

Tbs: nog wat meer stof tot nadenken

Corine de Ruiter

Op het moment dat de hoofdredacteur van *Pedagogiek* mij verzocht een reactie te schrijven op het themadeel over de terbeschikkingstelling (tbs) in *Pedagogiek* van (december 2006) was de Nederlandse samenleving zojuist opgeschrikt door (weer) een ernstige recidive van een tbs-gestelde. Op 4 maart 2007 had een tbs-gestelde, die zich in het kader van een resocialisatie-traject voorbereide op zijn terugkeer in de maatschappij, tijdens het nachtelijke uitgaansleven in Enschede de vrouw van zijn ex-werkgever met een vuurwapen om het leven gebracht. De maatschappelijke en politieke verontwaardiging die deze geweldsmisdrijven door (ex-)tbs-ers oproepen is de laatste jaren steeds groter geworden, met het recente parlementaire onderzoek tbs (Commissie Visser, mei 2006) als gevolg. De risicosamenleving en de daarbijbehorende veiligheidsutopie (Boutellier, 2005) domineren het publieke debat, zoals Philipse in het themanummer terecht opmerkt. Dit leidt ertoe dat steeds meer politici en burgers het strafrecht, en de tbs is een onderdeel daarvan, zijn gaan zien als hét middel om tot een veiliger samenleving te komen, een rol die het strafrecht niet kan vervullen (de Roos, 2000).

In deze reactie belicht ik de tbs vanuit drie perspectieven. Ten eerste vanuit de focus op de positie van de beleidsmaker die als taak heeft de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel te optimaliseren en te faciliteren. Deze positie vinden wij terug in de bijdrage van Kuyvenhoven en Van Marle. Het tweede perspectief is dat van de professional die als behandelaar, diagnosticus of onderzoeker in de tbs-sector werkt, een perspectief dat in de bijdragen van Philipse, en Korebrits en Van den Boogaard aandacht krijgt. En *last but not least* is er het perspectief van de tbs-gestelde zelf. Dit perspectief komt het vaakst aan bod in het themanummer. In de artikelen van Nijman, Van Marle en Kavelaars, en Van Vliet en Oei is dit het hoofdthema, maar ook in de andere bijdragen komt het tenminste zijdelings ter sprake.

Prof.dr. Corine de Ruiter, klinisch psycholoog, is bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit Maastricht. Daarnaast is zij werkzaam als programmaleider bij het Trimbos-instituut te Utrecht. E-mail: Corine.deRuiter@psychology.unimaas.nl.

De beleidsmaker

In de inleiding op het themanummer (Veendrick, Van den Boogaard, & Nijman) wordt het strafrecht beschreven als “een van de pedagogische instrumenten waarmee geprobeerd wordt deze moeilijk opvoedbaren alsnog in het maatschappelijke gareel te krijgen”. Deze taak geldt wel voor het jeugdstrafrecht, dat heropvoeding als een van haar doelstellingen heeft, maar niet voor het volwassen strafrecht. Forensische deskundigen als Baan en Kempe (Baan, 1955) hebben in de jaren '60 van de vorige eeuw weliswaar termen als heropvoeding van tbs-gestelden in de mond genomen, maar in het huidige tijdsgewricht van *evidence-based practice* is het idee van heropvoeding toch echt verlaten. Heropvoedingskampen voor jeugddelinquenten, bijvoorbeeld: ‘wilderness challenge’ en ‘boot camps’ blijken bovendien ineffectief in het verminderen van crimineel gedrag (Aos, Miller, & Drake, 2006). Toch blijven beleidsmakers van diverse Nederlandse ministeries dit soort programma's met enige regelmaat nog steeds als remedie tegen ongewenst gedrag (bijvoorbeeld spijbelen, vandalisme, schooluitval) van jongeren presenteren.

