

Vergaderjaar 2005–2006

30 250

Parlementair onderzoek TBS

Nr. 7

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 1 juni 2006

De vaste commissies voor Justitie¹ en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² hebben op 24 mei 2006 een aantal vragen ter beantwoording aan de tijdelijke commissie onderzoek tbs voorgelegd over het rapport van de commissie «Tbs, vandaag over gisteren en morgen». De tijdelijke commissie heeft de vragen op 30 mei 2006 beantwoord. Vragen en antwoorden staan hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de vaste commissie voor Justitie,
De Pater-van der Meer

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van de Camp (CDA), De Vries (PvdA), Dittrich (D66), Rouvoet (CU), De Wit (SP), Albayrak (PvdA), Luchtenveld (VVD), Wilders (Groep Wilders), Weekers (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), Voorzitter, Çörüz (CDA), Verbeet (PvdA), ondervoorzitter, Wolfsen (PvdA), De Vries (CDA), Van Haersma Buma (CDA), Eerdmans (LPF), Van Vroonhoven-Kok (CDA), Varela (LPF), Van Fessem (CDA), Straub (PvdA), Nawijn (Groep Nawijn), Visser (VVD), Azough (GL), Van Egerschot (VVD), Meijer (PvdA), Özütok (GL), Vacature (algemeen) en Vacature (SP).

Plv. leden: Jonker (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Lambrechts (D66), Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Tjon-A-Ten (PvdA), Van Baalen

(VVD), Blok (VVD), Vacature (algemeen), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), Van Heteren (PvdA), Arib (PvdA), Buijs (CDA), Sterk (CDA), Kraneveldt (LPF), Joldersma (CDA), Van As (LPF), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Van Schijndel (VVD), Karimi (GL), Örgü (VVD), Kalsbeek (PvdA), Halsema (GL), Timmer (PvdA) en Vergeer (SP).

² Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde

(CDA), Nawijn (Groep Nawijn), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GL), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vacature (algemeen), Ormel (CDA), Vacature (algemeen), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Vacature (algemeen), Eski (CDA), Van Gent (GL), Bakker (D66) en Nijs (VVD).

1

Op welke wijze heeft de commissie bij haar analyse en aanbevelingen rekening gehouden met de belangen van slachtoffers, zoals vermeld op blz. 14 en welke aanbevelingen zou de commissie willen doen ten aanzien van deze groep betrokkenen?

De commissie heeft met verschillende slachtoffers en nabestaanden gesproken. Ook heeft zij veel brieven en email van slachtoffers ontvangen. Om de positie van slachtoffers te markeren, heeft de commissie tijdens de openbare gesprekken ondermeer gesproken met de directeur van Slachtofferhulp Nederland. De commissie heeft echter besloten geen aanbeveling te doen ten aanzien van deze groep betrokkenen, omdat dat onvoldoende recht doet aan de unieke situatie van elk slachtoffer – los van het feit of de dader uiteindelijk tot tbs is veroordeeld. Daarbij realiseerde de commissie zich ook dat op dit moment het wetsvoorstel inzake de positie van het slachtoffer in het strafproces op de agenda van de plenaire vergadering staat.

2

Waarom wordt door de commissie in het geheel niet ingegaan op het voortraject van een persoon in de hulpverlening voor deze tbs krijgt, aangezien de meeste tbs-ers een verleden hebben in de hulpverlening? Valt hier niets te verbeteren?

In de openbare gesprekken is dit thema diverse keren zeer nadrukkelijk aan de orde gesteld. De commissie wil in dit verband vooral verwijzen naar de openbare gesprekken met de heren Duits en Bartels, met wie de problemen in de jeugdzorg en de PIJ-maatregel («jeugd tbs») uitgebreid zijn besproken. Zij heeft in verband met de beschikbare tijd het onderzoek niet willen uitbreiden met het thema «effecten van behandeling in de jeugdzorg en de reguliere ggz». De commissie kan op basis van de informatie die tot haar beschikking staat, wel concluderen dat er veel te verbeteren valt. De commissie stelt daarom voor meer te investeren in (wetenschappelijk) onderzoek (aanbeveling 14), justitiële jeugdinrichtingen te twinnen met tbs-instellingen (aanbeveling 16) en de informatie-uitwisseling over individuele patiënten te verbeteren (aanbeveling 3). Zie ook het antwoord op vraag 56.

3

Verdiert het niet aanbeveling om tbs-klinieken en psychiatrische ziekenhuizen waarin personen zijn opgenomen met gelijksoortige psychiatrische stoornissen en veiligheidsvoorzieningen op te laten gaan in één behandelstelsel, nu de aard van de psychiatrische stoornissen van de onderscheiden patiënten overeen komt?

In de forensische psychiatrie staat behandeling van de stoornis in relatie tot het delict risico centraal. Dat vloeit voort uit de doelstelling van de tbs-maatregel. Dat is niet hetzelfde als de gewone psychiatrie waarin de stoornis zelf centraal staat. Het integreren van de behandelssystemen ligt dan niet voor de hand. In aanbeveling 8 stelt de commissie wel voor te komen tot meer differentiatie en specialisatie. In de visie van de commissie komt de zorg- en veiligheidsbehoefte ten aanzien van de patiënt centraal te staan en niet de instelling/het ziekenhuis.

4

Waarom is er door de commissie specifiek onderzoek ter plaatse verricht in Engeland en Duitsland? Waarom is de keuze juist op deze landen gevallen? Wat hield dit onderzoek ter plaatse in?

