REGIOPLAN

TBS IN BEELD

Een beschrijving van het Nederlandse tbs-stelsel

- eindrapport -

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

Amsterdam, maart 2006
Regioplan publicatienr. 1388

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 - 5315315
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek uitgevoerd door Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van de Tijdelijke commissie Onderzoek Tbs van de Tweede Kamer.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

1 Inleiding 1
1.1 Aanleiding 1
1.2 Doel- en vraagstelling 1
1.3 Werkwijze 4
1.4 Leeswijzer 5

2 Werking van het tbs-stelsel: wet- en regelgeving 7
2.1 Wettelijke modaliteiten: Omgang met delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden 8
2.2 Wet BOPZ 10
2.3 Doelgroepen van de tbs 12
2.4 Formele beslissingsmomenten bij de instroom, doorstroom en uitstroom van tbs'ers 14
2.5 Formele toewijzing van tbs'ers aan de klinieken 16
2.6 Financiering van de tbs 18
2.7 Verlofbeleid 20
2.8 Longstay en longcare 23

3 Werking tbs vanuit perspectief van de klinieken 27
3.1 Capaciteit klinieken 28
3.2 Samenstelling van de populatie in de tbs-klinieken (naar leeftijd, geslacht, stoornis en geboorteland) 28
3.3 Instroom in de tbs-kliniek 30
3.4 Behandeling 32
3.5 Verslavingsbeleid 35
3.6 Etniciteit en behandeling 36
3.7 Verlofbeleid 36
3.8 Behandelduur 39
3.9 Uitstroom 40
3.10 Contraire beëindigingen 42
3.11 Longstay 44
3.12 Na de kliniek 46
3.13 Aanbod van personeel 47

4 Belangrijkste knelpunten bij werking tbs 49
4.1 Knelpunten bij de instroom 49
4.2 Knelpunten bij de behandeling 50
4.3 Knelpunten bij het verlofbeleid 51
4.4 Uitstroom 52
4.5 Knelpunten rond longstay 53
4.6 Knelpunten na de kliniek 53
4.7 Resterende knelpunten 54

5 Implementatie van de aanbevelingen 55
5.1 IBO 1 'Doelmatig behandelen' 55
5.2 IBO 2 'Over Stromen: in- door- en uitstroom bij de TBS'..... 57
5.3 Commissie Kosto 'Veilig en wel' 60
5.4 Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechterlijk kader 'Commissie Houtman' 64
5.5 Conclusies 66

6 Verbeteringen binnen het huidige stelsel 69
6.1 Alternatieve systeemvarianten?..... 69
6.2 Verbeteringen binnen het huidige stelsel..... 72

Literatuur 75

Bijlagen 77
Bijlage 1 Lijst met gebruikte afkortingen..... 79
Bijlage 2 Verantwoording gevolgde werkwijze en overzicht van de respondenten 81
Bijlage 3 Relevante wetteksten in het wetboek van strafrecht 89
Bijlage 4 Patiënten zonder verblijfsstatus in de tbs 97
Bijlage 5 Overzicht beslismomenten..... 99
Bijlage 6 Kostprijs tbs per plaats per dag 101
Bijlage 7 Verklaring begrippen tabel 3.6.....103
Bijlage 8 Tabellen populatie longstay 105
Bijlage 9 Aanbevelingen en kabinetsstandpunten.....109

VOORWOORD

Op 16 juni 2005 is de motie van de leden Wolfsen en Weekers aangenomen (29452, nr. 25), waarin wordt vastgesteld dat het tbs-stelsel in zijn huidige vorm onvoldoende in staat is de maatschappij te beschermen tegen mensen die na behandeling opnieuw ernstige misdrijven plegen. Dit heeft geresulteerd in het instellen van een tijdelijke commissie bestaande uit leden van de Tweede Kamer met de opdracht onderzoek te verrichten naar het tbs-stelsel. Het onderzoek moet uitmonden in voorstellen die leiden tot een verbeterd tbs-stelsel en adequate regelgeving en beleid op dat terrein. Een deel van dit onderzoek is extern uitbesteed. De Tweede Kamer heeft Regioplan Beleidsonderzoek de opdracht verleend om de stand van zaken in het tbs-stelsel in beeld te brengen. Voor u ligt het verslag van deze studie.

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

De Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS heeft het onderzoek op een prettige wijze begeleid. Wij danken daarvoor:
- de heer A. Visser, VVD (voorzitter);
- mevrouw N. Albayrak, PvdA;
- mevrouw C. Joldersma, CDA;
- mevrouw K. van Velzen, SP
- mevrouw M. Vos, Groen Links
- mevrouw N. Coenen, (griffier)
- mevrouw E. Naborn, (onderzoekscoördinator onderzoeks- en verificatiebureau Tweede Kamer)

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

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

Amsterdam, 7 februari 2006,

Carolien Koning
Projectleider

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Naar aanleiding van een motie van de leden Wolfsen en Weekers (16 juni 2005)[1] heeft de Tweede Kamer besloten een tijdelijke onderzoekscommissie tbs[2] in te stellen. Deze commissie brengt de huidige stand van de forensische zorg in kaart voor de formulering van beleidsopties aan en de beoordeling van keuzes van het kabinet. Het onderzoek moet resulteren in voorstellen die leiden tot een verbeterd tbs-stelsel en adequate regelgeving en beleid op dat terrein.

1.2 Doel- en vraagstelling

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

Het onderzoek van de tijdelijke commissie moet resulteren in voorstellen die leiden tot een verbeterd tbs-stelsel en adequate regelgeving en beleid op dat

[1] MOTIE VAN DE LEDEN WOLFSEN EN WEEKERS, Voorgesteld 16 juni 2005.
De Kamer, gehoord de beraadslaging, constaterende, dat het tbs-stelsel in zijn huidige vorm onvoldoende in staat is de maatschappij te beschermen tegen mensen die na behandeling opnieuw ernstige misdrijven plegen; van mening, dat het gewenst is te onderzoeken welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen; van oordeel, dat een dergelijk onderzoek de fundamenten kan leggen voor een verbeterd tbs-stelsel, regelgeving, inclusief beleid; de Kamer verzoekt het Presidium zo spoedig mogelijk voorstellen te doen over de opzet en de vorm van het onderzoek waarbij dat onderzoek voor het einde van het jaar wordt afgerond, en gaat over tot de orde van de dag.

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

terrein. Om dit doel te bereiken, moeten zes hoofdvragen worden beantwoord. Twee daarvan zijn overwegend feitelijk van aard. Deze vragen moesten worden beantwoord door het extern onderzoek dat aan Regioplan Beleidsonderzoek is uitbesteed.

Vraagstelling
De twee hoofdvragen van het onderzoek luiden als volgt:

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

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

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

A. De inrichting van het huidige stelsel

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

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

B. De klinieken

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

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

C. De instroom, doorstroom en uitstroom

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

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

D. De implementatie van aanbevelingen

15. Wat waren de aanbevelingen in de eerdere onderzoeken van het IBO 1 ('Doelmatig behandelen'), het IBO 2 ('Over stromen'), de Commissie Kosto ('Veilig en Wel') en de Commissie Houtman, naar het tbs-stelsel en aan wie waren de aanbevelingen geadresseerd?
16. Welke aanbevelingen zijn overgenomen en hoe staat het met de uitvoering daarvan?

17. Welke aanbevelingen zijn niet geïmplementeerd en waarom niet?
18. Wat is er al bekend, voorgenomen en uitgevoerd ten aanzien van het tbs-stelsel en de behandeling van delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden?

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

E. Alternatieven voor het huidige stelsel

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

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

1.3 Werkwijze

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, hebben we een aanpak gehanteerd die kort samengevat bestaat uit de volgende onderdelen[3]:

- Documentstudie, gericht op stelselkenmerken, plannen en aanbevelingen voor verbetering. Hiertoe zijn documenten en verslagen bestudeerd. De nadruk lag op beleidsnota's van de meest betrokken departementen Justitie en VWS en de rapporten van de adviescommissies (IBO 1 en 2, Commissie Kosto en Commissie Houtman). Een lijst met geraadpleegde literatuur is opgenomen na het laatste hoofdstuk.
- Interviews met veertien deskundigen over hoofdlijnen van en veranderingen in het tbs-stelsel. Hierbij hebben verdiepende interviews plaatsgevonden met deskundigen die de onderzoekscommissie zelf reeds gehoord had en persoonlijke interviews met een aantal andere deskundigen. Als deskundigen beschouwden we vertegenwoordigers van de beleidsdirecties op departementen (met name over de huidige inrichting van het stelsel en mogelijke innovaties), de commissievoorzitters (met name over de reikwijdte en interpretatie van de aanbevelingen), vertegenwoordigers van sleutelorganisaties (zoals GGZ Nederland, het Pieter Baan Centrum, de rechtspraak) en enkele universitaire deskundigen (met name over recente

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

ontwikkelingen en knelpunten in de aansluiting tussen modaliteiten). Zie voor een overzicht van de geïnterviewde personen en organisaties bijlage 2.

- Interviews in de twaalf door de minister van Justitie aangewezen klinieken voor de verpleging van ter beschikking gestelden (de acht justitiële tbs-klinieken, de door VWS gefinancierde kliniek Hoeve Boschoord en de drie niet justitiële FPK's).[4] De interviews waren gericht op het inventariseren van de werkwijze en de doorwerking van aanbevelingen. Er hebben interviews plaatsgevonden met professionals op vier niveaus in de organisatie: directie, afdelingsmanagement, behandeling en begeleiding. Voor een overzicht van de klinieken en geïnterviewde functionarissen zie bijlage 2.
- Analyse van de (centrale) registratie van gegevens over tbs'ers. Er is in het kader van onderhavig onderzoek geen nieuwe informatie verzameld. Er is gebruikgemaakt van bestaande cijfermateriaal uit het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS) dat wordt gevuld met data vanuit de instellingen (de behandelaar) en het bureau ITZ (Individuele tbs-zaken). Er is informatie uit het MITS opgevraagd bij DJI Concernstaf Uitvoeringsbeleid voor de periode 2001-2005 over de aspecten waarop de commissie kwantitatieve onderbouwing wilde hebben (uitstroom-bestemming, longstay en onbehandelbaarheid). Daarnaast zijn uit het MITS gegevens opgevraagd die betrekking hebben op cruciale momenten in het tbs-systeem, zoals bijvoorbeeld instroom en beëindiging alsook informatie die de foto van de sector kon completeren. Dit zijn gegevens over de capaciteit, opleggingen en over trends in de tbs-populatie.
- Terugkoppeling van bevindingen en conclusies naar inrichtingen. Er is op basis van het onderzoek een notitie geschreven met een selectie van bevindingen die ter toetsing en aanvulling is voorgelegd aan (directie-) vertegenwoordigers van tbs-klinieken. Hiermee creëerden we een soort Delphi-ronde. We beoogden hiermee de robuustheid van de conclusies te bevorderen en de positieve en negatieve opvattingen over de bevindingen in kaart te brengen. De resultaten van deze terugkoppelingen zijn verwerkt in dit rapport (met name in de hoofdstukken 2 en 3).

1.4 Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft de werking van het huidige tbs-stelsel vanuit het perspectief van het overkoepelende stelsel als geheel. Hoofdstuk 3 beschrijft het tbs-stelsel vanuit het perspectief van de individuele klinieken. De gesignaleerde knelpunten van het tbs-stelsel worden gepresenteerd in hoofdstuk 4. De mate waarin en de wijze waarop de aanbevelingen zijn geïmplementeerd in de praktijk, komt aan de orde in hoofd-stuk 5. De rapportage sluit af met hoofdstuk 6 waarin de alternatieven en

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

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

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

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

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

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

Het hoofdstuk is als volgt ingedeeld. Eerst behandelen we de wettelijke context van de tbs (daarmee beantwoorden we vraag 1 en 3), vervolgens

gaan we in op de doelgroepen van de tbs (beantwoording vraag 2). Vraag 4 en 6 beschrijven we aan de hand van de chronologie van het traject (van oplegging tot beëindiging). We besluiten met specifieke aandacht voor de financiering (beantwoording vraag 5 en 8), het verlofbeleid en de longstay.

2.1 Wettelijke modaliteiten: Omgang met delictgevaarlijke persoonlijkheids- of gedragsgestoorden

In Nederland bestaat de mogelijkheid om plegers van een ernstig misdrijf bij wie ten tijde van het begaan van dit misdrijf een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, een tbs-maatregel op te leggen. De tbs-maatregel kan worden toegepast als sprake is van een relatie tussen stoornis en delict, van een misdrijf, waarvoor een gevangenisstraf van vier jaar of meer kan worden opgelegd, een verhoogde kans op recidive bestaat en voor enkele nader omschreven misdrijven.[1] Artikel 37 van het wetboek van strafrecht geeft aan in welke gevallen de rechter kan gelasten iemand vanwege een strafbaar feit op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis.[2] In bijlage 3 staan de relevante wetteksten.
Artikel 37 van het wetboek van strafrecht geeft aan dat als een strafbaar feit niet aan de verdachte kan worden toegerekend iemand in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden geplaatst.
Er zijn twee vormen van tbs, tbs met dwangverpleging en tbs met voorwaarden:

- Tbs met dwangverpleging houdt in dat de tbs'er al dan niet na een gevangenisstraf wordt opgenomen in een door de minister van Justitie aangewezen kliniek voor de verpleging van ter beschikking gestelden om behandeld te worden. Tbs met dwangverpleging beoogt primair de samenleving te beschermen tegen ernstig recidivegevaar op korte termijn door iemand op te nemen.
- Op langere termijn wordt gestreefd naar beveiliging door met behulp van behandeling in de kliniek het recidivegevaar terug te brengen.[3]

---

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

[1] De verdachte bij wie tijdens het begaan van het feit gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, kan op last van de rechter ter beschikking worden gesteld indien:
1°. het door hem begane feit een misdrijf is waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld dan wel behoort tot een der misdrijven omschreven in de artikelen 132, 285, eerste lid, 285b, 318, 326a en 395 van het Wetboek van Strafrecht,175, tweede lid, van de Wegenverkeerswet 1994, en 11, tweede lid, van de Opiumwet, en
2°. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.

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

De tbs-maatregel wordt opgelegd voor de duur van twee jaar. Vervolgens wordt ieder jaar/iedere twee jaar gekeken of de maatregel verlengd moet worden. Bij een delict zonder geweld tegen personen kan een in duur gemaximeerde tbs met dwangverpleging worden opgelegd.

- Of de rechter een bevel tot verpleging of voorwaarden oplegt, is afhankelijk van factoren zoals de ernst van het delict, het recidiverisico en de bereidheid van de verdachte om zich aan de voorwaarden te houden. De rechter stelt voorwaarden ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. Algemene voorwaarden kunnen verplicht reclasseringtoezicht zijn of het niet meer plegen van delicten. Bijzondere voorwaarden kunnen zijn (ambulante) behandeling, medicatie, het zich onthouden aan drugsgebruik of opname in een inrichting zoals een psychiatrisch ziekenhuis of een verslavingskliniek. De verdachte moet zich ter zitting bereid verklaren om mee te werken aan de voorwaarden. Een combinatie van tbs met voorwaarden en een gevangenisstraf is mogelijk. Deze vrijheidsstraf kan ten hoogste drie jaar zijn. Een tbs met voorwaarden kan voor maximaal vier jaar worden opgelegd (Bron: Handboek wetgeving forensische psychiatrie).

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

1. Zorg als voorwaarde opgenomen in een vonnis.
2. Tbs-oplegging als vonnis.
3. Zorg in detentie, niet als onderdeel van het vonnis.
4. Zorg vanwege ontbreken van de mogelijkheid om detentie als straf uit te voeren (artikel 37, volledige ontoerekeningsvatbaarheid). Opname vindt plaats in psychiatrische ziekenhuizen.

De handhaving van delinquenten met psychotische stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen in de penitentiaire inrichtingen (categorie 2 en 3) vraagt derhalve om zorgvoorzieningen. Er zijn daarom voorzieningen binnen de penitentiaire inrichtingen en binnen de forensische psychiatrie waar verdachten met zware psychische problematiek terechtkunnen. Wanneer zorg geen onderdeel uitmaakt van het vonnis, krijgen gedetineerden geestelijke gezondheidszorg (GGZ) binnen de penitentiaire inrichting. Dit kan op afdelingen voor bijzondere opvang of via ambulante behandelprogramma's. Zo is er de FOBA (Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling), waar gedetineerden verblijven die door een psychiatrische aandoening in crisis zijn geraakt. De patiënten zijn merendeels afkomstig uit een penitentiaire inrichting (huis van bewaring of gevangenis). Zij leveren voor zichzelf of voor anderen een fors gevaar op en zijn daardoor in ernstige mate ontregelend voor hun

detentieomgeving. Patiënten krijgen in de FOBA meer specialistische zorg en begeleiding dan in een huis van bewaring of gevangenis.[4]

Het is belangrijk om op te merken dat de tbs-maatregel wel een dwang tot verpleging kent, maar geen dwang tot behandeling.[5] In de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) is aangegeven onder welke voorwaarden tot medicatie kan worden overgegaan.[6] Overigens geldt voor de hele GGZ dat er geen behandeldwang is.

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

Tabel 2.1 Opleggingen

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

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

2.2 Wet BOPZ

Een groot deel van de tbs'ers is voor de tbs in aanraking geweest met de GGZ.[7] Binnen de GGZ bestaat de mogelijkheid om mensen gedwongen op te nemen. Het gaat hierbij om mensen die een geestesstoornis hebben en een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving. Zij kunnen onder bepaalde

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

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

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

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

voorwaarden gedwongen worden opgenomen. Dit is geregeld in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). De criteria voor opname zijn:

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

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

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

Ervaren knelpunten

Hulpverleners en patiënten ervaren tekortkomingen in de wet BOPZ in de praktijk. Eén van de knelpunten is dat een rm op elk moment door de instelling zelf kan worden opgeheven. In de praktijk gebeurt dit soms ook wanneer een patiënt zich actief verzet tegen behandeling. Een ander knelpunt hangt samen met het ontbreken van een behandelwet. Er liggen nieuwe wetsvoorstellen om de wet BOPZ aan te passen, die worden voorbereid door een werkgroep. Het gaat om de aanpassing van de regeling van de voorwaardelijke rechtelijke machtiging[8] en een verruiming om bij een gedwongen opname over te gaan tot dwangbehandeling.

Het blijkt dat daaraan in de praktijk behoefte is.[9] In de huidige situatie is dwangbehandeling alleen mogelijk als er gevaar binnen de kliniek is. In het wetsvoorstel kunnen behandelaars bij een dwangopname moeilijk behandelbare en onwillige psychiatrische patiënten met een behandeling weer naar huis sturen. Een andere wijziging is het feit dat mensen met een stoornis in de periode dat zij geen klachten hebben, kunnen aangeven dat ze gedwongen worden opgenomen, wanneer ze in een psychose of manische periode terechtkomen. Critici geven echter aan dat deze aanpassing in de

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

[9] Persbericht 30 september 2005, Ministerie van Justitie.

praktijk weinig effect heeft. Er zijn zo veel voorwaarden aan verbonden, zoals een beoordeling door een deskundige en toetsing door de rechter, dat minstens verschillende dagen passeren, voordat iemand daadwerkelijk opgenomen en behandeld kan worden.

Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders
Per 1 oktober 2004 is een nieuwe wettelijke regeling van kracht gegaan, de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). De maatregel is bedoeld voor de groep veelplegers, personen van achttien jaar of ouder die in de vijf jaren voorafgaand aan het door hen begane feit ten minste driemaal wegens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, een vrijheidsbeperkende maatregel of een taakstraf zijn veroordeeld en het feit is begaan na tenuitvoerlegging van deze straffen of maatregelen en er voorts ernstig rekening mede moet worden gehouden dat de verdachte wederom een misdrijf zal begaan, en de veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel eist.
Deze maatregel biedt de mogelijkheid om de veelplegers voor maximaal twee jaar op te sluiten of op te laten nemen in een zorginstelling (als de psychische problematiek daar om vraagt). De reclassering rapporteert over de geschiktheid van de veelpleger, een gedragskundige adviseert en de rechter-commissaris beslist. Een veelpleger kan behandeling worden aangeboden om de kans op recidive te verkleinen. Het betreft zowel verslaafde veelplegers als niet-verslaafde veelplegers. Beide groepen hebben vaak ook psychische problemen en/of schulden. Er zijn nog geen resultaten van deze maatregel bekend.

Voorafgaande aan de ISD had de rechter de mogelijkheid om via de SOV (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden) een groep verslaafden voor de duur van twee jaar een programma te laten doorlopen dat hen in de gelegenheid stelt weer te reïntegreren in de samenleving. Het betreft verslaafden aan harddrugs die voor het plegen van reeksen delicten overlast veroorzaken en bij wie eerdere interventies geen gewenst effect hebben gehad. Het gaat om drugsgebruikers die regelmatig worden veroordeeld, doorgaans voor lichte vergrijpen met een korte straftijd.[10] De SOV is opgegaan in de ISD.[11]

2.3 Doelgroepen van de tbs

In aanmerking voor tbs komen dus verdachten, bij wie tijdens het begaan van het misdrijf sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis.

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

[11] Een effectevaluatie van de SOV is voorzien in 2007.

De maatregel kan worden opgelegd wanneer de verdachte verminderd of niet toerekeningsvatbaar was. Voorwaarde is wel dat sprake is van een misdrijf waarvoor een gevangenisstraf van vier jaar of meer kan worden opgelegd. Het gaat hierbij om moord, mishandeling, verkrachting en brandstichting. Wat betreft de stoornissen betreft het met name mensen met psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijk gehandicapten, autisme of een combinatie.

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

- Het is de rechter die beslist of tbs wordt opgelegd. Hij maakt de beslissing op basis van rapportages van het Pieter Baan Centrum (PBC) en onafhankelijke deskundigen over de toerekeningsvatbaarheid van verdachten tijdens het delict. Rechters maken daarbij een eigen afweging en kunnen verschillend besluiten. De rechter betrekt immers niet alleen de stoornis in zijn oordeel, maar ook de ernst van het gepleegde delict en de mate van de kans op recidive.
- Er wordt gewerkt aan een indicatie-instrument voor strafrechtelijke forensische diagnostiek rapportages (pro justitia), genaamd BooG (Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens). Het gebruik van dit instrument zal meer eenheid brengen in de besluitvorming om een onderzoek in te stellen naar de geestvermogens van de verdachten en zal leiden tot een verbeterde en consequentere indicatiestelling. Het valideringstraject is inmiddels afgerond. BooG wordt momenteel geïmplementeerd (of althans er wordt een aanvang mee gemaakt) in alle arrondissementen bij de rechterlijke macht, de raden voor de kinderbescherming en de forensische psychiatrische diensten.
- Uit de interviews met de deskundigen en klinieken komt naar voren dat er psychiatrische patiënten zijn die (nog) geen tbs-waardig delict hebben gepleegd, maar die veel baat kunnen hebben bij de forensisch psychiatrische aanpak en een behandeling in een gedwongen kader als tbs. De mogelijkheden voor ambulante forensische behandeling van deze patiënten (al dan niet in het kader van een tbs met voorwaarden) zijn de laatste jaren aanzienlijk toegenomen door de oprichting en groei van meerdere forensische poli- en dagbehandelingsklinieken. Er is echter nog steeds een grote vraag naar ambulante forensische hulpverlening.
- Een bijzondere groep binnen de tbs-klinieken vormen delinquenten met een niet-Nederlandse nationaliteit (met en zonder een verblijfsvergunning) die verminderd toerekeningsvatbaar worden geacht tijdens het plegen van een delict en tbs krijgen opgelegd. Van deze groep wordt steeds vaker door de IND de verblijfsstatus ingetrokken. Zij kunnen dus niet terugkeren in de Nederlandse maatschappij, terwijl de tbs-behandeling daar wel op gericht is. In bijlage 4 staan de juridische aspecten rond deze categorie verder uitgewerkt.

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

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

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

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

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

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

Volgens de in 1997 ingevoerde bepalingen van de Wet Fokkens moet de opname in verpleging/behandeling bij een combinatievonnis (lange gevangenisstraf en tbs) aanvangen na beëindiging van één derde van de gevangenisstraf. In de wet Fokkens is vastgelegd dat na eenderde van de straf door inhoudelijk deskundigen beoordeeld wordt of de betrokkene overgeplaatst zou moeten worden naar een behandelinrichting. Bij een lange gevangenisstraf plus tbs kan de rechter in zijn vonnis aangeven hoe lang detentie moet duren alvorens de tbs kan ingaan (art 37b, lid 2). In de praktijk komt de gedetineerde na het uitzitten van zijn straf (in de regel tweederde van de opgelegde strafmaat) in aanmerking voor doorstroom naar een tbs-kliniek. Door wachtlijsten duurt dit in de praktijk langer. De rechter kan ook aangeven dat na eenderde van het uitzitten van de straf de gedetineerde kan worden uitgeplaatst naar een tbs-kliniek. Dit is het geval indien er een lange gevangenisstraf en tbs is opgelegd. Deze patiënt mag dan pas in aanmerking komen voor verlofregelingen als tweederde van de straftijd is gepasseerd.

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

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

Uitstroom vanuit het huis van bewaring naar de tbs-kliniek
Via aselecte toewijzing door het agentschap Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie worden de tbs'ers toegewezen aan de klinieken (zie paragraaf 2.5).

Behandeling en verlof
Wanneer de patiënt is ingestroomd in een tbs-kliniek wordt begonnen met een observatieperiode, waarin het behandelprogramma wordt vastgesteld. Vervolgens begint de behandeling (zie ook paragraaf 3.4). Bij een gunstig verloop van de behandeling komt de patiënt op een gegeven moment in aanmerking voor (begeleid) verlof. De kliniek moet hiervoor een machtiging

aanvragen bij het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ[12]). In de paragraaf over verlof gaan we hier nader op in. De minister moet de machtiging bekrachtigen met een handtekening.

Verlenging en beëindiging tbs-maatregel
Uitstroom uit de kliniek vindt plaats door het opheffen van de tbs-maatregel of door een vorm van verlof. De beslissing voor opheffing ligt opnieuw bij de rechter, voor verlof bij de minister van justitie. Iedere jaar of iedere twee jaar wordt bepaald door de rechter of de tbs-maatregel wordt verlengd.[13] Het OM kan een verlenging of beëindiging aanvragen, ondersteund door rapportages van de klinieken. De rechter beslist of dit advies wordt gevolgd. Bij de beslissing is het recidiverisico het centrale criterium.
Een patiënt kan tegen verlenging in beroep gaan. Alle beroepszaken worden behandeld door de Penitentiaire Kamer van het gerechtshof van Arnhem. In deze kamer hebben naast drie raadsheren ook twee gedragsdeskundigen zitting.

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

Beslismomenten bij tbs met voorwaarden
Naast de tbs-maatregel met dwangverpleging heeft de rechter ook de mogelijkheid om tbs met voorwaarden op te leggen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in gevallen dat een delict niet voldoet aan het vierjaarscriterium. In het geval dat tbs met voorwaarden wordt opgelegd, voorziet de reclassering in het toezicht. Wanneer de tbs'er zich wel aan de afspraken houdt, kan de rechter de maatregel beëindigen. De maatregel kan ook van rechtswege eindigen. De tbs-verlengzitting komt ook terug bij de rechter.
Wanneer een tbs'er zich vervolgens niet houdt aan de afspraken en/of risicovol gedrag vertoont, dan gaat de zaak terug naar de Officier van Justitie. Er is een uitspraak van de rechter nodig om de tbs te laten omzetten naar dwangverpleging. Dit kost enige dagen tot weken. In de tussentijd kan bijvoorbeeld geen BOPZ-maatregel worden opgelegd, omdat de persoon nog onder het tbs-systeem valt.

2.5 Formele toewijzing van tbs'ers aan de klinieken

Eén resultaat van het interdepartementaal onderzoek tbs (IBO 2) was een verandering van de toewijzing van patiënten aan de klinieken. Voorheen

[12] ITZ staat voor Individuele tbs-zaken.

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

observeerde het Meijers Instituut de patiënten en gaf aan naar welke kliniek zij konden. Sinds 1999 is de vereenvoudigde of aselecte toewijzing geïntroduceerd. Deze bestaat uit een selectie op basis van vier criteria[14]:

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

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

Tabel 2.2 Instroom naar criteria vereenvoudigde toewijzing:

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

* over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.
Bron: MITS (2005), Ministerie van Justitie, DJI

De toewijzing van patiënten aan de klinieken wordt verzorgd door het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ). Op basis van de criteria en de

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

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

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

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

2.6 Financiering van de tbs

Financiering tot januari 2006
De financiering van de tbs-klinieken verloopt via het Ministerie van Justitie. De klinieken dienen een begroting in bij het ministerie, het ministerie declareert vervolgens 80 procent van het bedrag bij de AWBZ en draagt zelf 20 procent van het budget bij. Er is voor deze systematiek gekozen om twee redenen:

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

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

- Een volledig tarief, voor behandeling en resocialisatie, ook wel doorstroomtarief genoemd. Klinieken ontvangen dit de eerste zes jaar voor een patiënt.
- Een verblijfstarief, voor longstay basis en longstay intensief, dat wordt uitgekeerd voor patiënten die langer dan zes jaar in de kliniek verblijven. Dit tarief is lager dan het volledige tarief.

Beide tarieven zijn gebaseerd op de tarieven van het CTG (College Tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o) waarbij vier tarieven zijn samengevoegd

tot de twee genoemde[15] (doorstroom en verblijfstarief). De omzetting van het tarief na zes jaar behandeling komt voort uit IBO 2 en is bedoeld als prikkel om de uitstroom van patiënten te bevorderen.

De rijksklinieken krijgen een korting van 2,6 procent op de tarieven in verband met het verschil in de CAO's tussen de rijksklinieken en de particuliere klinieken. Ook zijn er bijvoorbeeld verschillen tussen rijksklinieken en particuliere klinieken bij de verrekening van huisvestingskosten. De uiteindelijke bedragen die klinieken krijgen verschillen dus, afhankelijk van de samenstelling van het patiëntenbestand en de huisvestingslasten. De rijksklinieken ontvangen een hoger bedrag dan de particuliere klinieken. De budgetten worden aangepast voor loon- en prijsstijgingen. De nacalculatorische prijzen van 2004 per patiënt per dag zijn ongeveer 500 euro voor de rijksklinieken en 400 euro voor de particuliere klinieken (TK 2004-2005, 30100 VI nr. 1, blz. 108). De hogere kosten voor de rijksklinieken worden vooral veroorzaakt door de hogere huisvestingskosten. Aanpassingen van individuele budgetten gebeurt op basis van de CTG-circulaires. Zie bijlage 6 voor de bedragen die de klinieken gemiddeld van 1999 tot en met 2003 hebben ontvangen.

De tbs-kliniek Hoeve Boschoord en de drie Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) die ook tbs'er opnemen, vallen financieel niet onder het Ministerie van Justitie, maar onder het Ministerie van VWS. Zij worden gefinancierd vanuit de AWBZ.
De GGZ wordt overigens overgeheveld naar de zorgwet. De procedure daarvoor is echter nog aanhangig.

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

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

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

- Huisvesting, verzorging en begeleiding in of vanuit gezinsvervangende tehuizen (GVT) voor gehandicapten.

Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor alle verzekerde Nederlanders. Dit doen zij via zorgkantoren die actief zijn in een bepaalde regio. Het zorgkantoor is als het ware een uitvoerder van de AWBZ. Zorgverzekeraars hebben via hun zorgkantoren in het kader van de tbs en de aansluiting van de tbs-klinieken op andere voorzieningen een belangrijke rol in het inkopen van juist die zorg die deze groep cliënten nodig heeft. De zorg moet ingekocht worden bij de voorzieningen die in bovenstaand rijtje staan.

Situatie vanaf 1 januari 2006
Als gevolg van het ingaan van het gewijzigde Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA) is het gewijzigde Zorgindicatiebesluit in werking getreden. In de gemoderniseerde AWBZ staat de zorgvraag van de verzekerde centraal. Voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing van forensisch psychiatrisch patiënten is een nieuw traject ontworpen dat op 1 januari 2006 is ingevoerd. De indicatiestelling en zorgtoewijzing in de rechtstreeks vanuit de AWBZ gefinancierde forensische psychiatrie wordt landelijk uniform vormgegeven om een verantwoorde en veilige in-, door- en uitstroom te bereiken.[16]
De precieze uitwerking van deze veranderingen is nog niet bekend.[17]

2.7 Verlofbeleid

In de discussie rond tbs is het verlofbeleid een belangrijk onderdeel. Zolang tbs'ers alleen binnen de kliniek mogen verblijven, is er nauwelijks risico voor de samenleving. Verlof houdt daarentegen een geleidelijke terugkeer in van de tbs'er in de maatschappij. In de beginselenwet (artikel 50) wordt gesproken over verlof in algemene zin. Uitsplitsing vindt plaats in een reglement. Benadrukt moet worden dat verlof een onderdeel is van de behandeling. In paragraaf 3.7 gaan we daar nader op in.
In mei 2004 is er een vernieuwd verlofbeleidskader tbs opgesteld. De aanpassingen zijn gebaseerd op voortschrijdend inzicht en resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Belangrijke ontwikkelingen hierbij zijn:

- Meer zicht op de rol van verlof in de behandeling. Zo blijkt uit onderzoek dat een adequaat klinisch verlofbeleid leidt tot lager recidiverisico. Een

[16] Beleidsbrief TBS 1 maart 2004. Kamerstuk nr. 29452 nr. 35.

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

afwezig of mislukt beleid is daarentegen een indicatie voor een verhoogde recidivekans (Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005).
- Het wegnemen van de verschillen tussen de klinieken in verlofbeleid die voor 2004 bestonden.
- De beschikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten (zoals de HCR en HKT) binnen het risicomanagement, waardoor een meer objectieve en gestandaardiseerde inschatting van het recidiverisico kan worden gemaakt. Tevens worden de risicofactoren bepaald die onder controle moeten worden gebracht. Vanaf 2004 is de risicotaxatie als verplicht onderdeel van een verlofaanvraag ingevoerd.
- Het terugbrengen van het aantal verlofmodaliteiten om de administratieve last te verminderen, terwijl de veiligheid gehandhaafd blijft. In het oude kader waren vijf verlofmodaliteiten.

De huidige regeling kent drie verlofmodaliteiten, naast proefverlof en de incidentele afwezigheid op humanitaire gronden.[18] De verlofmodaliteiten zijn:
- begeleid verlof;
- onbegeleid verlof;
- transmuraal verlof.[19]

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

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

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

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

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

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

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

Het toetsingskader van voor 2004 hield een meer marginale toetsing in en is inmiddels vervangen door een meer geprogrammeerde veiligheidstoets met een eenduidige werkwijze voor alle tbs-klinieken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie-instrumenten. Toepassing van een risicotaxatie-instrument leidt tot een gestandaardiseerde manier van beoordelen van de kenmerken die samenhangen met een verhoogde kans op recidive. Samen met een klinische rapportage wordt een compleet overzicht verkregen van de situatie van de individuele tbs'er.[20] Het toezicht op verlof ligt bij het hoofd van de kliniek.

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

Op 24 juni 2005 kondigde de minister van Justitie in de Tweede Kamer aan dat er een aantal aanscherpingen in het verlofbeleid is opgenomen naar aanleiding van een incident met een ontsnapte tbs'er. Deze aanscherpingen zijn:
- Bij twijfel wordt geen verlof verleend. Twijfel is er wanneer deskundigen in de twee jaar voorafgaand aan het moment van aanvraag aanmerkelijk verschillend hebben geadviseerd.
- Proeven met het gebruik van elektronische volgsystemen.[21]

[20] In paragraaf 3.7 gaan we in op de praktische werking.

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

- Begeleide verloven met dubbele begeleiding in de startfase van het verlof.[22]
- Verscherping van het opsporingsbeleid.
- Het stopzetten van alle verloven, indien bij een kliniek een patroon bestaat van onttrekkingen.

Proefverlof
Wanneer het recidiverisico van de tbs'er dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is om hem of haar terug te laten keren inde maatschappij, dan kan het hoofd van de kliniek met een machtiging van de minister proefverlof verlenen. Dit is geregeld in artikel 51 van de beginselenwet. Indien nodig kan het hoofd van de kliniek bijzondere voorwaarden stellen indien dit nodig is met het oog op de algemene veiligheid, bijvoorbeeld steun vanuit een hulpverleningsinstelling. Ook de reclassering speelt een rol bij het toezicht tijdens het proefverlof. Zij stellen een begeleidingsplan op in samenwerking met de kliniek.
Voorheen was het proefverlof aan korte termijnen gebonden. Binnen de huidige verlofregelingen is dat niet meer het geval. Hierdoor zijn er meer mogelijkheden om bepaalde groepen patiënten duurzame vormen van forensisch psychiatrisch toezicht te bieden.

2.8 Longstay en longcare

Midden jaren negentig werd duidelijk dat er een groep binnen de tbs-populatie was waarbij het recidiverisico niet voldoende afnam. Er is een toenemend besef dat er een groep tbs'ers is waarbij - door een te groot en ernstig recidiverisico - een veilige terugkeer in de samenleving uitgesloten is, ondanks een uitgebreide behandeling.[23] Deze patiënten worden na verloop van tijd minder intensief behandeld, maar hebben wel beveiliging nodig en zijn afhankelijk van psychische en medische zorg.[24] In Veldzicht zijn in 1999 en in

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

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

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

de Pompekliniek in Nijmegen in 2003 daarom afdelingen voor longstay gebouwd. Deze capaciteit is echter niet voldoende.

