

Een hernieuwde evaluatie van de Terbeschikkingstelling

J. Kuyvenhoven & H.J.C. van Marle

The Dutch Entrustment Act (TBS) evaluated: recommendations from the Parliament

In 2005 and 2006 a Commission from the House of Parliament in the Netherlands screened the TBS by hearings of professionals from the TBS field, jurists, lawyers and scientific researchers. Ambulatory TBS under conditions and the different degrees of leave into the community are discussed within the perspective of public safety. In its final report the commission supports the TBS-system in its recent developments such as the broad risk-assessment, community forensic mental health care and a policy for more coercive psychiatric medication. Unanimously, there is agreement upon the fact that the Minister of Justice is the final responsible person for the TBS, but co-operation with the public mental health system is acclaimed.

Inleiding

Op 21 en 22 juni 2006 debatteerden de ministers van VWS en Justitie met de Tweede Kamer over het eindrapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS, 'TBS, vandaag over gisteren en morgen' (TK 2005-2006, 30250, nr. 4 t/m6). Deze Commissie, bestaande uit leden van de Tweede Kamer der Staten-Generaal onder voorzitterschap van de heer A. Visser, onderzocht de vraag of het tbs-systeem nog voldoet aan de eisen die de huidige samenleving er aan stelt. Daartoe werden in september en oktober 2005 enkele weken lang een aantal bestuurders en hulpverleners uit dit tbs-systeem door deze Commissie bevraagd, naast juristen en andere belanghebbenden. In de bijlage van het rapport zijn

Drs. **Jacqueline Kuyvenhoven** is pedagoog en beleidsadviseur bij de Dienst Justitiële Inrichtingen, Sector TBS van het Ministerie van Justitie te Den Haag.

Prof. dr. **Hjalmar van Marle** is hoogleraar forensische psychiatrie, afdeling psychiatrie Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.

Correspondentieadres: Prof. dr. H. van Marle, Erasmus MC, afdeling forensische psychiatrie. Postbus 2040, 3000 KA Rotterdam. E-mail: h.j.c.vanmarle@erasmusmc.nl.

deze interviews alle verbatim en met vermelding van de spreker weergegeven, aldus de bronnen van informatie bekend makend. Ook is er door het WODC, het wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie, onderzoek gedaan naar de wijze waarop er in het buitenland werd omgegaan met dezelfde problematiek door geestelijk gestoorde delinquenten. Een apart onderdeel van het rapport was een studie over de manier waarop de pers de verschillende incidenten in het nieuws heeft gebracht en of dat adequaat is geweest. Het rapport geeft, zoals de herkomst al aangeeft, de mening van de partijen in de Tweede Kamer weer over alle informatie en feiten die de Commissie heeft verzameld en in het rapport heeft vastgelegd.

Aanleiding van het onderzoek waren ernstige incidenten door tbs'ers die waren weggelopen tijdens begeleid en onbegeleid verlof. Door hernieuwde delicten veroorzaakten zij opnieuw leed bij slachtoffers en hun familie en dat leidde tot een grote maatschappelijke en politieke ongerustheid. In 2004 werd een jong meisje ontvoerd en misbruikt door een tbs-gestelde die zich had onttrokken aan het verlof en een jaar later leidde een onttrekking aan verlof tot de moord op een oudere man. De media deden uitvoerig verslag van deze vreselijke zaken. Dit zorgde voor veel onrust in de samenleving en in de politiek. De Tweede Kamer vroeg zich af of het tbs-systeem nog wel functioneerde om de veiligheid van de samenleving te beschermen. De positie van de minister van Justitie wankelde aangezien die vervolgens ervoor verantwoordelijk werd gesteld. Naar aanleiding van deze incidenten werd daadkrachtig optreden geëist van de minister. De strafrechtelijke maatregel van de tbs is immers bij uitstek bedoeld om de samenleving te beveiligen tegen forensisch psychiatrische patiënten die ernstige delicten plegen en dat was niet gelukt.

De commissie werd in oktober 2005 ingesteld. Ze keek verder dan de ernstige incidenten naar de gehele praktijk van de tbs, omdat calamiteiten op zichzelf genomen volgens de commissie een te eenzijdig beeld geven over de tenuitvoerlegging van de tbs. Zo een brede kijk kan tot verbeteringen in het systeem leiden. Het risico bestaat namelijk dat bij incidenten snelle oplossingen worden gekozen, die goede ontwikkelingen stagneren of te niet doen. Wanneer bijvoorbeeld alle verloven worden stopgezet, wordt die ingreep door tbs-patiënten met wie het goed gaat tijdens verlof, gezien als een breuk in hun behandeling; de therapeutische relatie is dan voor maanden geschaad en moet opnieuw worden opgebouwd. Een grote groep tbs-gestelden is al gauw de dupe van het gedrag van enkelen. Reageren op incidenten geeft maatschappelijk gezien wellicht het gevoel dat alles onder controle is, maar in feite is er niets gewonnen.