De commissie heeft mede op basis van advies van deskundigen gekozen voor Engeland en Duitsland, omdat het landen zijn waar twee geheel verschillende strafrechtssystemen van toepassing zijn. Engeland kent geen schuldstrafrecht, waardoor daar anders wordt omgegaan met delinquenten met een psychische stoornis. Duitsland kent net als Nederland wel schuldstrafrecht. Op die manier konden relevante overeenkomsten en verschillen worden onderzocht, zoals de omgang met «toerekeningsvatbaarheid». Het onderzoek ter plaatse hield in: gesprekken met deskundigen en verantwoordelijken uit gehele keten, gesprekken met wetenschappers en bezoeken aan gevangenissen, ziekenhuizen voor geestelijk gestoorde en inrichtingen voor mensen met een maatregel zoals de tbs. Ter voorbereiding op die werkbezoeken heeft de commissie de concept-rapportages van het WODC (Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis) in mogen zien.

5

De commissie gaat uit van het percentage van gedetineerden met een ernstige psychische stoornis van 10%. Zijn er verschillen in percentage tussen verschillende PI's, bijvoorbeeld regionaal verschil, of is er een verschil gelet op het beveiligingsniveau?

De groep gedetineerden met een ernstige psychiatrische stoornis verblijft meestal op de bijzondere zorg afdelingen in detentie, zoals de FOBA, (B)IBA en BZA. In 2003 waren er binnen het gevangeniswezen 1400 plekken op de bijzondere zorgafdelingen; dit is ongeveer 10% van het aantal plekken. Doordat niet alle PI's over deze afdelingen beschikken zijn er regionale verschillen te constateren. Zie ook vraag 6.

6

In het rapport wordt uitgegaan van een percentage gedetineerden met een ernstige psychiatrische stoornis van 10%. Waarop is dit percentage precies gebaseerd? Is het, gezien de onderling afwijkende getallen uit diverse onderzoeken, nodig dat hier een grootschalig diepgaand onderzoek naar wordt gedaan?

Het percentage gedetineerden met een ernstige psychiatrische stoornis verschilt per onderzoek omdat het begrip ernstig psychiatrisch gestoord per onderzoek verschillend wordt gedefinieerd. Gedetineerden met ernstige psychiatrische stoornissen (o.a. psychoses) en ernstige stemmingsstoornissen (o.a. depressie, manisch depressief) vallen onder het percentage van 10%. Het percentage gedetineerden dat enige vorm (ernstig of minder ernstig) van psychische problemen heeft ligt veel hoger. De commissie is van mening dat er geen grootschalig onderzoek hoeft plaats te vinden naar de onderling afwijkende getallen. Ondanks de verschillen is het beeld redelijk compleet.

7

Hoeveel tbs-gestelden zijn in hun verleden op grond van de Wet Bopz gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis?

In het proefschrift van de heer Van Vliet «de tbs in de maatschappelijke context» wordt aangegeven dat bij ongeveer 20% van de tbs-populatie sprake is geweest van gedwongen civielrechtelijke opnames. Het percentage tbs'ers dat met ggz of jeugdhulpverlening in aanraking is gekomen ligt veel hoger (ongeveer 70%).

8

Wat zijn de precieze redenen waarom een belangrijk deel van de tbs-populatie weliswaar door de ggz tijdelijk is behandeld, maar dat deze personen desondanks niet optimaal in de samenleving functioneren en de

geestelijke stoornis zich verder ontwikkelt? Betekent dit dat de behandeling te kort schiet?

De commissie heeft in brede zin gekeken naar tbs, maar heeft geen onderzoek gedaan naar de effecten van behandeling in de ggz. Zie het antwoord bij vraag 2. Wel is tijdens de besloten en openbare gesprekken door diverse gesprekspartners aangegeven dat als gevolg van ondermeer de beweging van de «anti-psihiatrie» en trends als «vermaatschappelijking» in het verleden keuzes zijn gemaakt die niet voor alle mensen met een geestelijke stoornis goed zijn uitgepakt. Bovendien is de nazorg vanuit de ggz niet optimaal en is terugval altijd mogelijk bijvoorbeeld omdat medicijnen niet worden ingenomen. In zo'n geval is terugval niet te herleiden tot de behandeling in de tbs-kliniek. De commissie wijst ter toelichting op de gesprekken met de heren Van Panhuis en Van Veldhuizen.

9

Is er in andere (West) Europese landen een vergelijkbaar onderscheid gemaakt in gradaties van toerekeningsvatbaarheid?

In Nederland worden vijf gradaties van toerekeningsvatbaarheid gehanteerd. In andere (West) Europese landen worden twee of hooguit drie gradaties gehanteerd. Zie ook het onderzoek van het WODC (2006) «Gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen» over het psychiatrisch- en gevangenisstelsel in de Europese landen Engeland, Duitsland, Zweden en België.

10

Worden de verschillende culturele achtergronden van tbs-gestelden landelijk geregistreerd? Op blz. 24 zegt De Jong (PBC) dat allochtonen een disproportioneel groot aandeel van de populatie uitmaken. Zijn er landelijke gegevens over deze verdeling onder de tbs-gestelden van de verschillende culturele achtergronden?

De culturele achtergronden van tbs-gestelden worden landelijk geregistreerd. In het rapport «TBS in getal» van het Ministerie van Justitie (2006) zijn de gegevens met betrekking tot het geboorteland van personen in een tbs-inrichting terug te vinden.