In september 2005 zijn er negentig patiënten die gebruik maken van de longstay. Het WODC heeft een schatting gemaakt van het aantal patiënten dat langdurig zorg nodig heeft. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen longstay en longcare. Bijna 200 patiënten komen in aanmerking voor een longstay-voorziening, 450 van tbs-patiënten heeft longcare nodig (De Kogel, Verwers, Den Hartogh., 2005). Met *longstay* wordt hierbij verwezen naar patiënten bij wie na langdurige behandeling het delictgevaar onvoldoende is geweken. Het gaat hierbij vooral patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (hoge mate van psychopathie) voor wie verblijfsvoorzieningen moeten worden gecreëerd gericht op duurzaam verblijf en maximale beveiliging. *Longcare* verwijst daarentegen naar patiënten die langdurig zorg- en structuurafhankelijk zijn. Vanwege hun chronisch psychiatrische kwetsbaarheid en beperkingen is blijvend toezicht aangewezen, zij het in minder beveiligde vorm dan bij de longstaygroep. Het betreft hier met name psychotici.[25] Voor de longcare kan samenwerking met de reguliere GGZ tot een passende en verantwoorde uitstroom zorgen. De GGZ is ook dan ook bezig om het begrip longcare verder te ontwikkelen.

De huidige capaciteit is dus niet voldoende en sluit daarnaast niet aan bij de behoefte, bovendien is er sprake van een groeiende capaciteitsbehoefte. Mede door het aangescherpte verlofbeleid is de verwachting dat het aantal tbs'ers dat in aanmerking komt voor een longstayvoorziening verder groeit. In augustus 2005 heeft de minister daarvoor een beleidskader laten ontwikkelen. Dit beleidskader is op het moment van schrijven nog niet door de Tweede Kamer behandeld en kan nog wijzigen. We geven hier toch de belangrijkste uitgangspunten van het beleidskader weer:

- De gespecialiseerde voorziening voor longstay is niet gericht op behandeling richting terugkeer naar de maatschappij, maar op aanvaarding van het verblijf in de longstay, waarbij gestreefd wordt naar een aanvaardbare kwaliteit van leven van de patiënt.
- Binnen de tbs-longstay worden verschillende deelpopulaties onderscheiden: patiënten met een psychotische problematiek of persoonlijkheidsstoornis, naar verstandelijke vermogens en naar beheersmatige aspecten (individueel of groepsgeschikt).
- De tbs'er op longstay heeft dezelfde interne en externe rechtspositie als de tbs'er op een reguliere tbs-afdeling.
- Er moet een zorgvuldige besluitvorming zijn rond de plaatsing in longstay, omdat een deel van de patiënten er nooit meer uit zal komen. Nu wordt bepaald of iemand voor longstay in aanmerking komt na een periode van tweemaal drie jaar. In het beleidskader wordt uitgegaan van een criterium

[25] Beschrijving gebaseerd op de visienota van de GGZ Nederland, 2005., p. 22-23.

van behandelbaarheid van de tbs'er. Plaatsing in de longstay is mogelijk als:
  - De tbs'er conform de laatste inzichten van de forensische psychiatrie alle behandelingsmogelijkheden heeft ondergaan (in minimaal twee behandelsettingen), zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar.[26]
  - Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de GGZ vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.
- Overplaatsing naar longstay is een externe overplaatsing, waarvoor altijd een plaatsingsbeschikking nodig is van het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ), ook wanneer de overplaatsing binnen een kliniek plaatsvindt. Patiënten kunnen tegen overplaatsing in beroep gaan.
- Voor deze patiënten is alleen begeleid verlof uit humanitaire overwegingen mogelijk.
- Uitplaatsing van longstay kan plaatsvinden als blijkt dat delictrisico op termijn afneemt, bijvoorbeeld als er nieuwe behandelmethoden of medicijnen zijn. De positie van de longstay-patiënt moet dus regelmatig bekeken worden. Het verlengingsadvies van de kliniek wordt ieder jaar of om de twee jaar door de rechter getoetst in een verlengingszitting.
- De CTG stelt de tarieven op.
- Er is voorzien in een uitbreiding met 26 plaatsen in 2005, met 60 in 2006 en met 54 in 2007 (bron: Ministerie van Justitie, DJI).
- Het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ) laat zich bij plaatsingen in de klinieken en de longstay adviseren door een multidisciplinair team van onafhankelijke deskundigen, de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP).[27]

[26] Alleen bij patiënten die door overplaatsing naar een tweede behandelsetting 'decompenseren' kan een onafhankelijk multidisciplinair onderzoek de tweede behandelpoging vervangen.

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

3 WERKING TBS VANUIT PERSPECTIEF VAN DE KLINIEKEN

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

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

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

We beantwoorden de vragen dus door de hoofdlijnen van de praktische werking van tbs in de klinieken te schetsen. Waar dat relevant is, wijzen we op verschillen in aanpak tussen klinieken (onderzoeksvraag 7).[1] Het hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op de informatie uit de gesprekken die we met vertegenwoordigers van alle klinieken hebben gevoerd.[2] De informatie van binnen de klinieken is aangevuld met kwantitatieve gegevens uit het MITS van het Ministerie van Justitie (DJI) en met informatie uit enkele secundaire bronnen (bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg).[3]

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

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

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

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

[3] Een uitgebreide verantwoording is te vinden in bijlage 2.

3.1 Capaciteit klinieken

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

Tabel 3.1 Capaciteit

Jaar	2001	2002	2003	2004	2005
Formele capaciteit tbs-klinieken	1263	1313	1296	1401	1491
Subtotaal particulier	-	-	642	707	751
Subtotaal rijks	-	-	473	487	527
Subtotaal justitieel	-	1114	1115	1194	1278
Subtotaal niet-justitieel	-	199	181	207	213

Bron: Ministerie van Justitie DJI, 2005
- Dit onderscheid wordt in de dataset van DJI voor deze jaren niet gemaakt.

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

Leeftijd

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

Tabel 3.2 Gemiddelde leeftijd personen in tbs-klinieken

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

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

Geslacht

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

Tabel 3.3 Geslacht personen in tbs-klinieken

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

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

Stoornis

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

Tabel 3.4 Populatie bij instroom tbs-klinieken naar stoornis

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

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

* Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

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

Geboorteland

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

Tabel 3.5 Geboorteland personen in tbs-klinieken

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

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

3.3 Instroom in de tbs-kliniek

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

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

Tabel 3.6 In- en doorstroom tbs*

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

Bron: MITS (2005), Ministerie van Justitie, DJI
* Voor een uitleg van de gebruikte termen verwijzen we naar bijlage 7.

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

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

Verschillende klinieken gaven aan daarnaast een preklinische *behandeling* te kennen. Dit is een uitgebreider (diagnostisch) voorbereidingsprogramma op de

opname in de kliniek, waarbij de opnameafdeling overgeslagen zou kunnen worden. Dit is niet aan tijd gebonden. De preklinische interventie en de preklinische behandeling beëindigen niet de passantenstatus van de tbs'er.[4] Een derde mogelijkheid is dat tbs'ers al in de gevangenis in opname worden genomen.[5] Ook hierbij wordt de behandeling door de kliniek zelf ter hand genomen. Feitelijk betreft het een opnameafdeling van een tbs-kliniek binnen de muren van een gevangenis. Tijdens de opnamefase is nog geen verlof mogelijk en zijn de behandelactiviteiten beperkt. Deze mogelijkheid wordt geboden om het hoofd te bieden aan het gebrek aan capaciteit en de passantenproblematiek: de patiënt formeel is opgenomen in de kliniek, waardoor de passantenstatus eindigt. Het is geen positieve keuze vanuit behandelmotieven, voor verdere behandeling moet de patiënt in de kliniek zijn opgenomen.

Aandachtspunten bij instroom

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

Volgens de klinieken en de meeste deskundigen horen binnen de huidige maatstaven (het wettelijk kader) vrijwel alle tbs'ers in de kliniek thuis. Wel spreken verschillende respondenten over een 'vervuilde' doelgroep of zelfs over tbs "als schaamlap voor een niet goed functionerend strafrecht". Binnen de klinieken maar ook wel daarbuiten, bestaat de indruk dat de rechter, in plaats van een langere detentie, makkelijker een ter beschikkingstelling oplegt. De oorzaak hiervoor wordt gelegd bij de maatschappelijke roep om strengere straffen, met een tbs-maatregel kan de rechter voorkomen dat het beeld ontstaat dat een uitgesproken straf te licht is. Vanuit de rechtbank wordt dit weersproken.

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

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

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

[4] Over passantenstatus, zie paragraaf 2.4.

[5] Het betreft een pilot waarbij onder meer de Pompestichting en de Rooyse Wissel zijn betrokken.

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

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

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

3.4 Behandeling

De klinieken onderscheiden drie hoofdfasen van behandeling:

1. De opname, een diagnostische fase waarin gekeken wordt wat de hulpvraag is en bepaald wordt naar welke afdeling de patiënt gaat (met hoofdcategorieën persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen). Het is de fase die het kortst duurt. De meest genoemde duur van deze fase is drie maanden, eventueel uitlopend tot zes maanden.[6]
2. Behandelfase, met een gemiddelde duur van drie jaar. Bij alle klinieken wordt in de behandeling een relatie gelegd met het gepleegde delict.[7]
3. Resocialisatie en nazorg, laatste fase van de behandeling, mogelijk deels transmuraal. In deze fase vinden de meeste verloven plaats. De verloven worden gezien als een essentieel onderdeel van de behandeling.

Na de opnamefase wordt de patiënt op een afdeling geplaatst. De indeling van de afdelingen is naar stoornis[8] en plaatsing van de patiënten gebeurt dus op basis van zijn of haar stoornis. In incidentele gevallen komt een patiënt niet op

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

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

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

de afdeling waar hij of zij op basis van zijn of haar stoornis thuishoort. De oorzaak daarvoor is plaatsgebrek. Deze situatie is in de ogen van de klinieken niet ideaal.

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

In het behandelplan worden zowel lange- als kortetermijndoelen geformuleerd. Deze worden geoperationaliseerd in interventies en resultaten. Steeds meer afdelingen binnen de klinieken kennen een zorgprogramma waaruit bij het opstellen van het behandelplan wordt geput.[9] In een zorgprogramma wordt het zorgaanbod van een specifieke afdeling beschreven. Het gebruik van zorgprogramma's is ingevoerd naar voorbeeld van GGZ. Verschillende klinieken werken al enige jaren met zorgprogramma's, andere zijn nog niet zover maar zijn begonnen met de invoering of ontwikkeling van zorgprogramma's. Ook in het rapport *TBS-klinieken in beweging* (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003) wordt deze ontwikkeling gesignaleerd.[10]

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

In vergelijking met het verleden menen vrijwel alle betrokkenen uit de klinieken dat het behandeltraject is geprofessionaliseerd (door de zorgprogramma's) en dat de afwegingen kritischer zijn. Naast de verschillen die er zijn gezien de aard van de doelgroep (longstay, verstandelijk gehandicapten, et cetera) zijn de verschillende vormen van behandeling meer naar elkaar toegegroeid: de eigen hand van de kliniek speelt een minder vooraanstaande rol in de behandeling dan voorheen, al blijven er wel verschillen in aanpak tussen de klinieken.[11] Beide ontwikkelingen worden herkend door verschillende

[9] In een zorgprogramma wordt per patiëntgroep de uitgangspunten, de doelgroep, de diagnostiek, het aanbod en het milieu beschreven. In de zorgprogramma's worden ook uitspraken gedaan over de effectiviteit van het aanbod (behandelmodulen), het behandelaanbod is meer *evidence based*.

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

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

deskundigen van buiten de kliniek, waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Aandachtspunten bij behandeling
Een belangrijk probleem binnen het tbs-stelsel is de sterke aanwas van nieuwe tbs'ers. Dit alleen al zou reden kunnen zijn om de meer principiële vraag te stellen of al deze mensen ook daadwerkelijk in een tbs-kliniek horen of dat er voor specifieke groepen misschien andere oplossingen mogelijk zijn. Een algemeen gedeelde visie is dat behandeling niet altijd zin heeft. Een belangrijk thema binnen deze discussie vormt het begrip behandelbaarheid (in de zin van het in voldoende mate kunnen terugdringen van het recidivegevaar).
Een behandelcoördinator definieert het zo: "een patiënt is niet behandelbaar zolang hij of zij zijn of haar handicap niet aanvaardt en dit naar verwachting leidt tot het herhalen van stereotype conflicten." Over de definitie van behandelbaarheid bestaat echter geen consensus. Duidelijk is dat:

- Een gebrek aan motivatie van de patiënt de behandeling dusdanig kan frustreren dat feitelijk een situatie ontstaat dat een patiënt niet behandelbaar is. Deze houding kan op termijn echter veranderen.
- Van verschillende stoornissen bekend is dat deze nagenoeg niet zijn te behandelen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen die hoog scoren op de psychopathiechecklist. Uit studies blijkt dat het recidiverisico voor deze groep op tachtig procent ligt.[12] Genoemd zijn verder (pedo-)seksuele delinquenten.

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

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

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

Ook wanneer de discussie over behandelbaarheid niet gevoerd wordt, blijft voor de klinieken de vraag wat de mogelijkheden zijn wanneer een patiënt niet

[12] Voor de hele populatie uitgestroomde tbs'ers is dit risico zeventien procent.

gemotiveerd is om aan de behandeling mee te werken. De patiënt bezet een 'duur' bed, maar maakt geen gebruik van de behandeling, boekt geen vooruitgang en frustreert mogelijk zelfs de behandeling van andere patiënten. Zoals in paragraaf 2.1 al is aangegeven, kunnen patiënten niet gedwongen worden om aan de behandeling mee te werken. De inspectie constateert dat er daardoor mogelijk onnodig vaak van de separeer gebruik gemaakt wordt (IGZ, 2003). Met name voor mensen die in psychose verkeren, zou moeten kunnen worden overgegaan op medicatie.
Overplaatsing naar longstay is formeel pas een optie na zes jaar behandeling in een tbs-kliniek en twee behandelsettingen. Volgens verschillende respondenten binnen de klinieken is deze periode voor sommige patiënten te lang; zij zouden al eerder overgeplaatst moeten kunnen worden.[13] Bezien in het licht dat longstay feitelijk vaak neerkomt op levenslang een lid van de strafkamer van de rechtbank Amsterdam hier haar twijfel over uit.

3.5 Verslavingsbeleid

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

- In veel klinieken worden tijdens de behandeling modules uit de verslavingszorg aangeboden (opgenomen in het zorgprogramma).
- Enkele klinieken kennen een zorgprogramma waarin verslavingszorg centraal staat (of ontwikkelen zo'n zorgprogramma).
- In sommige gevallen kopen de klinieken modules verslavingszorg in bij een verslavingskliniek.
- Verder uit dit zich in praktische maatregelen als controle van urine en duidelijke afspraken tijdens verlof (drank- en drugsgebruik zijn over het algemeen uit den boze, zeker als deze een rol speelden bij het delict).

Ondanks de omvang van de problematiek lijkt de verslavingszorg niet bij alle klinieken een even prominente plaats in de behandeling in te nemen, waardoor de kans groot is dat patiënten bij terugkeer in de maatschappij opnieuw tegen zijn of haar verslaving aanlopen.

Aandachtspunten bij verslavingszorg
Een vraag is of de kliniek een patiënt wel of geen verslavingszorg aan moet bieden wanneer uit de delictanalyse niet blijkt dat verslaving van de patiënt een rol heeft gespeeld bij het plegen van het delict. Uitgangspunt bij de behandeling is nu dat er een relatie moet zijn, het voorkomen van delictgevaar staat immers centraal. Gezien het grote aandeel verslaafden in de kliniek,

[13] Incidenteel gebeurt dit al wel. Daarnaast heeft minister Donner aangekondigd deze mogelijkheid te bekijken.

zelfs tot in de longstay[14], lijkt verslavingszorg als specialisatie of als regulier onderdeel van de behandeling voor de hand te liggen.

3.6 Etniciteit en behandeling

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

De verandering van populatie heeft mogelijk een effect op de groepen in de klinieken. De meeste klinieken beschikken namelijk over groepsafdelingen waar ook een deel van de behandeling plaatsvindt. In de klinieken wordt de aanwezigheid van verschillende culturen niet als een knelpunt ervaren. Zij zijn zich ervan bewust dat sommige zaken anders beleefd worden en dat daar in de behandeling rekening mee gehouden moet worden. In enkele klinieken is aangegeven dat er in de scholing van personeel aandacht is voor transculturele omgangsvormen. Een probleem daarentegen vormen wel tbs'ers zonder verblijfsvergunning. Het is echter hun verblijfsstatus die voor knelpunten zorgt, niet hun etnische achtergrond.[15]

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

3.7 Verlofbeleid

Voor de klinieken is een behandeling niet afgerond zonder dat een patiënt verschillende vormen van verlof heeft doorlopen. Verlof wordt niet gezien als de beloning van een patiënt, maar als een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Het verlof is immers het moment waarop getoetst kan worden in hoeverre de behandeling van de patiënt succesvol is. De respondenten benadrukken

[14] Zie bijlage 8, tabel 8-7.

[15] Zie ook bijlage 4.

dat er geen onaanvaardbare risico's genomen mogen worden, daarom moet de afweging om een patiënt verlof te geven zorgvuldig zijn.
Naar aanleiding van vorderingen in het behandelplan wordt in het multidisciplinaire behandelteam besloten of verlof past bij het stadium van de behandeling van een patiënt. Wanneer dit het geval is en aan alle voorwaarden is voldaan, wordt een verlofaanvraag opgesteld door de behandelcoördinator op basis van het format van het Ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ). De voorwaarden die de kliniek hanteert, zijn een goede score in de risicotaxatie[16] in combinatie met een positief klinisch oordeel van de behandelcoördinator. De verlofaanvraag gaat eerst naar de interne verlofcommissie, waar de aanvraag kritisch tegen het licht wordt gehouden. In deze commissie zitten naast de directeur behandeling vaak behandelcoördinatoren van een andere afdeling. Van twee klinieken weten we dat er ook een vertegenwoordiger van een andere kliniek zitting heeft in de commissie.[17]

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

Voor iedere vorm van verlof (begeleid, onbegeleid, transmuraal) moet een nieuwe aanvraag worden gedaan. Om te komen tot een vervolgstap in het verlof, worden de eerdere verloven geëvalueerd. Sinds het nieuwe verlofbeleidskader van het Ministerie van Justitie (zie paragraaf 2.7) en na de incidenten in de afgelopen jaren is het verlofbeleid in de klinieken aangescherpt en is er meer controle op de uitvoering, ook binnen de kliniek. Wanneer verlof toegekend is aan een patiënt wordt op de dag van het verlof zelf getoetst of de patiënt daadwerkelijk in staat is om met verlof te gaan. Pas dan wordt ('aan de voordeur') de verlofpas afgegeven. Zonder getekende verlofpas mag de patiënt de kliniek niet verlaten.

