeleiding van de geïnterneerde*

Brussel, FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu – Directoraat-generaal Organisatie gezondheidsvoorzieningen – Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen – Afdeling Programmatie en erkenning, 2004

**De Vuysere, S.**

Recht en Geestelijke Gezondheidszorg – gerechtelijke psychiatrie en psychologie

*Panopticon*, 1999, pp. 598-600

**De Vuysere, S.**

Forensische psychiatrie in ontwikkeling – UPC St-Kamillus Bierbeek, 2 april 2003 *Panopticon*, 2003, nr. 4, p. 397



**De Vuysere, S., J. Casselman, G. Vervaeke**

De geïnterneerdenpopulatie van Vlaanderen: enkele cijfergegevens  
*Panopticon*, 2003, nr. 6, pp. 599-609

**De Vuysere, S.**

De interneringmaatregel in 2004: VVGG Persontmoeting 1 april 2004  
*Panopticon*, 2004, nr. 4, pp. 60-62

**De Vuysere, S., J. Casselman, G. Vervaeke**

Geïnterneerden verblijvend in een rijksinstelling in Vlaanderen  
*Tijdschrift voor welzijnswerk*, 2004, nr. 28, pp. 18-35

**De Vuysere, S.**

Wetgevende initiatieven inzake internering. In: D. van Daele, I. van Welzenis, (eds.), *Actuele thema's uit het strafrecht en de criminologie*  
Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2004, pp. 63-75

**De Vuysere, S.**

Veertig jaar wet ter bescherming van de maatschappij: reden tot feesten?  
In: J. Goethals, F. Hutsebaut, G. Vervaeke, (eds.), *Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg: wetenschap, beleid en praktijk. Liber Amicorum Joris Casselman*  
Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2006, pp. 259-269

**Federale Overheidsdienst Economie, KMO**

Middenstand en Energie – Statistiek en Economische informatie  
*Kerncijfers 2005. Statistisch overzicht van België*  
([http://statbel.fgov.be/pub/d0/p007y2005\\_nl.pdf](http://statbel.fgov.be/pub/d0/p007y2005_nl.pdf))

**Goethals, J.,**

De wet tot bescherming van de maatschappij in een historisch perspectief. In: J. Casselman, P. Cosyns, J. Goethals, M. Vandenbroucke, D. de Doncker, C. Dillen (eds.), *Internering*  
Leuven, Garant, 1997, pp. 11-38

**Hanson, R.K.**

*The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism*  
Ottawa, Department of the Solicitor General, 1997

**Hanson, R.K., D. Thornton**

*Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*  
Ottawa, Department of the Solicitor General of Canada, 1999

**Hare, R.D.**

*The Psychopathy Checklist-Revised*  
Toronto, Multi-Health Systems, 1991

**Heimans, H., P. Brad**

*Internering doorgelicht 2001-2002-2003*  
s.l., Koning Boudewijnstichting en CBM Gent, 2003

**Heimans, H., P. Brad**

Is er nog hoop voor de geïnterneerden?  
*Antenne*, 2003, pp. 36-43

**Obra**

*Ontgrendeld. Werken met verstandelijk gehandicapte geïnterneerde personen in de gevangenis van Gent in 2003*

Evergem, OBRA, 2003

**Pierlet, E.**

*Risicotaxatie in de Vlaamse forensische praktijk. Een explorerend onderzoek naar de meerwaarden en hindernissen*

Onuitg., eindverhandeling ingediend bij het eindexamen voor de graad van Licentiaat in de Criminologische Wetenschappen, 2005

**Snacken, S., S. Gutwirth**

Editoriaal: Over mensen, gedetineerde mensen en politieke verantwoordelijkheid in een democratische rechtsstaat

*Panopticon*, 2004, pp. 125-134

**Van Den Wyngaer, C.**

*Strafrecht, strafprocesrecht en internationaal strafrecht*

Antwerpen, Maklu, 2003

**Walmsley, R.**

*World Prison Population List*

London, King's College Centre for Prison studies, 2005

**Webster, C.D., K.S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart**

*HCR-20. Assessing risk for violence, version 2*

Vancouver, Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1997

**Winderix, P.**

*De beveiligingsmaatregelen conform de Wet tot Bescherming van de Maatschappij*

Onuitg., eindwerk ingediend tot het behalen van het diploma van bachelor in de rechtspraak, 2004

**Relevante websites:**

<http://www.apzst-lucia.be/>

<http://www.belgium.be>

<http://www.fracarita.org/>

<http://www.just.fgov.be>

<http://www.politics.be>

<http://statbel.fgov.be>

# Bijlage

## Interviews

Interview met Raf Vermeiren, Criminoloog, Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek

Interview met Werner Vanhoudt, FOD Justitie, Attaché PSD te Brussel

Interview met Inge Jeandarme, psychiater, Psychiatrisch Centrum Ziekeren te Sint-Truiden

Interview met Els Vercammen, justitieassistent, Justitiehuis te Leuven

Interview met Els Van Daele, criminologe en seksuologe, ITER te Brussel



# Deel 7 Slot



# 1 Inleiding

In dit rapport zijn de resultaten beschreven van een inventariserend onderzoek dat het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie heeft verricht naar de wijze waarop in verschillende landen wordt omgegaan met personen die een ernstig gewelds- of zedendelict hebben gepleegd en tevens een psychische stoornis hebben.

Dit onderzoek diende binnen een (korte) tijdsspanne van zes maanden te worden voorbereid, uitgevoerd en opgeleverd. Dit brengt onder meer met zich mee dat het slot tot hoofdlijnen beperkt zal blijven. Een groot aantal onderwerpen uit het rapport leent zich echter in principe voor nadere verdieping.

De resultaten worden beschreven in de delen over Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België. Deze geven een indruk van de werking van het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel met betrekking tot de bovengenoemde doelgroep in de verschillende landen. In de slotparagrafen van de delen over de landen worden de resultaten met betrekking tot het betreffende land samengevat aan de hand van de vijf vragen van de parlementaire commissie TBS.

In dit slot worden aan de hand van een aantal thema's die aansluiten bij genoemde vragen de resultaten in grote lijnen besproken.

De thema's zijn:

- belangrijke doelgroepen;
- wettelijke instrumenten voor (langdurige) detentie;
- intramuraal voorzieningen;
- behandeling;
- recidivegegevens;
- wettelijke instrumenten voor (langdurig) toezicht in de maatschappij;
- besluitvorming over verlof en (voorwaardelijke) invrijheidstelling;
- kosten;
- gevolgen van incidenten voor het systeem.

In het navolgende wordt echter allereerst voor elk land een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste bevindingen gegeven. Deze bieden een beknopt overzicht. Door de presentatie van losse aspecten gaat echter tevens belangrijke informatie over de samenhangen tussen de verschillende onderdelen binnen het systeem verloren. Voor kennisname van de resultaten in hun context zijn de rapportages over de individuele landen de aangewezen bron.





## 2 Puntsgewijze overzichten van de resultaten van de inventarisatie per land

### 2.1 Kernpunten resultaten Engeland

#### Wetgeving

- Personen die een gewelds- of zedendelict hebben gepleegd, een psychische stoornis hebben en van wie het gerecht vindt dat de maatschappij beschermd moet worden tegen hun recidiverisico, kunnen gedwongen opgenomen worden in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis op basis van een *hospital order* met *restriction order (restricted patients)*. Deze maatregel kan telkens worden verlengd.
- Langdurige detentie van gewelds- en zedendelinquenten ter bescherming van de maatschappij: op basis van enerzijds een *life sentence* of anderzijds een *imprisonment for public protection* kan iemand die veroordeeld is wegens een ernstig gewelds- of zedendelict in beginsel levenslang worden gedetineerd.
- Daarnaast kent Engeland een *extended sentence for certain violent and sexual offences*. Het gerecht kan een verlenging aan de straf toevoegen van maximaal vijf tot acht jaar.
- Wettelijke mogelijkheden voor toezicht op gewelds- en zedendelinquenten in de maatschappij: Engeland kent wettelijke instrumenten voor toezicht op personen die zijn veroordeeld wegens een ernstig gewelds- of zedendelict. De *life sentence* of *imprisonment for public protection* biedt niet alleen de mogelijkheid om betrokkene gedetineerd te houden, maar ook om bij voorwaardelijke invrijheidstelling voor onbepaalde tijd toezicht op betrokkene te kunnen houden.
- Engeland kent ook toezichtmaatregelen die preventief kunnen worden toegepast om delicten te voorkomen. Preventief wil zeggen als er geen delict gepleegd is, of na afloop van een straf of maatregel. Dit betreft de *notification order* (oplegging voor maximaal tien jaar), de *sexual offences prevention order* (oplegging voor tenminste vijf jaar of tot nader order), de *risk of sexual harm order* (oplegging voor een bepaalde duur van ten minste twee jaar, of tot nader order).

#### Overheidsprogramma's

In Engeland heeft de overheid, in het bijzonder de *Home Office*, met het doel de maatschappij beter te beschermen tegen ernstige recidive, initiatieven genomen om de werkzaamheden van organisaties die zich bezighouden met gewelddadige en zedendelinquenten meer te coördineren:

- De *National Offender Management Service (NOMS)*. Het terugdringen van recidive van gewelddadige en seksuele delinquenten wordt beoogd door het verbeteren van de samenwerking en coördinatie tussen de

verschillende organisaties die betrokken zijn in het *criminal justice*-traject, te weten de *Home Office*, de *Prison Service* en de *Probation Service*.

- *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA). Dit omvat een netwerk van relevante instanties die samenwerken aan de assessment en het toezicht op gewelddadige en seksuele delinquenten die in de maatschappij verblijven. De drie kerninstanties zijn de politie, de *probation* en het gevangenisstelsel.
- Het *Dangerous and Severe Personality Disorder Program* (DSPD-Program) is een beleidsprogramma is gericht op management en behandeling van personen met een hoog recidiverisico en ernstige persoonlijkheidsstoornissen binnen zowel het gevangenisstelsel als het forensisch psychiatrische stelsel.

#### *Behandeling*

- Het beveiligingsniveau van instellingen is een belangrijke factor in de trajecten van patiënten respectievelijk gedetineerden omdat daaraan mogelijkheden voor behandeling, verlof en doorstroming gekoppeld zijn. Een patiënt of een gedetineerde in een voorziening met een hoog niveau van beveiliging komt bijvoorbeeld niet in aanmerking voor verlof.
- De indruk is dat de behandeling in forensisch psychiatrische ziekenhuizen met een hoog of matig niveau van beveiliging met name gericht is op de medicamenteuze behandeling van As-I-problematiek zoals schizofrenie.
- Behandelprogramma's die gericht zijn op het verminderen van het recidiverisico worden met name ingezet binnen het gevangenisstelsel. De *Prison Service* werkt met behandelprogramma's die op meerdere locaties worden toegepast. De programma's zijn geaccrediteerd door een internationale commissie van deskundigen. Het gaat onder meer om programma's voor zedendelinquenten, een programma gericht op beheersing van agressie, verschillende programma's met betrekking tot cognitieve vaardigheden en een programma gericht op middelenmisbruik.
- In het kader van het *Dangerous and Severe Personality Disorder* beleidsprogramma is onder meer het behandelprogramma Chromis ontwikkeld dat zich richt op personen die hoog scoren op psychopathische trekken (PCL-R score).

#### *Besluitvorming over verlof en (voorwaardelijke) invrijheidstelling*

- De *Mental Health Review Tribunal* en de *Home Secretary* zijn bevoegd te beslissen over (voorwaardelijke) invrijheidstelling van *restricted patients*. Dit zijn twee parallelle routes die naast elkaar bestaan, de eerste wordt in de praktijk het meest gebruikt. In het *tribunal* hebben zitting een jurist, een arts en een leek. Volgens geïnterviewden zou

de forensisch psychiatrische expertise van de artsen moeten worden verbeterd. Er wordt ten behoeve van de besluitvorming geen standaard gestructureerde risicotaxatie uitgevoerd.

- De *Parole Board* is bevoegd te beslissen over de (voorwaardelijke) invrijheidstelling van gedetineerden in het gevangenisstelsel, die een straf van vier jaar of meer uitzitten. In de *Parole Board* hebben verschillende leden zitting, de samenstelling verandert afhankelijk van het type hoorzitting. Juristen nemen normaliter alleen deel aan zittingen die levenslang gestraften betreffen. Daarnaast nemen meestal een psychiater en één ander lid deel. De *Parole Board* heeft een eigen procedure wat betreft risico inschatting op basis van richtlijnen van de *Home Office*. Er wordt niet standaard een gestructureerde risicotaxatie uitgevoerd.

## 2.2 Kernpunten resultaten Duitsland

### *Wetgeving (federaal)*

- Duitsland kent een strafrechtelijke maatregel voor *gedwongen opname in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis*. De maatregel kan jaarlijks worden verlengd.
- Zogeheten *preventieve detentie ter bescherming van de maatschappij*: Duitsland kent de maatregel *Sicherungsverwahrung* die kan worden toegepast na afloop van een straf of maatregel bij personen die bijzonder gevaarlijk worden geacht vanwege het risico dat zij een ernstig delict plegen. De maatregel kan voor tien jaar worden opgelegd en kan worden verlengd tot onbepaalde duur.
- *Behandeling zedendelinquenten*: de gevangenen zijn vanaf 1998 wettelijk verplicht tot sociaal therapeutische behandeling van daders van zedendelicten met een gevangenisstraf van twee jaar of langer.
- *Toezicht in de maatschappij*: Duitsland kent een strafrechtelijke maatregel tot ondertoezichtstelling, *Führungsaufsicht*, die zowel na een gevangenisstraf langer dan twee jaar, als na een maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis wettelijk verplicht is. De maatregel kan voor maximaal vijf jaar worden opgelegd en is bedoeld om degenen met een relatief slechte prognose wat recidiverisico betreft extra begeleiding en toezicht te bieden, bovenop of na afloop van het reclasseringstoezicht.
- Er zijn recente wetsvoorstellen om het toepassingsbereik van de *Sicherungsverwahrung* uit te breiden, om *Führungsaufsicht* van onbepaalde duur mogelijk te maken en de sancties bij het schenden van voorwaarden van *Führungsaufsicht* uit te breiden.
- Doelen bij nieuwe wetgeving zijn vooral meer flexibiliteit met betrekking tot capaciteit en behandeling, grotere nadruk op veiligheid en meer nazorg.