11

Volgens de commissie groeit deze groep van verdachten met uiteenlopende culturele achtergronden. Waar baseert de commissie deze conclusie op?

De commissie baseert deze conclusie op de verschillende gesprekken die zij heeft gevoerd. Niet alleen in Nederland, ook in Duitsland wordt deze ontwikkeling onderkend. De oorzaak wordt in beide landen vooral gezocht in het onbekend zijn met de ggz van jongeren uit andere culturen.

12

Bestaat bij het toepassen van het Beslissingsondersteuning onderzoek geestvermogens instrument (BooG), dat gebaseerd is op van tevoren vastgestelde criteria, niet het gevaar dat voor bepaalde groepen verdachten ten onrechte geen Pro-Justitia onderzoek wordt uitgevoerd?

De commissie is van mening dat wanneer het BooG-instrument goed wordt gehanteerd dit niet gebeurt. Na het invoeren van verschillende gegevens, zoals het tenlastegelegde delict en kenmerken van de verdachte, ondersteunt het instrument de beslissing of er wel of geen Pro Justitia onderzoek wenselijk is. Het instrument ondersteunt dit aan de hand van verschillende variabelen en niet aan de hand van vastgestelde

criteria. Het instrument laat natuurlijk onverlet de bevoegdheden van de officier van justitie, de rechter-commissaris en de rechter.

13

Wat zijn de precieze bevindingen ten aanzien van de inhoudelijke kwaliteit van de Pro Justitia rapportages? Waarom zijn de rapportages wisselend van kwaliteit, zoals mr. Korvinus constateerde?

De commissie is van mening dat er de laatste jaren een grote kwaliteits-slag is geleverd met betrekking tot de Pro Justitia-rapportages. Dat wordt breed gezien en erkend. Ook de heer Korvinus geeft aan dat in het verleden de kwaliteit van de Pro Justitia rapportage wisselend was, maar dat dit nu is verbeterd.

14

Worden de aanvragen van Pro Justitia-rapportage vanaf het moment van invoering (april 2006) bijgehouden en geëvalueerd om te bepalen of de verschillen tussen arrondissementen verdwijnen?

Het aantal aanvragen van Pro Justitia-rapportages wordt landelijk bijgehouden. Het BooG-instrument beoogt de verschillen tussen arrondissementen te verkleinen. De evaluatie van dit instrument moet nog plaatsvinden.

15

Hoe verhoudt zich de constatering dat een tbs-gestelde «in de regel» tweederde van zijn gevangenisstraf dient uit te zitten in een penitentiaire inrichting tot de bepaling van artikel 42 van het Besluit Penitentiaire maatregel waarin wordt bepaald dat de plaatsing in een tbs-kliniek van een veroordeelde tot een gevangenisstraf die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling heeft opgelegd gekregen in beginsel geschiedt nadat eenderde van de opgelegde vrijheidsstraf ten uitvoer is gelegd?

Het Besluit Penitentiaire maatregel en de Penitentiaire Beginselenwet geven aan dat onder bepaalde voorwaarden na eenderde van de opgelegde vrijheidsstraf plaatsing in een tbs-kliniek mogelijk is. Door de in de afgelopen jaren heersende capaciteitsproblematiek kon plaatsing in een tbs-kliniek in het algemeen pas plaatsvinden na tweederde van de gevangenisstraf of daarna (passantenperiode). Met andere woorden: door de capaciteitsproblemen kunnen de mogelijkheden die de wet biedt niet worden aangewend.

16

Moeten alle tbs-gestelden (met of zonder gevangenisstraf) wachten op plaatsing? De commissie geeft aan dat de wachttijd kan oplopen tot 2,5 jaar (blz. 29). Is dit de gemiddelde wachttijd?

In het rapport «TBS in getal» van het Ministerie van Justitie (2006) is de gemiddelde wachttijd in 2005 voor tbs-passanten aangegeven. De gemiddelde wachttijd in 2005 was 282 dagen en dus geen 2,5 jaar. Zowel tbs-gestelden met of zonder gevangenisstraf moeten wachten op plaatsing in een tbs-kliniek. De duur van de wachttijd is naast de doorstroom uit de tbs-kliniek ook afhankelijk van de beperkte selectiecriteria die zijn blijven bestaan onder de a-selectie plaatsing (dus of iemand een man of vrouw is, de primaire psychopathologie en het intelligentieniveau).

17

Is er door de commissie onderzoek verricht (of bekendheid met onderzoek) naar de verschillende behandelmethoden die worden gebruikt en de verschillen tussen de tbs-klinieken gelet op de behandelmethoden?

De commissie heeft zelf geen onderzoek verricht naar de verschillende behandelmethoden die worden gebruikt. Er is wel gesproken met onderzoekers over behandelmethoden en hun effectiviteit. Verschillen in behandelmethoden en achterliggende behandel filosofie zijn mede te verklaren uit het recente verleden, waarin tbs'ers niet a-select werden toegewezen maar het Meijers-Instituut beoordeelde welke kliniek het meest geschikt was voor de behandeling. Samen met het EFP ontwikkelen de klinieken op dit moment zorgprogramma's voor de verschillende patiëntgroepen. De commissie is van mening dat zowel de uitwisseling van informatie over behandelmethoden als de verdere ontwikkeling van zorgprogramma's gestimuleerd moet worden.