De Tweede Kamer Commissie leverde om reden van volledigheid een grondige analyse van het gehele tbs-stelsel. Niet alleen de klinieken werden onder de loep genomen; ook de samenwerking met en aansluiting op de geestelijke gezondheidszorg, de penitentiaire inrichtingen en de jeugdsector zijn kritisch bezien. De commissie sprak met deskundigen in binnen- en buitenland, met patiënten en slachtoffers, bracht werkbezoeken en liet deelonderzoeken uitvoeren. In het rapport 'TBS, vandaag over gisteren en morgen' wordt de stand van

zaken in de forensische psychiatrie scherp in beeld gebracht en worden aanbevelingen gedaan om het stelsel te verbeteren.

De belangrijkste conclusie is dat het stelsel werkt. De maatschappij wordt direct beschermd doordat de tbs-gestelden in een gesloten kliniek worden opgenomen en onder verantwoordelijkheid van justitie worden behandeld om het delictgevaar terug te dringen. Zolang zij een risico vormen voor de maatschappij, wordt dat door de kliniek aan de rechtbank geadviseerd, die één- of tweejaarlijks beslist over de beëindiging van de tbs-maatregel; de tbs wordt dan vrijwel altijd verlengd. Dwangverpleging, behandeling en een geleidelijke en gecontroleerde terugkeer in de maatschappij blijven het antwoord op forensisch-psychiatrische problematiek. Er zijn echter maatregelen nodig om te voorkomen dat het tbs-systeem vastloopt, omdat het aantal tbs-opleggingen al jarenlang groter is dan het aantal beëindigingen. Ook moet duidelijk zijn hoe er voor gezorgd wordt dat het aantal incidenten zo beperkt mogelijk blijft en dat een zo laag mogelijke recidive bereikt wordt. Het gaat dan vooral om:

- het verlengen en intensiveren van toezicht,
- het bieden van behandeling en beveiliging op maat door een breder zorgaanbod te creëren,
- het aansluiten op de financieringstaal en werkwijze van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz),
- het uitbreiden van de mogelijkheden voor het bieden van dwangmedicatie,
- het professionaliseren van de verloftoetsing en
- het investeren in wetenschappelijk onderzoek.

Het kabinet en de Tweede Kamer nemen de aanbevelingen op hoofdlijnen over (TK 2005-2006, 30250 nr. 9). Hoe de beide betrokken ministers precies aan de slag gaan wordt pas duidelijk in een plan van aanpak dat zo spoedig mogelijk naar de Tweede Kamer gaat. Daarna beslist de kamer definitief over de keuzes. Met het extra geld dat bij de begroting van 2007 beschikbaar is gesteld wordt een stevig fundament gelegd voor de toekomst van het tbs-systeem. In het volgende zullen de conclusies en aanbevelingen van de commissie meer gedetailleerd worden besproken, met name gericht op de concrete ontwikkelingen voor de toekomst. Het gaat hier dan om een betere doorstroming van de tbs-gestelden door het tbs-traject, de blijvend delictgevaarlijke patiënten, de psychiatrisch behandeling voordat de tbs werd opgelegd en de aanbevelingen voor verder wetenschappelijk onderzoek.

De aanbevelingen van de parlementaire onderzoekscommissie

Gericht op de uitvoering van de tbs-maatregel geldt het volgende:

- de bestaande risicotaxatie-instrumenten verder te ontwikkelen om de kwaliteit van individuele verlofbeslissingen te verbeteren,
- de wettelijke mogelijkheden voor dwangmedicatie tijdens de behandeling in de tbs-kliniek te vergroten,

- meer differentiatie en specialisatie van tbs-klinieken en GGz-instellingen mogelijk te maken
- en het Ministerie van Justitie een duidelijker sturende rol te geven als 'inkoper van behandelingen' bij klinieken die behandelen ter uitvoering van de tbs-maatregel.

Gericht op de instroom van tbs-gestelden valt verder te verbeteren:

- de 'tbs met voorwaarden' zodanig aan te passen dat er beter en effectiever gebruik van de ambulante tbs-behandeling kan worden gemaakt met een snelle opnamemogelijkheid wanneer eventueel gevaar niet acceptabel wordt geacht,
- meer kennis te ontwikkelen over de interculturele factoren die van invloed zijn op de Pro Justitia-adviezen naar de toerekeningsvatbaarheid van verdachten door het Pieter Baan Centrum en de Forensisch Psychiatrische Diensten
- en al tijdens de detentieperiode voorafgaand aan de tbs-maatregel na te gaan of een vorm van behandeling wenselijk en noodzakelijk is, alsook het nut van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis te onderzoeken.