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

[17] Voorbeeld de Rooyse Wissel en GGZ Eindhoven (FPK).

Tussen de patiënten zijn verschillen tot welke verloffase[18] ze komen en hoe het verlof wordt ingevuld. Sommige patiënten krijgen wel onbegeleid verlof om te gaan werken, maar moeten 's avonds terugkeren in de kliniek. Anderen krijgen alleen begeleid verlof voor een opleiding of andere activiteiten. Patiënten die het hele traject doorlopen, kunnen in aanmerking komen voor proefverlof (zie paragraaf 3.9, over uitstroom). Ze verblijven dan buiten de kliniek. Zij vallen dan onder het toezicht van de reclassering, maar de kliniek blijft verantwoordelijk.

Het aantal actuele verlofmarges[19] dat het Ministerie van Justitie heeft toegekend en het aantal gestarte verlofmarges op peildatum december van elk jaar stijgt aanvankelijk en is de laatste jaren weer gedaald. Een (lichte) stijging is waar te nemen bij het aantal afgekeurde en ingetrokken verlofmarges. Voor 2005 kan dit verklaard worden door de verdere aanscherping van het verlofbeleid in juni, naar aanleiding van een onttrekking waarbij een ernstig strafbaar feit heeft plaatsgevonden.

Tabel 3.7 Verloven binnen tbs

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

Bron: MITS (2005), Ministerie van Justitie, DJI
* Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

Per jaar vinden ongeveer 50.000 verlofbewegingen[20] plaats, waarvan 20.000 begeleid en 30.000 onbegeleid. Jaarlijks vinden er ongeveer 90 onttrekkingen plaats.[21] Ongeveer driekwart van die onttrekkingen vindt plaats uit een situatie van onbegeleid verlof, de overige onttrekkingen uit begeleid verlof. Meestal betreft het een afwezigheid die zich beperkt van enkele uren tot enkele dagen

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

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

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

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

en keert betrokkene daarna terug in de tbs-kliniek. Ook dan wordt steeds kritisch bezien of, en zo ja wanneer, opnieuw verlof kan worden verleend. Zoals in het hele behandeltraject is er bij het verlof sprake van maatwerk.

De verloven worden jaarlijks geëvalueerd door de kliniek.[22] Dit kan leiden tot stopzetting van het verlof of aanscherping van de voorwaarden waaronder het verlof plaatsvindt. Indien de evaluatie niet tijdig wordt aangeleverd, wordt het verlof door het ministerie stilgelegd.

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

Aandachtspunten bij verlofbeleid
De klinieken constateren dat de gevolgen van onttrekking soms onevenredig zwaar zijn. Onderscheid tussen kleine en grote overtredingen kan nauwelijks worden gemaakt. Een voorbeeld van een naar verhouding kleine overtreding is wanneer een patiënt ondanks de afspraken een glas bier drinkt. Voorheen werd dit opgevat als: de patiënt kan de verleiding niet weerstaan en moet daarin extra worden ondersteund, zonder dat dit verder grote consequenties had voor het verlof van de patiënt.
Schending van gemaakte afspraken tijdens het verlof moet volgens de klinieken per geval worden bekeken. De huidige aanscherping van het verlof-beleid schiet volgens hen voor veel patiënten zijn doel voorbij. Zij zijn de dupe van enkele extreme voorvallen tijdens onttrekkingen.

Voor het verlof spreekt dat een patiënt gefaseerd steeds meer wordt 'blootgesteld' aan de maatschappij en dat er daardoor een betere inschatting kan worden gemaakt van hoe een patiënt op een volgende stap zal reageren. Ook reclassering onderschrijft deze visie. Uit de recidivecijfers van het WODC kan worden opgemaakt dat de verloven een positief effect hebben. Wanneer een maatregel wordt afgesloten met een proefverlof vindt er minder recidive plaats.[23]

3.8 Behandelduur

Uitgaande van de uitspraken door vertegenwoordigers van de klinieken over de behandelduur varieert deze van vijf tot zeven jaar. Dit is exclusief de tbs'ers die in een longstay zitten. Inclusief longstay is de gemiddelde behandelduur op dit moment bijna tien jaar.[24] In algemene zin is de behandelduur van patiënten

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

[23] Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005.

[24] Gebaseerd op cijfers van het Ministerie van Justitie, DJI.

met een psychotische stoornis naar verhouding korter en duurt de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis langer. Een groot deel van de patiënten heeft echter een 'dubbele' diagnose[25], de behandelduur van deze groep patiënten is moeilijk in te schatten.

Aandachtspunten bij behandelduur
Een van de aanbevelingen uit IBO 2 is om de behandelduur te verkorten. De behandelduur is echter de afgelopen vijf jaar toegenomen. Dit is vooral te wijten aan een strenger verlofbeleid en aan een strengere toetsing aan de 'achterdeur'; de uitstroom wordt daardoor vertraagd. De klinieken hebben dit niet meer volledig zelf in de hand en de financiële 'prikkel', het lagere behandeltarief dat de klinieken na zes jaar behandeling krijgen, heeft daardoor ook minder effect.
De klinieken wijzen op de diversiteit van hun populatie: de ene patiënt is de andere niet. Ze beschouwen de gemiddelde behandelduur niet als een werkbaar begrip.

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

3.9 Uitstroom

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

We onderscheiden vier vormen van uitstroom:
- proefverlof;
- voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel;
- beëindiging van de maatregel;
- overplaatsing naar een longstay-afdeling.

Tijdens proefverlof en de voorwaardelijk beëindiging wordt de patiënt begeleid door reclassering. De verantwoordelijkheid voor de patiënt ligt echter nog bij

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

de kliniek. In deze fase wordt getoetst of de behandeling geslaagd is en de patiënt dus zijn eigen verantwoordelijkheden kent, voldoende zelfstandigheid heeft verworven en in voldoende mate betrouwbaar is. Overplaatsing naar longstay houdt formeel geen beëindiging in van de tbs-maatregel, maar beëindigt wel de eigenlijke tbs-behandeling (waarvan het doel terugdringing van het recidivegevaar is).

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

Tabel 3.8 Uitstroom*

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

Bron: MITS (2005), Ministerie van Justitie, DJI
* Voor definiëring uitstroom zie bijlage 7.
** Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

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

Tabel 3.9 Uitstroom uitgesplitst naar aard

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

Bron: MITS (2005), Ministerie van Justitie, DJI
* Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar.
** Aantallen komen niet overeen met totale uitstroom.

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

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

- Voor patiënten met psychotische stoornissen: uitstroom naar een van de voorzieningen van de GGZ, bijvoorbeeld een FPA of een RIBW.

- Voor patiënten met chronische psychotische stoornissen: longcare-voorzieningen in de GGZ (te ontwikkelen).
- Voor chronische forensische patiënten: uitstroom naar een speciale afdeling in de GGZ.[26]
- Voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: vormen van begeleid of onbegeleid wonen (RIBW). Dit kunnen extramurale plaatsen zijn.
- Voor patiënten met een dubbele diagnose: begeleid wonen (extra- of transmuraal).
- Voor patiënten waar de behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd (lees: de patiënt blijft delictgevaarlijk), maar die blijvende zorg behoeven: een longstay-plaats binnen de kliniek, of onder begeleiding van de kliniek in een gevangenis.
- Voor longstay-patiënten zonder psychiatrische kwetsbaarheid: een longstay-plaats binnen een gevangenis (in ontwikkeling, begin 2006).

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

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

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

3.10 Contraire beëindigingen

Wanneer de rechtbank tegen het advies van de adviserende instantie in een tbs-maatregel niet verlengt, noemen we dat een contraire beëindiging. Aan het begin van de behandeling staat de verlenging van de maatregel door de rechtbank vrijwel nooit ter discussie. Volgens verschillende behandelcoördinatoren (die het advies van de kliniek in de rechtbank toelichten) is de noodzaak

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

om een behandeling voort te zetten aan het einde van de behandeling moeilijker hard te maken. Naar verhouding vinden de meeste contraire beëindigingen dus plaats tegen het einde van de behandeling.

Het aantal contraire beëindigingen is van 1998 tot 2001 teruggelopen van 42 tot 28 procent, maar liep in 2002 aantal plotseling op naar 48 procent. Een verklaring ligt (deels) in het gegeven dat de cijfers over contraire beëindiging in het MITS niet optimaal geregistreerd zijn.[27] In 2003 en 2004 ligt het percentage contraire beëindigingen weer rond 30 procent. In 2005 bedraagt het aantal contraire beëindigingen 34 procent. Nota bene: het gaat hier, anders dan bij het WODC, om cijfers die nog niet opgeschoond zijn.

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

Reden beëindiging*		2001	2002	2003	2004
Contrair aan schriftelijk advies of vordering OM beëindigd door de rechtbank / het gerechtshof	N*	25	38	24	25
	%	28,4	47,5	28,9	29,1
Contrair beëindigd door het OM	N	2	1	2	-
	%	2,3	1,3	2,4	-
Beëindiging van rechtswege	N	4	3	5	6
	%	4,6	3,9	6,0	7,0
De officier van justitie vordert niet of trekt vordering in	N	37	28	31	37
	%	41,1	35	37,3	43,0
Beëindiging door de rechtbank / het gerechtshof conform het schriftelijke advies	N	6	-	2	4
	%	6,8	-	2,4	4,7
Einde tbs-maatregel door nieuwe uitspraak in het kader van tbs	N	3	3	4	2
	%	3,4	3,8	4,8	2,3
Einde tbs-maatregel door overlijden of suïcide tbs'er	N	7	7	5	12
	%	8,0	8,8	6,0	14,0
Einde tbs-maatregel door andere oorzaken, niet nader gespecificeerd	N	4	-	10	-
	%	4,5	-	12,0	-
Totaal	N	88	80	83	86
	%	100	100	100	100

Tabel overgenomen uit De Kogel en Den Hartogh (2005, WODC).
* N = aantal tbs-maatregelen.

De respondenten van de klinieken onderschrijven het beeld uit het onderzoek van het WODC[28] dat contraire beëindigingen naar verhouding niet vaak door de rechtbank worden uitgesproken. Men stelt dat de klinieken de laatste jaren zeer voorzichtig zijn in het 'loslaten' van de patiënt en wijt dat onder meer aan de onrust die er in de maatschappij ontstaat wanneer een tbs'er opnieuw in de

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

[28] De Kogel en Den Hartogh, 2005.

fout gaat en, meer inhoudelijk, aan de vorderingen die er gemaakt worden in het voorspellen van de risico's (risicotaxatie). Binnen de kliniek is men zich bewust van de mogelijke gevolgen die de onttrekkingen hebben in het kader van de ministeriële verantwoordelijkheid. De consequentie is dat wanneer een kliniek niet erg zeker van de zaak is, er nog wel eens geadviseerd wordt om de tbs te verlengen. In feite laat de kliniek de beslissing om de tbs te beëindigen dan aan de rechtbank.

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

Formeel mag alleen het delictrisico bepalend zijn voor beëindiging of verlenging van de tbs-maatregel. De angst bij de klinieken is echter dat het aantal contraire beslissingen zal toenemen door de beperktere verlofmogelijkheden. De duur van de behandeling van patiënten neemt hierdoor toe, waardoor een rechter mogelijk eerder contrair zal beslissen. Het gevolg is dat dan meer patiënten zonder uitgebreide resocialisatie terugkeren in de maatschappij. Uit onderzoek is gebleken dat plotselinge (contraire) beëindigingen een hoger recidiverisico opleverden dan geleidelijke terugkeer in de samenleving.[29]

3.11 Longstay[30]

De kliniek adviseert plaatsing in longstay wanneer de behandeling niet het gewenste effect heeft gehad (lees: het recidiverisico is onvoldoende teruggedrongen om resocialisatie te kunnen bereiken). Sommige patiënten (niet allemaal) hebben ook in de longstay verdere behandeling of minstens begeleiding nodig. Meer dan de helft van de patiëntenpopulatie in de tbs valt

[29] De Kogel en Den Hartogh, 2005.

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

immers onder de definitie van *major mental disorders*, zij zijn sowieso aangewezen op enige vorm van zorg of behandeling.

Zoals bekend is, neemt het aantal tbs'ers in een longstay toe.[31] Verschillende klinieken proberen met uitbreiding van het aantal longstay-plaatsen aan de vraag naar nieuwe plaatsen te voldoen. Een deel van de plaatsen wordt binnen het gevangeniswezen gerealiseerd. Verschillende klinieken zijn hierbij betrokken.[32]

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

- Het gebrek aan alternatieven voor uitbehandelde tbs'ers. Met name voor psychotische patiënten ontbreekt een passend aanbod, zoals longcare of plaatsen binnen de reguliere GGZ, et cetera.
- De klinieken kijken kritischer naar het resultaat van de behandeling. Wanneer er na zes jaar behandeling geen vooruitgang wordt geboekt, zijn de klinieken sneller geneigd te adviseren de patiënt in een longstay te plaatsen. Klinieken krijgen dan immers minder geld voor de behandeling van een patiënt.

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

Aandachtspunten bij longstay

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

Volgens deskundigen van binnen en buiten de klinieken is in het beleidskader voor longstay (augustus 2005)[33] onvoldoende aandacht voor opvang van

[31] Een aantal kwantitatieve kenmerken over de longstay-populatie is opgenomen in bijlage 8.

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

[33] Zie paragraaf 2.8.

patiënten die vallen onder ‘longcare’. Er wordt voornamelijk gesproken over longstay, terwijl longcare een grotere groep patiënten omvat. Een belangrijk bezwaar tegen het beleidskader is verder dat er geen differentiatie naar patiëntgroepen en zorgtypen is.

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

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

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

3.12 Na de kliniek

Wanneer de tbs-maatregel beëindigd is, hebben de klinieken weinig zicht op hoe het de ex-patiënten vergaat in de maatschappij. Het komt weliswaar geregeld voor dat ex-tbs’ers contact houden met de kliniek, maar dat gebeurt dan uit eigen beweging van de ex-patiënt. Aangezien ook de rol van de reclassering eindigt als de tbs-maatregel is opgeheven, is de consequentie dat na de uitstroom van een ex-tbs’er in de maatschappij (dus niet in een GGZ-kliniek of een vorm van begeleid wonen) geen begeleiding wordt geboden.[34] Tijdens de resocialisatie is echter gewerkt aan een netwerk van familie,

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

vrienden, werk en eventueel hulpverleners. In principe is er dus een vangnet in geval het minder goed zou gaan.

De cijfers over recidive worden bijgehouden door het Ministerie van Justitie (DJI). Op basis van die cijfers wordt door het WODC gekeken naar de recidive onder ex-tbs'ers.[35] De klinieken beschikken echter nog niet over deze informatie. Een werkgroep bereidt deze terugkoppeling van recidivegegevens naar kliniek en naar specifieke behandeling voor.[36] Op termijn is deze informatie dus wel voor de klinieken beschikbaar.

Binnen de sector ontstaat steeds meer aandacht voor het belang van effectstudies. Mede doordat er steeds systematischer met zorgprogramma's wordt gewerkt, is het ook mogelijk om het effect van de behandeling te onderzoeken. Vrijwel alle klinieken hebben een eigen onderzoeksafdeling en er wordt in toenemende mate samengewerkt met andere klinieken, met universiteiten en met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Aandachtspunten bij 'Na de kliniek'
De klinieken willen graag over meer mogelijkheden voor nazorg beschikken, met name voor de ex-patiënten met psychische stoornissen. Deze nazorg dient niet alleen verleend te worden vanuit het risico op terugval, maar ook vanwege het feit dat een deel van de problematiek chronisch is en in andere levensfasen of situaties weer kan opspelen, uiteraard gekoppeld aan risicovol gedrag of recidive. Door nazorg kunnen dan in een vroeg stadium passende maatregelen genomen worden.

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

3.13 Aanbod van personeel

Tijdens de bezoeken van de parlementaire onderzoekscommissie aan een aantal tbs-klinieken bleek dat het functioneren van personeel een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van de incidenten. Binnen de gesprekken in de

[35] Zie bijvoorbeeld Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005.

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

klinieken is het personeelsbeleid aan de orde gesteld. We sommen hier de belangrijkste bevindingen op.

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

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

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

4 BELANGRIJKSTE KNELPUNTEN BIJ WERKING TBS

In dit hoofdstuk zetten we de knelpunten uit de voorgaande hoofdstukken op een rij. De consequentie hiervan is dat de kritische lezer van dit rapport op herhalingen stuit. We gaan opnieuw uit van de chronologie van het traject binnen de kliniek (instroom, behandeling, verlofbeleid, uitstroom, longstay, na de kliniek). Bij het schrijven van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van alle ons beschikbare bronnen.
Indien we de bron van de knelpunten niet specifiek vermelden, betreft het een in brede kring erkend knelpunt. Spreken we over klinieken, dan gaat het om een knelpunt dat met name binnen de klinieken als zodanig wordt beleefd. Specifieke uitzonderingen of afwijkende meningen worden steeds benoemd.

4.1 Knelpunten bij de instroom

- Een eerste knelpunt is de wachtlijst voor opname in de tbs-kliniek en de passantenproblematiek die dit met zich meebrengt. De wachttijd kan oplopen tot tweeënhalf jaar. In tabel 4.1 geven we een overzicht van de capaciteit binnen de klinieken[1], het aantal passanten en de gemiddelde wachttijd tot en met 2005. Volgens het Ministerie van Justitie is de groei van het aantal plaatsen in de klinieken dit jaar voldoende om de wachtlijst weg te werken, maar ontstaat tegelijkertijd weer vraag naar nieuwe bedden. Naast een gebrek aan capaciteit door het toenemen van het aantal tbs'ers, is het gebrek aan doorstroom een oorzaak van het ontstaan van de wachtlijst. Hierdoor komen relatief weinig bestaande plaatsen vrij.