18

Worden binnen de verschillende tbs-klinieken dezelfde behandelmethoden gebruikt voor dezelfde psychiatrische of psychologische stoornis?

Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 17. De tbs-klinieken hadden in het verleden hun eigen methoden en specialisaties. Dat bemoeilijkt de onderlinge vergelijkbaarheid. Op dit moment worden zorgprogramma's ontwikkeld voor verschillende groepen binnen de tbs-patiënten. Hierdoor zal de behandeling in de tbs-klinieken steeds meer vergelijkbaar worden.

19

Zijn er verschillen tussen het EFP en PBC en binnen de tbs-klinieken in de wijze waarop psychiatrische diagnoses worden gesteld?

Het EFP stelt geen diagnoses. De diagnose van het PBC/FPD is gericht op de vaststelling van toerekeningsvatbaarheid: de vraag of er een causale relatie is tussen de geestelijke stoornis en het gepleegde delict. Die relatie moet er zijn, wil er een tbs-veroordeling volgen. Later (soms na jaren gevangenisstraf) wordt tijdens de opnamefase door de tbs-klinieken opnieuw een diagnose gesteld ten behoeve van de behandeling. Deze diagnose is gericht op welk zorgprogramma en welke modules voor de tbs-patiënt wenselijk wordt geacht.

20

Zijn er aanwijzingen dat de tbs-gestelden met een hoge psychopathie score en psychopaten die seksuele delicten hebben gepleegd in hoge mate onbehandelbaar zijn?

Neen, hiervoor zijn geen eenduidige aanwijzingen. Dat is de reden dat de commissie gekozen heeft het begrip «toerekeningsvatbaarheid» niet ter discussie te stellen als criterium voor tbs. Behandelbaarheid kan pas worden vastgesteld tijdens behandeling en niet daaraan voorafgaand. In landen met een ander strafrechtstelsel speelt niet toerekeningsvatbaarheid maar wel het begrip behandelbaarheid een rol bij eventuele opname in een psychiatrische kliniek. In Engeland staat dat ook ter discussie.

21

Hoe kan het dat bij het toepassen van behandelmethoden niet wordt/is gekeken naar de effectiviteit of werkzaamheid van deze methode? Is volgens de commissie een dergelijke werkwijze niet feitelijk als amateuristisch of in ieder geval onwetenschappelijk te kenschetsen? Hoe lang heeft

deze fase van amateurisme geduurd en in welke mate duurt zij nog steeds voort en bij welke klinieken?

De commissie wil niet spreken van amateurisme bij de tbs-klinieken. Daarmee zou de commissie tekort doen aan de kennis en kunde die is opgebouwd. Wel is het zo dat effectiviteit van behandelmethoden, het zogenaamde «evidence based» werken niet in alle zorg-sectoren even snel is opgepakt, zo is de commissie tijdens de openbare gesprekken duidelijk geworden. Dat raakt dus niet alleen de tbs-sector. Op de tbs-sector is en wordt die kritiek ook vaak geuit. Om aan te kunnen tonen of een behandeling effectief is, blijft verder onderzoek wenselijk en noodzakelijk. De commissie beveelt dan ook aan dat in de toekomst meer onderzoek moet worden gedaan naar de effectiviteit van de behandelmethoden.

22

Waarop baseert de commissie de conclusie dat sprake is van een groeiende verslavingsproblematiek onder de tbs-gestelden en hoe kan volgens de commissie beter op deze problematiek worden ingespeeld?

Uit de gesprekken die de commissie heeft gevoerd is gebleken dat ongeveer 80% van de tbs-populatie met verslavingsproblematiek kampt. Kenmerkend voor de huidige tbs-populatie is dat zij vaak al op jonge leeftijd verslaafd zijn geraakt. De verslaving vergroot bestaande psychische problemen en stoornissen, en bemoeilijkt behandeling. Op dit moment zijn er al verschillende modules uit de verslavingszorg door de tbs-klinieken overgenomen. De commissie is van mening dat het belangrijk is om de kennis over verslaving binnen de tbs-klinieken te vergroten door samen te werken met gespecialiseerde verslavingsklinieken of bepaalde tbs-klinieken op het gebied van verslaving te specialiseren.

23

Krijgen longstay-patiënten ook transmuraal verlof?

Longstay-patiënten mogen om humanitaire redenen op verlof. In de openbare gesprekken zijn daar voorbeelden van gegeven. Zij komen niet in aanmerking voor transmuraal verlof.

24

Wanneer zullen naar de mening van de commissie de pilots met behandeling in detentie zijn afgerond en geëvalueerd?

De commissie verwijst voor een antwoord op deze vraag naar de minister van Justitie. De pilots voor preklinische behandeling zijn namelijk recent van start gegaan. De commissie benadrukt het belang dat zij in de toekomst moeten worden geëvalueerd.

25

Is de commissie van mening dat alle gedetineerden met een geestelijke stoornis in de gevangenis zouden moeten worden behandeld en niet alleen diegenen die een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen?

De commissie is van mening dat gedetineerden met een ernstige geestelijke stoornis in detentie moeten worden behandeld. In detentie zijn de behandel mogelijkheden beperkt en richt de behandeling zich vooral op beheersing/stabiliseren. Dit geldt niet alleen voor gedetineerden die een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen, maar ook voor gedetineerden zonder tbs met ernstige psychiatrische stoornissen. Niet behandelen vergroot de kans op recidive.