Gericht op de uitstroom van patiënten uit de tbs-klinieken worden de volgende oplossingen aangereikt:

- de wettelijke termijn voor voorwaardelijke beëindiging van de tbs te verlengen tot maximaal 9 jaar,
- het verbeteren van de kwaliteit van het toezicht door tijdens die voorwaardelijke beëindiging door de tbs-klinieken samen met de reclassering en eventueel GGz-instellingen toezicht te houden op het naleven van de gestelde voorwaarden,
- het aanbod van vervolgtrajecten op de intramurale behandeling en nazorg volgend op (voorwaardelijke) beëindiging van tbs-patiënten te vergroten,
- meer differentiatie te ontwikkelen voor die situaties waarin langdurige vrijheidsbeneming noodzakelijk blijkt
- en Diagnose Behandelingscombinaties (DBC's) te ontwikkelen binnen de forensische en reguliere psychiatrie ter ondersteuning van de (geleidelijke) overgang tussen zorgarrangementen; de maatregelen ter beveiliging van de maatschappij worden hier expliciet in opgenomen.

Gericht op de verdere ontwikkelingen van het systeem:

- omwille van professionele verloftoetsing een nieuw te vormen dienst te creëren, waarin de huidige deskundigheid verder wordt ontwikkeld,
- het huidige aselechte plaatsingsbeleid in de tbs-klinieken los te laten om de inkoopbevoegdheid van het Ministerie van Justitie en de differentiatie van de klinieken (beveiliging en zorg) te optimaliseren,
- wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van behandelingen in de forensische psychiatrie en naar dieperliggende factoren die de risico's verkla-

ren, onder te brengen bij de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek,

- opleidingen te ontwikkelen binnen het Hoger en Wetenschappelijk Onderwijs voor het werk in de forensische psychiatrie
- en relaties te leggen tussen de instellingen onderling die verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van de zogenaamde PIJ-maatregel (jeugd-tbs) en tbs-instellingen. Dit wordt 'twinning' genoemd, een tweelingpartner zoeken en vasthouden.

De consequenties van deze aanbevelingen worden in het volgende gedeelte behandeld: het verbeteren van de diagnostiek en behandeling, zodat er minder recidives te verwachten zijn, ervoor te zorgen dat er een betere uitstroom uit de klinieken plaats vindt met aandacht voor onbehandelbare tbs-patiënten en aandacht voor eerdere behandeling zodat tbs zoveel mogelijk wordt voorkomen. Tot slot worden de implicaties voor het onderwijs en onderzoek binnen het tbs-veld besproken.

Verbetering behandelingsmethoden

De terugkeer van tbs-gestelden naar de maatschappij vormt al vele jaren een groot probleem omdat elk jaar weer blijkt dat het aantal opgelegde tbs-vonnissen veel groter is dan het aantal tbs-gestelden dat is teruggekeerd in de samenleving (*TBS in getal*, maart 2005, zie ook inleiding van dit themanummer). Ondanks forse capaciteitsuitbreidingen in de tbs-sector zijn er nog steeds tbs-gestelden voor wie niet direct plaats is in een van de klinieken. Ter verbetering van de uitstroom is de belangrijkste aanbeveling van de commissie dat men meer grip dient te krijgen op de terugkeer van patiënten naar de maatschappij. In de eerste plaats wordt dat mogelijk gemaakt door de voorwaardelijke beëindiging te verlengen van drie naar negen jaar, zodat het aantal jaren waarin controle wordt uitgeoefend aanzienlijk toeneemt. In de tweede plaats door tijdens deze langere periode beter toezicht te houden op de gestelde voorwaarden. Daarbij blijkt dat tijdens de tbs-behandeling het met behulp van strenge controle mogelijk is patiënten al na zo'n twee jaar buiten de kliniek te behandelen wanneer het directe gevaar door hun gedrag is verdwenen. De behandeling richt zich dan op hun gevaarlijkheid op langere termijn. Deze gecontroleerde behandeling vindt in de maatschappij plaats in daartoe aangekochte huisvesting, onder voorwaarde van dagelijks werk en regelmatig therapie in de kliniek.