Beleidsmakers denken vaak in simpele oplossingen voor complexe problemen. Die teneur proef ik ook enigszins in de bijdrage van Kuyvenhoven en Van Marle. Zinnen als: “Door het inkopen van zorg wordt er een concurrentiepositie geschapen tussen verschillende instellingen, zodat de kostprijs en de mate van deskundigheid alleen al door die onderlinge concurrentie worden bewaakt” wekken deze indruk. Achter een bureau is zo'n zin gemakkelijk opgeschreven, maar op de juistheid van de aannames die eraan ten grondslag liggen (bijvoorbeeld over de vermeende gunstige effecten van marktwerking op de kwaliteit van de zorg) valt nog wel wat af te dingen. De Nederlandse beleidsmaker op het terrein van justitie wordt mijns inziens teveel gevoed door de politieke waan van de dag en te weinig door de stand van de wetenschap. Als recent ‘bewijs’ voor deze stelling mag het voorbeeld van de voorgestelde introductie van het knieslot bij begeleide verloven van tbs-gestelden dienen. Als een tbs-gestelde de benen neemt, of dreigt te nemen, kan de begeleider op afstand een knieslot bedienen waardoor de tbs-gestelde niet verder kan vluchten. Over essentiële vragen als wat de eventuele gevolgen zijn van het knieslot voor de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en tbs-gestelde, en op welk moment het knieslot dan *niet* meer gebruikt hoeft te worden tijdens verlof, hebben de beleidsmakers niet nagedacht. Met dit type beleidsmaatregelen komt de minister tegemoet aan de eisen van een maatschappij die alle risico's lijkt te willen vermijden. Maar dit soort bijna Middeleeuwse maatregelen draagt verder bij aan het stereotiepe beeld dat het algemene publiek van de gemiddelde tbs-gestelde heeft als een persoon die ongeveer 24 uur per dag alleen maar aan het plegen van delicten denkt.

Gelukkig bestaan er in de rest van de wereld ook goede voorbeelden van *evidence-based* beleid op het gebied van criminaliteitsbeheersing. Philipse noemt in zijn artikel terecht de *What Works* benadering als voorbeeld voor een empirisch onderbouwd forensisch behandelaanbod. De staat Washington, in het Noord-Westen van de Verenigde Staten, heeft een aantal jaren geleden een rigoureuze keuze gemaakt voor een op preventie, in plaats van op repressie, gericht criminaliteitsbeleid, gebaseerd op kosten-effectiviteitsanalyses (zie www.wsipp.wa.gov). Onlangs werd een rapport gepubliceerd waaruit blijkt dat men de bouw van twee nieuwe gevangenissen (bouwkosten: 250 miljoen dollar per gevangenis en 45 miljoen aan jaarlijkse exploitatiekosten) kan vermijden door een grote investering in *evidence-based* interventies gericht op preventie en terugvalpreventie van delinquentie te doen (Aos, Miller, & Drake, 2006). In Canada heeft men de *What Works* aanpak consistent doorgevoerd in het federale gevangenisstelsel. Iedere gedetineerde krijgt een uitgebreide *assessment* gericht op criminogene *risks* en *needs*. Afhankelijk van de uitkomst van deze diagnostiek wordt een indicatie geformuleerd voor een interventieprogramma dat verschillende maten van intensiteit kent. Voor het volgen van een intensief behandelprogramma wordt een gedetineerde overgeplaatst naar een *Regional Treatment Centre*. Opvallend is de intensiteit van de aangeboden behandelprogramma's: 10-15 uur per week gedurende 15-36 weken voor een hoog intensief programma; 2-6 uur per week gedurende 1-6 maanden voor een laag intensief programma. Na terugkomst in de originele inrichting is het mogelijk om een onderhoudsversie van het programma te volgen. Dit onderhoudsprogramma loopt dan door in de fase van resocialisatie in de maatschappij (De Kogel & Nagtegaal, 2006).