Gaat de pilot met behandeling in detentie verder dan het beheersbaar houden van gedetineerden met een gedragsstoornis?

De pilot met behandeling in detentie gaat verder dan het beheersbaar houden van gedetineerden met een gedragsstoornis. Tijdens deze preklinische behandeling (PKB) vindt het psychodiagnostisch onderzoek plaats, wordt de tbs-gestelde voorbereid op zijn verblijf in een tbs-kliniek en kan hij in detentie al verschillende therapieën volgen.

Hoe wordt momenteel een persoon aangemerkt als onbehandelbaar of blijvend delictgevaarlijk? Hoe verloopt het stellen van deze diagnose? Is hier een landelijk «definitie» voor die binnen de klinieken wordt gehanteerd?

De minister geeft in zijn brief aan de Kamer (29 452, nr. 35) de definitie van langdurige zorg en beveiligingsafhankelijkheid. Daarvoor dient aan de drie onderstaande punten worden voldaan.

1. Er bestaat risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict pleegt. Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd. Het hoeft overigens niet persé zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk delict heeft gepleegd.
2. Beveiliging naast eventuele zorg, is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot onder 1 genoemde delicten komt. Daarbij gaat het om beveiliging en toezicht op het niveau van een tbs-instelling.
3. Het delict risico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten de onder 2 genoemde vormen van beveiliging en toezicht kan.

Tbs wordt in beginsel opgelegd voor de periode van twee jaar. Daarna kan de rechter telkens de maatregel met een jaar of twee jaar verlengen. De kliniek waar de tbs-gestelde verblijft, adviseert in de regel het openbaar ministerie over de verlenging. Het advies beschrijft in welke fase van behandeling de tbs-gestelde zich bevindt, de houding van de tbs-gestelde en het recidiverisico van de tbs-gestelde.¹ De behandelaar van de patiënt schrijft het advies. Indien het openbaar ministerie een verlenging vordert waardoor de totale duur van de tbs een periode van zes jaar of een veelvoud van zes jaar inhoudt, dan moet bij het verlengingsverzoek een recent advies van een onafhankelijke psychiater en een andere onafhankelijke gedragskundige worden overlegd. Deze personen mogen niet verbonden zijn aan de kliniek waar de tbs-gestelde verblijft.² (zie blz. 25)

Daarnaast wordt bij verlengingsadviezen tevens gebruikgemaakt van risicotaxatie-instrumenten. De commissie beveelt aan die instrumenten verder te ontwikkelen.

De commissie geeft aan dat klinieken niet allen op dezelfde voet samenwerken met het EFP. Daarnaast stellen ze niet allemaal noodzakelijke informatie over tbs-patienten beschikbaar. Kan de commissie aangeven of er inzicht is in de reden(en) voor het achterhouden van informatie door de klinieken?

De commissie heeft deze vraag bij alle werkbezoeken aan de klinieken en tijdens de besloten en openbare gesprekken gesteld, maar hierop desondanks geen eenduidig antwoord gekregen.

¹ Artikel 509o lid 2 WvSv.

² Artikel 509o lid 4 WvSv.

29

Hoe functioneert het systeem van toezicht via de satelliet, zoals dat in Engeland wordt toegepast, volgens de commissie?

De commissie heeft geen onderzoek gedaan naar toezicht via de satelliet in Engeland. Deze vorm van toezicht wordt daar overigens niet toegepast op patiënten van de «mental hospitals».

In Nederland zijn er overigens geen goede resultaten geboekt met deze experimenten van toezicht, zoals in februari door de minister aan de Kamer is meegedeeld (29 452, nr. 44).

30

Is er door de commissie onderzoek verricht of de informatievoorziening door het LITV naar behoren functioneert? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat zijn de uitkomsten van dit onderzoek?

De commissie heeft geen onderzoek gedaan naar het functioneren van het LITV, het centraal, landelijk opererend loket bij het openbaar ministerie in Arnhem dat is ingericht ten behoeve van de informatieverstrekking aan slachtoffers en/of nabestaanden, omdat het geen deel uitmaakte van de onderzoeksopdracht. Wel zijn er door sommige nabestaanden en slachtoffers kritische opmerkingen over gemaakt. Men was er niet altijd bekend mee, men was er niet altijd tevreden over. De commissie beschouwt het voorgaande uitdrukkelijk niet als een «uitkomst van het onderzoek».

31

Heeft de commissie kennisgenomen van de procedure zoals die door de overheid bij de komst van een nieuwe tbs-kliniek in de stripheldenbuurt in Almere is gevolgd? Zo ja, wat is het oordeel van de commissie over deze procedure? Zo neen, waarom niet?

De commissie heeft enkele malen contact gezocht met een aantal actievoerders van het actiecomité «tbs nee» uit Almere, maar zij konden helaas geen tijd vrijmaken om met de commissie te spreken. De commissie heeft de «procedure» verder niet onderzocht omdat niet is gebleken dat daar aanleiding voor is.

32

Is er enig inzicht in het aantal klinieken dat informatie verstrekt aan de buurt over tbs-gestelden of informatie over de buurt waar (ex) tbs'ers worden gehuisvest in het kader van transmuraal verlot, proefverlot of (voorwaardelijke) beëindiging? Waaruit bestaat die informatie? Hoeveel gevallen betreft dit per jaar?