De behandelperiode buiten de kliniek, de transmurale behandeling, is nu al een gespecialiseerd deel van de behandeling door de kliniek. Deze houdt het toezicht op de tbs-gestelde én verzorgt de behandeling in de maatschappij. Tijdens de voorwaardelijke beëindiging van de tbs is het nu zo dat de Reclasering de verantwoordelijkheid van de kliniek overneemt en als casemanager de verdere begeleiding en behandeling coördineert. Voortzetting van de activiteiten van de kliniek blijkt echter gewenst. Toezicht zou niet alleen meer door

de reclassering moeten worden gehouden, maar ook door de professionals uit forensisch-psychiatrische instellingen. Zij kennen de risico's van de individuele patiënt en kunnen signalen van delictgevaar vroegtijdig herkennen. Dat maakt het mogelijk snel in te grijpen als het mis dreigt te gaan. Als dat nodig blijkt kan de patiënt direct terug naar de kliniek worden gehaald.

Uit de literatuur is bekend dat de beste behandeling van forensisch-psychiatrische patiënten ('mentally disordered offenders' (MDO's) genoemd in de Engelstalige literatuur) wordt gegeven vanuit de maatschappij zelf (Heilbrun & Peters, 2000). Het blijkt dat de overgang tussen kliniek en het wonen in de vrije maatschappij al snel te groot is. Het zelfstandig wonen brengt vele verleidingen en verleiders met zich mee, maar op die situaties kan echter niet reëel genoeg geoefend worden tijdens de klinische behandeling. Momenteel bestaan er meer mogelijkheden tot het inschatten van verdere delictrisico's, zoals beter opgeleide stafleden en het gebruik van gestructureerde klinische risicotaxatie, een risico-inschatting door een vergelijking te maken tussen het oordeel van de behandelaars en de uitkomst van de risicotaxatie-instrumenten (zoals de HCR-20, de Historical, Clinical and Risk assessment guide, Webster e.a., 1995; of de HKT-30, Historisch, Klinisch, Toekomst, Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002). Daardoor is er een intensieve behandeling in de maatschappij mogelijk met behoud van een hoge mate van beveiliging door gerichte en onverwachte controles. De kern van de aanpak zit in op maat gesneden vormen van zorg en beveiliging en een intensief en professioneel toezicht daarop. Tbs-gestelden moeten buiten de kliniek wonen en werken zodra dat kan en binnen blijven zolang dat moet. De veiligheid van de maatschappij is daarbij het criterium.

Naast de transmurale behandelplaatsen in de tbs-klinieken zijn er voor deze meer op de maatschappij gerichte aanpak ook meer plaatsen nodig in GGz-instellingen voor beschermd wonen, in zorgvoorzieningen en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Er zijn namelijk patiënten die niet langer de hoge muren van de justitiële inrichting nodig hebben, maar het nog niet zelfstandig red- den in de maatschappij. Die plaatsen zullen nu door justitie worden ingekocht. Door die financiële prikkel valt te verwachten dat deze instellingen zich meer dan voorheen willen bekwamen in de opvang van deze doelgroep, waardoor er meer mogelijkheden tot uitstroom uit de tbs ontstaan. Door het inkopen van zorg wordt er een concurrentiepositie geschapen tussen de verschillende instellingen, zodat de kostprijs en de mate van deskundigheid alleen al door die onderlinge concurrentie worden bewaakt.

Deze manier van zorg inkopen is nieuw voor Nederland. Het voorstel van de interdepartementale commissie Houtman is het geld voor de zorg in een strafrechtelijk kader, de forensische zorg (Van Marle, 2006), op de begroting van het Ministerie van Justitie te zetten (TK 2005-2006, 29452 nr. 43). Dat voorstel is door de Tweede Kamer onderschreven. Met dat geld gaat justitie zorg inkopen. Niet alleen voor tbs-gestelden, maar voor alle forensisch-psychiatrische patiënten in een strafrechtelijk kader. Dus ook voor gedetineerden en mensen die bijzondere voorwaarden opgelegd hebben gekregen van de strafrechter. Er

komt een patiëntgebonden budget, gebaseerd op de behoefte aan zorg én beveiliging. Tot nu toe wordt iedereen die door de rechter is veroordeeld tot tbs, geplaatst in tbs-klinieken. Straks worden die diensten ingekocht waar elke forensisch-psychiatrische patiënt geïndiceerd behoefte aan heeft. Die behoefte wordt vastgesteld op basis van een onafhankelijke indicatiestelling. Er komt dus meer marktmechanisme in de forensische zorg en een spreiding van de deskundigheid. Hoe die indicatiestelling vormgegeven wordt, welk bedrag bij een bepaalde zorg- en beveiligingsbehoefte hoort en hoe de inkoop vorm krijgt wordt momenteel uitgewerkt in het project 'Vernieuwing Forensische Zorg'.