Tabel 4.1 Capaciteit tbs-klinieken, 1999-2005

Jaar	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Formele capaciteit tbs-klinieken	1111	1245	1263	1313	1296	1401	1491
Aantal passanten	148	138	136	153	185	188	215
Gemiddelde wachttijd in dagen	280	283	259	250	229	246	282

Bron: Ministerie van Justitie, DJI 2004

- Zoals ook uit de tabel blijkt, is de instroom in de tbs groot. Dit roept vragen op over wie nu onder een tbs-maatregel zou moeten vallen. Hierbij spelen de volgende thema's:
  - De motivatie van de patiënten: patiënten die langdurig niet te motiveren zijn om een behandeling te volgen en daarmee een dure behandel-

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

plaats bezet houden. Hieronder liggen meer fundamentele discussies over behandelbaarheid, over toerekeningsvatbaarheid en over behandeldwang.
  - Geschiktheid van de maatregel voor bepaalde groepen: verslaafde veelplegers en psychiatrisch patiënten die volgens een groot aantal betrokkenen (binnen en buiten de klinieken) beter in de reguliere GGZ behandeld kunnen worden.
  - Het gebrek aan doorstroom: patiënten die uitbehandeld zijn en eigenlijk zouden moeten doorstromen naar een vervolgvoorziening.
  - Gebrek aan preventiemogelijkheden: psychiatrische patiënten die (nog) geen tbs-waardig delict hebben gepleegd, kunnen baat hebben bij een forensisch psychiatrische aanpak waardoor mogelijk voorkomen kan worden dat patiënten ontsporen.
  - Gebrek aan uniformiteit bij de opleggingen: de rechters maken een eigen afweging en kunnen daarom in vergelijkbare gevallen verschillend besluiten. Hierbij speelt de ongelijke ervaringen die rechtbanken hebben met de tbs-maatregel mee, de ene rechtbank behandelt nu eenmaal meer zaken waarbij tbs in het geding is dan de andere.
- Een van de klinieken merkte op dat er een groep tbs'ers is die geen verblijfsvergunning (meer) heeft en dat klinieken daar niet goed mee uit de voeten kunnen. Er kan niet worden gewerkt aan de resocialisatie, omdat het deze tbs'ers niet is toegestaan om terug te keren in de Nederlandse samenleving. Een volledige behandeling in de tbs-kliniek is dus eigenlijk onmogelijk. De minister van Justitie noemt in oktober 2004 drie oplossingen voor deze groep (geen tbs opleggen aan deze groep, tbs tussentijds beëindigen, aparte voorzieningen creëren). Verantwoorde terugkeer naar het land van herkomst lijkt zelden mogelijk.[2]

4.2 Knelpunten bij de behandeling

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

[2] Zie ook brief van minister Donner aan de Tweede Kamer, 2004/29452, nr. 13, 27 oktober 2004.

- De patiënt leidt aan een stoornis waarvan bekend is dat deze nagenoeg niet is te behandelen (bijvoorbeeld patiënten die pedo-seksuele delicten op hun naam hebben en bepaalde groepen psychopaten).

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

- Een probleem voor de klinieken is de beperkte mogelijkheden die er zijn voor patiënten die niet gemotiveerd kunnen worden om aan de behandeling mee te werken. De patiënt bezet een 'duur' bed, maar maakt geen gebruik van de behandeling, boekt geen vooruitgang en frustreert mogelijk zelfs de behandeling van andere patiënten. Formeel is overplaatsing naar longstay een optie na zes behandeljaren en twee behandelsettingen. Juristen (rechtbank, advocaten) vinden verkorting van deze termijn geen goed idee, omdat longstay in de praktijk vaak neerkomt op levenslang.
- Een knelpunt bij de doorstroom binnen de kliniek is het strenge verlofbeleid en, daarmee samenhangend, een gebrek aan uitstroom. Dit knelpunt wordt door vrijwel elke betrokkene onderkend. Een gevolg is dat patiënten langer dan nodig een plaats bezet houden, terwijl ze bijvoorbeeld door zouden moeten stromen naar resocialisatie. Op hun beurt houden deze patiënten ook weer de instroom van nieuwe patiënten tegen.
- De verblijfsduur is de afgelopen vijf jaar toegenomen, ondanks de aanbevelingen uit IBO 2. De klinieken wijten dit onder meer aan het gebrek aan uitstroom door het strengere verlofbeleid en de strengere toetsing aan de 'achterdeur'.
- De manier waarop de klinieken de behandeling van de patiënt aanpakken is momenteel onderhevig aan verschillende ontwikkelingen. Als voorbeeld mag het toegenomen gebruik van zorgprogramma's worden genoemd. Niet alle klinieken zijn daar al even ver mee (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003).
- Door het ontbreken van onderzoek naar de effecten van de verschillende behandelingsmodulen is er nog steeds weinig inzicht in het effect van de behandelingen. De indruk is evenwel dat zowel klinieken als EFP bezig zijn met een inhaalslag op dit terrein.

4.3 Knelpunten bij het verlofbeleid

- De huidige aanscherping van het verlofbeleid leidt er volgens de meeste betrokkenen uit de klinieken toe dat ook goedwillende patiënten de dupe zijn van enkele extreme voorvallen tijdens onttrekkingen. De klinieken spreken in dit kader van bulkmaatregelen die weinig recht doen aan de situatie rond de grote meerderheid (men spreekt van meer dan 80 %) van de patiënten.
- De aanscherping van het verlofbeleid komt volgens de klinieken voort uit de ministeriële verantwoordelijkheid en men stelt deze dan ook ter discussie. Men meent dat de politieke waan van de dag te veel invloed heeft ('incidentenbeleid'). Vanuit het Ministerie van Justitie wordt gewezen

op de maatschappelijke gevoeligheid rond het thema tbs en op het belang van de politieke verantwoordelijkheid die bij de minister van Justitie ligt.
- Door de beperktere verlofmogelijkheden bestaat volgens de klinieken de mogelijkheid dat het aantal contraire beëindigingen door de rechtbank toeneemt. De duur van de behandeling van patiënten neemt immers toe en dit kan voor de rechter een argument zijn om contrair te beslissen. Het is echter niet duidelijk in hoeverre hiervan sprake is.

4.4 Uitstroom

- Vrijwel alle deskundigen (binnen en buiten de kliniek) stellen dat er onvoldoende plekken zijn voor uitstromende tbs'ers en dat er onvoldoende differentiatie is in het aanbod. De uitstroom verloopt mede daarom vaak uiterst moeizaam. De belangrijkste, door de verschillende deskundigen, genoemde knelpunten bij de uitstroom zijn:
  - Het aangescherpte verlofbeleid van het ministerie dat consequenties heeft voor alle tbs'ers en niet alleen voor de tbs'ers uit risicogroepen, waarin de onttrekkingen hebben plaatsgevonden. Binnen klinieken bestaat het beeld dat het aantal verloven afneemt (hetgeen onderschreven wordt door de cijfers van DJI, zie tabel 3.7), de procedure om verloven aan te vragen meer tijd kost en het langer duurt voordat met een volgende verloffase kan worden begonnen.
  - Risicomijdend gedrag bij de tbs-klinieken zelf. Door een strenge interne toetsing worden er minder verlofaanvragen gedaan dan voorheen. Hierbij gaat het ook om patiënten die weinig risico op recidive hebben, maar zich in het nabije verleden wel onttrokken hebben tijdens een verlof.
  - Gebrek aan aansluitende zorg, bijvoorbeeld binnen de GGZ. Zorg aan tbs'ers vergt in veel gevallen een striktere begeleiding en meer controle dan binnen de GGZ gebruikelijk is. Voor sommige patiënten is de mate van beveiliging ontoereikend.
  - Een gevolg van onvoldoende aansluitende zorg kan zijn dat tbs'ers vanuit de GGZ teruggeplaatst worden (in het kader van 'terugneem-garantie': de tbs-kliniek belooft de ontvangende GGZ-instelling de patiënt terug te nemen wanneer zich problemen voordoen).
  - In sommige gevallen is er sprake van wachtlijsten in aansluitende zorg.
  - Het stigma van de tbs'er, waardoor GGZ-instellingen huiverig zijn om deze op te nemen. Er worden vaak hoge eisen aan het functioneren van de tbs'er gesteld, die volgens de respondenten niet altijd reëel zijn.
  - Gebrek aan longstay- en longcare-plaatsen, zowel justitieel als binnen de GGZ (voor chronische patiënten).
  - Gebrek aan alternatieve mogelijkheden, bijvoorbeeld tussentijdse omschakeling naar een andere maatregel, dwangmedicatie na beëindiging van tbs-maatregel.

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

4.5 Knelpunten rond longstay

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

4.6 Knelpunten na de kliniek

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

4.7 Resterende knelpunten

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

5 IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELINGEN

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

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

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

5.1 IBO 1 'Doelmatig behandelen'

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

IBO 1 **Aanbevelingen:**

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

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

Tabel 5.1 IBO 1 (1996)

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

Resultaten IBO 1:

De implementatie van veel van de aanbevelingen en kabinetsstandpunten naar aanleiding van IBO 1 hebben in de meeste gevallen pas na de uitvoering

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

van IBO 2 plaatsgevonden. Als we kijken naar de huidige situatie, constateren we de volgende ontwikkelingen:

1. De doorstroming naar GGZ-voorzieningen is nog steeds beperkt. Incentives vanuit de klinieken hebben in sommige gevallen een meerwaarde. Zo zijn er voorbeelden van tbs-klinieken die duidelijke afspraken hebben gemaakt met een GGZ-instelling. De klinieken kopen plaatsen in en bieden ambulante begeleiding aan. Ze bieden interventie aan bij een crisis. Door zich als kliniek aan de gemaakte afspraken te houden, ontstaat vertrouwen bij de GGZ-instelling. De actieve betrokkenheid bij het proces voorkomt dat een patiënt in een GGZ-voorziening weer teruggenomen moet worden, wanneer een crisis ontstaat. Andere klinieken die minder voorzieningen bieden, klagen daar namelijk wel over.
2. De introductie van de tweemaal drie jaar behandelduur heeft niet geleid tot verkorting, maar wel tot een actievere behandeling en sneller ingrijpen als een bepaalde behandeling geen effect heeft. Voor de diagnostische fase en de behandelfase is er steeds meer zicht op gemiddelde termijnen. Voor de resocialisatiefase is het minder duidelijk. De totale verblijfsduur is nu weer aan het oplopen, doordat de verlofmogelijkheden zijn ingeperkt of langer duren. Het duurt daardoor langer voordat iemand toe is aan doorstroming naar een volgende fase.
3. Er wordt meer geregistreerd en meer onderzocht, maar aan benchmarking wordt in de tbs nog niet echt gedaan. Wel zijn er verschillende instrumenten breed ingevoerd en worden ze nu door alle klinieken gebruikt, mede door het dwingend opleggen vanuit justitie (zoals de risicotaxatie-instrumenten). Door verlofaanvragen te koppelen aan deze instrumenten, zijn alle klinieken ze gaan gebruiken (ondanks eerdere afwijzende houding) en wordt onderzoek gedaan om de instrumenten verder te ontwikkelen.
4. Privatisering is mogelijk. De Van Mesdagkliniek is bezig met een privatiseringsproces, maar dat heeft vertraging opgelopen. Privatisering van de andere twee klinieken is pas aan de orde als de privatisering van de Van Mesdagkliniek een feit is. Op zich blijkt uit de ontwikkelingen na IBO 2 dat privatisering moet kunnen.

5.2 IBO 2 ‘Over Stromen: in- door- en uitstroom bij de TBS’

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

IBO 2 **Aanbevelingen:**

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

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

Tabel 5.2 IBO 2 (1998)

Aanbeveling	*Overgenomen*	*Geïmplementeerd*
1. Rationalisering van de sector		
Gegevens centraal verzamelen	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Ja, eerst door het Meijersinstituut en vanaf 2001 door DJI
Concreet uitvoeringsplan	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Niet duidelijk
Wetenschappelijk programma	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Deels, wordt nog steeds verder uitgebreid qua onderwerpen. Er is steeds meer aandacht voor onderzoek in de sector.
Expertisecentrum	Ja, kabinetsstandpunt 3.4	Ja, in 2003 is EFP gestart
Taxatie recidiverisico	Ja, kabinetsstandpunt 3.2	Ja, er wordt nu door alle klinieken gewerkt met risicotaxatie-instrumenten. Zijn verplicht bij de verlofaanvraag.
Risico assessment instrumenten	Ja, kabinetsstandpunt 3.2	Ja, zie vorige punt. Lopend en afgerond onderzoek om instrumenten verder te verfijnen en te toetsen.
2. Vergroting efficiency		
Verruiming juridische mogelijkheden in APZ	Ja, kabinetsstandpunt 5	Nee, maar er is nog wel steeds behoefte
Samenwerking en zorgcircuits	Ja, kabinetsstandpunt 5	Deels, sommige klinieken slagen daar meer in dan andere, maar er zijn grote knelpunten[2]
Systematisch inrichten behandelaanbod	Ja, kabinetsstandpunt 1 en 5	Deels , er wordt steeds meer gewerkt met zorgprogramma's, Het is een ontwikkeling die nog steeds verder gaat, bijv. effectmetingen[3]

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

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

Vervolg tabel 5.2

Aanbeveling		*Overgenomen*	*Geïmplementeerd*
Creëren extra capaciteit		Ja, kabinetsstandpunt 5	Ja, ook in 2006 is nog verdere uitbreiding gepland
Normeren duur d.m.v. incentives		Ja, kabinetsstandpunt 1	Ja, er is nu een knip in de bekostiging na zes jaar[4]
Vervangen selectiesysteem		Ja, kabinetsstandpunt 2	Ja, zogenaamd aselect systeem of vereenvoudigde toewijzing
Behandelverantwoordelijkheid bij klinieken		Niet duidelijk	Ja
Aangaan kwaliteitstraject		Ja, kabinetsstandpunt 3.3 en 3.4	Voor groot deel: EFP is opgericht, onderzoek, deskundigheidsbevordering en monitoring wordt hard aan gewerkt
Kwanti- & kwaliteit Pro Justitia		Ja, kabinetsstandpunt 4	Nee

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

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

Verder valt nog op te merken dat de klinieken zijn begonnen met het opzetten van elementen van een kwaliteitssysteem. Zo worden er zorgprogramma's ontwikkeld en ingevoerd (aansluitend op de GGZ). Er is bovendien meer intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld bij verlofaanvragen).
Er zijn risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld in Nederland en het buitenland. Sinds 2004 is het voor de klinieken verplicht om gebruik te maken van deze

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

instrumenten in het kader van een verlofaanvraag. De instrumenten worden gevolgd door onderzoek om de validiteit nog verder te verbeteren.

In 2003 is het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie) gestart. Zij functioneren als expertisecentrum en coördineren en verrichten onderzoek. Dit instituut moet bijdragen aan een effectieve en wetenschappelijk gefundeerde behandeling van de patiënten. Hierbij zijn meerdere partners betrokken, zoals de tbs-instellingen, forensisch psychiatrische instellingen, het Pieter Baan Centrum en verwante GGZ-instellingen. Een speciaal aandachtspunt voor het EFP is het bevorderen van de kwaliteit van de behandeling naar 'state of the art'-normen. De samenwerking met de klinieken in het kader van het opzetten van onderzoek verloopt, na aanloopproblemen, steeds beter. Er is sectorbreed een toename van belangstelling voor onderzoek.
De tbs-klinieken beschikken zelf ook vaak over een eigen onderzoeksafdeling en verrichten onderzoeken bijvoorbeeld in samenwerking met andere klinieken en universiteiten. Onderwerpen van onderzoek zijn onder meer behandel-effecten[5], delictgevaarlijkheid en risicotaxatie, instrumentontwikkeling, kwaliteit van zorg en stoornissen en pathologie. Door verschillende respondenten, waaronder ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt geconstateerd dat er sprake is van toenemende aandacht voor effectstudies en samenwerking met andere klinieken in het kader van onderzoek. De IGZ (2003 en 2005) benadrukt echter dat er verschillen tussen de klinieken zijn in de mate waarin onderzoeken plaatsvinden en er aandacht is voor onderzoek. Verder is zij van mening dat met name de zorgprogramma's verder ontwikkeld moeten worden met ondersteuning van onderzoek. Het feit dat er meer en meer gewerkt wordt met vergelijkbare instrumenten, maakt de mogelijkheid voor onderzoek groter.

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

5.3 Commissie Kosto 'Veilig en wel'

Veel tbs'ers zijn, voorafgaand aan het delict dat de tbs-maatregel tot gevolg had, in contact geweest met de GGZ. Ondanks dat ontwikkelden tbs-klinieken, die onder de verantwoordelijkheid van Justitie vallen, zich lange tijd als geïsoleerde, naar binnen gerichte organisaties, waarbij onvoldoende kennis over behandelmethoden werd uitgewisseld met de GGZ. Dat leidde ertoe dat te weinig tbs'ers uitstroomden naar vervolgvoorzieningen van de GGZ, zoals

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

bijvoorbeeld RIBW's (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen). De opdracht van de commissie was om een advies over dit probleem te formuleren en een toekomstvisie tbs te presenteren
De voornaamste conclusie van het rapport 'Veilig en wel' van de Commissie-Kosto luidde als volgt: tbs-klinieken moeten op termijn - vijf à tien jaar - integreren in GGZ-instellingen. Justitie draagt daarmee de zorg voor tbs'ers over aan de GGZ, maar blijft verantwoordelijk voor het veiligheidsaspect. Het is dus een principiële keuze om 'zorg' en 'beveiliging' tot het terrein van twee verschillende ministeries te laten behoren, respectievelijk VWS en Justitie. Dit is mogelijk een grote stap in de richting van een betere samenwerking tussen de ministeries van VWS en Justitie en daarmee de opmaat naar een betere kwaliteit van zorg voor tbs'ers. De volgende aanbevelingen werden geformuleerd:

Commissie-Kosto

Aanbevelingen:

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

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

Tabel 5.3 Commissie Kosto (2001)

Aanbeveling	*Overgenomen*	*Geïmplementeerd*
1. Integratie van tbs-sector in psychiatrie op langere termijn 2. Ministeries blijven voor eigen aspect verantwoordelijk. In klinieken verantwoordelijkheid gedeeld		
Persoonlijkheidsstoornissen in Forensische Psychiatrie	Niet duidelijk	Ja
Geschikte plek onbehandelbaren	Ja, kabinetsstandpunt 2 en 13	Ja, inmiddels is er een kader voor longstay ontwikkeld, maar dit is nog niet behandeld in de Tweede Kamer. Knelpunt blijft de longcare patiënten
Mate beveiliging en rechtspositie	Ja, kabinetsstandpunt 2 en 4	Deels, er wordt hiernaar gekeken in de werkgroep BOPZ
Vrijhedenbeleid bepaalt justitie	Ja, kabinetsstandpunt 3	Ja
Toezicht reclassering	Ja, kabinetsstandpunt 13	Ja, maar de reclassering heeft beperkte middelen, er is geen extra inzet voor tbs'ers.
Aanpassing voorzieningen	Niet duidelijk	Ja, in klinieken voor longstay en in GGZ extra beveiliging
Aandacht voor arbeidsmarkt	Ja, kabinetsstandpunt 8	Er is nog steeds geen specifieke opleiding, wel onderhouden klinieken zelf contacten met hogescholen voor gastcolleges en stagebegeleiding
Aandacht voor multiculturaliteit	Ja, kabinetsstandpunt 13	In niet alle klinieken wordt dit als probleem gezien, in andere klinieken is wel aandacht voor transculturele communicatie
Aandacht voor verslaving	Ja, kabinetsstandpunt 13	Ja, steeds meer gewerkt met verslavingsmodules en er is aandacht voor co-morbiditeit. Niet alle verslaafden zijn echter behandelbaar voor hun verslaving. Samenwerking op dit terrein met de GGZ kan nog worden verbeterd.
Instrumentarium voor GGZ	Ja, kabinetsstandpunt 6	Er vindt nog steeds nauwelijks benchmarking plaats in de GGZ
Opnameplicht voor GGZ	Ja, kabinetsstandpunt 13	Nee, GGZ vindt dit onwenselijk, vraagt ook wetsverandering en uitbreiding capaciteit. Bij de huidige capaciteit is sprake van verdringing.
Plaatsing tbs en behandelmodules	Ja, kabinetsstandpunt 13	Deels o.b.v. indicatiestelling worden behandelmodules gefinancierd (BZA) daar waar behandelmodules zijn
Garantie opnamecapaciteit	Niet duidelijk	Nee
VWS + justitie aanwezigheid voldoende middelen	Niet duidelijk	Niet duidelijk, vooralsnog zijn er voor de tbs zelf voldoende middelen. Knelpunt zit bij de in- en uitstroom.
Onderzoek financieringsstromen	Niet duidelijk	Commissie Houtman is ingesteld om hierover te adviseren.
Instrument justitie toets kwaliteit behandeling	Niet duidelijk	Nee, onwenselijk gevonden. VWS verantwoordelijk voor zorg, Justitie voor beveiliging.
Kleine aanpassingen wetgeving	Ja, kabinetsstandpunt 4	Nee

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

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

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

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

5.4 Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechterlijk kader 'Commissie Houtman'

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

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

De onderdelen van de opdrachten luidden als volgt:

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

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

Commissie-Houtman

Aanbevelingen:

1. Zorg beter organiseren *(adressant: Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS, klinieken en forensisch veld)*.[6]
2. De keten organiseren *(adressant: Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS, klinieken en forensisch veld).*
3. Sturen op volume *(adressant: Ministerie van Justitie en klinieken).*

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

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

Tabel 5.4 Commissie Houtman (2005)

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

* Zie onder kopje resultaten.