Korebrits en Van den Bogaard wijzen op de hoge recidivepercentages van jeugdigen die in het kader van een PIJ¹-maatregel, de 'jeugd-tbs', zijn opgenomen in een justitiële jeugdinrichting (JJI). Hun recidive is zelfs hoger dan die onder ex-tbs-gestelden. Dat is ook te verwachten, want juist in de adolescentie is sprake van een kritische periode voor (negatieve) gedragsbeïnvloeding door leeftijdsgenoten (Dishion, Spracklen, Andrews, & Patterson, 1996; Loeber, 2004). De sociaal psycholoog Haney gaat nog een stap verder en concludeert dat institutionalisering van criminele jeugdigen in zichzelf een risicofactor voor criminaliteit is (Haney, 2006). Het besef dat langdurige opsluiting in een JJI geen effectieve methode is om jeugdigen van het criminele pad af te houden wordt ook bevestigd door het dossier-onderzoek waarover Van Vliet en Oei in het themanummer rapporteren. Een groot deel van de kleine steekproef tbs-gestelden waarover zij rapporteren heeft een verleden van residentiële plaatsingen als jeugdige gehad. Terecht investeren het Ministerie van VWS en ZONMw de laatste jaren in de landelijke implementatie van *evidence-based* behandelingen voor derailende jeugdigen, zoals Functionele Gezinstherapie (FFT) en Multi-systemische Therapie (MST) (Breuk, Van Dam, Disse, & Doreleijers, 2005). Ik ben het dan ook oneens met de slotzinnen van Korebrits en Van den Bogaard die menen dat de ontwikkeling van effectieve interventies voor jongeren met een

antisociale gedragsstoornis nog onvoldoende op de maatschappelijke agenda staat. Integendeel, er wordt op dit moment door de centrale overheid eigenlijk voor het eerst een serieuze poging ondernomen om effectief gebleken preventieve interventies, zoals FFT, MST, PMTO (Parent Management Training Oregon: o.a. Forgatch & DeGarmo, 1999) en Triple P (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003) in te zetten ter voorkoming van (jeugd)criminaliteit. Kortom: vanuit de beleidshoek zijn gelukkig ook positieve ontwikkelingen te belichten.

Investeringen in onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar diagnostiek en behandeling in de forensische psychiatrie (jeugd en volwassenen) zijn hard nodig in Nederland. Daarbij moet onderzoek naar innovatieve behandelmethoden in de tbs-klinieken en de JJI's niet geschuwd worden. Het Ministerie van Justitie zou dergelijk onderzoek veel meer kunnen faciliteren dan nu gebeurt, bijvoorbeeld door duidelijke medisch-ethische en juridische richtlijnen voor dit type onderzoek te creëren. Het feit dat prof.dr. Frank Koerselman van het Universitair Medisch Centrum Utrecht jaren heeft moeten wachten op toestemming van Justitie om een pilot-onderzoek te doen naar het effect van transcraniële magnetische stimulatie bij tbs-gestelden met een psychopathische persoonlijkheidsstoornis, spreekt wat dit betreft boekdelen. In de algemene psychiatrie worden al sinds meer dan een halve eeuw dubbelblind gecontroleerde medicatie-trials verricht bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornis en unipolaire depressie. Dit soort onderzoek heeft een schat aan kennis opgeleverd waardoor patiënten met deze stoornissen nu veel effectiever behandeld kunnen worden dan pakweg 50 jaar geleden, met grote positieve gevolgen voor hun kwaliteit van leven. Ik zie geen reden waarom dit type onderzoek niet zou kunnen worden verricht binnen de justitiële inrichtingen waar mensen met psychische stoornissen behandeld worden. De psychische stoornissen van de mensen die ernstige misdrijven gepleegd hebben verdienen net zoveel onderzoeks aandacht als die van mensen die niet met justitie in aanraking zijn gekomen.