De terugkeer naar de samenleving dient geleidelijk te verlopen. Eenmaal buiten de beveiligde kliniek kan het niet anders dan dat het toezicht op de patiënt toch minder is. Een zorgvuldige indicatie tot verlof is dan ook noodzakelijk om de samenleving niet meer dan een acceptabel risico te laten lopen. Om de risico's te beperken en voldoende mogelijkheid te hebben die direct bij iemand te herkennen, bestaan er opeenvolgende fasen van verlof. Eerst gaat een patiënt onder begeleiding naar buiten, dan zonder begeleiding, steeds langer tot hij uiteindelijk onder toezicht van de kliniek buiten de muren van die kliniek woont. De behandelkliniek adviseert de minister wanneer de mogelijkheid tot begeleid verlof is ontstaan. De minister geeft vervolgens al dan niet toestemming voor het verlof na een ambtelijke toets op de aanvraag. De commissie Visser beveelt aan die toets te verzwaren, door alles wat het wetenschappelijk onderzoek ons geleerd heeft over risico's te betrekken bij het oordeel of en hoe iemand naar buiten mag. Naast risk-assessment is nu ook risk-management als behandelwijze in de tbs geïntroduceerd (Van Marle, 2001). Dat wil zeggen dat de risicofactoren die te voorschijn komen na de risicotaxatie, gekoppeld worden aan bepaalde (maatschappelijke) interventies, zoals alcoholcontrole, woonbegeleiding of werktraining. Het 'managen' bestaat vervolgens uit systematische begeleiding met evaluatie en eventuele bijsturing. Een verdere aanbeveling is dat wanneer er incidenten zijn geweest, onafhankelijke professionals die moeten analyseren. Daarmee ontstaat een lerende verlofpraktijk waardoor de maatschappij uiteindelijk beter beveiligd zal zijn.

Einde behandeling: 'Levenslang' tbs?

Niet iedere psychiatrische patiënt is behandelbaar. Er zijn tbs-gestelden die heel lang, misschien levenslang, de combinatie van zorg en beveiliging nodig hebben (De Kogel e.a., 2005). Maar de tbs mag geen gemakkelijk alternatief voor een levenslange detentie worden. De commissie waarschuwt daar herhaaldelijk voor. Daarom moet er een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de noodzaak voor een hoge of lage beveiligingsgraad rondom de patiënt en tussen een hoog of laag zorgniveau voor hem. Beide condities zijn in een kruistabel te combineren tot vier mogelijkheden, waaraan verschillende manieren van 'levenslange' opvang kunnen worden gekoppeld: hoge beveiliging met intensieve zorg bij ernstig gestoorde, gevaarlijke patiënten; hoge beveiliging en een laag

zorgniveau bij niet verder te behandelen gevaarlijke patiënten; en lage beveiliging bij niet direct gevaarlijke patiënten die meer of minder (intensieve) zorg nodig kunnen hebben. Hoewel patiënten blijvend delictgevaarlijk kunnen zijn, wil dat dus niet zeggen dat zij voortdurend binnen de muren van de tbs-kliniek hoeven te blijven. Het is nodig op grond van bovenstaand schema van de verhouding tussen behandeling en beveiliging verschillende voorzieningen te maken, soms binnen justitie, soms ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGz).

De groep langdurig zorgafhankelijke forensisch-psychiatrisch patiënten kan tot nu toe moeilijk terecht in de geestelijke gezondheidszorg. Als vanuit de GGz de benodigde voorzieningen worden gerealiseerd, kan justitie die plekken inkopen. Het gaat dan om plaatsen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis waar de beveiligingscomponent laag is, maar controle wel mogelijk blijft, en er meer psychiatrische zorg en meer activiteiten gerealiseerd kunnen worden. Ook zijn er mogelijkheden bij instanties voor Beschermd Wonen waar met forensisch-psychiatrische zorg vanuit de tbs-kliniek de patiënt kan wonen en werken. Voor deze zorgafhankelijke patiënten is het namelijk beter in een zorgomgeving met de nadruk op verpleging te kunnen leven dan in een detentiesituatie, waar beveiliging en beperking van vrijheid op de voorgrond staan. Deze nieuwe mogelijkheden van doorstromen verminderen de druk op de capaciteit omdat tbs-gestelden niet langer dan nodig in de sterk beveiligde justitiële klinieken wonen. Vanzelfsprekend moeten we een zorgvuldige procedure maken om te bepalen wie blijvend delictgevaarlijk is en bij welke zorgvoorziening iemand baat heeft. Voorts kan aan de hand van begeleiding een goede risicotaxatie en een goede van-dag-tot-dag indicatie vastgesteld worden of iemand op verlof kan. Natuurlijk staat de veiligheid van de maatschappij voorop, maar daarnaast dient voor de patiënt de gezondheidsschade zo klein mogelijk te worden gehouden.