Resultaten Commissie Houtman:

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

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

5.5 Conclusies

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

- Het grootste deel van de aanbevelingen wordt overgenomen door het kabinet met hier en daar een nuancering of aanscherping.
- Sinds het verschijnen van de hiervoor genoemde commissies en kabinetsstandpunten zijn veel activiteiten reeds gerealiseerd of worden momenteel uitgevoerd.
- De commissies en aanbevelingen bouwen op elkaar voort qua gedachtengoed en implementatie van de aanbevelingen. De aanbevelingen en implementatie van IBO 1 zijn opgenomen of overgegaan in IBO 2 en betreffen vooral de doelmatigheid van de tbs-maatregel in de zin van daling recidive, beperking gemiddelde intramurale behandelduur en wachttijden van tbs-passanten door betere instroom, doorstroom en uitstroom. De Commissie Kosto gaat vooral verder op het verbeteren van de doorstroom en uitstroom. De Commissie Houtman neemt een aparte positie in, het is namelijk een commissie die is opgestart vanuit het Ministerie van Justitie.
- De meeste maatregelen die genomen worden naar aanleiding van een kabinetsstandpunt zijn (slechts) gedeeltelijk geïmplementeerd. Bij een klein aantal maatregelen kan volmondig ja geantwoord worden (bijvoorbeeld selectiesysteem, verlofcommissie, instrument voor risicotaxatie, gedifferentieerde tarieven). Andere maatregelen zijn dus maar gedeeltelijk geïmplementeerd. De redenen voor deze beperkte implementatie lopen uiteen. Het betreft vaak complexe problemen die vragen om aanpassingen op meer terreinen zoals wet- en regelgeving, attitudes, capaciteit. Een voorbeeld hierbij is verregaande samenwerking tussen tbs en GGZ. Doordat er sprake is van onder meer een verschil in cultuur (opleggen zorg versus vrijwilligheid cliënt), niet op elkaar aansluitende wetgeving, capaciteitstekort in de GGZ en het niet op elkaar aansluiten van voorzieningen, is de doorstroom van tbs naar GGZ nog steeds een knelpunt. Wat betreft de bekostiging is vooralsnog alleen naar behandelduur gekeken. Voor het differentiëren op basis van behandelingen en type stoornissen is onvoldoende draagvlak in de sector.
  Voor de maatregelen van de Commissie Houtman geldt echter dat het implementatiestadium nog niet is opgestart. Men wacht tot het uitkomen van het advies van onderhavige commissie.
- In een enkel geval wordt een aanbeveling niet overgenomen door het kabinet, maar in de loop van de tijd wél voorbereid voor implementatie. Dit geldt bijvoorbeeld voor de derde aanbeveling uit IBO 1 over de privatisering van de rijksinstellingen. Deze aanbeveling is niet overgenomen maar inmiddels is de Van Mesdagkliniek bezig met verregaande voorbereidingen voor privatisering.
- Het is van belang te constateren dat in een enkel geval de aanbeveling wordt overgenomen en geïmplementeerd, maar dat in de praktijk blijkt dat

met de maatregel niet alleen het gewenste effect wordt bewerkstelligd maar dat het ook ongewenste bijeffecten kent. Een voorbeeld is de aselecte toewijzing. Er vindt gelijke spreiding plaats, maar dit staat haaks op de wens van specialisatie en bundeling van expertise om een efficiënte en effectieve behandeling te realiseren. Een ander ongewenst bijeffect is dat tbs'ers verspreid worden over het hele land. Bij uitstroom wil een deel van deze patiënten weer terug naar de regio van herkomst. Klinieken ondervinden echter dat het ontwikkelen en onderhouden van contacten met GGZ-instellingen vooral goed werkt op regionaal niveau. De GGZ werkt vooral met regionale circuits.

6 VERBETERINGEN BINNEN HET HUIDIGE STELSEL

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

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

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

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

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

6.1 Alternatieve systeemvarianten?

Uit de gesprekken met respondenten van de klinieken en andere deskundigen blijkt dat er geen ‘alternatieve systeemvarianten’ als zodanig in ontwikkeling zijn.[1] Dit betekent niet dat er binnen de sector en daarbuiten niet wordt nagedacht over verbeteringen die volgens alle betrokkenen noodzakelijk zijn. Een illustratie hiervan is de notitie ‘*De terbeschikkingstelling in de middenpositie*’ (december 2005) van het Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBIV), waarin de sector zelf haar positie beschrijft en een aanzet doet voor een aantal vernieuwingen. Het blijft niet bij nadenken alleen, langzamerhand leidt het ook tot zichtbare innovaties binnen de sector, zoals bijvoorbeeld de invoering van zorgprogramma’s (voor zover dat nog niet gebeurd was), samenwerking met gevangenissen en de uitwerking van de terugkoppeling van recidivegegevens naar kliniek en naar specifieke behandeling (in ontwikkeling). Ook bij de deskundigen leven tal aan ideeën over verbeteringen van het stelsel.

Voordat er nagedacht wordt over verbeteringen binnen het huidige stelsel, moet eerst de principiële vraag worden beantwoord of het wenselijk is dat het

[1] De ons bekende alternatieve systeemvarianten gaan, evenals het huidige stelsel, uit van het principe ‘beveiliging door behandeling’. Ze zijn weliswaar ingrijpend, maar breken hier niet mee.

tbs-stelsel blijft voortbestaan en zo ja, voor wie de tbs-maatregel dan bedoeld moet zijn. Het eerste deel van de vraag wordt, niet verwonderlijk, vanuit de klinieken volmondig met ja beantwoord. Ook de meeste deskundigen beantwoorden deze vraag bevestigend. De argumenten daarvoor zijn:

- Er is een groep delinquenten met stoornissen die niet zonder meer aan haar lot kan worden overgelaten en tijdelijk in een gevangenis kan worden opgesloten. Zonder behandeling is de verwachting dat zij na vrijlating eerder in hun oude fout zullen vervallen.
- Op basis van onderzoek door het WODC[2] wordt de conclusie getrokken dat recidive onder ex-tbs'ers lager is dan de recidive onder ex-gedetineerden. De conclusie die daaruit wordt getrokken is dat de behandeling, tot op zekere hoogte, ook succesvol is.[3] Deze conclusie wordt ondersteund door vergelijkingsmateriaal (recidivecijfers) uit het buitenland.

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

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

- behandelbaarheid;
- toerekeningsvatbaarheid.

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

Ook binnen de klinieken staat de behandelbaarheid van een aantal groepen patiënten ter discussie. Er bestaat nog geen eenduidige definiëring van het begrip behandelbaarheid. Duidelijk is wel dat het gaat om het verwachte succes van een behandeling bij de terugdringing van het recidivegevaar[4] en dat daarbij de motivatie van de patiënt en de aard van de stoornis een cruciale rol spelen. Verschillende respondenten (van binnen en buiten de klinieken) menen dat er binnen de huidige stand van kennis voldoende informatie is om te komen tot criteria van behandelbaarheid. In dat kader is bijvoorbeeld de psychopathiechecklist (PCL-R) genoemd.

Behandelbaarheid moet dan niet gezien worden als een statisch begrip. Ontwikkelingen in de psychiatrie (nieuwe behandelmethoden) of persoonlijke ontwikkeling van de patiënt (toegenomen motivatie) maken dat het zaak is om de status van de patiënt als onbehandelbaar regelmatig te toetsen. Ook de

[2] Wartna, El Harbachi en Van der Knaap, 2005.

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

[4] Ook de zogenaamde 'onbehandelbaren' hebben immers behandeling of zorg nodig.

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

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

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

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

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

Beide varianten gaan, evenals de huidige tbs, uit van het principe 'beveiliging door behandeling'. Wel verschilt de invulling daarvan met het huidige stelsel.

Het gebruik van andere selectiecriteria (‘behandelbaarheid’ of ‘toerekeningsvatbaarheid’) aan de voordeur is een manier om een aantal belangrijke knelpunten in het tbs-stelsel op te lossen (capaciteitsproblemen, bezetting van ‘dure’ bedden door feitelijk ‘onbehandelbare’ patiënten). Hiervoor dient nog het nodige werk verzet te worden (onderzoek naar mogelijkheden en zorgvuldige formulering van criteria). Beide varianten zouden leiden tot een fundamentele herziening van het tbs-stelsel.

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

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

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

6.2 Verbeteringen binnen het huidige stelsel

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

De belangrijkste verbeteringen liggen in:

- Differentiatie van de wettelijke mogelijkheden.
- Meer differentiatie in uitstroommogelijkheden.
- Versterking van de samenwerking tussen tbs en GGZ.

In het vervolg van deze paragraaf noemen we een aantal suggesties voor verbeteringen die door de verschillende deskundigen zijn gedaan. Wanneer we deze niet expliciet benoemen, gaat het om breed gedragen standpunten.

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

- Het mogelijk maken van tbs met voorwaarden bij een hogere strafmaat, waardoor de rechter meer alternatieven heeft en minder snel de zware tbs met dwangverpleging oplegt (onder meer genoemd door juristen).
- Creëren van meer differentiatie in het verlofbeleid waarbij de aanscherpingen van toepassing zijn voor risicogroepen en niet voor alle tbs’ers (door betrokkenen vanuit de klinieken wordt dit vooral gezocht in het

ontpolitiseren van het verlofbeleid, dus weghalen bij de minister van Justitie).
- Het verkorten van de termijn waarna het mogelijk is om een patiënt over te plaatsen naar een longstay-plaats, bijvoorbeeld wanneer de motivatie van de patiënt behandeling in de weg staat of als al vroeg in de behandeling blijkt dat een patiënt om andere redenen 'onbehandelbaar' is (voorgesteld vanuit klinieken, maar bestreden door mensen vanuit de rechtspraak).
- Het verruimen van mogelijkheden binnen de Wet BOPZ na een tbs-behandeling. De mogelijkheden van het verruimen van de Wet BOPZ wordt momenteel bestudeerd door een door Justitie ingestelde werkgroep.
- Meer algemeen, een betere aansluiting van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden op de Wet BOPZ.

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

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

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

Versterking van de samenwerking tussen tbs en GGZ
Naar aanleiding van onze bezoeken aan de tbs-klinieken en de gesprekken met deskundigen uit het veld hebben we de indruk gekregen dat de contacten tussen de tbs-sector en de reguliere GGZ intensiveren. Zo was er bijvoorbeeld

sprake van uitwisseling van expertise tussen personeel van de tbs-klinieken en personeel van de reguliere GGZ-instellingen. Deze uitwisseling kwam in een enkele geval voort uit een fusering met de GGZ. Dit neemt niet weg dat plaatsing van tbs'ers in een GGZ-instelling in veel gevallen nog steeds moeizaam verloopt.

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

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

LITERATUUR

Commissie Beleidsvisie Tbs (2001)
Veilig en wel: een beleidsvisie op de tbs. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Emmerik, J.L. van (1989)
Tbs en recidive. Een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Gouda: Quint.

Emmerik, J.L. van, en M. Brouwers (2001)
De Terbeschikkingstelling in Maat en getal. Een beschrijving van de tbs populatie in de periode 1995-2000. Den Haag. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Concernstaf Uitvoeringsbeleid (CUB), afdeling Informatieanalyse en Documentatie.

Gemmert, A.A. van, en D.G.R. van Loenen (2005)
TBS in getal. Den Haag. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Concernstaf Uitvoeringsbeleid (CUB) en directie TBS.

GGZ Nederland (2005)
Visienota TBS/Forensische psychiatrie. Amersfoort: GGZ Nederland.

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

Inspectie voor de Sanctietoepassing (2005)
Verlofbeleidskader TBS. Gebruik format aanvraag verlofmachtiging. Inspectierapport. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Interdepartementaal Beleidsonderzoek terbeschikkingstelling (1998)
"*Over stromen." In- door- en uitstroom bij de TBS. IBO-ronde 1997, rapport nr. 10.* Den Haag: Werkgroep IBO 2.

Kogel, C.H. de, en V.E. den Hartogh (2005)
Contraire beëindiging van de TBS-maatregel. Aantal, aard en verband met recidive. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Kogel, C.H. de, C. Verwers, V.E den Hartogh (2005)
Blijvend delictgevaarlijk; empirische schattingen en conceptuele verheldering. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Landelijk Beraad Inhoudelijk Verantwoordelijken (2005)
De terbeschikkingstelling in de middenpositie. Nog niet openbaar.

Leuw, E., M. Brouwers, J. Smit (1999)
Recidive na de tbs: patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Ministerie van Justitie (2004)
Beleidsbrief TBS. Den Haag: Ministerie van Justitie. Kenmerk 5271433/04/SRS (1 maart 2004).
Ministerie van Justitie, Individuele TBS-zaken (2005)
Evaluatie plaatsingen 2002-2004 sector TBS, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, afdeling Individuele TBS-zaken (ITZ).
Wartna, B.S.J., N. Tollenaar, A.A.M. Essers (2005)
Door na de gevangenis. Een cijfermatig overzicht van de strafrechterlijke recidive onder ex-gedetineerden. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, Reeks Onderzoek en beleid, nr. 228.
Wartna, B.S.J., S. el Harbachi, L.M. van der Knaap (2005)
Buiten behandeling: een cijfermatig overzicht van de strafrechterlijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, Reeks Onderzoek en beleid, nr. 230.
Werkgroep Verlof en Veiligheidsbeleid (2004)
V*ernieuwd verlofbeleidskader TBS.* Den Haag: Ministerie van Justitie.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Lijst met gebruikte afkortingen

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

BIJLAGE 2

Verantwoording gevolgde werkwijze en overzicht van de respondenten

Verantwoording gehanteerde werkwijze

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

Representativiteit en betrouwbaarheid gegevens klinieken
Er zijn in Nederland twaalf klinieken die door de minister van Justitie zijn aangewezen als inrichting voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Deze twaalf klinieken zijn allen door middel van een bezoek en interviews betrokken in het onderzoek naar de stand van zaken van het tbs-stelsel. In horizontaal opzicht is de totale populatie betrokken en gehoord. Bovendien is in verticaal opzicht een kliniek betrokken door in alle lagen van de organisatie professionals te interviewen: van directeur tot sociotherapeut (zie het vervolg van deze bijlage voor respondenten en itemlijst). De antwoorden gegeven door de ene laag, werden vervolgens op juistheid getoetst in het interview met de andere laag.
Door binnen de klinieken na te vragen hoe de verschillende onderdelen in praktijk werken, hebben we getoetst of de ‘theorie’, die veelal door de hogere niveaus (management) in de klinieken wordt beleden, ook daadwerkelijk zijn weg heeft gevonden in de werkwijze van de kliniek (bijvoorbeeld het gebruik van zorgprogramma’s, van risicotaxatie-instrumenten en de werking van de interne verlofcommissie). Voorzover mogelijk is ook aan deskundigen buiten de kliniek gevraagd in hoeverre theorie en praktijk aansluiten. Op deze wijze is validering van het materiaal gerealiseerd.

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

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

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

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

Tbs-klinieken en FPK's

Naam instelling	Naam en functie geïnterviewden
GGZ Drenthe, divisie Forensische psychiatrie	• divisiedirecteur bedrijfsvoering en divisiedirecteur behandelzaken • twee psychiaters/clusterhoofden behandeling • clusterhoofd organisatie en zorgcoördinator
FPC Oldenkotte	• directeur en circuitmanager behandeling • operationeel manager en hoofd behandeling • sociotherapeut/dienstdoend manager
FPK De Meren	• directeur zorg en directeur bedrijfsvoering • hoofd zorggroep • senior groepswerker (sociotherapeut)
De Kijvelanden	• hoofd behandeling en sectormanager • unithoofd • medewerker forensische psychiatrie
Dr. Henri van der Hoeven Stichting	• directeur behandeling en algemeen directeur • groespdynamicus • hoofd behandeling • drie sociotherapeuten
FPI De Rooyse Wissel	• directeur Zorg & Behandeling • hoofd behandeling • hoofd sociotherapeutisch milieu • sociotherapeut
Dr. S. van Mesdagkliniek	• psychiater/ lid RvB en voorzitter raad van Bestuur • hoofd behandelaar • manager patiënteneenheid en coördinerend sociotherapeut
Flevo Future	• algemeen directeur • coördinerend hoofd behandeling • afdelingshoofd locatie Utrecht • sociotherapeut
FPC Veldzicht	• (waarnemend) directeur • hoofd behandeling, behandelcoördinator • afdelingshoofd sociotherapi • hoofd arbeid (voorheen coördinerend sociotherapeut)
Hoeve Boschoord	• directeur • hoofd behandeldienst • afdelingshoofd e • sociotherapeut
GGZ Eindhoven	• zorgdirecteur • hoofd behandeling FPK • zorgmanager • intakefunctionaris (voorheen sociotherapeut)
Pompestichting	• lid raad van bestuur • directeur patiëntenzorg • divisiemanager patiëntenzorg • zorgmanager

Overige deskundigen

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

ITEMLIJST VOOR INTERVIEWS IN DE KLINIEKEN

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

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

A. Algemeen (instroom, doorstroom en uitstroom)

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

Doorstroom en uitstroom
8. Is er sprake van doorstroom? Naar welke instellingen gaan patiënten bij doorstroom? Wie beslist dat? Is er sprake van stagnatie? Wat zijn de belangrijkste knelpunten? Wat zijn eventuele oplossingen?
9. Wat is de gemiddelde behandelduur? Zijn hierbij verschillende categorieën aan te geven? Is de gemiddelde behandelduur de afgelopen vijf jaar toe- of afgenomen in uw kliniek?
10. Hoe is inhoud gegeven aan het verslavingsbeleid in de kliniek?