### *Behandeling*

- Behandeling van forensisch psychiatrische patiënten behoort tot de verantwoordelijkheden van de deelstaten. Duitsland kent geen federale overheidsinitiatieven wat betreft behandelprogramma's die binnen het hele forensisch psychiatrische of gevangenisstelsel worden toegepast.
- Volgens geïnterviewden zijn er aanzienlijke verschillen in behandelmodel en kwaliteit tussen instellingen. Er zijn wel voorbeelden van, met name grotere instellingen die behandelprogramma's toepassen die zij hebben geselecteerd op basis van de internationale meta-analytische literatuur.
- Het forensisch psychiatrische instituut Haina hanteert een getrappt systeem van afdelingen van een maximaal niveau van beveiliging naar steeds lagere beveiliging en doorlopend in een toezicht- en nazorgprogramma in de maatschappij.
- In Duitsland is er veel belangstelling voor toezicht in de maatschappij op gewelds- en zedendelinquenten, waaronder personen met As-I- of As-II-stoornissen. Men hoopt op: kostenvermindering, recidivevermindering en betere reïntegratie. Er bestaat een al langer toegepast praktijkmodel (Haina) en verschillende recentere initiatieven.

### *Besluitvorming over verlopen (voorwaardelijke) invrijheidstelling*

- De beslisbevoegdheid met betrekking tot (voorwaardelijke) invrijheidstelling van forensisch psychiatrische patiënten ligt bij het gerecht, de *Strafvollstreckungskammer* van het *Landesgericht* en vindt plaats door rechters, geadviseerd door gedragsdeskundigen.
- De *Strafvollstreckungskammer* houdt toezicht op de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke maatregelen.

## **2.3 Kernpunten resultaten Canada**

### *Wetgeving (federaal)*

- Gedwongen opname in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis. De twee belangrijkste wettelijke maatregelen volgens welke personen gedwongen in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis kunnen worden opgenomen zijn het verklaren tot *Unfit to Stand Trial* of *Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder* (NCRMD). Deze maatregelen kunnen telkens worden verlengd.
- Langdurige detentie van gewelds- en zedendelinquenten ter bescherming van de maatschappij. Op basis van een *life sentence* of *dangerous offender designation* kan iemand die veroordeeld is wegens een ernstig gewelds- of zedendelict in beginsel levenslang worden gedetineerd.
- Wettelijke mogelijkheden voor toezicht op gewelds- en zedendelinquenten in de maatschappij. Canada kent wettelijke instrumenten voor toezicht op personen die zijn veroordeeld wegens een ernstig gewelds-

of zedendelict. De *long term supervision order* kan worden opgelegd voor maximaal tien jaar en gaat in na afloop van de gevangenisstraf. De *life sentence* en *dangerous offender legislation* bieden niet alleen de mogelijkheid om betrokkene gedetineerd te houden, maar ook om bij voorwaardelijke invrijheidstelling voor onbepaalde tijd toezicht op betrokkene te kunnen houden.

- Canada kent ook toezichtmaatregelen die preventief kunnen worden toegepast als geen delict gepleegd is of na afloop van een straf of maatregel, de *Peace Bonds*. Het meest relevant voor dit onderzoek zijn de zogeheten '*paedophile*' *Peace Bond* en de '*high risk*' *Peace Bond*, die kunnen worden opgelegd voor een jaar en zo nodig telkens opnieuw worden opgelegd.

### *Behandeling*

#### *Forensisch psychiatrische systeem*

- De verantwoordelijkheid voor de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten ligt bij de provincies. In dit systeem bevinden zich vooral personen met ernstige As-I-stoornissen, zoals schizofrenie. De diagnostiek, behandeling en begeleiding lijken vooral gericht op dergelijke stoornissen en op de handicaps die deze in het dagelijks leven met zich meebrengen.
- De behandeling is volgens geïnterviewden in vergelijking tot het gevangenisstelsel in mindere mate gericht op het systematisch in kaart brengen van en terugdringen van het recidiverisico.

#### *Gevangenissysteem*

- Het Canadese federale gevangenisstelsel kent vergeleken met veel andere landen een ver ontwikkelde organisatie en praktijk met betrekking tot diagnostiek, risicotaxatie en behandeling.
- Bij iedere gedetineerde met een straf van twee jaar of langer vindt in beginsel uitgebreide diagnostiek plaats, een '*risk and need assessment*' en wordt een zogeheten *release plan* opgesteld.
- De *Correctional Service Canada* heeft een aanzienlijk aantal behandelprogramma's ontwikkeld voor verschillende groepen delinquenten. Deze zijn gedifferentieerd naar problematiek, intensiteit en fase in het traject van detentie naar voorwaardelijke invrijheidstelling.
- Er zijn onder meer programma's voor zedendelinquenten, geweldsdelinquenten, plegers van huiselijk geweld en delinquenten met verslavingsproblematiek.
- Deze programma's zijn geaccrediteerd door een commissie van inhoudelijk deskundigen. Daarbij is getoetst of het programma gebruikmaakt van de meest effectieve en meest veelbelovende interventies op grond van de internationale meta-analytische literatuur. Daarnaast is door middel van een procesevaluatie onderzocht of het programma wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

- De belangrijkste programma's hebben een viertal versies van verschillende intensiteit: *high intensity*, *moderate intensity*, *low intensity* en een 'onderhoudsversie'.
- De programma's lopen in beginsel door als de delinquent bij voorwaardelijke invrijheidstelling terugkeert in de maatschappij.
- Men beoogt maatwerk te leveren wat betreft zogeheten *responsivity issues*: bijvoorbeeld motivatie en leerstijl van de gedetineerde zodat behandelprogramma's voor zo veel mogelijk gedetineerden geschikt zijn.
- Voor de accreditatie en het effectiviteitsonderzoek van de behandelprogramma's is het nodig dat de programma's dezelfde samenstelling houden en telkens op dezelfde wijze worden toegepast.

*Besluitvorming over verlof en voorwaardelijke invrijheidstelling*

- In elke provincie beslist een *Mental Health Review Board* over verlof en voorwaardelijke invrijheidstelling van personen die *Unfit to Stand Trial* of *Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder* (NCRMD) zijn verklaard. De *Review Board* bestaat uit ongeveer vijf leden, zowel juristen als gedragsdeskundigen en een leek. Er is daarmee bij de besluitvorming een juridische, gedragskundige en een maatschappelijke vertegenwoordiging. Ten behoeve van de besluitvorming wordt niet standaard een gestructureerde risicotaxatie verricht.
- De *National Parole Board* beslist over voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden in het gevangenisstelsel en kan deze ook intrekken. De *Parole Board* bestaat uitsluitend uit een maatschappelijke vertegenwoordiging, per zitting twee of drie (opgeleide) leken. Ten behoeve van de besluitvorming wordt niet standaard een gestructureerde risicotaxatie verricht.
- Bij schending van voorwaarden lijkt de praktijk dat actief wordt ingegrepen, en dat betrokkene in de meeste gevallen wordt teruggeplaatst in gevangenis of ziekenhuis.
- *High Risk Recognizance Advisory Committee*. In verschillende landelijke en provinciale databestanden worden *high risk* gedetineerden gemarkeerd ten behoeve van risicomangement. In British Columbia adviseert een zogeheten *High Risk Recognizance Advisory Committee* wanneer de straf van een *high risk* gedetineerde afloopt, de *Crown Attorney* (officier van justitie) over het al dan niet aanvragen van een *Peace Bond* bij het gerecht en over de daarbij aan te vragen voorwaarden.

## 2.4 Kernpunten resultaten Zweden

### Wetgeving

- Personen die een delict plegen onder invloed van een ernstige psychische stoornis kunnen in Zweden geen gevangenisstraf opgelegd krijgen, maar worden veroordeeld tot *forensisch psychiatrische zorg* indien het recidiverisico dat noodzaakt met een *order for special assessment for discharge*. Elke zes maanden bekijkt het gerecht of verlenging van de maatregel nodig is.
- Een langdurige detentie van bepaalde duur bedraagt in het Zweedse gevangenisstelsel maximaal tien jaar. Ook een levenslange gevangenisstraf duurt in de praktijk niet langer dan 18 jaar.

### Behandeling

- In Zweden is risicotaxatie een verplicht onderdeel van de *major forensic assessment* in opdracht van het gerecht. In de praktijk heeft dit geleid tot een sterke groei in toename van gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten in Zweden.
- De behandeling in forensisch psychiatrische instellingen is onder meer beïnvloed door een psychodynamische traditie, de ‘what works’-benadering en een neurobiologische traditie. Zowel psychoanalytische en andere individuele psychotherapie, medicamenteuze therapie als in mindere mate cognitieve gedragstherapie worden toegepast bij forensisch psychiatrische patiënten.
- Voor de seksuele delinquenten in het gevangenisstelsel zijn (eigen en uit Canada geïmporteerde) behandelprogramma's beschikbaar. Daarnaast wordt gewerkt aan de implementatie van een behandelprogramma dat zich richt op agressiehantering.

### Besluitvorming over verlof en (voorwaardelijke) invrijheidstelling

- De sanctie forensisch psychiatrische zorg kent geen voorwaardelijke invrijheidstelling, wel passen instellingen proefverlof toe. Het gerecht beslist halfjaarlijks of de oplegging moet worden verlengd of dat betrokkene onvoorwaardelijk in vrijheid moet worden gesteld. Indien aan de oplegging speciale condities voor invrijheidstelling zijn verbonden, dient een forensisch psychiatrisch onderzoek gericht op onder meer het recidiverisico te worden uitgevoerd.
- Na twee derde van de straf komen gedetineerden in het gevangenisstelsel automatisch voorwaardelijk vrij. Bij schending van de voorwaarden schijnt een voorwaardelijk invrijheidgestelde in de praktijk zelden teruggeroepen te worden.
- Na voorwaardelijke invrijheidstelling kan betrokkene onder toezicht van de *Probation Service* worden geplaatst voor de resterende duur van zijn gevangenisstraf, maar minimaal een jaar.

## 2.5 Kernpunten resultaten België

### *Wetgeving*

- In België kent men de *interneringsmaatregel*, die opgelegd kan worden aan personen die een ernstig delict hebben gepleegd en daarnaast een ernstige psychische stoornis hebben, waarvoor ze niet verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor hun daden. De interneringsmaatregel kan telkens worden verlengd.
- Een *terbeschikkingstelling aan de regering (TBR)*<sup>1</sup> kan worden opgelegd voor recidivisten, gewoontemisdadigers en seksuele delinquenten. Deze maatregel komt bovenop een gevangenisstraf en kan voor maximaal twintig jaar worden opgelegd. De maatregel was in onbruik geraakt maar is sinds 1998 ook toepasbaar op zedendelinquenten en wordt sindsdien iets vaker benut.

### *Behandeling*

- Op basis van de interneringsmaatregel komen personen op psychiatrische afdelingen van gevangenissen, in instellingen of afdelingen ter bescherming van de maatschappij, in Forensisch Psychiatrische Eenheden van psychiatrische ziekenhuizen of in ambulante voorzieningen terecht.
- Wallonië in de psychiatrie.
- De behandelingsmogelijkheden van geïnterneerden in België zijn zeer beperkt maar in ontwikkeling. Met betrekking tot de behandeling van persoonlijkheidsgestoorde geïnterneerden en voor psychotische geïnterneerden lopen pilotprojecten. Inhoudelijk gezien worden de behandelmodules niet omschreven.
- Voor gewelddadige seksuele delinquenten (geïnterneerd of niet) zijn weinig tot geen specifieke behandelingen.

### *Besluitvorming over verlof en (voorwaardelijke) invrijheidstelling*

- De Commissie ter Bescherming van de Maatschappij beslist over plaatsing, verlof en vrijlating (al dan niet op proef) van geïnterneerden. In een dergelijke commissie hebben zitting: een rechter (die tevens de voorzitter is), een geneesheer-psychiater, en een advocaat.

1 NB. Deze maatregel is niet gelijk te stellen aan de terbeschikkingstelling in Nederland.



## 3 Bespreking van de resultaten met betrekking tot de voornaamste thema's

In dit hoofdstuk worden aan de hand van een aantal thema's die aansluiten bij de vragen ten behoeve van de parlementaire commissie, de resultaten meer in grote lijnen besproken.

### 3.1 Belangrijke doelgroepen

De onderzochte landen kennen alle een forensisch psychiatrisch systeem dat gescheiden is van het gevangenisstelsel (tabel 1). Alleen in België is het forensisch psychiatrische systeem nog nauwelijks ontwikkeld wat betreft specifieke voorzieningen.

De criteria voor de toeleiding naar het forensisch psychiatrische systeem verschillen. In Nederland, Canada, België en Duitsland is het juridische schuldbeginsel daarbij leidend. Personen aan wie het delict niet of in mindere mate toegerekend kan worden, kunnen een maatregel tot gedwongen opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis opgelegd krijgen. In Canada hanteert men de begrippen *Unfit to Stand Trial* en *Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder* (NCRMD), personen die als zodanig worden aangemerkt kunnen gedwongen worden opgenomen in het forensisch psychiatrische systeem.

Zweden hanteert geen verminderde toerekenbaarheid van het delict. De hoofdvraag is of na de bewezenverklaring bij betrokkene een ernstige psychische stoornis kan worden vastgesteld. In Engeland is de vraag of betrokkene psychiatrische behandeling nodig heeft leidend voor de beslissing tot oplegging van een *Hospital Order*.

In alle bestudeerde landen is een voorwaarde voor vrijheidsbeperking in de vorm van gedwongen opname dat er sprake is van recidiverisico waartegen de maatschappij moet worden beschermd.

In Zweden, Engeland en Canada valt de tenuitvoerlegging (verblijf, behandeling, verlenging, voorwaardelijke invrijheidstelling voor zover van toepassing) van de strafrechtelijke gedwongen opname (vrijwel) geheel onder de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg.

In deze landen lijkt de scheiding tussen het gevangenisstelsel en het forensisch psychiatrische systeem dan ook het scherpst. Betrokkene wordt in het ene of het andere systeem geplaatst, een combinatie van een maatregel en gevangenisstraf is niet mogelijk.

Op Zweden na is er ook in deze landen op onderdelen wel 'uitwisseling' tussen de systemen. Zo heeft in Engeland de *Home Office* beslissingsbevoegdheid over een aantal veiligheidsaspecten met betrekking tot de *restricted patients*, namelijk verlof buiten de instelling, overplaatsing naar een lager veiligheidsniveau en (voorwaardelijke) invrijheidstelling. Een ander voorbeeld van uitwisseling is het *Dangerous and Severe Personality Disorder*-programma dat in Engeland zowel in het gevangenisstelsel als in de *special hospitals* wordt geïmplementeerd.

In enkele andere landen valt het forensisch psychiatrische systeem zowel onder de gezondheidszorg als onder Justitie. In Duitsland vallen de forensisch psychiatrische instellingen onder het deelstatelijke ministerie voor Gezondheidszorg, maar draagt het gerecht (*Strafvolstreckungskammer*) de eindverantwoordelijkheid voor het toezicht op de tenuitvoerleggingen voor verlenging, voorwaardelijke invrijheidstelling en beëindiging van de maatregel. In Nederland is het ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor de gezondheidszorgaspecten. De gerechten beslissen op vordering van de officier van justitie over verlenging en beëindiging van de maatregel. In België bevinden forensisch psychiatrische patiënten zich deels binnen de geestelijke gezondheidszorg, deels in het gevangenisstelsel.