Niet bij iedereen is direct vast te stellen of hij van een psychiatrische behandeling kan profiteren. Ook de effecten van bepaalde behandelingsvormen zijn moeilijk te voorspellen. Grootschalig prospectief en gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek is hiervoor nodig. Dat valt echter niet snel te realiseren gezien de resultaten ervan pas na jaren zijn te verwachten. Daarom is het zaak beveiliging en zorg op maat te bieden op grond van wat nu als effectief bekend is ('state-of-the-art') en de effecten van de huidige aanpak goed vast te leggen, de zogeheten monitoring.

Eerdere behandeling als preventie

Uit wetenschappelijk onderzoek (Van Emmerik, 2001; zie ook het artikel van Van Vliet & Oei in dit nummer) blijkt dat tbs-gestelden niet alleen veel eerdere veroordelingen hebben, maar ook in 70 procent van de gevallen een voorgeschiedenis hebben in de GGz, van wie de helft eerder in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen. De eerdere GGz- diagnostiek en behandeling hebben een delict dat tot tbs leidde niet weten te voorkomen. Dit afglijden tot ernstige

(tbs-waardige) misdrijven moet voorkomen kunnen worden, want de patiënt is immers al eerder bekend bij hulpverleners. Een probleem daarbij is dat psychiatrische behandeling per definitie alleen vrijwillig aan iemand kan worden gegeven en dat vele ernstige psychiatrische patiënten deze behandeling weigeren. Gedwongen behandeling daarentegen is alleen mogelijk krachtens de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en dan alleen in die gevallen waar sprake is van gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen en goederen. Vervolgens speelt hierbij dat de Wet BOPZ een opnamewet is en geen behandelwet: de opname in het psychiatrisch ziekenhuis is gedwongen, maar een behandeling daarbinnen niet. Dat laatste kan alleen afgedwongen worden als er sprake is van gevaar door de patiënt in het ziekenhuis zelf. In een wetsvoorstel tot wijziging van de BOPZ (TK 2005-2006, 30492, nr. 1 t/m 3) wordt de mogelijkheid tot het toepassen van dwangmedicatie uitgebreid. De Commissie vindt het van belang dat ook tbs-patiënten die geen inzicht hebben in hun ziektebeeld, zo nodig gedwongen medicatie toegediend kunnen krijgen. In alle verschillende soorten tbs-klinieken moet hiertoe een zelfde criterium bestaan, of dat nu een rijks-, een particuliere of een forensisch-psychiatrische kliniek is. Daartoe zullen de verschillende wetten op elkaar afgestemd moeten worden. Mogelijk kan wetswijziging bijdragen aan een betere aansluiting tussen de tbs-klinieken en de daaropvolgende GGZ-voorzieningen.

In dat licht dient ook de mogelijkheid van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis (PPZ) te worden gezien. Wanneer iemand gedetineerd is in een penitentiaire inrichting en hij blijkt een psychische stoornis te hebben, dan is er op dat moment de noodzaak van een psychiatrische behandeling. Vaak is een Huis van Bewaring of een gevangenis echter niet geschikt om een psychisch gestoorde te behandelen vanwege het feit dat controle en beveiliging daar voorop staan en niet de mogelijkheden tot gerichte activiteiten en experimenteergedrag. Overplaatsing naar een gespecialiseerd PPZ zou dan mogelijk een oplossing bieden. Momenteel bestaat de Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling FOBA in Amsterdam, waar crisisinterventie geboden wordt en waar op diverse afdelingen individuele begeleiding geboden wordt aan gedetineerden met psychische stoornissen. De capaciteit ervan is te klein en de opdracht te beperkt voor de behandeling van de grote aantallen psychisch gestoorde in het gevangeniswezen (Schoemaker & Van Zessen, 1997). Bij zo'n vijf tot tien procent van alle gedetineerden, in totaal circa 800 tot 1600 personen, bestaat de medische noodzaak tot een psychiatrische behandeling, meestal op grond van een psychotische aandoening. Een psychiatrisch ziekenhuis met de beveiliging van een penitentiaire inrichting biedt dan uitkomst door een snelle opvang en adequate behandeling. Daarna kan dan weer terugplaatsing naar de gevangenis plaats vinden of overplaatsing naar een gewoon psychiatrisch ziekenhuis als de beveiligingsnoodzaak niet (meer) aanwezig is.

Opleiding en wetenschappelijk onderzoek

Bij alle veranderingen vormen onderwijs en wetenschappelijk onderzoek een centraal punt van aandacht. Er kan geen verandering in de praktijk van de tbs plaatsvinden als er niet eerst naar de inhoud van het werk is gekeken. Onderwijs en deskundigheidsbevordering zijn essentieel omdat specifieke expertise nodig is voor het werken met deze moeilijke doelgroep. Goede behandeling, begeleiding en inschatting van risico's vraagt alerte, deskundige medewerkers in de sector. Mensen die signalen van delictgevaar herkennen en op basis daarvan weten te handelen. Niet alleen binnen de klinieken, maar naarmate het beter lukt patiënten te laten doorstromen, ook steeds vaker buiten de klinieken.