11. Wat zijn de belangrijkste knelpunten ten aanzien van de door- en uitstroom? Hoe kunnen deze worden opgelost?
12. Is er sprake van uitstroom? Waar komen uitgestroomde patiënten terecht? Is er (ambulante) begeleiding voor uitgestroomde patiënten? Heeft u nog zicht op uitgestroomde patiënten (bijv. wat betreft recidive, woonplaats, ontwikkeling)? Zo ja, hoe en in welke mate? Geldt dit voor alle uitgestroomde patiënten?
13. Hoe gaat u om met contraire beëindigingen?

Keuze voor behandeling

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

Samenwerking met anderen

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

Verlofbeleid

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

B. De klinieken en de inrichting van het stelsel

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

C. Personeelsbeleid

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

D. Implementatie van aanbevelingen

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

E. Samenvattend

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

BIJLAGE 3

Relevante wetteksten in het wetboek van strafrecht

Artikel 13

1. Een veroordeelde tot gevangenisstraf die wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens daarvoor in aanmerking komt, kan worden geplaatst in een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden; de artikelen 37*c* , 37*d* en 37*e* zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.

2. Indien een veroordeelde tot gevangenisstraf tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd, wordt op regelmatige tijdstippen beoordeeld of de veroordeelde dient te worden geplaatst in een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gegeven omtrent deze beoordeling. Deze regels betreffen in elk geval de frequentie van de beoordelingen, de te volgen procedure, waaronder de advisering door gedragsdeskundigen, en de wijze waarop de beoordelingen dienen plaats te vinden.

3. De plaatsing ingevolge het eerste lid en de beëindiging daarvan geschieden volgens regels, bij algemene maatregel van bestuur te stellen, op last van de Minister van Justitie, gegeven na een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines - waaronder een psychiater - die de betrokkene hebben onderzocht. Zodanig advies dient door de gedragsdeskundigen gezamenlijk dan wel door ieder van hen afzonderlijk te zijn uitgebracht.

4. Tegen de beslissing tot plaatsing, de beslissing tot beëindiging daarvan en de beslissing tot niet plaatsing in afwijking van het advies van de rechter overeenkomstig het bepaalde in artikel 37*b*, tweede lid, kan de veroordeelde binnen vier weken nadat die beslissing aan hem is medegedeeld beroep instellen bij de Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming. Het bepaalde in Hoofdstuk XVI van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden is van overeenkomstige toepassing.

5. De overplaatsing en het beroep daartegen van de veroordeelden geschieden overeenkomstig de regels die van toepassing zijn op de overplaatsing en het beroep daartegen van ter beschikking gestelden ten aanzien van wie een bevel tot verpleging van overheidswege als bedoeld in artikel 37*b* of 38*c* is gegeven.

Tweede afdeling. Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en terbeschikkingstelling

Artikel 37

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

2. De rechter geeft een last als bedoeld in het eerste lid slechts nadat hij zich een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies heeft doen overleggen van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines - waaronder een psychiater - die de betrokkene hebben onderzocht. Zodanig advies dient door de gedragsdeskundigen gezamenlijk dan wel door ieder van hen afzonderlijk te zijn uitgebracht. Indien dit advies eerder dan een jaar voor de aanvang van de terechtzitting is gedagtekend kan de rechter hiervan slechts gebruik maken met instemming van het openbaar ministerie en de verdachte.

3. Het tweede lid blijft buiten toepassing indien de betrokkene weigert medewerking te verlenen aan het onderzoek dat ten behoeve van het advies moet worden verricht. Voor zover mogelijk maken de gedragsdeskundigen gezamenlijk dan wel ieder van hen afzonderlijk over de reden van de weigering rapport op. De rechter doet zich zoveel mogelijk een ander advies of rapport, dat hem over de wenselijkheid of noodzakelijkheid van een last als bedoeld in het eerste lid kan voorlichten en aan de totstandkoming waarvan de betrokkene wel bereid is om medewerking te verlenen, overleggen.

Artikel 37a

1. De verdachte bij wie tijdens het begaan van het feit gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, kan op last van de rechter ter beschikking worden gesteld indien:
1°. het door hem begane feit een misdrijf is waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld dan wel behoort tot een der misdrijven omschreven in de artikelen 132, 285, eerste lid, 285b, 318, 326a en 395 van het Wetboek van Strafrecht,175, tweede lid, van de Wegenverkeerswet 1994, en 11, tweede lid, van de Opiumwet, en
2°. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.

2. Bij toepassing van het vorige lid kan de rechter afzien van het opleggen van straf, ook indien hij bevindt dat het feit wel aan de verdachte kan worden toegerekend.

3. Het tweede en derde lid van artikel 37 zijn van overeenkomstige toepassing.

4. Bij het geven van een last als bedoeld in het eerste lid neemt de rechter de inhoud van de overige adviezen en rapporten die over de persoonlijkheid van de verdachte zijn uitgebracht, alsmede de ernst van het begane feit of de veelvuldigheid van voorafgegane veroordelingen wegens misdrijf in aanmerking.

Artikel 37b

1. De rechter kan bevelen dat de ter beschikking gestelde van overheidswege wordt verpleegd, indien de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen de verpleging eist.

2. Indien de rechter naast de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege een gevangenisstraf heeft opgelegd kan de rechter in zijn uitspraak een advies opnemen omtrent het tijdstip waarop de terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege dient aan te vangen.

Artikel 37c

1. Bij of krachtens de wet worden regels gesteld ten aanzien van de verpleging van overheidswege en de rechtspositie van de ter beschikking gestelden.

2. De Minister van Justitie ziet erop toe, dat de ter beschikking gestelde die van overheidswege wordt verpleegd de nodige behandeling krijgt. Hij kan met betrekking tot bepaalde verpleegden aan het hoofd van de inrichting bijzondere aanwijzingen geven in het belang van de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen.

Artikel 37d

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

2. De verpleging geschiedt bij voorkeur in een particuliere inrichting.

Artikel 37e

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

Artikel 38

1. Indien de rechter niet een bevel als bedoeld in artikel 37*b* geeft, stelt hij ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen voorwaarden betreffende het gedrag van de ter beschikking gestelde. De rechter geeft tevens een in de uitspraak aangewezen instelling, die aan bepaalde, bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen, eisen voldoet opdracht de ter beschikking gestelde bij de naleving van de voorwaarden hulp en steun te verlenen.

2. Indien bij de uitspraak tevens een vrijheidsstraf wordt opgelegd, kan deze in het in het eerste lid van dit artikel bedoelde geval ten hoogste op drie jaar worden bepaald.

3. Een voorwaarde als bedoeld in het eerste lid kan de rechter slechts stellen, indien de ter beschikking gestelde zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarde.

4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld omtrent de procedure van terbeschikkingstelling met voorwaarden.

Artikel 38a

1. De voorwaarden bedoeld in het eerste lid van artikel 38 kunnen inhouden dat de ter beschikking gestelde zich in een door de rechter aangewezen inrichting laat opnemen, zich onder behandeling stelt van een in de uitspraak aangewezen deskundige, of door de behandelend arts voorgeschreven geneesmiddelen inneemt dan wel gedoogt dat deze door de behandelend arts aan hem worden toegediend.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld omtrent de eisen waaraan een door de rechter aan te wijzen inrichting moet voldoen.

3. Het openbaar ministerie houdt, volgens regels te stellen bij algemene maatregel van bestuur, toezicht op de naleving van de gestelde voorwaarden.

4. De in artikel 38, eerste lid, bedoelde voorwaarden mogen de vrijheid de godsdienst of levensovertuiging te belijden en de staatkundige vrijheid niet beperken.

Artikel 38b

De rechter kan, op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman, met inachtneming van het bepaalde in de voorgaande artikelen van deze afdeling:
1°. de voorwaarden aanvullen, wijzigen of opheffen;
2°. aan een andere instelling dan die welke daarmede tevoren was belast het verlenen van hulp en steun bij de naleving van de voorwaarden opdragen.

Artikel 38c

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

Artikel 38d

1. De terbeschikkingstelling geldt voor de tijd van twee jaar, te rekenen van de dag waarop de rechterlijke uitspraak waarbij zij is opgelegd onherroepelijk is geworden.

2. De termijn van de terbeschikkingstelling kan, behoudens het bepaalde in artikel 38*e* of artikel 38*j*, door de rechter, op vordering van het openbaar ministerie, telkens hetzij met een jaar hetzij met twee jaar worden verlengd, indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen die verlenging eist. Een tweede verlenging is slechts

mogelijk wanneer een bevel als bedoeld in artikel 37*b* of artikel 38*c* is gegeven.

Artikel 38e

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

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

Artikel 38f

1. De termijn van de terbeschikkingstelling loopt niet:
a. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde die van overheidswege wordt verpleegd uit anderen hoofde rechtens zijn vrijheid is ontnomen en gedurende de tijd dat hij uit zodanige vrijheidsontneming ongeoorloofd afwezig is;
b. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde met voorwaarden, bedoeld in artikel 38, eerste lid, rechtens zijn vrijheid is ontnomen en gedurende de tijd dat hij uit zodanige vrijheidsontneming ongeoorloofd afwezig is;
c. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde die van overheidswege wordt verpleegd, langer dan een week achtereen ongeoorloofd afwezig is uit de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden;
d. gedurende de tijd dat de ter beschikking gestelde met voorwaarde langer dan een week achtereen ongeoorloofd afwezig is uit de inrichting waarin hij krachtens de voorwaarde is opgenomen.

2. In afwijking van het eerste lid, onder a, loopt de termijn van de terbeschikkingstelling wel indien de ter beschikking gestelde:
a. krachtens een last als bedoeld in artikel 13 of ingevolge het bepaalde bij of krachtens de Penitentiaire beginselenwet in een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden of in een ander psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, tenzij hij langer dan een week ongeoorloofd afwezig is uit die inrichting of dat ziekenhuis;
b. nadat de termijn van de terbeschikkingstelling een aanvang heeft genomen, in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, tenzij hij langer dan een week ongeoorloofd afwezig is uit dat ziekenhuis.

Artikel 38g

1. De verpleging van overheidswege kan bij de beslissing tot verlenging van de terbeschikkingstelling voor de tijd van een jaar door de rechter ambtshalve, op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of zijn raadsman voorwaardelijk worden beëindigd.

2. Indien de rechter de verpleging van overheidswege op grond van het eerste lid beëindigt, stelt hij ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel

de algemene veiligheid van personen en goederen voorwaarden betreffende het gedrag van de ter beschikking gestelde. De artikelen 38, eerste lid, tweede volzin en derde lid en 38*a* zijn van overeenkomstige toepassing.
3. De in het tweede lid, bedoelde voorwaarden mogen de vrijheid de godsdienst of levensovertuiging te belijden en de staatkundige vrijheid niet beperken.

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

Artikel 38h

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

3. De artikelen 509*p*, 509*r*, 509*s*, 509*t*, eerste en vijfde lid, en 509*u bis* van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 38i

De rechter kan ambtshalve, op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman, met inachtneming van het bepaalde in de voorgaande artikelen van deze afdeling:
1°. de voorwaarden aanvullen, wijzigen of opheffen;
2°. aan een andere instelling dan die welke daarmede tevoren was belast het verlenen van hulp en steun bij de naleving van voorwaarden opdragen.

Artikel 38j

1. In geval van voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege kan de terbeschikkingstelling telkens met een jaar worden verlengd.

2. De totale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging bedraagt ten hoogste drie jaren.

3. Indien de in het tweede lid bedoelde termijn is verstreken, zonder dat een last tot hervatting van de verpleging van overheidswege als bedoeld in artikel 38*k* is gegeven, eindigt de terbeschikkingstelling van rechtswege.

Artikel 38k

De rechter kan, op vordering van het openbaar ministerie, een last tot hervatting van de verpleging van overheidswege geven, indien:
1°. een gestelde voorwaarde niet wordt nageleefd of
2°. het belang van de veiligheid van anderen dan wel van de algemene veiligheid van personen of goederen zulks eist, of

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

Artikel 38l

1. Een terbeschikkingstelling vervalt bij het onherroepelijk worden van een rechterlijke uitspraak waarbij dezelfde persoon wederom ter beschikking wordt gesteld.

2. Een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis vervalt bij het onherroepelijk worden van een rechterlijke uitspraak waarbij ten aanzien van dezelfde persoon wederom een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is gegeven.

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

BIJLAGE 4

Patiënten zonder verblijfsstatus in de tbs

Binnen de tbs is een groep die zowel de respondenten in de klinieken als andere deskundigen zorgen baart. Het gaat hierbij om tbs'ers die illegaal zijn (geworden). Er worden ernstige strafbare feiten gepleegd door personen die geen Nederlander zijn. Zij verblijven illegaal in Nederland of zijn in het bezit van een legale verblijfsstatus. Wanneer de rechter vaststelt dat er sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis en sprake van verminderde of geen toerekeningvatbaarheid met kans op recidive, kan de rechter een tbs-maatregel opleggen. De personen die tijdens het moment van berechting in het bezit zijn van een legale verblijfsstatus, worden steeds vaker door de IND, op grond van art. 67 Vreemdelingenwet, ongewenst verklaard en verblijven vanaf dat moment illegaal in Nederland. Voor de klinieken is dit een problematische groep. Vanwege hun illegale status kan niet worden gewerkt aan de resocialisatie. Zij mogen namelijk niet op verlof, want het is hen niet toegestaan terug te keren in de Nederlandse samenleving. Doordat zij niet kunnen resocialiseren, kan ook de tbs-maatregel niet worden beëindigd. Behandeling is dus eigenlijk niet mogelijk, waardoor de longstay dreigt. Deskundigen hebben de indruk dat het gaat om een groeiende groep[1], daar de IND steeds vaker gebruikmaakt van de mogelijkheid om de vreemdelingen ongewenst te verklaren. Terugkeer naar het land van herkomst is echter ook lastig, er is maar een beperkt aantal mogelijkheden.[2] Tevens ontbreekt in veel landen de juiste zorg die de patiënten nodig hebben, zoals bijvoorbeeld goede medicatie voor iemand die schizofreen is. De klinieken geven aan dat het hen aan kennis ontbreekt om voor deze mensen terugkeer en begeleiding te regelen.
Reeds in oktober 2004 heeft minister Donner een brief aan de Tweede Kamer gestuurd, waarin hij mogelijkheden schetst om met deze problematiek om te gaan. Naast extra inspanningen van de IND ten aanzien van de terugkeer voorziet hij drie oplossingen:

- Verandering in het vorderingsbeleid van het OM. Indien mogelijk zal geen tbs worden opgelegd. Hierbij is het uitgangspunt dat waar mogelijk en verantwoord geen tbs zal worden gevorderd indien tengevolge van de veroordeling zij niet meer in Nederland mogen blijven. Het gaat echter om daders die ook ziek zijn en behandeling nodig. In de loop van 2006 wordt dit beleid geëvalueerd.

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

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

- Een wetswijziging waarbij de minister van Justitie de bevoegdheid krijgt om de tbs tussentijds te beëindigen, waardoor uitzetting mogelijk wordt.
- Opzetten van aparte sobere voorzieningen.

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

BIJLAGE 5

Overzicht beslismomenten

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

BIJLAGE 6

Kostprijs tbs per plaats per dag

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

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

Bron: Ministerie van Justitie, DJI: *TBS in getal* en TK 2004-2005, 30100 VI nr 1, blz 180

BIJLAGE 7

Verklaring begrippen tabel 3.6

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

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

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

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

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

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

BIJLAGE 8

Tabellen populatie longstay

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

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

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

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

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

Tabel B8-3 Stoornis cliënten longstay, september 2005

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

Tabel B8-4 Leeftijd cliënten longstay, september 2005

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

Tabel B8-5 Geslacht cliënten longstay, september 2005

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

Tabel B8-6 Geboorteland cliënten longstay, september 2005

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

Tabel B8-7 Verslaving cliënten longstay, september 2005

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

BIJLAGE 9

Aanbevelingen en kabinetsstandpunten

IBO 1

Aanbevelingen IBO 1:

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

Nadere uitwerking aanbevelingen IBO 1:

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

- Het stimuleren van kostenbewustzijn bij behandelaars:
- Het differentiëren van de bekostiging gerelateerd aan een genormeerde behandelduur (patiëntcategorie en fase van behandeling weerspiegelen mate van zorgintensiteit).
- Het vaststellen van kostprijzen door COTG.[1]
- Het introduceren van omgekeerde bewijslast m.b.t. continuering van verblijf patiënt in betreffende t.o.v. vervolgvoorziening duurdere kliniek; ontwikkeling protocollen voor behandeling noodzakelijk - MI behoeft dan enkel deze te toetsen.
- Het stimuleren van initiatieven om de doorstroming te bevorderen (vrije marge methodiek, waarbij kliniek geld voor transmurale voorzieningen mag begroten en andere samenwerkingsverbanden kan opzetten).
- Het uitbreiden van transmurale voorzieningen door beschikbare geld daartoe aan te wenden. Met de inkoop van diensten bij GGZ moet VWS moet wel instemmen.

2. *Systematische registratie van gegevens t.b.v. benchmarking en bekostigingsnormering.*

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

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

3. Onderzoek naar mogelijkheid van privatisering van rijksinstellingen.

- Onderzoek naar privatisering van de drie rijksinstellingen Veldzicht, van Mesdag en FlevoFuture.

Kabinetsstandpunt IBO 1:

1. Oprichting van Permanent Overleg tussen VWS en Justitie.
2. Herziening en meer gedifferentieerde COTG-tarieven.
3. Positie en taken van MI worden nader uitgewerkt door Justitie.
4. MI gaat verder met monitoren van gegevens (prognosticering circa 4 jaar later mogelijk).
5. Evaluatieonderzoek na vier jaar (IBO).
6. Uitwerking begrip 'medisch noodzakelijk' (→ instroom van gedetineerden in de GGZ).
7. Beleidsvorming gericht op regionale circuitvorming.
8. Regelmatig terugkerend onderzoek naar populatie geestelijk gestoorden in PI.
9. Problematiek met KZ-passanten oplossen op korte (d.m.v. bemiddelaars) en lange (d.m.v. een werkgroep) termijn.
10. Ontwikkeling ondersteuning reguliere GGZ vanuit forensische psychiatrie; uitbesteed aan GGZ-Nederland.
11. Onderzoek naar voorgeschiedenis geestelijk gestoorden in PI; extern uitbesteed.
12. Ontwikkeling registratiesysteem grensverkeer VWS/Justitie.
13. Ontwikkeling van beleid ambulante zorg, het wegnemen van belemmeringen rond wet- en regelgeving en financiering incluis.