**Tabel 1 Globaal overzicht van wettelijk onderscheiden subgroepen van personen die zijn veroordeeld wegens een ernstig gewelds- of zedendelict en een psychische stoornis hebben**

Land	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Nederland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontoerekeningsvatbaar ten tijde van het delict</li> <li>- Verminderd toerekeningsvatbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overigen (toerekeningsvatbaar)</li> <li>- Verminderd toerekeningsvatbaar</li> </ul>
Engeland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wettelijk criterium voor <i>Mental Disorder</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overigen</li> </ul>
Duitsland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontoerekeningsvatbaar ten tijde van het delict (<i>Schuldunfähig</i>)</li> <li>- Verminderd toerekeningsvatbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overigen (toerekeningsvatbaar)</li> <li>- Verminderd toerekeningsvatbaar</li> </ul>
Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet in staat een rechtszaak te begrijpen/te ondergaan</li> <li>- Niet verantwoordelijk te houden voor het delict</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overigen</li> </ul>
Zweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ernstige psychische stoornis ten tijde van het delict</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overigen</li> </ul>
België	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ontoerekeningsvatbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overigen</li> <li>- Ontoerekeningsvatbaar (in psychiatrische afdelingen)</li> </ul>

In Engeland, Canada en Zweden hebben de forensisch psychiatrische patiënten vooral ernstige As-I-stoornissen en is de aanpak binnen het forensisch psychiatrische systeem hoofdzakelijk gericht op medicamenteuze behandeling van de stoornis. In met name Nederland zijn naar verhouding meer patiënten met persoonlijkheidsstoornissen opgenomen (Salize & Dressing, 2005).

### 3.2 Wettelijke instrumenten voor (langdurige) detentie

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de landen in de wetgeving die is ontwikkeld om gewelds- en zedendelinquenten, al dan niet met een psychische stoornis, te detineren of gedwongen op te nemen. Zoals eerder vermeld kennen al deze landen één of meer strafrechtelijke maatregelen tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis (zie tabel 2). De straffen voor gewelds- en zedendelinquenten die voor ernstige delicten zijn veroordeeld zijn in Engeland, Canada en Duitsland het meest gedifferentieerd. Engeland, Canada, Duitsland en België kennen speciale sancties ter bescherming van de maatschappij tegen dergelijke delinquenten. Deze maken gevangenisstraffen van onbepaalde duur mogelijk, detentie na de straf, of verlenging van de straf, en bieden tevens een kader voor langdurige voorwaardelijke invrijheidstelling of voorwaardelijke invrijheidstelling van onbepaalde duur.

Daarnaast zijn er de levenslange gevangenisstraffen. De *life sentences* in Engeland en Canada hebben een heel ander oogmerk dan die in Nederland, Duitsland of Zweden. In Engeland legt het gerecht een *tariff* op bij de *life sentence*: het minimale aantal jaren dat uitgezeten moet worden voordat betrokkene in aanmerking kan komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling. De *life sentence* blijft in principe levenslang van kracht, waarbij indien dat voor bescherming van de maatschappij nodig wordt geacht betrokkene in de gevangenis kan worden teruggeplaatst. In Nederland wordt een levenslange straf relatief zelden opgelegd, hoewel er de laatste jaren een toename is (Van Hattem, 2005). In Engeland, Canada en Duitsland is oplegging van een levenslange gevangenisstraf bij een aantal delicten verplicht. In België, Zweden en Nederland is dat niet het geval. In verschillende landen wordt de levenslange gevangenisstraf in veel gevallen in een eerder stadium onvoorwaardelijk beëindigd (Van Hattem, 2005). Zo duurt levenslang in Zweden in de praktijk gemiddeld 15-18 jaar.

**Tabel 2 Straffen en maatregelen: detentie**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Nederland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TBS met dwangverpleging (art. 37a Sr)</li> <li>- Strafrechtelijke opname psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf van bepaalde duur</li> <li>- Levenslange straf</li> </ul>
Engeland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Hospital Order with Restriction Order</i> (s. 41 MHA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf van bepaalde duur</li> <li>- <i>Life sentence</i> (s. 225 CJA)</li> <li>- <i>Imprisonment for public protection</i> (s. 225 CJA)</li> <li>- <i>Extended Sentence for certain violent and sexual offences</i> (s. 227 CJA)</li> </ul>
Duitsland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strafrechtelijke opname psychiatrisch ziekenhuis (§ 63 StGB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf van bepaalde duur (langer dan twee jaar)</li> <li>- Levenslange straf (§ StGB)</li> <li>- <i>Sicherungsverwahrung</i>: Preventieve detentie na gevangenisstraf (§ 66 StGB)</li> <li>- Verplichte <i>Sozialtherapie</i> zedendelinquenten met straf van langer dan twee jaar (§ 9 StVollzG)</li> </ul>
Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Unfit to Stand Trial</i> (s. 2 CCC)</li> <li>- <i>Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder</i> (NCRMD) (s. 16 CCC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf van bepaalde duur (langer dan twee jaar)</li> <li>- Levenslange straf (s. 745 CCC)</li> <li>- <i>Dangerous Offender Designation</i> (s. 753 CCC)</li> <li>- <i>Long term Offender Designation</i> (s. 753.1 CCC)</li> </ul>
Zweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oplegging forensisch psychiatrische zorg met bijzondere ontslagcondities (Ch. 31, s. 3 PC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf van bepaalde duur</li> <li>- Levenslange straf</li> </ul>
België	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interneringsmaatregel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf van bepaalde duur</li> <li>- Levenslange straf</li> <li>- Interneringsmaatregel</li> <li>- Terbeschikkingstelling van de regering (TBR)</li> </ul>

### 3.3 Intramurale voorzieningen

Op België na beschikken de bestudeerde landen over gespecialiseerde forensisch psychiatrische instellingen (in België heeft men op dit gebied een aantal kleinschalige projecten). Daarnaast beschikken de landen over forensisch psychiatrische afdelingen of plaatsen in algemene psychiatrische ziekenhuizen. De mate van beveiliging van de gespecialiseerde forensisch psychiatrische instituten verschilt soms sterk. Zo is de materiële beveiliging van een *high security forensic psychiatric hospital* in Engeland of Canada vele malen strenger dan die van een dergelijk instituut in Zweden of Duitsland.

De bestudeerde landen verschillen aanzienlijk in het aantal forensisch psychiatrische patiënten. Om deze enigszins te kunnen vergelijken is

gecorrigeerd voor het aantal inwoners per land. Vergeleken is het aantal personen dat met een strafrechtelijke maatregel gedwongen is opgenomen in een (forensisch) psychiatrische instelling (tabel 3).

**Tabel 3 Voorzieningen voor detentie**

	Forensisch psychiatrische systeem	Penitentiaire systeem
Nederland	In 2004: 1.419 TBS-gestelden in 9 TBS-instellingen en 3 forensisch psychiatrische klinieken	In 2004: 16.500 gedetineerden in 20 penitentiaire inrichtingen (bestaande uit verscheidene locaties)
Engeland	In 2004: – 3.282 <i>restricted patients</i> van wie 1.104 in <i>high security forensic psychiatric hospitals</i>	In 2005: – 77.307 gedetineerden – 139 gevangenen
Duitsland	In 2004: – 5.390 patiënten (§ 63 StGB) in totaal 30-40 forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen	In 2004: – 81.166 gedetineerden – 222 gevangenen In 2005: – 45 sociaal therapeutische afdelingen/instellingen – 1.669 van de gedetineerden verblijven in sociaal therapeutische afdelingen/instellingen
Canada	In 2005: – Ongeveer 1.553 intramurale forensisch psychiatrische plaatsen verdeeld over circa 27 instellingen waaronder 3 <i>high security hospitals</i>	In 2003-04: – 31.779 gedetineerden, van wie 12.413 met straf langer dan 2 jaar – 58 gevangenen
Zweden	In 2000: – Ongeveer 1.000 personen met sanctie psychiatrische zorg in 6 <i>high security forensic psychiatric hospitals</i> en verder binnen algemeen psychiatrische ziekenhuizen	In 2003: – 6755 gedetineerden in 55 gevangenen
België	In 2005: – Ongeveer 900 geïnterneerden	In 2005: – Ongeveer 8.000 gedetineerden in 32 gevangenen

Bronnen:

Nederland: Eggen en van der Heide (2005)  
 Engeland: Home Office Research and Statistics Unit  
 Duitsland: Statistisches Bundesamt Wiesbaden  
 Canada: Correctional Service Canada  
 Zweden: Prison and Probation Service; Silfverhielm (2005)  
 België: Bourlet (2005)

Zweden en Nederland komen vergeleken met de andere landen relatief hoog uit. Bij Zweden kan een mogelijke verklaring zijn dat ook de patiënten met een strafrechtelijke maatregel die in algemene psychiatrische ziekenhuizen verblijven zijn meegeteld. Er moet bij de interpretatie van deze getallen overigens een aanzienlijke slag om de arm worden gehouden omdat onder meer verschillen in de inclusiecriteria bij de verschillende maatregelen, verschillende beveiligingsniveaus van de inrichtingen, de criteria voor en de praktijk van ontslag voor verschillen in de cijfers kunnen zorgen.

Het aantal gedetineerden in het gevangeniswezen ligt in alle bestudeerde landen vele malen hoger dan het aantal strafrechtelijk gedwongen opgenomen personen in het forensisch psychiatrische systeem (tabel 3). Het aantal gedetineerden per 100.000 inwoners loopt in de onderzochte landen uiteen van 75 tot 142. De gevangenispopulaties in Europa zijn echter groeiende (Walmsley, 2005). Deze 'detentie-index' wordt onder meer gebruikt als grove indicatie voor de mate waarin een land geneigd is delinquenten streng te straffen (Cavadino & Dignan, 2006).<sup>2</sup>

**Tabel 4 Demografische basisgegevens**

land	aantal inwoners*	aantal inwoners per km <sup>2</sup> **	aantal gedetineerden gevangenis per 100.000 inwoners*	aantal gedwongen opgenomen forensisch psychiatrische patiënten per 100.000 inwoners***
Nederland	16,32 miljoen	482	123	9,4
Engeland en Wales	53,02 miljoen	246 <sup>a</sup>	142	5,7
Duitsland	82,60 miljoen	231	96	6,5
Canada	31,44 miljoen	0,3	116	5,0
Zweden	8,96 miljoen	20	75	10,4
België	10,5 miljoen	340	88	6,3

\* Bron: Walmsley (2005).

\*\* Ministerie van Buitenlandse Zaken

\*\*\*Salize & Dressing (2005), puntprevalenties van aantal personen met een strafrechtelijke maatregel, data uit 2002, Engeland uit 2001; Canada (dit onderzoek) 1.553 personen in forensisch psychiatrische instellingen.

a dit aantal geldt voor het Verenigd Koninkrijk als geheel

2 Aan het gebruiken van het aantal gedetineerden per 100.000 inwoners als indicatie voor de punitiviteit van een land kleven een aantal bezwaren. Zo wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met verschillen in het vóórkomen van criminaliteit en verschillen in de mate waarin delinquenten worden veroordeeld tot andere straffen dan gevangenisstraf (Cavadino & Dignan, 2006).

### 3.4 Behandeling

#### *Gevangenisstelsel*

Uit verscheidene studies is bekend dat zich ook in het gevangenisstelsel veel personen met psychische stoornissen bevinden (onder andere Fazel & Danesh, 2002; Rotter, Way, Steinbacher, Sawyer, & Smith, 2002). In deze deelparagraaf zal het behandel aanbod voor in het bijzonder de zeden- en geweldsdelinquenten met persoonlijkheidsstoornissen binnen het gevangenisstelsel van de onderzochte landen globaal worden besproken. De onderzochte landen vertonen een grote verscheidenheid in de mate waarin binnen het gevangenisstelsel behandeling geboden wordt gericht op psychische stoornissen en vermindering van het recidiverisico. In Canada en Engeland is de ontwikkeling van behandelprogramma's binnen het gevangenisstelsel het verst en het meest gedifferentieerd (tabel 5). Deze landen hebben verschillende behandelprogramma's ontwikkeld, gericht op gewelddadige en seksuele delinquenten, waarin het terugbrengen van het recidiverisico een belangrijke doelstelling is. De overheid is daarbij in deze landen een belangrijke motor. De *Home Office* in Engeland en het *Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness* in Canada en de respectievelijke *Prison Services* hebben ervoor gezorgd dat dezelfde programma's van bovenaf in meerdere instellingen zijn geïmplementeerd. In beide landen kent een aantal van de programma's tevens een voortzetting in de maatschappij na voorwaardelijke invrijheidstelling.

De Nederlandse overheid heeft met het Programma Terugdringen Recidive eveneens de bedoeling een aantal, deels uit Engeland geïmporteerde behandelprogramma's te implementeren binnen het gevangenisstelsel. De programma's zijn in ontwikkeling in een aantal instellingen. Ook andere landen zoals Duitsland en Zweden importeren behandelprogramma's uit Canada en/of Engeland. Deze lijken de eigen tradities op dit gebied meer en meer te vervangen. In Duitsland ligt het initiatief daartoe echter bij de overheden van de deelstaten.

Engeland en Canada kennen een accreditatiesysteem voor hun behandelinterventies binnen het gevangenisstelsel. Deze commissie controleert op aansluiting van de programma's bij de internationale meta-analytische literatuur en op de juiste toepassing in de praktijk. Sinds 2005 kent Justitie in Nederland ook een Accreditatiecommissie voor gedragsinterventies. In Canada, waar men er langer ervaring mee heeft, merkt men in de praktijk dat door de formele kanten van het accreditatiesysteem soms procedurele belemmeringen optreden om veranderingen in de programma's aan te brengen wordt ervaren.

#### *Forensisch psychiatrisch systeem*

In Canada, Engeland en Zweden bestaat de cliëntèle in het forensisch psychiatrisch systeem hoofdzakelijk uit personen met ernstige As-I-

stoornissen zoals bijvoorbeeld schizofrenie. In de behandeling staat de medicamenteuze behandeling van de stoornis centraal. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het leren omgaan met de aan de stoornis gerelateerde handicaps en het op orde krijgen van het dagelijks leven (werk of andere dagbesteding, sociale contacten en dergelijke). De behandeling is in mindere mate gericht op het beïnvloeden van andere risicofactoren voor crimineel gedrag.