Deskundigheid en deskundige aanpak zijn alleen mogelijk als er overeenstemming is over de aanpak, de diagnose en de behandeling. Diagnose BehandelingsCombinaties (DBC's) zijn gestoeld op evaluaties van bestaande en nieuw geïntroduceerde behandelingen die effectief zijn gebleken ('evidence-based') of dat waarschijnlijk zullen zijn omdat ze berusten op een algemeen aanvaarde praktijksituatie ('state-of-the-art'), of zeer succesvol blijken maar nog niet overal worden toegepast ('best practises'). Wetenschappelijk onderzoek is hiervoor noodzakelijk. De volgende vragen komen hierbij naar voren: Wat werkt? Waarom werkt dat? Wat zijn de specifieke en a-specifieke voorwaarden voor zo'n behandeling? En bij wie moet zo een behandeling toegepast worden?

Op dit moment is de behandeling in de tbs nog een 'black box', net zo goed als die in de justitiële jeugdinstellingen en reguliere psychiatrische ziekenhuizen. We weten nog onvoldoende wat werkt bij welk individu. Flinke inspanningen zullen verricht moeten worden voor behandel-effectstudies, voor risicoprofielen van bepaalde psychiatrische patiënten zoals blijvend delictgevaarlijke, voor de evaluatie van behandelprogramma's en voor nieuwe behandelingswijzen gebaseerd op het voortschrijdend inzicht in de forensische psychiatrie.

Als we de zorg en beveiliging echt op maat kunnen gaan aanbieden door continuïteit in de zorgketen te bieden en gebruik te maken van alle beschikbare kennis wordt de kans op een succesvolle behandeling groter. Daarmee wordt de veiligheid in de maatschappij groter. Deze kennis komt tot nu toe nog moeilijk tot stand. Wetenschappelijk onderzoek binnen deze populatie met psychische stoornissen en crimineel gedrag is niet gebaat bij onderzoeken die ieder voor zich doet op basis van een kleine populatie. Voorlopig bestaat er nog niet één bepaalde oorzaak van crimineel gedrag en lijken vele factoren daarvoor verantwoordelijk te zijn. Kennisvermeerdering is gebaat bij een landelijk multidisciplinair onderzoeksprogramma waarin ook door instellingen zelf wordt samengewerkt en niet alleen door individuele onderzoekers. Daarbij moet nauw worden aangesloten bij de internationale stand van de wetenschap. Er is behoefte aan een meerjarig landelijk onderzoeksprogramma van universiteiten samen met onderzoekers uit tbs-klinieken en samen met de jeugdinstellingen. Er zijn immers ook tal van jeugdigen met soortgelijke problematiek. Coördinatie en samenwerking zijn de sleutelwoorden voor de komende jaren.

Slotbeschouwing

Wanneer de opmerkingen tijdens de hoorzittingen, zoals weergegeven in de bijlage van het rapport van de Tweede Kamer Commissie worden vergeleken met de conclusies van dat rapport, dan kan niet anders gezegd worden dat de leden van de Commissie aandachtig hebben geluisterd naar wat de mensen uit de praktijk van de tbs naar voren hebben gebracht. De Commissie steunt de tbs en de manier waarop die wordt uitgevoerd en geeft op een aantal punten verbeteringen aan. Zij sluit zich aan bij de recente ontwikkelingen in het forensisch-psihiatrische veld zoals de risicotaxatie, transmurale zorg en de roep om eerder dwangmedicatie te kunnen gebruiken. Dat de Minister van Justitie eindverantwoordelijk is voor de uitvoering van de tbs, staat niet ter discussie.

Het aandringen op meer toezicht op de verlofgangers en op de gestelde voorwaarden bij de 'tbs met voorwaarden' en de voorwaardelijke beëindiging geeft eens te meer aan waarop de inspanningen van de klinieken zich moeten richten. Onvermijdelijk speelt hier het voortdurende dilemma tussen de handhaving van de veiligheid buiten de kliniek en de rechtspositie van de patiënt. Bij een restrictieve benadering zal de patiënt zich al gauw niet geaccepteerd voelen en de behandeling gaan afwijzen. Inperkingen van verlof zullen met de advocaat in de arm worden aangevochten. De kliniek zal zich terdege moeten verantwoorden in zijn beslissingen jegens de patiënt en moet ook de juridische en wettelijke mogelijkheden hebben om zijn individuele beleid af te dwingen. Anders komt de behandeling klem te zitten: er kan niet meer opgetreden worden want 'dat verlies je toch!'