De professional

De professional in de tbs-sector, maar ook breder, in de jeugdzorg, ligt steeds vaker onder vuur. Een recent voorbeeld uit die laatste sector is het geval van de drie-jarige Savanna, die de dood vond na jarenlange verwaarlozing en mishandeling, terwijl diverse hulpverlenende en toezichthoudende instanties de zorg over haar hadden (Inspectie Jeugdzorg, 2005). Waar gewerkt wordt, worden uiteraard fouten gemaakt, maar de vraag die politiek en publiek stellen in gevallen waarin er dodelijke slachtoffers te betreuen zijn, is of de gemaakte fouten *vermijdbaar* en *verwijtbaar* waren. In het concrete geval van Savanna heeft dit nu, voor het eerst in Nederland, geleid tot vervolging door het Openbaar Ministerie (OM) van de verantwoordelijke gezinsvoogd. In de tbs-sector is het zover

nog niet gekomen, maar dat ligt ook wat precair omdat de sector immers onder hetzelfde ministerie als het OM valt. Toch zijn er de afgelopen jaren door burgers die het slachtoffer waren van misdrijven gepleegd door tbs-gestelden met succes civiele procedures tegen de staat aangespannen, met toekenning van schadevergoeding als resultaat. In een aantal van deze ernstige recidive-gevallen lagen misdiagnoses en onjuiste risicotaxaties aan de basis van de recidive door de tbs-gestelde (o.a. in de zaak Dirk de V. (slachtoffer was Tjirk van Wijk), de zaak Michael S. (slachtoffer was het meisje in Eibergen), de zaak Peter H. (slachtoffer was Melanie Sijbers).

Ook de weduwnaar van de vermoorde vrouw uit Enschede kondigde op 21 maart 2007 aan dat hij de Staat en ook de tbs-kliniek Oldenkotte, waar de tbs-er in behandeling was, aanklaagt. Dat een tbs-kliniek wordt aangeklaagd is nieuw. De weduwnaar noemde als reden hiervoor dat de kliniek tot op dat moment geweigerd had om met de weduwnaar te spreken over het gebeurde, aldus zijn verklaring in het tv-programma Pauw en Witteman. Deze opstelling van de tbs-kliniek, indien correct geschetst door de media, past niet in een samenleving die van de overheid steeds meer transparantie en *accountability* eist. Ik deel hier de mening van Philipse die de tbs-sector ook tot grotere transparantie aanspoort, bijvoorbeeld op het gebied van herhaalde, gestandaardiseerde diagnostische metingen, waardoor het effect van de behandeling beter zichtbaar wordt. Op het gebied van gestandaardiseerde risicotaxatie is de afgelopen jaren wel grote vooruitgang geboekt door de ontwikkeling en validering van gestructureerde methoden als de HCR-20, SVR-20 en HKT-30. Maar een valide instrument alleen levert nog geen accurate taxatie op, net zo min als een scherp scalpeermes iemand tot een goede chirurg maakt. Een hoog niveau van forensische deskundigheid is noodzakelijk om gestructureerde risicotaxatiemethoden adequaat te hanteren. Aan die specifieke deskundigheid ontbreekt het nogal eens. In Nederland bestaan nog geen specialistische opleidingen op HBO- en WO-niveau op het terrein van de forensische gedragswetenschappen, en die zijn hard nodig om deze groeiende sector te voorzien van deskundig personeel. Nu dragen pas afgestudeerde gedragswetenschappers die enthousiast zijn voor het werk in de forensische psychiatrie vaak te snel verantwoordelijkheden die zij gezien hun kennis- en ervaringsniveau eigenlijk niet kunnen dragen. De Commissie Visser heeft in haar rapport van 2006 ook gewezen op dit hiaat in het Nederlandse opleidingsaanbod, maar eigenlijk hadden de tbs-klinieken natuurlijk al een groot aantal jaren geleden de handen ineens kunnen slaan en bij de ministeries van Justitie en Onderwijs moeten aankloppen om dit type opleidingen te verwezenlijken.

De professional in de forensische psychiatrie werkt met een boeiende, maar lastige doelgroep. Doordat de media de sector bij iedere misstap van een tbs-er onder een vergrootglas leggen, ontstaat een vertekend beeld van de werkelijkheid. Toch is dit de realiteit anno 2007; de jaren waarin de tbs-sector zich rustig schuil kon houden achter haar gesloten deuren is voorbij. Het is aan de sector om te investeren in onderzoek, innovatie en transparantie. Academisering en

samenwerking met onafhankelijke onderzoeksinstituten zijn daarvoor noodzakelijk.