**Tabel 5 Behandeling**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Nederland	De TBS-klinieken ontwikkelden elk: Psychotherapie, groepsbehandeling, opleiding, creatieve therapie, arbeidstherapie, therapie gericht op agressie, therapie gericht op seksueel gedrag, terugvalpreventieplan	Centraal initiatief (Terugdringen Recidive) tot invoering van behandelprogramma's (deels uit Engeland) gericht op o.a. gewelddadig gedrag (in ontwikkeling)
Engeland	Forensisch psychiatrische ziekenhuizen bieden: - Geïntegreerde behandeling vanuit psychiatrie: medicatie en algemene dagelijkse levensvaardigheden Centraal initiatief tot: - Speciaal programma persoonlijkheidsstoornissen: <i>Dangerous people with Severe Personality Disorder</i>	Centraal initiatief tot: - Programma voor persoonlijkheidsstoornissen: <i>Dangerous people with Severe Personality Disorder</i> - Diverse programma's als cognitieve vaardigheden, omgaan met agressie
Duitsland	De (forensisch) psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen bepalen hun behandelplan. Zowel behandeling psychische stoornis met medicatie, als behandeling gericht op gewelddadig gedrag, verslaving, zedendelicten	De instellingen bepalen hun behandelplan. De sociaaltherapeutische instellingen bieden behandeling voor o.a. zedengewelddelinquenten, verslaving
Canada	Veelal gericht op behandelen van psychische stoornis met medicatie en aanleren van algemene dagelijkse levensvaardigheden	Centraal initiatief tot aanbod verschillende geaccrediteerde behandelprogramma's, waaronder: <i>sex offender treatment program, violence prevention program, anger and emotions management</i>
Zweden	Veelal gericht op behandelen van psychische stoornis met medicatie en aanleren van algemene dagelijkse levensvaardigheden	Centraal initiatief tot invoering behandelprogramma's voor zedendelinquenten, geweldsdelinquenten (in ontwikkeling)
België	Pilotprojecten behandeling geïnterneerden	Pretherapie zedendelinquenten Pilotprojecten behandeling geïnterneerden



In Nederland, maar ook in Duitsland en België bevinden zich meer personen met As-II-stoornissen in het forensisch psychiatrisch systeem. In België zijn voor deze groep nog weinig behandelmogelijkheden. In Nederland en Duitsland is er binnen forensisch psychiatrische instellingen een scala van behandelvormen (onder andere De Ruiter en Hildebrand, 2005; interviews). In lang niet alle gevallen worden echter de behandelingen toegepast die volgens de literatuur het meest veelbelovend lijken en in veel gevallen is geen sprake van geprotocolleerde behandeling (De Ruiter & Veen, 2005).

#### *Incorporatie van gestructureerde risicotaxatie*

In elk van de onderzochte landen schrijft de wetgeving met betrekking tot personen die als recidivegevaarlijk worden beschouwd, het maken van een inschatting van het recidiverisico voor. De wijze waarop dit dient te gebeuren is in de meeste gevallen niet wettelijk gedefinieerd.

Alle onderzochte landen maken gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten ten aanzien van gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis, veelal vertalingen van de bekende Canadese instrumenten. In de meeste gevallen is het gebruik van deze instrumenten facultatief en kan risicotaxatie in principe ook op een andere wijze worden verricht. In een aantal gevallen gebeurt risicotaxatie met behulp van dergelijke instrumenten standaard, bijvoorbeeld bij alle personen die tot een bepaalde groep behoren en op een bepaald punt in het traject, bijvoorbeeld de diagnostische fase.

Canada is een voorloper wat betreft de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten voor gewelddadig (seksueel) gedrag. Bekende instrumenten voor gestructureerde risicotaxatie, zoals de HCR-20 en de SVR-20 zijn daar ontwikkeld. Binnen het Canadese federale gevangenisstelsel wordt gestructureerde risicotaxatie in principe bij iedere gedetineerde toegepast, maar dit is niet wettelijk verplicht. In Engeland wordt risicotaxatie standaard toegepast bij bijzondere groepen onder de gewelds- en zedendelinquenten, zoals de DSPD. Duitsland kent verplicht gedragskundig onderzoek ter inschatting van het recidiverisico bij de beslissing van het gerecht over voorwaardelijke invrijheidstelling van levenslang gestraften en van gewelds- en zedendelinquenten met een gevangenisstraf langer dan twee jaar. Daarbij worden in de praktijk veelal gestructureerde risicotaxatie-instrumenten gebruikt. In België geldt hetzelfde bij de beslissing tot invrijheidstelling van personen die een zedendelict met een minderjarige hebben gepleegd.

In Zweden is risicotaxatie een verplicht onderdeel van de *major forensic assessment* in opdracht van het gerecht. Verder moet bij veroordeelden tot gedwongen forensisch psychiatrische zorg die speciale vrijlatingscondities opgelegd hebben gekregen, voorafgaand aan invrijheidstelling een forensisch psychiatrisch onderzoek worden verricht, waaronder risicotaxatie met betrekking tot recidive. In de praktijk heeft dit geleid tot een

sterke groei in het gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten in Zweden. Nederland is het enige land dat een wettelijk verplichte gestructureerde risicotaxatie kent bij de aanvraag van verlofmachtigingen.

### 3.5 Recidivegegevens en effectstudies

Elk van de onderzochte landen, behalve België, registreert recidivegegevens op nationaal niveau (Wartna & Nijssen, 2006; *Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness* Canada, 2005). De vergelijking van recidivegegevens tussen landen of studies wordt bemoeilijkt door verschillen in wijzen van registratie van delicten en veroordelingen en in definiëring van recidive. Daarnaast zijn gecontroleerde effectstudies van goede methodologische kwaliteit met betrekking tot behandelprogramma's in de bestudeerde landen tamelijk zeldzaam. Daarbij gaat het om studies waarin het recidivepercentage van een groep forensisch psychiatrische patiënten of gedetineerden die een bepaald behandelprogramma heeft doorlopen vergeleken wordt met die van een in andere opzichten vergelijkbare groep die deze behandeling niet kreeg. Wel zijn er met betrekking tot de behandelprogramma's voor zeden- en geweldsdelinquenten in het gevangenisstelsel in Canada enkele effectstudies op steeds een enkele locatie verricht (Looman, Abracen, & Nicholaichuk, 2000; Cortoni & Nunes, 2005). De inhoud van de programma's is gebaseerd op de internationale literatuur over werkzame interventies. Bovendien worden de programma's pas geaccrediteerd als een procesevaluatie heeft plaatsgevonden waarbij de uitvoerbaarheid in de praktijk wordt onderzocht. Er bestaan internationaal wel enkele gecontroleerde effectstudies met betrekking tot behandelinterventies die zijn gericht op gewelds- en zedendelinquenten (zie voor een recente bespreking De Ruiter, Veen & Greeven, 2006; De Ruiter & Veen, 2005; en een recente Nederlandse studie: Hornsveld, 2005). Dat methodologisch goede effectstudies zeldzaam zijn, komt onder meer doordat de uitvoering daarvan, zoals het samenstellen van een geschikte controlegroep, binnen het forensisch psychiatrische systeem of het gevangenisstelsel niet eenvoudig is. Niettemin is investering in dergelijke studies onontbeerlijk voor de verdere ontwikkeling van de behandeling van zeden- en geweldsdelinquenten met psychische stoornissen.

### 3.6 Wetgeving die een kader biedt voor toezicht bij verblijf in de maatschappij

Er zijn grote verschillen tussen de onderzochte landen in de mate waarin zij beschikken over wetgeving die (langdurig) toezicht in de maatschappij

mogelijk maakt. Vooral in Engeland en Canada is in dit opzicht wetgeving ontwikkeld. In paragraaf 3.2 werd al besproken dat straffen van lange of onbepaalde duur, op basis waarvan langdurige voorwaardelijke invrijheidstelling mogelijk is, in beginsel een kader bieden voor het langdurig toezicht houden op betrokkene. Dit betreft bijvoorbeeld de *life sentences* en *imprisonment for public protection* in Engeland, en de *dangerous offender designation* in Canada. Canada kent een maatregel voor langdurig toezicht na een straf: de *long term supervision order*.

De tot nu toe genoemde maatregelen kunnen alleen opgelegd worden bij ernstige misdrijven. Zowel Canada als Engeland kennen ook korterduurende maatregelen waarbij voorwaarden kunnen worden opgelegd en toezicht kan worden uitgeoefend op personen bij wie men dit vanwege het risico van een (gewelds- of zeden)delict noodzakelijk acht. Deze worden preventief opgelegd, dat wil zeggen nadat een straf of maatregel is afgelopen, en kunnen ook worden opgelegd zonder dat er een delict is gepleegd. Dit betreft bijvoorbeeld in Canada de zogeheten *Peace Bonds*. Ten slotte zijn er beperkter maatregelen, zoals de verplichting tot registratie, melding van verhuizing en dergelijke.

In het kader van strafrechtelijke maatregelen tot gedwongen opname is in de bestudeerde landen, behalve Zweden, voorwaardelijke invrijheidstelling mogelijk. Zweden kent wel de mogelijkheid van proefverlof. In Canada, Engeland en België kan de voorwaardelijke invrijheidstelling telkens worden verlengd. In Nederland en Duitsland is deze gemaximeerd in duur. In Duitsland wordt een wetsvoorstel overwogen om de *Führungsaufsicht* onbeperkt in duur te maken.

De bestudeerde landen, in het bijzonder Duitsland, Canada en Engeland, passen in de praktijk verschillende vormen van toezicht en nazorg toe. In Engeland heeft de overheid *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA) ontwikkeld waarin verschillende organisaties samenwerken met betrekking tot toezicht op gewelds- en zedendelinquenten. De belangstelling voor toezicht na de TBS is ook in Nederland groeiende, getuige het recente initiatief tot het pilotproject Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Engeland en Canada kennen signaleringssystemen met betrekking tot het (voorwaardelijk) vrijkomen van *high risk offenders*. Er bestaat nog weinig onderzoek naar de effecten van toezichtsprogramma's (zie voor een overzicht van typen toezichtsprogramma's: Van Gestel, Van der Knaap, & Hendriks, 2006).

**Tabel 6 Straffen en maatregelen: toezicht in de maatschappij**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsysteem
Nederland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TBS met voorwaarden (art. 38 Sr)</li> <li>- Voorwaardelijke beëindiging dwangverpleging (art. 38g Sr)</li> </ul>	Voorwaardelijke (vervroegde) invrijheidstelling
Engeland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling (Part V MHA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling (Ch. 15, s.230 CJA)</li> <li>- <i>Notification Order</i> (s. 97 SOA)</li> <li>- <i>Sexual Offences Prevention Order</i> (s. 104 SOA)</li> <li>- <i>Risk of Sexual Harm Order</i> (s. 123 SOA)</li> </ul>
Duitsland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling en reclasseringstoezicht (§ 67b tot en met § 67g StGB)</li> <li>- <i>Führungsaufsicht</i> (§ 68 StGB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling en reclasseringstoezicht (§ 56 tot en met § 58 StGB)</li> <li>- <i>Führungsaufsicht</i> (§ 68 StGB)</li> </ul>
Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling (s. 672.54 CCC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling (s. CCC)</li> <li>- <i>Long term supervision order</i> (s. 753.2 CCC)</li> <li>- <i>'Paedophile' Peace Bond</i> (s. 810.1 CCC)</li> <li>- <i>'High risk' Peace Bond</i> (s. 810.2 CCC)</li> <li>- <i>Sex Offender Registration Order</i> (SOIRA)</li> </ul>
Zweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De sanctie Forensisch psychiatrische zorg kent geen voorwaardelijke invrijheidstelling (wel is proefverlof mogelijk)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling</li> </ul>
België	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaardelijke invrijheidstelling</li> </ul>

### 3.7 Besluitvorming over verlof en (voorwaardelijke) invrijheidstelling

Er zijn behoorlijke verschillen tussen de landen wat betreft de typen instanties die beslissen over verlof buiten de instelling. De beslisbevoegdheid ligt in de onderzochte landen veelal bij een externe, gezaghebbende instantie, wat lijkt te duiden op de wens tot extra toezicht op deze beslissing.

De organisatie van de beslisbevoegdheid over (voorwaardelijke) invrijheidstelling van forensisch psychiatrische patiënten verschilt van land tot land. In Canada en Engeland zijn er boards van juristen, psychiaters en leken die gezamenlijk beslissen. Het voorzitterschap ligt bij een jurist. De Mental Health Review Tribunal in Engeland bestaat bijvoorbeeld bij een zitting uit een jurist, een psychiater en een leek die allen een gelijke stem hebben. In Nederland, Duitsland en Zweden beslissen professionele rechters, geadviseerd door gedragsdeskundigen.

Voorwaardelijke invrijheidstelling van gedetineerden uit het gevangenisstelsel vindt in onder andere Zweden, Engeland en Nederland automatisch plaats nadat een vast percentage van de straf is uitgezeten. In Engeland en Canada beslist een *Parole Board* (en in Duitsland het gerecht) bij de zwaarder gestraften nadat een vast percentage van de straf is uitgezeten over de vraag of betrokkene

**Tabel 7 Beslisbevoegdheid met betrekking tot verlof buiten de instelling**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Nederland	Hoofd inrichting met machtiging van minister van Justitie	Hoofd van de inrichting (art. 26 PBW)
Engeland	Twee parallelle routes: – <i>Mental Health Review Tribunal</i> – <i>Home Office</i>	Straf van minder dan 15 jaar: <i>Parole Board</i> , Straf van meer dan 15 jaar: <i>Home Office</i>
Duitsland	Per deelstaat en instelling geregeld. Bijvoorbeeld Hessen: Tot 3 dagen beslist hoofd van de inrichting, over langer durende verlopen de officier van justitie (in andere deelstaten bijv. gerecht)	Kader is federaal geregeld. Beslissing ligt bij hoofd inrichting, invulling varieert per deelstaat
Canada	<i>Review Board</i>	<i>National Parole Board/Correctional Service Canada</i>
Zweden	Bij veroordeelden tot forensisch psychiatrische zorg met speciale vrijlatingscondities: de <i>administrative court</i> . In overige gevallen het hoofd van de inrichting	Hoofd van de inrichting
België	Commissie ter bescherming van de maatschappij	– <i>Penitentiair verlof: beslissing door Dienst Individuele Gevallen (DIG)</i> – <i>Uitgangspersmissies: beslissing door gevangenisdirectie na toelating van CBM (voor geïnterneerden) of van de minister van Justitie</i>

voorwaardelijk in vrijheid kan worden gesteld. In selectie en training van de leden wordt in Canada zowel bij de *Parole Board* als bij de *Review Board* vrij veel geïnvesteerd. Geïnterviewden in Canada zijn positiever over de professionaliteit van hun *Review Board* en *Parole Board* dan geïnterviewden in Engeland over de *Mental Health Review Tribunals* daar. De indruk uit de interviews is dat er aanzienlijke verschillen kunnen zijn in de mate waarin de voorwaarden bij voorwaardelijke invrijheidstelling

worden gehandhaafd. Zo is de indruk dat in Canada, Engeland vrij structureel en meer verspreid in Duitsland, voorwaardelijk in vrijheid gestelden bij schending van voorwaarden een ingreep (terugplaatsing bij duidelijke en herhaalde schending van voorwaarden) kunnen verwachten van de *Probation Service* of andere toezichhoudende instantie. In Zweden echter zou terugplaatsing zelden voorkomen.