Dat 'Justitie' de kosten van de forensische zorg direct krijgt toegewezen en daardoor gericht behandelingswijzen kan inkopen bij GGz-instellingen, maakt haar flexibeler en doelgerichter in de aanpak. De kwaliteit van de GGz-behandelingen dient wel te worden gecontroleerd; een toetsings- en evaluatie commissie is daarvoor al eerder opgericht. De kostprijs ervan zal door het verschillende aanbod door het veld en de onderlinge concurrentie worden bepaald. Hoe dit in zijn werk zal gaan, moet afgewacht worden. De GGz-instellingen moeten weer opnieuw wennen aan rapporteren en controleren (vijftig jaar geleden was dit de gewone gang van zaken), naast de verantwoordelijkheid voor onvrijwillig aanwezige patiënten die desondanks verdere behandeling behoeven. De veiligheid van de maatschappij staat centraal en speciale geïntegreerde interventies zijn vereist. Justitie betaalt de zorg in een strafrechtelijk kader. Daarnaast is preventie van onacceptabel seksueel gedrag en verder oplopende agressie, zoals bij huishoudelijk geweld, zeer belangrijk, juist omdat er dan nog geen justitiële sanctie heeft plaatsgevonden. De forensisch-psihiatrische nazorg blijft door intensiteit en 'no-shows' (deze patiënten houden zich niet altijd aan de spreekuurafspraken) duurder dan de gebruikelijke. Preventie en nazorg dienen als onlosmakelijke aandachtsgebieden van de forensische psychiatrie beschouwd te worden.

Verdere belangstelling voor interculturele factoren in de uiting van ziektebeelden en toerekeningsvatbaarheid is belangrijk wanneer deze ook geïnstituti-

onaliseerd is en tot het dagelijks diagnostisch arsenaal gaat behoren. Die implementatie zal niet eenvoudig zijn. Er is in de literatuur nog weinig over bekend en veel culturen hebben geen kennis van 'hun' forensische psychiatrie. Meer en betere opleiding in de forensische psychiatrie, een multidisciplinair model bij uitstek, in de verschillende opleidingsdisciplines (psychiatrie, psychologie, orthopedagogiek, sociotherapie, non-verbale therapieën, arbeidstoeleiding en ga zo maar voort), is zeer wenselijk, maar met een onderlinge integratie als voorwaarde. Verder wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk, want er is nog weinig bekend over delinquentie bij psychiatrische patiënten. Deeltheorieën zullen echter eerst geformuleerd moeten worden vanuit de verschillende modellen, want zoeken zonder vermoedens blijft fragmentarisch en raakt kant noch wal. Patiëntgebonden multidisciplinair, multicentrum onderzoek, met name naar behandel-effecten en het formeren van klinisch te onderscheiden subgroepen, hebben in deze de prioriteit.

Literatuur

- Advies en Regeringsstandpunt inzake de motie van der Beeten* (TK 2005-2006, 29452 nr. 43)
- De Kogel, C.H., Verwers, C., & Hartogh, V.E., den (2005). 'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering. *Onderzoek en Beleid* 226. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Eindrapport 'TBS, vandaag over gisteren en morgen'* (TK 2005-2006, 30250, nr. 4 t/m 6)
- Emmerik, J.L., van (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.
- Heilbrun, K. & Peters, L. (2000). Community-based treatment programmes. In S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Ed.), *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders* (pp. 193-215). Chichester: Wiley & Sons.
- Kabinetsstandpunt op 'TBS, vandaag over gisteren en morgen'* (TK 2005-2006, 30250 nr. 9).
- Marle, H.J.C., van (2001). Van gevaar naar risico: regelen in plaats van waarschuwen. Risk-assessment in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 151-161.
- Marle, H.J.C., van (2006). Forensische zorg en forensische psychiatrie. *Sancties* 2006/3, 149-160.
- Schoemaker, C. & Zessen, G., van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden. Een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- TBS in getal*. (2005). Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Verslag Tweede Kamer Handelingen* (TK 2005-2006 nr. 90, pp. 5484-5521).
- Verslag Tweede Kamer Handelingen* (TK 2005-2006 nr. 93, pp. 5684-5700).
- Verslag Tweede Kamer Handelingen* (TK 2005-2006 nr. 94, pp. 5800-5820).
- Vragen en antwoorden 'TBS, vandaag over gisteren en morgen'* (TK 2005-2006, 30250 nr. 7).
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk – Version 1*. Burnaby: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Wetsvoorstel tot wijziging van de BOPZ* (TK 2005-2006, 30492, nr. 1 t/m 3).