De tbs-gestelde patiënt

De tbs-gestelde is een patiënt. Dat wordt door de media wel eens vergeten. Persoonlijkheidsstoornissen, verslavingen, parafilieën, psychotische stoornissen, autismspectrum stoornissen en allerhande combinaties van deze komen in de forensische psychiatrie voor. De meeste tbs-gestelden hebben voorafgaand aan de tbs-oplegging al een lange carrière in de GGz en/of justitiële inrichtingen. Door de complexiteit van de psychopathologie en de neiging om zorg te mijden of af te wijzen, worden ze nergens effectief geholpen. Van Vliet en Oei merken in hun bijdrage denk ik terecht op dat ook de organisatie van de zorg voor dit type kwetsbare mensen in Nederland tekort schiet. Door de schotten tussen sectoren, zoals de GGz en de verslavingszorg, door de afgenomen asiel-functie van de GGz en de vermaatschappelijking en door de toename van het aantal psychische gestoorden in gevangenissen die daar niet adequaat worden behandeld, creëert de maatschappij als het ware een steeds grotere groep uitgestoten die uiteindelijk in de tbs belandt. Het recente rapport van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, waarop Van Vliet en Oei al preludeerden, schetst een aantal mogelijke oplossingen voor dit groeiende probleem (RMO, januari 2007). De belangrijkste aanbeveling is het creëren van een betere aansluiting van straf en zorg. Gelukkig zijn er wat dit betreft ook positieve ontwikkelingen te noemen, zoals de introductie van *Assertive Community Treatment* (ACT; Mulder & Kroon, 2005). Door middel van een *outrachende*, activerende benadering worden mensen met complexe (vaak dubbele diagnose) psychiatrische problematiek in verschillende regio's in Nederland effectief maatschappelijk ondersteund.

Misschien wel de meest trieste ontwikkeling van het afgelopen decennium is de grote toename van het aantal patiënten met een psychotische stoornis in de tbs, nu bijna 30% van de populatie. Zoals de bijdrage van Nijman, Van Marle en Kavelaars laat zien, en ook in buitenlands onderzoek bevestigd, hebben psychotische patiënten relatief vaker dan andere categorieën tbs-gestelden ernstige geweldsdelicten gepleegd, waarvan een kwart met dodelijke afloop, meestal tegen familieleden. Deze psychotische patiënten hebben geen lange criminele voorgeschiedenis. Hun delict komt vaak voor de omgeving 'out of the blue'; gepleegd op basis van ernstige vervormingen van de realiteit onder invloed van waandenkbeelden en hallucinaties. Achteraf gezien heeft de omgeving meestal toch wel iets gemerkt aan de persoon in kwestie; hij was wat stil en teruggetrokken de laatste tijd, of reageerde soms angstig en onvoorspelbaar. Maar een psychotisch proces verloopt meestal langzaam en sluipend, en wordt door veel mensen niet als zodanig herkend. En ook als de persoon wel contact heeft met de GGz voorkomt dit niet altijd dat hij/zij een geweldsdelict pleegt (zie de artikelen van Van Vliet en Oei en Nijman et al. in het themanummer). Ook hier bestaat ruimte voor verbetering. Onlangs heeft de Tweede Kamer be-

sloten dat de wettelijke mogelijkheden voor gedwongen opname in het kader van de Wet BOPZ dienen te worden verruimd. Patiëntenorganisaties als Pandora maken hier bezwaar tegen op basis van het zelfbeschikkingsrecht, maar zij realiseren zich onvoldoende dat een belangrijk kenmerk van veel psychotische patiënten nu juist is dat zij niet in de gaten hebben dat zij psychotisch zijn, de zogenaamde anosognosie.