**Tabel 8 Beslisbevoegdheid met betrekking tot (voorwaardelijke) invrijheidstelling<sup>3</sup>**

	Forensisch psychiatrische systeem	Gevangenisstelsel
Nederland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proefverlof: hoofd van de inrichting op machtiging minister van Justitie</li> <li>- Voorwaardelijke beëindiging dwangverpleging: gerecht op vordering van officier van justitie</li> </ul>	Vaste termijnen voorwaardelijke (vervroegde) invrijheidstelling
Engeland	Twee parallelle routes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Home Office</i></li> <li>- <i>Mental Health Review Tribunal</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaste termijnen voorwaardelijke invrijheidstelling</li> <li>- <i>Parole Board</i> (bij de zwaardere straffen)</li> </ul>
Duitsland	Gerecht ( <i>Strafvollstreckungskammer Landesgericht</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaste termijnen voorwaardelijke invrijheidstelling</li> <li>- Gerecht (<i>Strafvollstreckungskammer Landesgericht</i>)</li> </ul>
Canada	<i>Review Board</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaste termijnen voorwaardelijke invrijheidstelling</li> <li>- (<i>National</i>) <i>Parole Board</i></li> </ul>
Zweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proefverlof: hoofd van de inrichting</li> </ul> Invrijheidstelling: <i>Administrative court</i>	Vaste termijnen voorwaardelijke invrijheidstelling
België	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Commissie ter bescherming van de maatschappij</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaste termijnen voorwaardelijke invrijheidstelling</li> <li>- <i>Straffen: Commissie Voorwaardelijke Invrijheidstelling</i></li> <li>- <i>Maatregelen: Commissie voor Bescherming van de Maatschappij</i></li> </ul>

<sup>3</sup> In dit rapport wordt voorwaardelijke invrijheidstelling als paraplueterm gebruikt voor alle vormen van voorwaardelijke invrijheidstelling en vervroegde invrijheidstelling waarbij voorwaarden kunnen worden opgelegd. Het wordt dus niet als technisch juridische term gebruikt.

### 3.8 Kosten

In de delen over de afzonderlijke landen wordt een indruk gegeven van de kosten van een plaats in het forensisch psychiatrisch systeem en in de gevangenis in de verschillende landen. Voor een reële vergelijking is echter meer specifieke kennis nodig over de budgetten en samenstelling van de verschillende bedragen. In het kader van dit onderzoek was dat niet mogelijk. Een vergelijking van uitgaven aan criminaliteit in een aantal Europese landen wordt geboden door Moolenaar (2005).

### 3.9 Gevolgen van incidenten voor het systeem

In alle bestudeerde landen zijn er voorbeelden van ernstige misdrijven gepleegd door (ex-)forensisch psychiatrische patiënten of (ex-)gedetineerden. In verscheidene gevallen leidden dergelijke ernstige incidenten (mede) tot aanzienlijke veranderingen in het rechtssysteem.

Zo is het *Dangerous and Severe Personality Disorder*-programma in Engeland mede als reactie op ernstige incidenten met ex-gedetineerden ontstaan, waaronder de zaak van Michael Stone. Deze man was eerder veroordeeld, onder andere tot een *hospital order*, maar zijn antisociale persoonlijkheidsstoornis werd als onbehandelbaar bestempeld en hij werd vrijgelaten. Niet lang daarna werd hij veroordeeld voor een dubbele moord. In Duitsland was de aanleiding tot het ontwerp van de maatregel *nachträgliche Sicherungsverwahrung* een zaak waarbij een 'first offender' die op geen enkele titel kon worden vastgehouden toen zijn straf afliep, zes dagen na invrijheidstelling vermoordde hij een meisje.

Bij ernstige incidenten komen de instanties die verantwoordelijk zijn voor de tenuitvoerlegging van de straf of maatregel en de instanties die verantwoordelijk zijn voor de toekenning van verlof of (voorwaardelijke) invrijheidstelling, dan wel daarover adviseren nogal eens onder vuur te liggen. In Duitsland kan dit bijvoorbeeld de minister op deelstaatniveau zijn maar ook de adviserende psychiater. Alle in het onderzoek betrokken landen zijn bekend met uitgebreide negatieve publiciteit in de media over dergelijke gevallen.





## 4 Conclusies

Op hoofdlijnen komt dat wat in de bestudeerde rechtssystemen wordt nagestreefd overeen. In elk van de hier besproken systemen wordt belang gehecht aan bescherming van de maatschappij tegen ernstige gewelds- of zedendelicten. Eveneens is in elk van de systemen de mogelijkheid tot reïntegratie in de maatschappij van betrokkene na afloop van straf of maatregel belangrijk. Zo kent elk van de bestudeerde landen een strafrechtelijke maatregel voor gedwongen opname in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis, ter bescherming van de maatschappij. Daaraan is de mogelijkheid om geleidelijk in de maatschappij terug te keren verbonden, waarbij met regelmaat wordt onderzocht of het veilig is betrokkene in de maatschappij te laten terugkeren. Ook kent elk land een vorm van voorwaardelijke invrijheidstelling na een gevangenisstraf. Binnen dit algemene kader verschillen de systemen in sommige opzichten aanzienlijk.

In systemen waar gewelds- en zedendelinquenten met persoonlijkheidsstoornissen vooral in de gevangenis terechtkomen, veelal met straffen van bepaalde duur, wordt de noodzaak ervaren sommigen ter bescherming van de maatschappij langer dan de strafduur vast te houden. Sommige landen kennen wettelijke instrumenten speciaal gericht op langdurige detentie van gewelds- of zedendelinquenten, onder meer mogelijkheden om hen ook na ommekomst van de straf gedetineerd te houden als dit noodzakelijk wordt geacht ter bescherming van de maatschappij. De onderzochte landen verschillen sterk in de mate waarin en de wijze waarop wettelijke instrumenten zijn ontwikkeld die toezicht op gewelds- en zedendelinquenten (al dan niet met een psychische stoornis) mogelijk maken.

In alle onderzochte landen lijkt een accentverschuiving op te treden waarbij het uitgangspunt bescherming van de maatschappij meer nadruk krijgt. Er is in verschillende van de onderzochte landen een trend waarneembaar tot uitbouw van wetgeving die langdurige detentie en/of een 'stok achter de deur' bij invrijheidstelling mogelijk maakt. Aan de andere kant wordt wel verondersteld dat differentiatie in wettelijke instrumenten gericht op detentie en toezicht in de maatschappij ook zou kunnen bijdragen aan reïntegratie (o.a. Egg, 2004). Zo zou bijvoorbeeld een wettelijke mogelijkheid tot langdurige invrijheidstelling onder voorwaarden, een kader kunnen bieden voor reïntegratie in de maatschappij voor personen die vanwege hun recidiverisico zonder een dergelijke 'stok achter de deur' niet in vrijheid zouden kunnen worden gesteld.

De bestudeerde landen ervaren in de praktijk voor een belangrijk deel vergelijkbare knelpunten. Zo is in elk van de landen de doorstroming van forensisch psychiatrische patiënten een probleem. Daarbij gaat het om doorstroming van hogere naar lagere beveiligingsniveaus, doorstroming naar de reguliere psychiatrie en doorstroming naar (voorzieningen in) de maatschappij.

In elk land zijn er gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen bij wie het recidiverisico door behandeling onvoldoende vermindert. Veelal kent men binnen het forensisch psychiatrische systeem afdelingen waar personen zeer langdurig blijven, al worden deze niet specifiek als 'long stay afdelingen' aangeduid. Behandelbaarheid is een lastig te hanteren begrip omdat de vraag of iemand behandeld kan worden van velerlei factoren afhangt, die bovendien in de tijd kunnen veranderen. Dit betreft onder meer kenmerken van de persoon, zoals type problematiek en motivatie, de vraag of er een behandeling voor de betreffende problematiek bestaat en de vraag of een geschikte behandeling ook in de praktijk beschikbaar is. In de bestudeerde landen zijn wij op een uitzondering<sup>4</sup> na niet tegengekomen dat 'behandelbaarheid' een rol speelt bij de toegang tot het forensisch psychiatrische systeem.

In alle bestudeerde landen worden behandelprogramma's gericht op het verminderen van het recidiverisico van zeden- en geweldsdelinquenten ontwikkeld of geïmporteerd. Enkele landen lopen hierbij voorop, en dan met name het gevangenisstelsel in die landen. In deze landen heeft de overheid een belangrijke coördinerende en sturende rol bij de ontwikkeling, facilitering en implementatie van behandelprogramma's. Ook is er in deze landen een sterke bijdrage van wetenschappers aan de ontwikkeling en accreditatie van behandelprogramma's.

Overigens wordt in alle landen veel belang gehecht aan internationale uitwisseling van kennis in ervaring met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten/forensisch psychiatrische patiënten.

De belangrijkste vraag met betrekking tot de besluitvorming over (voorwaardelijke) invrijheidstelling lijkt in hoeverre de juiste *checks and balances* wat betreft de rechten van alle betrokkenen en de professionele juridische en gedragsdeskundige expertise zijn gewaarborgd en niet zozeer welk type orgaan met de beslissing is belast. In verschillende landen wordt als knelpunt ervaren dat (leden van) over invrijheidstelling beslissende instanties onvoldoende beschikken over specifieke kennis op het gebied van forensisch psychiatrische problematiek. Dit benadrukt het belang van opleiding en trainingen op dit gebied. Daarnaast is een vraag in hoeverre de betrokkenheid van een vertegenwoordiging van de maatschappij bij dergelijke beslissingen een belangrijke toegevoegde waarde kan hebben. In verschillende landen zijn (opgeleide) leken betrokken in de besluitvorming over verlof en voorwaardelijke invrijheidstelling. Dit kan gezien worden als een principiële uitgangspunt dat ook de 'gewone' maatschappij een stem dient te hebben in zaken die haar bescherming tegen ernstige delicten betreffen. Daarnaast zou

4 In Engeland is *treatability* een criterium bij de oplegging van de *hospital order*. De *Mental Health Act* van 1983 zal vermoedelijk worden geamendeerd, op onder meer dit punt. Het recentste voorstel is om het begrip *treatability* te specificeren tot 'de beschikbaarheid van een passende behandeling' (persoonlijke mededeling Savas Hadjipavlou, maart 2006).

een dergelijke vertegenwoordiging mogelijk bij kunnen dragen aan de maatschappelijke acceptatie van dergelijke beslissingen. Voor de verdere ontwikkeling van wetgeving, behandeling en risicomanagement acht men in alle bestudeerde landen het belang van het stimuleren van gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek en researchsynthesen op dit gebied groot. Met name op het gebied van behandelprogramma's en praktijkmodellen voor toezicht in de maatschappij wordt de schaarste wat dit betreft gevoeld. Methodologisch goede effectstudies met betrekking tot behandelprogramma's en toezicht en nazorg voor zeden- en geweldsdelinquenten met psychische stoornissen zijn nog dun gezaaid. Uit de delen over de afzonderlijke landen kan worden geconcludeerd dat de bestudeerde landen met betrekking tot gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen in belangrijke mate voor dezelfde vraagstukken en keuzes staan. Welke keuzes in concreto op kortere en langere termijn kunnen worden gemaakt is nauw verweven met de wijze waarop het betreffende systeem is opgebouwd.

## Literatuur

**Bourlet, A.**

*Justitie in cijfers 2005*  
Brussel, FOD Justitie, 2005

**Cavadino, M., J. Dignan**

*Penal systems, a comparative approach*  
London, Sage, 2006

**Cortoni, F., K.L. Nunes**

*Effectiveness research on violence prevention programming.* Paper presented at the Correctional Service Canada Research Forum, Calgary, Alberta, 2005

**Egg, R.**

*Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug*  
Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle, 2004

**Eggen, A.T.J., W. van der Heide (eds.)**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2004*  
Den Haag, WODC, 2004

**Fazel, S., J. Danesh**

Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys  
*Lancet*, 2002, nr. 359, pp. 540-550

**Gestel, B. van, L.M. van der Knaap, A. Hendriks**

*Toezicht buiten de muren. Een systematische review van extramuraal toezicht op TBS-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland*  
Den Haag, WODC, 2006

**Hattum, W.F. van**

Het irrationele van de levenslange straf. De levenslange gevangenisstraf in Nederland in het licht van de rechtspraak van het EHRM en andere Europese ontwikkelingen. In: A. Harteveld, D.H. de Jong, E. Stamhuis (red.), *Systeem in ontwikkeling, Liber amicorum G. Knigge*  
Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2005, pp. 231-259

**Hornsveld, R.**

*Ontwikkeling en evaluatie van een agressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten*  
Nijmegen, Radboud Universiteit, 2005

**Looman, J., J. Abracén, T.P. Nicholaichuk**

Recidivism among treated sexual offenders and matched controls. Data from the Regional Treatment Centre (Ontario)  
*Journal of Interpersonal Violence*, 2000, nr. 15, pp. 279-290

**Moolenaar, D.E.G.**

Uitgaven aan criminaliteit. In: A. T. J. Eggen, W. van der Heide, (eds.), *Criminaliteit en rechtshandhaving 2004*  
Den Haag, WODC, 2005

**Ruiter, C. de, M. Hildebrand**

*Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*  
Houten, Bohn Stafleu van Loghum, Cure & Care development, 2005

**Ruiter, C. de, V. Veen**

*Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*  
Utrecht, Trimbos-instituut, 2006

**Ruiter, C. de, V. Veen, P.G.J. Greeven**

*De effectiviteit van psychologische behandeling bij verkrachters.*  
*Bevindingen van een meta-analyse*  
Utrecht, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2006

**Rotter, M., B. Way, M. Steinbacher, D. Sawyer, H. Smith**

Personality disorders in prison: Aren't they all antisocial?  
*Psychiatric Quarterly*, jrg. 73, nr. 4, 2002, pp. 337-349

**Salize, H.J., H. Dressing**

*Placement and treatment of mentally disordered offenders – Legislation and practice in the European Union*  
Lengerich, Pabst Scientific Publishers

**Silfverhielm, H.**

In: H. J. Salize & H. Dressing (eds.), *Placement and treatment of mentally disordered offenders- Legislation and practice in the European Union*  
Sweden, Lengerich, Pabst Science Publishers, 2005, pp. 319-332

**Walmsley, R.**

*World Prison Population List*  
London, King's College Centre for Prison studies, 2005

**Wartna, B.S.J., L.T.J. Nijssen**

*National studies on recidivism. An inventory of large-scale recidivism research in 33 European countries*  
Den Haag, WODC, Ministerie van Justitie, 2006



# Summary

## Serious violent and sexual offenders with a mental disorder

**An inventory of legislation and practical experience in the forensic psychiatric systems and the prison systems in England, Germany, Canada, Sweden and Belgium**

### Introduction and terms of reference

This report describes the results of a study carried out by the Dutch Research and Documentation Centre (*Wetenschappelijk Onderzoek- and Documentatiecentrum* or *WODC*) of the Ministry of Justice, which took inventory of the manner in which various countries – namely England, Germany, Canada, Sweden and Belgium – deal with individuals with a mental disorder who have committed serious violent or sexual offences. The first object of this study is to provide insight into the present situation in these countries in terms of a number of legislative aspects and enforcement of penal measures and sentences imposed upon this group. Secondly, the situation in the Netherlands in regard to these aspects will be compared, along general lines, with that in the countries studied.