De commissie heeft alle tbs-klinieken bezocht. Bij die bezoeken is telkens aan de orde geweest hoe de contacten verlopen met omwonenden. Per locatie is een hiervoor een werkwijze ontwikkeld die mede afhankelijk is van de lokale ervaring, de bijzonderheden van de locatie, enzovoort.

33

Waarom is geen verder onderzoek verricht naar de besluitvorming rond de komst van een tbs-huis in een Venlose buurt? Waarom zijn door de commissie de feiten zoals door mevrouw Noorda op tafel gelegd niet verder onderzocht? Wat wordt door de commissie exact bedoeld met correcte en adequate informatievoorziening? Is door de commissie onderzoek gedaan naar de wijze waarop dergelijke processen (opzetten tbs-huizen in woonwijken) door tbs-klinieken worden aangepakt?

Er is door de commissie geen onderzoek gedaan naar de besluitvorming rond de komst van tbs-huizen, omdat dat geen onderdeel uitmaakte van de onderzoeksopdracht. De uitspraken van mevrouw Noorda tijdens de openbare gesprekken waren duidelijk en vergen geen nader onderzoek. Wel is het contact van de klinieken met omwonenden bij het onderzoek betrokken om een beter beeld te krijgen van het functioneren van tbs-klinieken.

34

Welke klinieken geven nu geen enkele vorm van informatie aan omwonenden?

De commissie kent geen kliniek die geen enkele vorm van informatie verstrekt.

35

Waarom heeft de commissie geen onderzoek verricht naar de wijze van opsporing van tbs'ers die ontvluchten of onttrekken, zeker gezien de grote fouten die met betrekking tot deze opsporing zijn gemaakt met betrekking tot de moord op de heer P. van H., de ontvoering van het meisje W.W.H. en de moord op de heer A. L. en het feit dat een goed ingericht opsporingsproces rond ontsnapte tbs'ers een significante beperking van de kans op recidive tijdens een ontsnapping kan inhouden? Heeft de commissie onderzoek verricht naar het speciale meldpunt dat ten behoeve van de opsporing van ontvluchte tbs'ers is ingericht? Zo nee, waarom niet? Zo ja, functioneert dit meldpunt naar de mening van de commissie naar behoren?

Incidenten waren voor de Kamer aanleiding om het parlementair onderzoek in te stellen naar het tbs-stelsel. Het onderzoek naar de incidenten is uitgevoerd door het EFP en richt zich op de behandeling en kenmerken van de tbs-gestelde. De commissie is van mening dat de aanbevelingen de praktijk zullen verbeteren en de veiligheid verhogen. De commissie voegt er nadrukkelijk aan toe dat incidenten nooit 100% uit te sluiten zijn.

Het toetsen van opsporingsonderzoek in concrete gevallen behoort niet tot de taken van een commissie van de Tweede Kamer. De commissie heeft ook het functioneren van het meldpunt niet gerekend tot haar onderzoeksopdracht. In het vooronderzoek is niet gebleken dat dat nodig was.

36

Wat voor nieuwe inzichten levert het rapport van de EFP over de analyse van onttrekkingen, ontvluchtingen en recidive?

In hoofdstuk 4 van het rapport gaat de commissie daar uitgebreid op in. Het onderzoek bouwt voort op bestaand onderzoek. De voornaamste conclusie van de commissie is dat in het genoemde onderzoek zaken achteraf worden verklaard, maar dat vervolgens voorspellen moeilijk blijft. Het EFP-onderzoek is daarom niet minder waardevol of bruikbaar. Integendeel, het is volgens de commissie de basis voor verder onderzoek en verbeteren van de risicotaxatie-instrumenten. Daarmee wordt de kans op incidenten, onttrekkingen en ontvluchtingen verder verkleind.

37

Waarom spreekt de commissie op blz. 96 over twee ernstige incidenten na onttrekkingen in de afgelopen jaren terwijl onderzoek van het EFP, dat op blz. 101 wordt weergegeven, laat zien dat zich de afgelopen jaren 22 gevallen van recidive hebben plaatsgevonden na een onttrekking door

een tbs'er en de commissie op blz. 103 spreekt van 62 recidives en gemiddeld een recidive per drie maanden vanuit een onttrekking aan verlof?

De twee gevallen waar de commissie op blz. 96 aan refereert zijn de twee incidenten waarover een debat in de Tweede kamer is gevoerd in 2004 en 2005. Het zijn de incidenten die aanleiding waren voor het starten van parlementair onderzoek.

Het onderzoek van het EFP strekt zich uit over een periode van 5 jaren en behandelt alle recidives na onttrekkingen aan verlof.

38

Heeft de commissie kennis genomen van de gebeurtenissen en de Kamervragen rond de moord op de heer P. van H. zoals die in 2002 werd gepleegd door een uit verlof ontsnapte tbs'er? Waarom worden dit «incident» en de vele fouten in de opsporing van deze tbs'er niet genoemd en geanalyseerd?

Vanzelfsprekend heeft de commissie kennis genomen van de moord op de heer Van H.. Maar de commissie heeft ook kennis genomen van vele andere incidenten en delicten die minder bekend zijn geworden. De commissie gaat in haar rapport niet expliciet in op de verschillende incidenten, maar op het stelsel als geheel. De commissie verwijst naar het antwoord op vraag 35.