In de algemene GGz zou ook meer gebruik gemaakt kunnen worden van de gestructureerde risicomethoden die in de forensische psychiatrie zijn ontwikkeld, omdat de patiënten populatie in beide sectoren overlapt. Door al in een eerder stadium risico's adequaat in te schatten, kan een risicohanteringsplan worden opgesteld en voorkomen worden dat een psychotische patiënt een geweldsdelict pleegt en in de tbs belandt. Dat kan betekenen dat intensieve casemanagement nodig is om de medicatietrouw van de psychotische patiënt te monitoren en toe te zien op middelengebruik.

Tenslotte wil ik de *spotlight* op de positie van de individuele tbs-gestelde zetten. Die positie lijkt op het eerste gezicht goed geregeld in Nederland. Zo is de rechtspositie van tbs-gestelden geregeld in diverse wetten (o.a. Wetboek van Strafrecht, Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden; zie Stikker, 2005). De tbs-gestelde wordt bijgestaan door een advocaat en kan tegen beslissingen van de rechter, bijvoorbeeld in het kader van een verlenging van de tbs, in beroep gaan. Toch heb ik in de praktijk gemerkt dat de individuele tbs-gestelde die het niet eens is met het beleid of de beslissing van de kliniek die hem/haar behandelt, in een lastig parket kan komen. Het verzoek om een contra-expertise te laten uitvoeren door een onafhankelijk gedragsdeskundige wordt niet altijd door de rechter gehonoreerd. Zeker in het geval de tbs-gestelde over onvoldoende financiële middelen beschikt om zo'n contra-expertise zelf te bekostigen betekent dit per definitie rechtsongelijkheid. Hetzelfde geldt *a fortiori* voor een besluit tot *longstay*-plaatsing. Philipse wijst in zijn bijdrage mijns inziens terecht op de tekortkomingen in de huidige criteria en de procedure voor deze plaatsingen. In een tijdsgewricht waarin de maatschappelijke nadruk op beveiliging zo sterk domineert als in het huidige, dient vanuit de machtige instanties die de beveiliging effectueren, zoals de rechterlijke macht, het Ministerie van Justitie en de tbs-klinieken, continue gewezen te worden op de belangen en de positie van de tbs-gestelde als individu.

Noot

- 1 Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen

Literatuur

- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Baan, P.A.H. (1955). Oorzaken van recidive. *Tijdschrift voor Strafrecht*, 114, 314-333.
- Boutellier, H. (2005). *De veiligheidsutopie: Hedendaags onbehagen en verlangen rond misdaad en straf*. Amsterdam: Boom Juridische uitgevers.
- Breuk, R.E., van Dam, A., Disse, C.M., & Doreleijers, T.A.H. (2005). Functionele Gezinstherapie in de behandeling van jeugdige forensisch psychiatrische patiënten. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Tweede, geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dishion, T.J., Spracklen, K.M., Andrews, D.W., & Patterson, G.R. (1996). Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior Therapy*, 27, 373-390.
- Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711-724.
- Haney, C. (2006). *Reforming punishment: Psychological limits to the pains of imprisonment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Inspectie Jeugdzorg (2005). *Onderzoek naar de kwaliteit van het hulpverleningsproces aan S. Vindplaats: www.minvws.nl*.
- Kogel, K. de, & Nagtegaal, M.H. (2006). *Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis: Wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Loeber, R. (2004). *Delinquency prevention in a mental health context*. Trimbos-lezing 2004. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kroon, H. (2005). Geïntegreerde dubbele-diagnose behandeling in ACT-teams. In: C.L. Mulder & H. Kroon (Red.), *Assertive Community Treatment* (pp. 147-174). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Straf en zorg: Een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*. Amsterdam: SWP.
- Roos, Th. De. (2000). *Het grote onbehagen: Emotie en onbegrip over de rol van het strafrecht*. Amsterdam: Balans.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., & Turner, K.M.T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple-P Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph, No. 1*. University of Queensland, St. Lucia, Australia.
- Stikker, T.E. (2005). *Handboek wetgeving forensische psychiatrie*. Den Haag: Sdu.