The TBS order (art. 37 a, b of The Netherlands Criminal Code) is a penal measure. It can be imposed by the court upon mentally disordered offenders who are considered not responsible or diminished responsible for their offence. The measure of TBS is reserved for offenders who committed serious, almost always violent offences. A legally defined condition is further that the offender is considered by the court to be dangerous to others or to the general safety of persons or goods. The main aim of the TBS order is to protect society from serious criminal recidivism by mentally disordered offenders. Two serious offences, committed by TBS patients led to a Parliamentary Inquiry into the execution of the TBS order in 2005.

The commissioning party, the Sanction and Prevention Policy Department of the Ministry of Justice, in liaison with the Parliamentary Committee on TBS orders has formulated five questions for this international study. These questions are:

- 1 Which target groups can be distinguished within the populations of forensic psychiatric patients and perpetrators that can be compared to those against whom a TBS order is made?
- 2 Which statutory and organizational systems of treatment focusing on rehabilitation are in use in other countries?
- 3 How much does the extent to which a person's disorder can be treated influence the decision to admit, treat and discharge someone? To which extent is it possible to determine whether or not a person can be treated in the various stages?
- 4 In which way is supervision of those involved provided for, after the legal reason for hospitalisation or detention has ended?

- 5 What are the working methods and procedural approaches used in decisions regarding treatment strategy, leave and discharge from the system?

## Methods

In each country, between 10 and 20 meetings were held with key figures from a set number of fields. For each country, these fields are:

- Ministries of which the portfolio includes policies in terms of forensic psychiatric care and penal institutions and associated legislation.
- Organizations responsible for policy in regard to prison sentences and the enforcement of penal measures.
- Forensic psychiatric institutions.
- Penal institutions.
- Organizations responsible for supervision and after-care of detainees and forensic psychiatric patients.
- Regulatory body that decides on continuation or termination (on conditions) of custodial measures in respect of the population referred to.
- Scientists in fields including forensic psychiatry/psychology or neurosciences.

In addition, library studies were carried out with a focus on legislation and scientific literature, in particular survey studies, policy documents and the like.

The study had to be prepared, carried out and the findings submitted within a limited period of time (October 2005 – March 2006). For that reason, it is a rough inventory of the state of affairs and the strategies selected in the countries concerned. The nature of the study is descriptive and does not pretend to be exhaustive. In addition, part of the forensic psychiatric and penal systems in Germany and Canada is set up at state/provincial level. In each of these countries, two states were selected to serve as an example for the aspects to be discussed. The conclusions regarding those states/provinces therefore do not apply to the country as a whole.

## Results

### *Target groups*

All countries included in the study have a forensic psychiatric system which is segregated from the prison system. In Belgium, specific provisions in the forensic psychiatric system have only been marginally developed.

All countries have penal measures or other sanctions in place, which allow for compulsory hospitalisation in the forensic psychiatric system.



The statutory criteria for their application vary from country to country. In the Netherlands, Germany, Belgium and Canada, the legal principle of guilt is the underlying principle. Compulsory hospitalisation (in a forensic psychiatric hospital) may be imposed upon individuals who are not or not fully accountable for the offence committed. In England and Sweden, other criteria are applied. In Sweden, the principle of accountability is not used. The main question is whether or not it is possible to ascertain that the person found guilty of the offence suffered from a serious mental disorder at the time of committing the offence. In England, the question as to whether the person involved needs psychiatric treatment is the guiding principle for the decision to impose a hospital order. In all countries included in the study, a condition for imprisonment in the form of compulsory hospitalisation is the risk of re-offending, from which society must be protected. In Sweden, England and Canada, enforcement (stay, treatment, extension, parole, insofar as applicable) of hospital orders issued by a criminal court is (almost completely) the responsibility of the health care system. In these countries, the separation between the prison system and the forensic psychiatric system therefore seems clearest. The offenders will be placed in either system, a combination of a hospital order and a prison sentence is not possible. In Germany, Belgium and the Netherlands, however, responsibility for forensic psychiatry is shared between the health care system and the judicial authorities. In Sweden, England and Canada, forensic psychiatric patients primarily suffer from serious Axis I disorders and treatment is mainly clinical. Compared to the other countries, the Netherlands in particular has hospitalized a high number of patients with personality disorders.

#### *Statutory instruments for long-term detention*

All countries included in the study have one or more penal measures allowing for compulsory hospitalisation in a psychiatric hospital for criminals with a mental disorder. In addition, there are significant differences between the countries in terms of sanctions enabling long-term detention. In England, Canada, Germany and Belgium, for instance, there are special sanctions to protect society from the risk of recidivism of serious violent and sexual offenders. Thanks to these sanctions, it is possible to impose indeterminate prison sentences, or extend the sentence or keep someone detained once his sentence has been served. In Canada, this is called *dangerous and long term offender designation*, in England *life sentence, imprisonment for public protection and extended sentence*, in Germany *Sicherungsverwahrung* and in Belgium *terbeschikkingstelling van de regering*. These sanctions also offer the option of long-term parole or indefinite parole, which in principle gives the possibility of long-term supervision of the person concerned.

*Intramural facilities*

Apart from Belgium, the countries included in the study have specialized forensic psychiatric institutions (Belgium has a number of small-scale projects in this respect). In addition, patients against whom an order is given are also admitted to general psychiatric hospitals, in forensic psychiatric wards. The level of security of the specialized forensic psychiatric institutions varies significantly. The security level of a *high security forensic psychiatric hospital* in England or Canada is far more sophisticated than that of a similar institution in Sweden or Germany.

The number of detainees per 100,000 inhabitants is between 75 and 142 in the countries included in the study. The number of persons admitted to a psychiatric institution (forensic or otherwise) by virtue of a hospitalisation order varies between five and ten per 100,000 inhabitants. In construing these numbers, one should be non-committal, as difference in the figures for the various countries may be due to differences in inclusion criteria for the various measures, levels of security for the institutions, discharge criteria and discharge practice. As stated before, there are significant differences between countries in terms of the problems of those ending up in the forensic psychiatric system. In some countries, this mainly involves individuals with Axis I disorders, whereas in other countries, the population is more mixed (Axis I and Axis II disorders).

*Extent to which disorders are treatable*

Every country has serious violent and sexual offenders with mental disorders for whom treatment is not the solution for minimizing the risk of re-offending to an acceptable level. As a rule, the forensic psychiatric system includes wards where individuals stay for a very long time, even though they are not always specifically called 'long stay units'. The extent to which a disorder can be treated in a person is hard to define, as it depends on a multitude of factors, which may also change over time. This includes characteristics of the person involved, the type of problem and level of motivation, the question as to whether treatment exists for the problem in hand and whether, in actual practice, such treatment is available. Among the countries included in the study, we only found one (England) in which this aspect plays a role in access to the forensic psychiatric system.

*Treatment in the forensic psychiatric system*

In Canada, England and Sweden, clients in the forensic psychiatric system primarily are individuals with serious Axis I disorders, such as schizophrenia. Treatment focuses mainly on clinical therapy of the disorders, and on teaching the persons involved to deal with the related handicaps and getting their day-to-day lives in order (work or other way of spending their time, social contacts and the like). Treatment is less aimed at affecting other criminogenic risk factors. In particular in the Netherlands, but also in Germany and Belgium more individuals with Axis II disorders (personality

disorders) can be found in the forensic psychiatric system. In Belgium, there are very few possibilities of treatment for this group. In the Netherlands and Germany, the forensic psychiatric institutions have a wide range of forms of treatment. However, not every person is given the treatment that seems to be most promising according to literature, and in many cases, the treatment is not given 'according to protocol'.

#### *Treatment in the prison system*

It is known from various studies that many people with mental disorders are also held in the prison system. In the countries included in the study, the extent to which treatment aimed at specific mental disorders and reduction of the risk of recidivism is offered within the prison system varies significantly. In Canada and England, the development of treatment programmes within the prison system is the most advanced and most differentiated. These countries have developed various treatment programmes, focusing on serious violent and sexual offenders, in which reducing the risk of recidivism is an important objective. In these countries, the government is a driving force. Thanks to the Home Office in England and the Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness in Canada and their respective Prison Services, the same programmes have been implemented in several institutions by order of the central government. In both countries, a number of programmes have a follow-up once the inmate returns to society on parole.

The Dutch government's aim of the *Programma Terugdringen Recidive* (Recidivism Reduction Programme) is to implement a number of programmes in the prison system. Some of those programmes come from England. The programmes are being developed in a number of institutions. Other countries, such as Germany and Sweden, also copy treatment programmes from Canada and/or England. These seem to increasingly replace traditional practices in this respect. In Germany, however, the initiative lies with the governments of the various states.

England and Canada have an accreditation system for their treatment interventions within the prison system. This committee checks whether the programmes are in line with the international meta-analytical literature and whether they are correctly used in practice. Since 2005, the Dutch Ministry of Justice also has had an Accreditation Committee for behavioural interventions. In Canada, where professionals have had experience in this area for quite some time, day-to-day practice has shown that people feel the formal aspects of the accreditation system are too much of a procedural impediment to the implementation of changes in a programme.

#### *Incorporation of structured risk assessment*

In each of the countries included in the study, legislation provides for a recidivism risk assessment for individuals who are considered hazards in terms of recidivism. In most cases, the manner in which this has to be done is not defined by law.

All countries included in the study use structured risk assessment tools for serious violent and sexual offenders with a mental disorder; these are usually translations of the well-known Canadian risk assessment tools. In most cases, the use of these tools is optional, and the risk assessment may in principle also be carried out in another way. In a number of situations, risk assessment with the help of such tools is a standard procedure in practice, applied, for instance, to all individuals belonging to a specific group and having arrived at a specific phase in the process, i.e. the stage of diagnosis. Canada is a trendsetter in terms of developing risk assessment tools for violent (sexual) behaviour. It was in Canada that the presently well-known tools for structured risk assessment, such as HCR-20 and SVR-20, were developed. Within the Canadian federal prison system, every detainee is in principle subjected to a structured risk assessment, although it is not mandatory. In England, risk assessment is applied as a standard procedure to specific groups among the serious violent and sexual offenders, such as the group of Dangerous Persons with Severe Personality Disorders. Germany has a mandatory behaviour assessment (to assess the risk of recidivism) with a view to the court deciding on parole, for individuals sentenced to life imprisonment and those sentenced to more than two years of imprisonment for a violent or sexual offence. Usually, structured risk assessment tools are used to that end. In Belgium, the same applies to decisions on releasing individuals who committed a sexual offence with a minor. In Sweden, risk assessment is an obligatory part of the major forensic assessment by order of the court. Moreover, those against whom a hospital order is given (forensic psychiatric care) who are subject to special release terms, must undergo a forensic psychiatric assessment before being released, which includes a recidivism risk assessment. In practice, this has resulted in a significant increase in the use of structured risk assessment tools in Sweden. In the Netherlands, structured risk assessment is mandatory when authorizations for leave are applied for.

#### *Recidivism data and studies of treatment effects*

Each of the countries included in the study, apart from Belgium, keeps a national register of recidivism data. However, comparing recidivism data between countries or studies is hampered by the differences in registration of offences and convictions and the different definitions of recidivism. In addition, the population studied is not easy to compare, because different groups of people are placed in different systems in the countries included in the study. Therefore, the recidivism data of the different countries cannot be subjected to an unconditional comparison. Studies based on sound methodology in which the impact of treatment programmes (or statutory measures) on re-offending is investigated are few in the countries included in the study. These include studies in which a group of forensic psychiatric patients or detainees, having followed a certain treatment programme, are compared with a group that is similar

in other respects which was not given the treatment. Both groups must also be followed for a considerable amount of time, so that differences, if any, in recidivism can be established.

With regard to the treatment programmes for serious violent and sexual offenders in the Canadian prison system, some impact studies (each carried out on one site) have been published. The contents of the Canadian programmes are based on international literature on effective interventions. Moreover, programmes are not accredited until a procedural evaluation has taken place, in which the practical feasibility is examined.

One of the reasons why impact studies based on a sound methodology are rare is that it is not easy to carry out such studies within the forensic psychiatric system or the prison system; nor is it easy to designate a suitable control group. Nevertheless, investments in such studies are indispensable for the continued development of the treatment of serious violent and sexual offenders with mental disorders.

#### *Legislation offering a framework for supervision in society*

There are large differences between the countries included in the study where it concerns the extent to which they have legislation in place under which long-term supervision in society is possible. In England and Canada, in particular, legislation has been developed in this respect. The long-term or indefinite sentences and orders, on the basis of which the long-term parole discussed above is possible, do in principle offer a framework for long-term supervision of the person involved. This includes *life sentences* and *imprisonment for public protection* in England, and the *dangerous offender designation* in Canada. Canada also has an order for long-term supervision after serving a sentence: the *long-term supervision order*.

The orders mentioned above can only be made against individuals who have committed serious offences. Both Canada and England have short-term measures under which persons must comply with certain conditions and must be supervised if deemed necessary on account of the risk of such person committing a sexual or serious violent offence. These are imposed as a preventative measure, i.e. after the sentence or order has expired; what is more, they may also be imposed upon individuals who are not guilty of any offence. This concerns, in Canada, for example, the so-called *Peace Bonds*. Finally, there are more limited measures, such as the obligation to register, to report change of address and the like.

Under hospital orders, parole is possible in all countries included in the study but Sweden. In Sweden, however, trial leave is possible. In England, Canada and Belgium, the parole period may be extended time and again. In the Netherlands and Germany, it is time-restricted. Germany is considering a bill to make the *Führungsaufsicht* unrestricted in time.