Resultaten IBO 1:

1. Doorstroming naar GGZ-voorzieningen nog steeds mager. Incentives kunnen helpen (zie bijv. Van der Hoevenkliniek die samenwerking heeft gezocht met een instelling, terugneemgarantie, beschikbaar stellen instellen ambulante hulp vanuit tbs voor klinieken, uitwisselen personeel, inkoopplaatsen, ondersteuning GGZ-voorziening).
2. Introductie van de tweemaal drie jaar behandelduur heeft niet geleid tot verkorting, maar wel tot actievere behandeling en sneller ingrijpen als een bepaalde behandeling geen effect heeft. Voor de diagnostische fase en de behandelfase is er steeds meer zicht op gemiddelde termijnen. Voor de resocialisatiefase is het minder duidelijk. De totale duur is nu weer aan het oplopen, doordat de verlofmogelijkheden zijn ingeperkt of langer duren. Het duurt daardoor langer voordat iemand toe is aan doorstroming na een volgende fase.
3. Er wordt meer geregistreerd en meer onderzocht, maar aan benchmarking wordt nog niet echt gedaan. Wel zijn er verschillende instrumenten breed ingevoerd en worden ze nu door alle klinieken gebruikt, mede door het dwingend opleggen vanuit justitie (zoals de risicotaxatie-instrumenten). Door verlofaanvragen te koppelen aan deze instrumenten zijn alle klinieken

ze gaan gebruiken (ondanks eerdere afwijzende houdingen) en wordt onderzoek gedaan om de instrumenten verder te ontwikkelen.

4. Privatisering is mogelijk, de Van Mesdagkliniek is bezig met een privatiseringsproces, maar dat heeft vertraging opgelopen via de OR. Privatisering van de andere twee klinieken is pas aan de orde als de privatisering van de Van Mesdagkliniek een feit is. Op zich blijkt uit de ontwikkelingen na IBO 2 dat privatisering moet kunnen.

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

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

- Het stimuleren van kostenbewustzijn bij behandelaars.
  Is een slag ingemaakt, vooral na IBO 2.
- Het differentiëren van de bekostiging gerelateerd aan een genormeerde behandelduur (patiëntcategorie en fase van behandeling weerspiegelen mate van zorgintensiteit):
  Is gedeeltelijk gebeurd: tweemaal een behandelperiode van drie jaar voor bepaald tarief, daarna lager tarief. Het gaat hierbij om gemiddelden. Patiëntencategorieën kunnen meer of minder tijd gebruiken.
- Het vaststellen van kostprijzen door COTG:
  Dit is gebeurd.
- Het introduceren van omgekeerde bewijslast m.b.t. continuering van verblijf patiënt in betreffende t.o.v. vervolgvoorziening duurdere kliniek; ontwikkeling protocollen voor behandeling noodzakelijk - MI behoeft dan enkel deze te toetsen:
  Nog niet gebeurd, MI functioneert niet meer. Wel meer gewerkt met zorgprogramma's.
- Het stimuleren van initiatieven om de doorstroming te bevorderen (vrije marge methodiek, waarbij kliniek geld voor transmurale voorzieningen mag begroten en andere samenwerkingsverbanden kan opzetten);
  Wel veel initiatieven ontwikkeld, maar groot verschil tussen klinieken. Uitstroom naar andere voorzieningen nog steeds mager.
- Het uitbreiden van transmurale voorzieningen door beschikbare geld daartoe aan te wenden. Met de inkoop van diensten bij GGZ moet VWS wel instemmen.
  Gebeurt wel, maar groot verschil tussen klinieken.

Ad.2 Systematische registratie van gegevens t.b.v. benchmarking en bekostigingsnormering.

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

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

Ad 3 **Privatisering rijksklinieken**
Het kabinet wil geen verdere privatisering, want het wil de volle verantwoordelijkheid voor de beveiliging.

Overig: IBO 1 had ook een aantal aanbevelingen voor het Meijers Instituut. Die zijn niet meer van belang. Na IBO 2 is gekozen voor de aselecte toewijzing. De preklinische behandeling van patiënten vindt nu in principe plaats door de kliniek waar de patiënt geplaatst gaat worden. Het Meijers Instituut is opgeheven. De instelling functioneert sinds vier jaar als een tbs-kliniek (Flevo Future).
Er is weinig terechtgekomen van de voornemens van het kabinet om meer samenwerking en overleg tussen Justitie en VWS te bewerkstelligen. Het Ministerie van VWS heeft op ministerieel niveau nauwelijks mensen ingezet op de forensische psychiatrie. Het Ministerie van Justitie kan in veel sterkere mate de tbs-klinieken aansturen, dan het Ministerie van VWS de GGZ-instellingen.

IBO 2

Aanbevelingen IBO 2:
1. Rationalisering van de sector
2. Vergroting van de efficiency

Nadere uitwerking aanbevelingen IBO 2:

Ad.1 *Rationalisering sector*
- Het bereiken van overeenstemming van de te verzamelen gegevens m.b.t. diagnostiek en behandeling. Gegevens centraal verzamelen.
- Het ontwikkelen van een concreet uitvoeringsplan, opdat inzichten z.s.m. worden verworven.
- Het centraal programmeren en aansturen van een wetenschappelijk programma.
- Het centrale instituut de rol van expertisecentrum ten dienste van het veld en het departement geven.
- Het onderzoeken van taxatie van recidiverisico.
- Het toepassen van risk assessment instrumenten als aanvulling op klinisch oordeel.

Ad.2 *Vergroten van efficiency*
- Het verruimen van de juridische mogelijkheden voor gedragsstructurering van (ex-)tbs-patiënten binnen het APZ.

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

Kabinetsstandpunt IBO 2:

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

3.4 Het oprichten van een expertisecentrum met onderstaande functies[2]:
- zorgdragen voor kwaliteitsontwikkeling- en borging;
- registreren en monitoren van ontwikkelingen m.b.t. patiëntenstromen, behandelmethoden en de relatie met behandelduur;
- coördineren en zelf verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
- zorgdragen voor professionalisering, bieden van consultatie;
- onderhouden van contacten en uitwisselen van kennis met GGZ, universiteiten en andere kennis- en onderzoekscentra.

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

Resultaten IBO 2:

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

- De behandelduur is verdeeld in twee fasen van drie jaar. Na drie jaar behandeling kan een patiënt voorgedragen worden voor overplaatsing naar een andere kliniek, indien de behandeling stagneert. Voor de eerste zes jaar krijgen klinieken het volledige behandeltarief. Na zes jaar geldt een lager tarief, het zogenaamde verblijfstarief.
- Een andere belangrijke wijziging is het invoeren van de aselecte of vereenvoudigde toewijzing (zie ook hoofdstuk 2.6 voor een uitgebreide beschrijving). Op basis van vier criteria worden patiënten toegewezen aan de tbs-klinieken. Zij verzorgen de diagnostische fase.

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

- Voorheen vond de diagnostische fase bij het Meijers Instituut plaats, die vervolgens bepaalde in welke kliniek de patiënt het beste behandeld zou kunnen worden. Het nadeel van het oude systeem was dat er grote verschillen tussen klinieken waren in behandelwijze en populatie, waardoor systematische vergelijkingen naar resultaten en kwaliteit niet mogelijk waren.
- De klinieken zijn begonnen met het opzetten van elementen van een kwaliteitssysteem. Zo worden er zorgprogramma's ontwikkeld en ingewikkeld (aansluitend op de GGZ). Er is meer intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld bij verlofaanvragen).
- Er zijn risicotaxatie-intstrumenten ontwikkeld in Nederland en het buitenland. Sinds 2004 is het voor de klinieken verplicht om gebruik te maken van deze instrumenten in het kader van een verlofaanvraag. De instrumenten worden gevolgd door onderzoek om de validiteit nog verder te verbeteren.
- In 2003 is het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie) gestart. Zij functioneren als expertisecentrum en coördineren en verrichten onderzoek. De samenwerking met de klinieken in het kader van het opzetten van onderzoek verloopt steeds beter.

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

Commissie Kosto

Aanbevelingen Commissie Kosto:

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

Nadere uitwerking aanbevelingen Commissie Kosto:

- *Persoonlijkheidsstoornissen in forensische psychiatrie*

Fundamentele keuze voor opname in forensische psychiatrie i.t.t. het buitenland (naar PI).

- *Geschikte plek onbehandelbare patiënten*

Alle tbs'ers naar de kliniek die de meest geschikte beveiliging en behandeling biedt met als doel 'minder gevaarlijk' te worden. Wanneer blijkt dat verdere behandeling zinloos is, hetgeen door meer wetenschappelijk onderzoek moet worden onderzocht en bepaald, kunnen er twee groepen onbehandelbare en gevaarlijke patiënten worden onderscheiden:

1. De medisch noodzakelijke (m.n. kwetsbare chronische psychotische patiënten).

2. De niet medisch noodzakelijke (m.n. pedoseksuelen, psychopathie, persoonlijkheidsstoornissen).

Groep 1 gaat naar longcare (met nadruk op verpleging en het bieden van structuur en begeleiding om de toestand niet te laten verslechteren); groep 2 naar longstay (met nadruk op beveiliging van de maatschappij; indien gevaar niet vermindert, dan kan detentie sec even effectief zijn).
Hierbij dient te worden onderzocht of voor de BOPZ-patiënten een vergelijkbaar onderscheid kan worden gemaakt.
Hierbij dienen criteria te worden vastgesteld m.b.t. stopzetting behandeling, medische noodzakelijkheid e.d.

- *Mate van beveiliging en rechtspositie*

De mate van beveiliging bepaalt de interne rechtspositie. In zwaarbeveiligde geldt de Bvt en voor de overige de BOPZ. De externe rechtspositie volgt de patiënt. Voor tbs'ers is dat het verlofbeleid, verlenging en beëindiging van de maatregel. Voor BOPZ: IBS en rm.
Hierbij dienen criteria te worden vastgesteld die als eindterm dienen voor het verlaten van de betreffende kliniek.
Het proces moet leiden naar een automatische doorstroom van zwaar naar licht, maar indien nodig vice versa (dit behoeft wel technische wetwijzigingen).

- *Vrijhedenbeleid bepaalt Justitie*

De kaders voor het verlofbeleid dienen door Justitie bepaald te worden. De directeur van de betreffende kliniek adviseert, en een in te stellen onafhankelijke commissie (ZM, OM, psychologen, psychiaters e.a.) toetst dit voorstel. De minister is dan niet meer verantwoordelijk voor het individuele geval, maar voor het kader en de samenstelling van de commissie.
De commissie heeft beslissingsbevoegdheid, en zal de veiligheid van de maatschappij sterker dan vanuit behandelingsoogpunt mag worden verwacht meewegen in de beoordeling van het voorstel.

- *Toezicht reclassering*

Om de uitstroom succesvol te laten verlopen, dient het toezicht van de reclassering doeltreffend te zijn. Dit door aanwezigheid van de juiste informatie, juiste expertise, voldoende capaciteit en een goede afstemming met de vervolgvoorzieningen.

- *Aanpassing van voorzieningen*

Bouwkundige aanpassingen noodzakelijk om longstay vorm te kunnen geven, en binnen de GGZ om de benodigde beveiliging te garanderen.

- *Aandacht voor arbeidsmarkt*

De commissie adviseert aandacht te besteden aan het (mogelijk) tekort van adequaat opgeleid personeel.

- *Aandacht voor multiculturaliteit*

De commissie adviseert aandacht te besteden aan de specifieke problemen die etniciteit mogelijk met zich meebrengt.

- *Aandacht voor verslaving*

De commissie adviseert de tbs-sector meer samen te werken met de verslavingszorg. De algemene GGZ heeft al programma's voor co-morbiditeit.

- *Instrumentarium voor GGZ*

GGZ heeft instrumentarium nodig waarmee periodiek kan worden getoetst of de patiënt de zorg krijgt die het nodig heeft, hetgeen een goede registratie van zorgvraag; indicatie; toewijzing; realisatie; evaluatie en verantwoording impliceert. Hierdoor is benchmarking mogelijk en ontstaat inzicht waarmee kan worden gestuurd.

- *Opnameplicht voor GGZ*

Opnameplicht voor GGZ van tbs'ers zonder dat er sprake is van verdringing.

- *Plaatsing tbs en behandelmodules*

Plaatsing van tbs'ers moet aansluiten bij recente ontwikkelingen (op basis van de indicatiestelling worden de aangewezen behandelmodules gefinancierd).

- *Garantie opnamecapaciteit*

De garantie van voldoende opnamecapaciteit voor het ministerie (het DJI kan als zorgkantoor direct invloed uitoefenen).

- *VWS en Justitie zorgen door voldoende middelen*

VWS en Justitie dragen gezamenlijk zorg voor voldoende middelen. De exacte verdeelsleutel moet nader worden uitgewerkt.

- *Onderzoek financieringsstromen*

Nader onderzoek naar de financieringsstromen; dienen zorgkantoren op de justitiebegroting zijn opgenomen?

- *Instrument Justitie om kwaliteit behandeling te toetsen*

Justitie heeft instrumentarium nodig waarmee eisen kunnen worden gesteld aan de kwaliteit, duur en kosten van een behandeling.

- *Kleine aanpassingen wetgeving*

Kleine technische aanpassingen in wetgeving (zie boven).

Kabinetsstandpunt Commissie Kosto:

1. Samenwerking GGZ en tbs-sector dient voortvarend, d.i. niet vrijblijvend, te worden uitgebreid. Hetgeen moet blijken uit: doelmatige, vraaggestuurde inzet van schaarse capaciteit; uitwisseling kennis/diensten/personeel; positieve effecten op door- en uitstroom. Integratie vooralsnog prematuur. Zie verder onder bijzondere aandachtspunten.
2. Een tbs'er kan niet zijn status van patiënt verliezen, ook al blijkt na verloop van tijd dat de behandeling niet aanslaat. Dat betekent dat hij niet naar PI wordt overgeplaatst. Kabinet zal medio 2002 de Kamer informeren over de capaciteitsbehoefte van de verschillende type voorzieningen.
3. Instellen van een verlofcommissie, zonder beslissingsbevoegdheid, alleen een adviserende rol.
4. Het aanpassen van wetgeving, zodat BOPZ naar tbs kan.[3]
5. Uitwerking van wijze waarop behandelplannen daadwerkelijk worden uitgevoerd kan worden bevorderd.
6. Het bezien of protocollen dienen te worden ontwikkeld t.a.v. dwang- en drangmedicatie en de invulling van het gevaarscriterium.
7. Het realiseren van preklinische interventies.
8. Het aanpakken van het personeelsprobleem.

[3] Evenals punten 5 tot en met 11 uit de brief van de minister 28000 VI nr. 41

9. Het landelijk implementeren van de aanbevelingen van de werkgroep Preklinische interventie (van maart 2001) in 2002; hieraan gekoppeld wetenschappelijk onderzoek.
10. Het verkorten van de intramurale behandelduur door beleid dat erop is gericht de door- en uitstroom te doen verbeteren.
11. Het bezien of de schorsingsbevoegdheid dient te worden verplaatst van de voorzitter van de beroepscommissie naar de voorzitter van de beklagcommissie.
12. Monitoren.
    Het periodiek inbouwen van beslismomenten waar a.h.v. de monitorgegevens een besluit wordt genomen of verdergaande samenwerking tussen GGZ en tbs gewenst is. Naast de realisatie van door- en uitstroom wordt ook de recidive gemonitord.
13. Bijzondere aandachtspunten
    1. forensische psychiatrische circuitvorming.
        a. Door onderstaande acties moeten in 2006 de circuits goed functioneren.
        b. Het bevorderen dat verantwoordelijkheidsgebieden ontstaan, waarin forensische psychiatrische voorzieningen, inclusief de tbs-sector, zijn opgenomen.
        c. Het waarborgen van de continuïteit in de beveiliging: intensieve begeleiding en toezicht reclassering.
        d. Het ontwikkelen van zorgprogramma's (het stimuleren van programmaontwikkeling; specifiek aandacht voor verslaving, allochtonen en onbehandelbaren). In 2010 moeten de zorgprogramma's voor alle forensische psychiatrische patiënten voorhanden zijn.
        e. Het instellen van indicatiecommissies op hofressortniveau; alle uitstroom van tbs naar GGZ via deze commissie. In 2004 een evaluatie, waarin wordt bekeken of ook de instroom via de commissie moet.
14. Ministeriële verantwoordelijkheden blijven gescheiden.
15. Het verbeteren van toezicht en sturing bij tbs.
16. Het verhelderen van de sturings- en verantwoordelijkheidsrelatie.

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

Resultaten Commissie Kosto:

Wat betreft de twee hoofdaanbevelingen kunnen we het volgende constateren:
1. De roep om een verdere integratie van de tbs-sector in de reguliere psychiatrie wordt in het veld nog steeds sterk gehoord. Het kabinet

onderschreef de integratie niet geheel, maar pleitte wel voor een voortvarende en niet-vrijblijvende de samenwerking tussen de GGZ en de tbs-sector. In de praktijk zijn de contacten en samenwerkingsverbanden tussen de tbs en de GGZ wel vergroot, maar moet er nog steeds veel gebeuren om doorstroom daadwerkelijk te verbeteren. De verbeterde samenwerking geldt vooral op het bestuurlijke niveau, zo hebben enkele tbs-klinieken hebben vergaande relaties met de GGZ. Een voorbeeld is de Van Mesdagkliniek waar de Raad van bestuur gaat over de kliniek en de GGZ Groningen. Dit leidt echter niet tot een substantiële toename van de uitstroom van patiënten naar de GGZ. Ook zijn er voorbeelden waarbij een verregaande samenwerking is tegengehouden door de betrokken ministeries. Zo wilde De Kijvelanden fuseren met het Delta psychiatrisch ziekenhuis op wiens terrein de kliniek zich bevindt. Deze fusie is echter van de baan. In hoofdstuk 4 zijn we uitgebreid ingegaan op de verschillende knelpunten rond de samenwerking met de GGZ.

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

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

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

Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in een strafrechterlijk kader 'Commissie Houtman'

Aanbevelingen interdepartementale werkgroep:

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

Nadere uitwerking aanbevelingen interdepartementale werkgroep:

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

De verwachting is van deze voorstellen dat ze (ongeacht de wijze van sturing en financiering) bijdragen aan de verbetering van de sturingsmogelijkheden

van Ministerie van Justitie en het verminderen van de ervaren knelpunten (schaarste in de zorg; spanning tussen formele verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van de vonnissen en de feitelijke mogelijkheden daartoe; overgangsproblemen tussen justitie en zorg). Voor het opheffen van de geconstateerde knelpunten moeten verdergaande maatregelen worden getroffen:

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

Kabinetsstandpunt interdepartementale werkgroep:

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

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

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