39

Is door de commissie onderzoek gedaan naar de beveiliging van het begeleid verlof? Zo ja, wat zijn de uitkomsten van dit onderzoek? Zo nee, waarom niet? Hebben begeleiders in het kader van een begeleid verlof een aanhoudingsbevoegdheid?

De commissie heeft onderzoek gedaan naar de verschillende soorten verlof en de mate van begeleiding daarbij. Zij heeft niet specifiek naar de beveiliging gekeken omdat verlof steeds meer onderdeel van de behandeling is geworden en dus de invulling van verlof per geval verschillend is inclusief de noodzakelijk geachte beveiliging.

40

Is door de commissie nagegaan of naar aanleiding van de recidive na onttrekkingen waarover het EFP spreekt door de tbs-kliniek waar de tbs'er in kwestie werd verpleegd nader onderzoek is verricht naar het hoe en waarom van de onttrekking?

De tbs-klinieken evalueren doorgaans individuele ontvluchtingen en onttrekkingen. Het EFP heeft die evaluaties betrokken bij hun onderzoek maar heeft daarover geen uitsprakengedaan.

41

Hoe verhoudt zich de stellingname van de commissie dat de effecten van de categorische maatregelen een negatieve uitwerking hebben op het hele tbs-veld tot de constatering van de minister van Justitie (29 452, nr. 34) dat het aantal onttrekkingen uit verloven na de laatste aanscherping van dat beleid sterk is verminderd? Heeft de commissie onderzoek verricht naar deze afname van het aantal onttrekkingen? Heeft de commissie inzicht verkregen in de recidive tijdens de onttrekkingen en ontvluchtingen zoals die na de laatste aanscherping van het verlofbeleid hebben plaatsgevonden?

De negatieve uitwerking op het tbs-veld heeft geen betrekking op het aantal onttrekkingen zelf, maar op de spanningen in de klinieken die het

gevolg zijn van het categorisch beleid. Die spanningen ontstaan door uiteenlopende zaken als overbevolking, het geen perspectief kunnen bieden aan individuele tbs'ers die positieve vorderingen maakten bij hun behandeling, geen resultaten kunnen boeken in de behandeling, enzovoort.

De afname van onttrekkingen is een logisch en voorspelbaar gevolg van de schaarse uitgaven van verlofmachtigingen.

De recidives tijdens onttrekkingen en ontvluchtingen zijn tot aan 8 december 2005 betrokken bij het onderzoek van het EFP.

42

Waarom mag worden verwacht dat met de aanbevelingen van de commissie de samenwerking met de ggz nu wel beter van de grond zal komen?

De commissie ziet dat de noodzakelijke verbeteringen in de praktijk zullen ontstaan als gevolg van diverse aanbevelingen. In alle gesprekken die de commissie heeft gevoerd werd door betrokkenen uit de ggz en de tbs-instellingen aangegeven dat het van belang is dezelfde taal te spreken. Door ook voor de forensische psychiatrie DBC's in te voeren zal dat proces worden versneld. Daarnaast ontstaat meer helderheid over de aansturing.

43

Kan de commissie inzicht geven in de herkomst van het genoemde recidivepercentage van 20%, en verklaren hoe dit cijfer zich verhoudt tot de bevindingen van het WODC dat in zijn studie «Buiten behandeling» van januari 2005 op blz. 8 constateert dat van de ex-terbeschikkinggestelden die tussen 1994 en 1998 zijn uitgestroomd na zes jaar 57 procent is vervolgd wegens een misdrijf met een strafdreiging van vier jaar of meer? Waarom is uitgegaan van 20%?

In het WODC-rapport «Buiten behandeling» is sprake van een recidivepercentage van 57% van de *ex-gedetineerden*. Bij ex-terbeschikking-gestelden is het percentage dat ernstig heeft gerecidiveerd na 6 jaar 28%.

44

Waarom is in de aanbevelingen gekozen voor een termijn van maximaal 9 jaar (een verlenging van 6 jaar van de wettelijke termijn van 3 jaar) voor voorwaardelijke beëindiging?

Een objectief criterium voor de te hanteren termijn is niet aan te wijzen, erkent de commissie. De termijn die in de motie Kalsbeek/Nicolai (26 800 VI, nr. 16) wordt genoemd is 15 jaar. De termijn voorgesteld in het aanhangige wetsvoorstel 28 238). Is 6 jaar. Na 6 jaar vindt echter nog steeds recidive plaats, vandaar dat de commissie een langere termijn voorstelt. De commissie vindt het beslag dat een periode van 15 jaar op de uitvoerende organisaties legt te groot. Er is niet aangetoond dat zo'n termijn werkelijk noodzakelijk is.

45

Heeft de commissie inzicht in de mate van bereidheid bij rechters om een dergelijke voorwaardelijke periode van negen jaar ook op te leggen?

De commissie heeft in verschillende gesprekken van de kant van klinieken, rechters en officieren van justitie vernomen dat de huidige periode van 3 jaar te kort is. Zij gaat er van uit dat meer flexibiliteit in de termijn het voor rechters makkelijker maakt de tbs-maatregel voorwaardelijk te beëindigen.

46

Is bekend in welke landen (van de EU) dwangmedicatie kan worden toegepast, onder welke voorwaarde en met welke controle instrumenten? (WODC rapport beperkt zich tot België, Engeland, Duitsland, Canada en Zweden).

De commissie heeft geen aanvullend onderzoek naar de toepassing van dwangmedicatie gedaan.