The various countries, in particular Germany, Canada and England, in practice apply different forms of supervision and after-care. In England, the government has developed *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA) in which a number of organizations collaborate in the supervision of serious violent and sexual offenders. The Dutch authorities are becoming more and more interested in supervising individuals discharged from a forensic psychiatric hospital, as can be concluded from the recent initiative of the Forensic Psychiatric Supervision pilot (*Forensisch Psychiatrisch Toezicht*). England and Canada have warning systems with regard to high risk offenders that have been released or are on parole (Multi Agency Public Protection Panels and High Risk Recognizance Advisory Committee respectively). However, there are still very few impact study results on supervision programmes.

#### *Decision-making process on leave and parole*

There are quite some differences between the countries included in the study where it comes to the types of institution that may decide on leave outside the institution. The discretionary power usually lies with an external, authoritative body, which seems to indicate that such a decision is highly supervised.

The organization of the discretionary power on release/parole of forensic psychiatric patients varies from country to country. Roughly speaking, there is a dichotomy. In Canada and England, there are boards of lawyers, psychiatrists and laymen who have to reach a joint decision (England: *Mental Health Review Tribunal*; Canada: *Review Board*). In the Netherlands, Germany and Sweden, however, it is generally the courts that make the decision, assisted by behavioural experts.

Detainees in the prison systems in countries including Sweden, England and the Netherlands, are automatically released on parole once they have served a specific part of their sentences. In England and Canada, a parole board decides on the question (and in Germany the court) as to whether those with a longer-term sentence who have served a specific part of their sentences can be released on parole. Canada makes serious investments in the recruitment and training of members of both the Parole Board and the Review Tribunal. Respondents in Canada stated a more positive impression of the professional skills of the members of its Review Board and Parole Board than respondents in England had of the members of its Mental Health Review Tribunals.

The responses from the surveys give the impression that the extent to which compliance with parole terms is monitored vary significantly. In Canada and England, the impression is that parolees in general can expect action (return to prison after obvious and repeated violation of terms) from the Probation Service or other supervisory body. On the other hand, in Sweden, for example, return to prison would appear to occur only rarely.

### *Implications of incidents for the system*

In all countries included in the study, there are examples of serious crimes committed by (former) forensic psychiatric patients or (former) inmates. In a number of cases, such serious incidents have resulted in or have contributed to significant changes in the legal system.

If a serious incident occurs, the institutions responsible for the enforcement of the sentence or order and the institutions responsible for granting leave or (conditional) release, or those recommending on the same, regularly are the object of criticism. In Germany, this may be the minister at state level, or the consultant-psychiatrist. All countries included in the study are familiar with extensive negative coverage in the media on such cases.

### **Conclusions**

In general, the aims to be realised are similar in the various legal systems. In each of the systems discussed herein, value is attached to the protection of society from serious violent or sexual offences. Each country also has a system in place protecting those with a serious mental disorder who have committed a crime, by imposing an order and offering treatment and care rather than a sentence. In each of the systems, the option of rehabilitation (once the sentence has been served or the order has expired) is important. Each of the countries included in the study has a measure implying compulsory hospitalisation in a forensic psychiatric hospital for the purpose of protecting society. Inherent to that order is the possibility of gradually returning into society, whereby the patient is examined regularly to see whether he/she can safely return into society. Each country also has some kind of parole after the prison sentence has been served. Every country has more or less the same groups of people with similar problems, which need to be placed within the various systems. Within this general framework, there are significant differences between the countries:

- The extent to which there are legal instruments focusing on long-term detention of serious violent and sexual offenders.
- The extent to and manner in which statutory instruments have been developed enabling supervision of serious violent and sexual offenders once they are in the community.

In all countries included in the study there seems to be a shift of emphasis, the emphasized principle being protection of society. In several of the countries included in the study, there is a visible trend of additional legislation making long-term detention and/or some other form of supervision following release possible. Others, however, assume that differentiation of statutory tools geared towards detention and



supervision in society could also contribute to rehabilitation. If the law provided for an option of long-term parole, this could serve as a framework for rehabilitation of individuals who could not be released without such leverage because of their risk of re-offending.

In practice, the countries included in the study all experience similar problems. Every country has a problem with forensic psychiatric patients not moving on. That concerns moving on from high-security to low-security institutions, to ordinary psychiatric hospitals and return to society or facilities therein. An institution with several levels of security (from high to low) in place, offering different forms of treatment (from intensive to maintenance) on one site seems promising. This way, individuals can move on at specific moments in their treatment to different wards, and they can be returned directly to the ward with a higher level of security or care, if problems arise.

All countries included in the study have developed or imported treatment programmes aimed at reducing the risk of recidivism of serious violent and sexual offenders. Some countries, and in particular their prison systems, lead the way. In these countries, the government plays an important role in terms of coordinating and controlling the development, facilitation and implementation of treatment programmes. In these countries, the contribution from scientists towards the development and accreditation of treatment programmes is also significant. In any case, all countries attach importance to exchanging know-how and experience regarding serious violent and sexual offenders / forensic psychiatric patients.

The most important issue with regard to the decision-making process on parole/release seems to be whether or not adequate checks and balances (in terms of the rights of those involved) and professional legal and behavioural expertise can be guaranteed, rather than which type of body is in charge of making the decision. In several countries, people believe it is a problem that bodies deciding on release/parole (or members of such bodies) have insufficient specific expertise in forensic psychiatric problems. This emphasizes the importance of education and training courses in this field. Another issue is whether or not involvement from (representatives of) society could offer something extra in such decision. In several countries, trained laymen are involved in the decision-making process on leave and parole. This may be regarded as a fundamental principle that society 'at large' should also have a say in matters that concern its protection from serious offences. In addition, such representatives may also make a positive contribution towards the acceptance of such decisions by society.

For the further development of legislation, treatment and risk management of these individuals, all countries included in the study believe that it is highly important to encourage controlled research and research syntheses in this field. The lack of such research is strongly



felt by those involved in the development of treatment programmes and practical models for supervision in society. As stated above, impact studies based on a sound methodology with regard to treatment programmes for serious violent and sexual offenders with mental disorders are few and far between.

Based on the descriptions of the countries, the conclusion can be made that, to a great extent, they face similar problems regarding serious violent and sexual offenders with mental disorders, and have to make the same types of choices. Which choices are made in actual fact in the short or long term depends largely on the manner in which the relevant system is constructed.



# Bijlagen



# **Bijlage 1**

## **Samenstelling Begeleidingscommissie**

### **Voorzitter**

prof. mr. P.A.M. Mevis – hoogleraar Strafrecht en Strafprocesrecht,  
Erasmus Universiteit, Rotterdam

### **Leden**

mw. mr. M.F.M. de Groot – hoofd afdeling Ontwikkeling, Directoraat-  
Generaal Preventie, Jeugd & Sancties, Ministerie van Justitie  
prof. mr. B. F. Keulen – hoogleraar Strafrecht en Strafprocesrecht,  
Rijksuniversiteit Groningen  
mw. drs. J. Kuyvenhoven – beleidsadviseur Dienst Justitiële Inrichtingen,  
Ministerie van Justitie  
prof. dr. H. J. C. van Marle – hoogleraar Forensische Psychiatrie, Erasmus  
Universiteit, Rotterdam  
dr. P. Osinga – senior beleidsadviseur, Directie Sanctie- en  
Preventiebeleid, Ministerie van Justitie  
dr. M.W.G. Philipse – wetenschappelijk onderzoeker en senior beleidsadvi-  
seur, Pompestichting, Nijmegen  
mw. prof. dr. C. de Ruiter – bijzonder hoogleraar Forensische Psychologie,  
Universiteit Maastricht en programmahoofd, Trimbos-instituut, Utrecht  
mr. W. E. Zandbergen – senior beleidsmedewerker, Directie Sancties &  
Preventiebeleid, Ministerie van Justitie

## Bijlage 2

### Beknopte omschrijving meetinstrumenten

ABCS	Abel and Becker Cognitions Scale
BPAQ	Buss-Perry Aggression Questionnaire Instrument dat agressie meet
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual-IV Classificatiesysteem van psychische stoornissen
HCR-20	Historical and Clinical Risk assessment-20 Risicotaxatie-instrument voor gewelddadig gedrag
MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory Zelfrapportage vragenlijst over persoonlijkheidskenmerken
MSI	Multiphasic Sex Inventory
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised Instrument om de mate waarin een persoon voldoet aan de criteria van psychopathie te meten
PPG	Penile Plethysmograph Methode om de seksuele opwinding te meten
RMAS	Burth Rape Myth Acceptance Scale
RRASOR	Rapid Risk Assessment of Sexual Violence Recidivism Risicotaxatie-instrument voor gewelddadig seksueel gedrag
SAJC	Structured Anchored Clinical Judgement
SARA	Spousal Assault Risk Assessment Instrument dat de mate van huiselijk geweld in kaart brengt
SORAG	Sex Offender Risk Appraisal Guide Risicotaxatie-instrument voor gewelddadig seksueel gedrag
Static-99	Risicotaxatie-instrument voor gewelddadig seksueel gedrag
SVR-20	Sexual Violence Risk scale-20 Risicotaxatie-instrument voor gewelddadig seksueel gedrag
VRAG	Violence Risk Appraisal Guide Risicotaxatie-instrument voor gewelddadig gedrag

## **Bijlage 3**

### **Vragenlijst interviews**

#### **Interview about principles, organisation, practice, and research with respect to violent (sex) offenders**

Dear Sir, Madam,

Thank you very much for cooperating with an interview on behalf of the WODC comparative study.

The Research, Statistics and Information Centre (WODC), affiliated to the Ministry of Justice, has started a study on principles, current organisation and practices, and new or promising developments with respect to seriously violent (sex) offenders with a personality disorder or a psychiatric disorder in several countries. The study is undertaken on behalf of a parliamentary inquiry into the practice of the execution of the Dutch TBS-order (for information about the study, see accompanying leaflet).

The project focuses on the recent state of the art with respect to several subjects which are indicated below. Apart from studying (key) publications, we have planned to interview leading experts in research, government and policy, forensic mental health, criminal law, prison service, probation service, parole boards and mental health boards.

In principle, the interview will cover the subjects that are indicated below. However, we do not need to address all the questions during the interview. Depending on your affiliation and expertise, you can select the subjects that you consider to be (particularly) relevant to share your knowledge about with us.

Additionally, we would like to inform you that the subjects and questions are inspired by recent developments or problems with the population of violent (sex) offenders in the Netherlands, things may be different in your country or system.

We send the interview questions to you in advance so that you can prepare for the interview if you would like to do so. You do not need to fill out the questionnaire, but if you would like to, you are free to do so off course. We would also be very much obliged if you have any tips regarding crucial publications on any of the topics.

#### **Population and subgroups in executorial practice**

For the present study we are interested in subgroups within the population of violent (sex) offenders that may be distinguished in the execution of judicial measures or penalties (trajectories of offenders, placement,

custody, treatment, supervision). By violent (sex) offences we mean serious offences such as physical assault, sexual assault, sexual abuse of children, manslaughter, murder.

- 1 Are there any subgroups identified in your country within the population of seriously violent (sex) offenders (with a personality disorder or a psychiatric disorder)?  
If so, which subgroups?

The following possible subgroups are mentioned specifically, because of their relevance for the Netherlands, please indicate if these subgroups are also relevant in practice in your country:

*a) Subgroups based on the level of treatment success*

- The ‘treatable group’: seriously violent (sex) offenders who can be resocialised and transferred to the community or to general psychiatry. In the Netherlands, this concerns the group that can be transferred from maximum security within 6 to 8 years.
- The ‘long care-group’: seriously violent (sex) offenders who are expected to need enduring psychiatric care, as well as security.
- The ‘long stay-group’: seriously violent (sex) offenders who are expected to need enduring maximum or supermax. security.

*b) Subgroups based on diagnosis*

- (Major) mental disorders (Axis I disorders, e.g., schizophrenia, psychotic disorders, mood disorders).
- Personality disorders (Axis II disorders, e.g., antisocial personality disorder, narcissistic personality disorder, and psychopathy as measured by the Psychopathy Checklist Revised)

*c) Subgroups based on type of offence*

- Serious violent offence.
- Serious sex offence.

*d) Subgroups based on risk of criminal recidivism*

- High risk based on assessment of the risk of violent (sexual) recidivism.
- Medium risk based on assessment of the risk of violent (sexual) recidivism.
- Low risk based on assessment of the risk of violent (sexual) recidivism.

*e) Other subgroups*

.....



### Penal measures, civil measures or prison sentence

- 2) Which penal measures, civil measures, or penalties are available to place seriously violent (sex) offenders:
- a) in custody (in a prison or a secure hospital)
  - b) in extramural treatment, supervision or aftercare
  - c) day care
  - d) other

Could you also indicate for which subgroups of violent (sex) offenders these measures or penalties are relevant?

### Facilities

- 3) Which institutions and other facilities exist for each of the subgroups distinguished in your country?

For example:

- Judicial hospitals for mandatory hospitalisation (maximum security, medium security, light security)
- Specialised prison units (special security and treatment, e.g. dangerous offender units)
- Special care prison units (units which provide psychiatric care)
- Forensic psychiatric hospitals within the health care system that also provide security
- Forensic psychiatric day care facilities
- Forensic psychiatric outpatient clinics
- Forensic psychiatric home care
- Specific long stay facilities for long term dangerous offenders
- Other

*Do you have tips with respect to crucial publications about this topic?*

### Budget

- 4) How much does your country spend on custody, treatment and supervision of seriously violent (sex) offenders?
- a) Daily price in 2004 and 2005 of a bed or place in one of the main facilities:
    - intramural prison,
    - intramural maximum security hospital
    - extramural supervision

- b) Proportion of the budget of the Ministry of Justice and/or Ministry of Health allocated to custody, treatment and supervision of seriously violent (sex) offenders in 2004 and 2005.
- c) Other important indications of costs of violent (sex) offenders you can provide.

### **The trajectories of seriously violent (sex) offenders**

- 5) Decision-making, procedures and practices
  - a) With regard to violent (sexual) offenders (the subgroups mentioned), who is responsible for the decision-making about:
    - Imposal of judicial measures
    - Imposal of penalties
    - Execution of judicial measures
    - Execution of penalties
    - In which facility the offender is placed
    - If the offender gets treatment
    - If and when the offender who is staying in custody, is allowed leave
    - If and when the offender is transferred to a lighter facility (for instance from maximum to medium security, or from a judicial facility to a mental health facility).
    - Termination of custody in prison
    - Termination of mandatory hospitalisation
    - Termination of a judicial measure (penal or civil) with mandatory hospitalisation
  - b) In the Netherlands, we are particularly interested in the role of the concept of 'treatability' (i.e., the expected success in reducing the risk of criminal recidivism) in decision-making about treatment, liberties, and transfer from the judicial system.  
Which principles guide the decision-making with respect to the trajectories of violent (sex) offenders in your country?

Such principles could for instance be:

- the risk of violent criminal recidivism?
- the risk of sexual recidivism?
- presence of a (major) mental disorder?
- the presence of a (serious) personality disorder?
- the concept of treatment success of the disorder?
- the concept of treatment success of the risk of criminal recidivism?
- other

Which principles guide decision-making with respect to:

- Imposal of judicial measures
- Imposal of penalties

- Execution of judicial measures
  - Execution of penalties
  - In which facility the offender is placed
  - If the offender gets treatment
  - If and when the offender who is staying in custody, is allowed leave
  - If and when the offender is transferred to a lighter facility (for instance from maximum to medium security, or from a judicial facility to a mental health facility).
  - Termination of custody in prison
  - Termination of mandatory hospitalisation
  - Termination of a judicial measure (penal or civil) with mandatory hospitalisation
- c) Do seriously violent (sex) offenders get out of the judicial system (prison or secure hospital)? Where do they go?
- d) Can you provide documentation about the (general) procedures and practices with respect to decision-making about the trajectory the offender is to follow after the sentence, treatment, leave and release?

*Do you have tips about crucial publications on these topics?*

### **Reintegration?**

- 6) Reintegration systems
- a) Are violent (sexual) offenders reintegrated in society (e.g., independently in the community, or in sheltered housing, et cetera) after a penalty or penal measure involving mandatory custody in prison or a hospital?

If so, what kind of reintegration systems exist?

Who performs?

Who coordinates?

Such systems could be for instance:

- Intramural treatment during detention or mandatory hospitalisation in order to prepare the offender for reintegration in the community
- Extramural treatment during the penalty or measure
- Probation during the penalty or measure
- Supervision after the penalty or measure

- b) Is the transfer from (super)maximum security hospitals/prisons gradual or abrupt?  
By gradual we mean a system with a stepwise transfer in which an

offender gradually receives more liberties, while monitoring whether he deals adequately with these liberties. For instance, gradually increasing liberties within the maximum security facility, then transfer to medium security, subsequently gradually increasing liberties within medium security and then transfer to light security. By abrupt we mean a system without such a gradual monitored increase in liberties. For instance, a system in which an offender is released from maximum security into the community when as his sentence is over.

*Do you have tips about crucial publications on these topics?*

### **Supervision**

7) Supervision when the offender is in the community.

- a) Does your country have any systems for monitoring or supervision (e.g., aftercare) of violent (sex) offenders (with a mental disorder or personality disorder) when they are back in the community? They can for instance be in the community in the last phases of treatment with the aim of resocialisation, on probation, or with a community treatment order (under criminal jurisdiction).
- b) Under which judicial measures or penalties can supervision of seriously violent (sex) offenders (with personality disorder or mental disorder) take place in the community? You can mention measures defined in penal law and measures defined in mental health law.
- c) For how many months/years is the former patient being monitored or supervised?
- d) In which phases in the offender's trajectory is supervision under the measures you have mentioned above possible?  
For instance:
  - During a judicial measure or penalty (e.g., while on probation). Instead of a custodial measure or penalty (e.g., for instance community treatment orders).
  - After a judicial measure or penalty (e.g., as a preventive measure)
- e) How is supervision of (subgroups of) seriously violent (sex) offenders done in practice? Which organisations are responsible? What is the frequency of contact with the offender?

*Do you have tips about crucial publications on the topics of supervision, monitoring or aftercare of violent (sex) offenders?*

- 8) Leave
- a) Are violent (sex) offenders allowed to go on leave while in custody in a maximum security hospital?
  - b) And while in custody in prison?
  - c) If yes, are they supervised during leave?
  - d) How is this carried out in practice (just crude general outlines if these exist)?

*Do you have tips about publications about leave?*

### **Risk assessment and -management**

- 9) Which instruments for the assessment of the risk of (sexual) violence are used with seriously violent (sex) offenders?
- 10) At what points in the offenders' trajectories are these instruments used? And by which organisation? Could you provide some general outlines?
- a) When the sentence has been imposed, to decide about placement (security level)
  - b) To decide about type of treatment
  - c) To decide about allowing the offender leave or not (while in custody in hospital or prison)
  - d) To decide if an offender can be transferred to a less secure facility
  - e) To decide if an offender can be released on probation from a prison penalty or from a hospital order
  - f) When a prison sentence ends to decide if custody can be terminated
  - g) When a prison sentence ends to decide if (long term) supervision is needed
  - h) When deciding if a penal or civil measure with mandatory hospitalisation can be terminated (review of the measure)
  - i) Otherwise
- 11) How effective are risk assessment instruments in practice?
- a) How do clinicians (psychiatrists and psychologists) perceive (the use of) risk assessment instruments for (sexually) violent behaviour?
  - b) How do judges or others who decide about release of violent (sex) offenders perceive (the use of) risk assessment instruments?

*Do you have tips about crucial publications on current risk assessment practice and acceptance in your country?*

### New developments

12) Proceeding according to protocol

- a) To what extent is the assessment of violent (sex) offenders (with a personality disorder or mental disorder) proceeding according to protocol?
- b) To what extent is the treatment of violent (sex) offenders (with a personality disorder or mental disorder) proceeding according to protocol?

13) New scientific insights

- a) To what extent and in which way are new scientific insights incorporated into policy with respect to violent (sex) offenders?
- b) To what extent and in which way are new scientific insights incorporated into practice with respect to violent (sex) offenders?

For instance:

- structured risk assessment of violent (sexual) recidivism
- treatment methods with respect to personality disorders or psychopathy
- neurophysiologic research, for instance, studies on serotonin and aggression
- cooperation between hospitals or prisons and universities or other research institutes

14) Which are the most prominent recent developments in your country with respect to violent (sex) offenders?

These could for instance be in the fields of:

- policy
- politics
- public opinion
- legislation
- practice of placement and treatment
- scientific progress
- (organisation of) prison system
- (organisation of) mental health system
- other

15) Are there any historical, cultural, or sociological characteristics that play a specific role in the whole process of how your country or system copes with seriously violent (sex) offenders?

## WODC-rapporten

Om zo veel mogelijk belanghebbenden te informeren over de onderzoekresultaten van het WODC wordt een beperkte oplage van de rapporten kosteloos verspreid onder functionarissen, werkgroepen en instellingen binnen en buiten het ministerie van Justitie. Dit gebeurt aan de hand van een verzendlijst die afhankelijk van het onderwerp van het rapport opgesteld wordt. De rapporten in de reeks Onderzoek en beleid (O&B) worden uitgegeven door Boom Juridische uitgevers en zijn voor belangstellenden die niet voor een kosteloos rapport in aanmerking komen, te bestellen bij Boom distributiecentrum, postbus 400, 7940 AK Meppel, tel.: 0522-23 75 55, via e-mail: bdc@bdc.boom.nl.

Een complete lijst van de WODC-rapporten is te vinden op de WODC-site ([www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)). Daar zijn ook de uitgebreide samenvattingen te vinden van alle vanaf 1997 verschenen WODC-rapporten. Volledige teksten van de rapporten (vanaf 1999) zullen met terugwerkende kracht op de WODC-site beschikbaar komen. Hieronder volgen de titelbeschrijvingen van de in 2002, 2003, 2004 en 2005 verschenen rapporten.

**Kamphorst, P.A., G.J. Terlouw**

*Van vast naar mobiel; een evaluatie van het experiment met elektronisch huisarrest voor minderjarigen als modaliteit voor de voorlopige hechtenis*  
2002, O&B 195

**Moolenaar, D.E.G., F.P. van Tulder, G.L.A.M. Huijbregts, W. van der Heide**

*Prognose van de sanctiecapaciteit tot en met 2006*  
2002, O&B 196

**Bokhorst, R.J., C.H. de Kogel, C.F.M. van der Meij**

*Evaluatie van de Wet BOB; fase 1: de eerste praktijkervaringen met de Wet bijzondere opsporingsbevoegdheden*  
2002, O&B 197

**Kleemans, E.R., M.E.I. Brienens, H.G. van de Bunt m.m.v.**

**R.F. Kouwenberg, G. Paulides, J. Barendsen**

*Georganiseerde criminaliteit in Nederland; tweede rapportage op basis van de WODC-monitor*  
2002, O&B 198

**Voert, M. ter, J. Kuppens**

*Schijn van partijdigheid rechters*  
2002, O&B 199

**Daalder, A.L.**

*Het bordeelverbod opgeheven; prostitutie in 2000-2001*  
2002, O&B 200

**Klijn, A.**

*Naamrecht*  
2002, O&B 201

**Kruissink, M., C. Verwers**

*Jeugdreclassering in de praktijk*  
2002, O&B 202

**Eshuis, R.J.J.**

*Van rechtbank naar kanton; evaluatie van de competentiegrensverhoging voor civiele handelszaken in 1999*

2002, O&B 203

**Meijer, R.F., M. Grapendaal, M.M.J. van Ooyen, B.S.J. Wartna, M. Brouwers, A.A.M. Essers**

*Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers; achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor: Jaarbericht 2002*

2003, O&B 204

**Tak, P.J.J.**

*The Dutch criminal justice system; organization and operation – second revised edition*

2003, O&B 205

**Kromhout, M., M. van San**

*Schimmige werelden; nieuwe etnische groepen en jeugdcriminaliteit*

2003, O&B 206

**Kogel, C.H. de, C. Verwers**

*De longstay afdeling van Veldzicht; een evaluatie*

2003, O&B 207

**Moolenaar, D.E.G., G.L.A.M. Huijbregts**

*Sanctiecapaciteit 2007; een beleidsneutrale prognose*

2003, O&B 208

**Eshuis, R.J.J.**

*Claims bij de rechtbank*

2003, O&B 209

**Combrink-Kuiters, L., E. Niemeyer, M. ter Voert m.m.v. N. Dijkhoff, M. van Gammeren-Zoetewij, J. Kuppens**

*Ruimte voor Mediation*

2003, O&B 210

**Heide, W. van der, A.Th.J. Eggen (red.)**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2001; Ontwikkelingen en samenhangen*

2003, O&B 211

**European Sourcebook**

*European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics – 2003*

2003, O&B 212

**Smit, P.R., F.P. van Tulder, R.F. Meijer, P.P.J. Groen**

*Het ophelderingspercentage nader beschouwd*

2003, O&B 213

**Dijksterhuis, B.M., M.J.G. Jacobs, W.M. de Jongste**

*De competentiegrens van enkelvoudige kamers in strafzaken*

2003, O&B 214

**Bunt, H.G. van de, C.R.A. van der Schroot**

*Prevention of Organised Crime*

2003, O&B 215



- Wartna, B.S.J., N. Tollenaar**  
*Bekenden van Justitie*  
2004, O&B 216
- Moolenaar, D.E.G., P.P.J. Groen, A.G. Mein, B.S.J. Wartna, M. Blom**  
*Wegenverkeerswet 1994*  
2004, O&B 217
- Faber, W., A.A.A. van Nunen**  
*Uit onverdachte bron*  
2004, O&B 218
- Velthoven, B.C.J. van, M.J. ter Voert m.m.v. M. van Gammeren-Zoetewij**  
*Geschilbeslechtingdelta 2003; Over verloop en afloop van (potentieel) juridische problemen van burgers*  
2004, O&B 219
- Leuw E., R.V. Bijl, A. Daalder**  
*Pedoseksuele delinquentie; Een onderzoek naar prevalentie, toedracht en strafrechtelijke interventies*  
2004, O&B 220
- Leertouwer, E.C., G.L.A.M. Huijbregts**  
*Sanctiecapaciteit 2008*  
2004, O&B 221
- Beijer, A., R.J. Bokhorst, M. Boone, C.H. Brants, J.M.W. Lindeman**  
*De wet bijzondere opsporingsbevoegdheden – eindevaluatie*  
2004, O&B 222
- Moors, J.A., M.Y.W. Von Bergh, S. Bogaerts, J.W.M.W. van Poppel, A.M. van Kalmthout**  
*Kiezen voor delen?*  
2004, O&B 223
- Adriaanse, J.A.A., N.J.H. Huls, J.G. Kuijl, P. Vos**  
*Informeel reorganisatie in het perspectief van surseance van betaling, WSNP en faillissement*  
2004, O&B 224
- Jong, P.O. de, M. Herweijer**  
*Alle regels tellen*  
2004, O&B 225
- Kogel, C.H. de, C. Verwers, V.E. den Hartogh**  
*'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering*  
2004, O&B 226
- Wartna, B.S.J., N. Tollenaar, M. Blom**  
*Recidive 1997; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van volwassen en jeugdige daders*  
2005, O&B 227
- Wartna, B.S.J., N. Tollenaar, A.A.M. Essers**  
*Door na de gevangenis; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*  
2005, O&B 228

**Wartna, B.S.J., S. el Harbachi, A.M. van der Laan**

*Jong vast; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-pupillen van justitiële jeugdinstellingen*

2005, O&B 229

**Wartna, B.S.J., S. el Harbachi, L.M. van der Knaap**

*Buiten behandeling; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*

2005, O&B 230

**Lünnemann, K.D., M.Y. Bruinsma**

*Geweld binnen en buiten; Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*

2005, O&B 231

**Erp, J.G. van, M.D. van Ewijk**

*Werklast bestuurlijke boete; Determinanten van de werkbelasting in de bestuursrechtspleging*

2005, O&B 232

**Broeksteeg, J.L.W., E.M.J. Hardy, S. Klosse, M.G.W.M. Peeters,**

**L.F.M. Verhey**

*Zicht op wetgevingskwaliteit; Onderzoek naar de wetgevingsadvisering van de Raad van State*

2005, O&B 233

**Gritter, E., G. Knigge, N.J.M. Kwakman**

*De WED op de helling; Een onderzoek naar de wenselijkheid de Wet op de economische delicten te herzien*

2005, O&B 234

**Rovers, G.B., E. de Vries Robbé**

*Interne criminaliteit in de logistieke sector*

2005, O&B 235

**Kogel, G.H. de, V.E. den Hartogh**

*Contraire beëindiging van de TBS-maatregel; Aantal, aard en verband met recidive*

2005, O&B 236

**Eggen, A.Th.J., W. van der Heide**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2004; Ontwikkelingen en samenhangen*

2006, O&B 237

**Bruin, D.E. de, C.J.M. Meijerman, F.R.J. Leenders, R.V. Braam**

*Verslingerd aan meer dan een spel; Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*

2006, O&B 238

**Knaap, L.M. van der, L.T.J. Nijssen, S. Bogaerts**

*Geweld verslagen? Een studie naar de preventie van geweld in het publieke en semi-publieke domein*

2006, O&B 239

**Kogel, C.H. de, M.H. Nagtegaal, E. Neven, G. Vervaeke**  
*Gewelddadige delinquenten met een psychische stoornis*  
2006, O&B 240