47

Welke juridische belemmeringen zijn er bij het geven van dwangmedicatie? Zijn er wetswijzigingen nodig om dwangmedicatie bij TBS mogelijk te maken?

De belangrijkste belemmering is de schending van de integriteit van het lichaam. In het bij de Kamer aanhangige wetsvoorstel tot wijziging van de Wet Bopz wordt het mogelijk gemaakt vaker dwangmedicatie toe te dienen. De Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden en aanverwante regelgeving dienen daarop te worden afgestemd.

48

Waarom kiest de commissie voor een horizonbepaling van 6 jaar voor de dwangmedicatie en moet deze termijn gelden voor alle toegediende medicatie?

De commissie kiest hiervoor omdat de ontwikkelingen in de medische wetenschap snel gaan. Nu is niet te voorzien wat er over 6 jaar aan medicatie mogelijk is en op welke wijze dan van nieuwe bevoegdheden gebruik gemaakt zal worden.

49

Hoe effectief waren de onderzoeken die gedaan zijn naar kostenefficiëntie? Is aanvullend onderzoek wenselijk?

De commissie heeft geen reden om aan de effectiviteit van de onderzoeken te twijfelen. Zij heeft zich in een expertmeeting laten voorlichten over de financiering van de forensische psychiatrie. Aanvullend onderzoek naar de kostenefficiëntie acht zij niet noodzakelijk.

50

Zijn de negatieve ervaringen met DBC's in reguliere ziekenhuizen, met name de enorm toegenomen bureaucratie, aanleiding om nader te onderzoeken of invoering van DBC's in de forensische psychiatrie wenselijk is? Is het mogelijk om DBC's te ontwerpen die recht doen aan de zeer complexe psychiatrische problematiek die veel tbs-gestelden hebben?

De commissie stelt, mede op grond van de ervaringen met DBC's in de reguliere ziekenhuizen, aan het invoeren van DBC's in de forensische psychiatrie een aantal voorwaarden. Experts hebben de commissie verzekerd dat het mogelijk moet zijn DBC's te ontwikkelen die recht doen aan de zeer complexe psychiatrische problematiek van tbs-gestelden.

51

Wat is de toegevoegde waarde van het komen tot een nieuwe onafhankelijke forensische psychiatrische dienst voor het beoordelen van verlofaanvragen ten opzichte van de huidige wijze van verlof verlenen? Zouden voor het verlenen van verlof andere (betere) criteria aangelegd worden?

De toegevoegde waarde is gelegen in de bundeling van kennis bij één dienst. De samengevoegde kennis van ITZ en EFP zal het mogelijk maken

verlofaanvragen (nog) beter te beoordelen aan de hand van de door het EFP ontwikkelde en nog verder te ontwikkelen inhoudelijke criteria.

52

De commissie inzicht geven in de politieke betekenis van de «grotere afstand» tot de minister van Justitie waarop naar de mening van de commissie het beleid inzake verlopen moet worden gesteld? In hoeverre zal volgens de commissie dit systeem moeten gaan verschillen van de huidige wijze van politieke controle op het tbs-stelsel via de minister van Justitie?

De commissie verwacht dat door de bundeling van kennis de kwaliteit van het beleid in het algemeen en het oordeel in het individuele geval zal worden verbeterd. De afstand tot de minister doet daaraan weinig toe of af. De minister blijft onverkort verantwoordelijk voor al hetgeen zijn dienst doet of nalaat. De commissie wijst er op dat met de overheveling van budgetten naar Justitie, en de noodzaak van strakkere aansturing van de klinieken, spanning kan ontstaan tussen verschillende doelstellingen binnen één ministerie. Ook dat is een reden dat de commissie pleit voor uitvoerende deskundigheid «op afstand» van het beleidsdepartement.

53

Is bekend of, en in welke andere (West) Europese landen er specifieke opleidingen zijn voor het werk in de forensische psychiatrie? Zo ja, op welk niveau?

Het WODC heeft daar geen onderzoek naar gedaan.

54

Welke vraag is er volgens de commissie naar HBO- en WO-geschoolden op het gebied van de forensische psychiatrie? Hoeveel nieuwe opleidingsplekken zouden op termijn gerealiseerd moeten worden?

Het onderzoek en onderwijs op het gebied van de forensische psychiatrie dient verder ontwikkeld te worden. Over het aantal opleidingsplekken kan de commissie geen uitspraak doen.

55

Welke effecten heeft een langdurige gevangenisstraf voorafgaand aan behandeling in een tbs-kliniek op een gedetineerde die veroordeeld is tot gevangenisstraf en tbs-behandeling? Zijn die effecten dusdanig dat daardoor de behandeling zeer veel moeilijker wordt?

De effecten zijn van persoon tot persoon verschillend. Vooral mensen met psychotische stoornissen worden vaak opgenomen in de bijzondere zorgafdelingen van de penitentiaire inrichtingen. Voor deze groep kan het effect van het niet adequaat behandelen zeer negatief zijn. Vandaar beveelt de commissie aan een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis op te richten.

56

Welk percentage jongeren die een PIJ-maatregel opgelegd krijgen blijven na afloop van hun behandeling crimineel gedrag vertonen en komen opnieuw in detentie terecht?

Uit onderzoek van het WODC (Jong vast en Recidive 1997) blijkt dat ruim 79% van de jongeren recidiveert. In tegenstelling tot de tbs is de PIJ-maatregel eindig, ook wanneer de behandeling geen effect heeft.