

Tilburg University

De Tbs in zijn maatschappelijke context

van Vliet, J.A.

Publication date:
2006

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

van Vliet, J. A. (2006). *De Tbs in zijn maatschappelijke context: De relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*. [n.n.].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

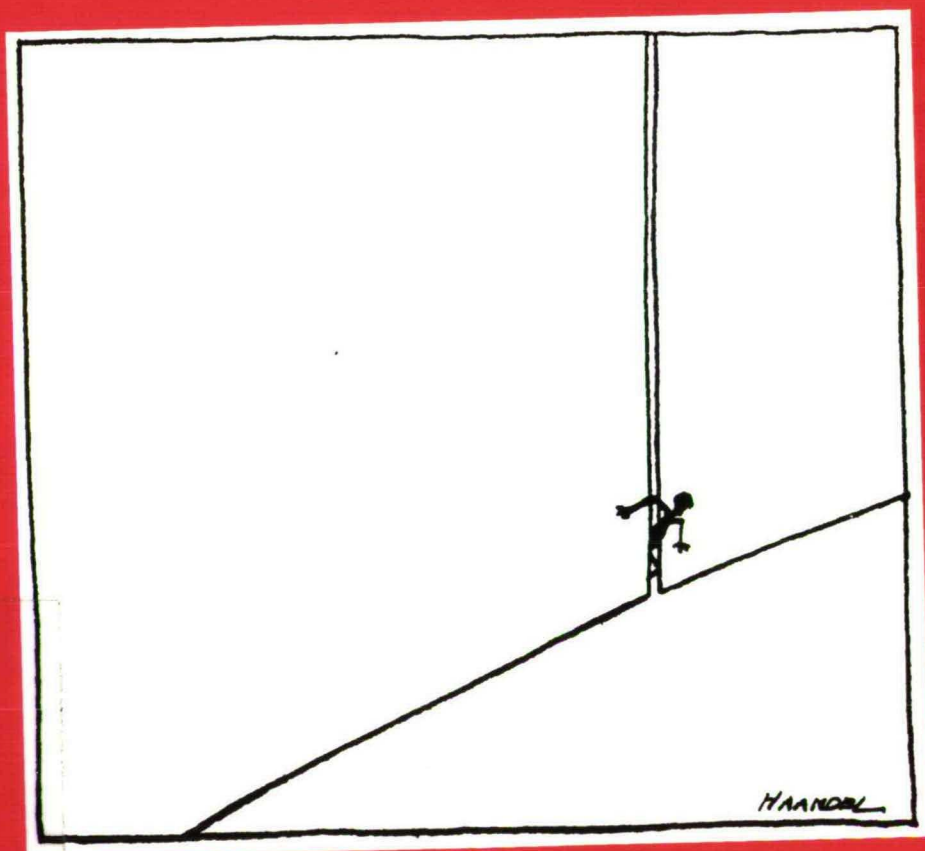
- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

DE TBS IN ZIJN MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

DE RELATIE TUSSEN FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN
ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



Jaap A. van Vliet



UNIVERSITEIT



VAN TILBURG

BIBLIOTHEEK
TILBURG

DE TBS IN ZIJN MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

DE RELATIE TUSSEN FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN

ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

DE TBS IN ZIJN MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

DE RELATIE TUSSEN FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN
ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
AAN DE UNIVERSITEIT VAN TILBURG,
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS,
PROF. DR. F.A. VAN DER DUYN SCHOUTEN,
IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN TEN OVERSTAAN
VAN EEN DOOR HET COLLEGE VOOR PROMOTIES
AANGEWEEZEN COMMISSIE IN DE
AULA VAN DE UNIVERSITEIT

OP VRIJDAG 3 MAART 2006 OM 14.15 UUR

DOOR

JAAP ADOLPH VAN VLIET,
GEBOREN OP 13 APRIL 1949 TE HILVERSUM



Promotores: Prof. Dr. T.I. Oei
Prof. Mr. M.S. Groenhuijsen



PENSER NE SUFFIT PAS, IL FAUT PENSER À QUELQUE CHOSE

Jules Renard
(1864 - 1910)

De Tbs in zijn maatschappelijke context

De relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg

Jaap van Vliet

Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, ISBN 90 5850 141 8

Uitgever: Willem-Jan van der Wolf
René van der Wolf
Vormgeving: Jook van der Snel
Omslagontwerp: Ad van Haandel uit zijn bundel "Wraak"

Uitgeverij:

Wolf Legal Publishers (WLP)

Postbus 31051
6503 CB Nijmegen
Nederland

Tel: 024-3551904
Fax: 024-3554827
E-Mail: wlp@hetnet.nl
<http://www.wlp.biz>

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur en uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 b Auteurswet 1912 jo. het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180AW Amstelveen). Voor het opnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatie-werken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Hoewel aan deze uitgave de uiterste zorg is besteed, aanvaarden de auteur noch WLP aansprakelijkheid voor de aanwezigheid van eventuele (druk)fouten en onvolkomenheden.

© 2006 ontwerp en productie: Wolf

© 2006 inhoud: Jaap van Vliet

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 – INLEIDENDE BESCHOUWINGEN	I
<hr/>	
1.1 Inleiding en verantwoording	1
1.2 Indeling van het boek	2
1.3 De relatie justitie en algemene zorg als probleem	3
1.4 De opzet van deze studie	7
1.4.1 Tbs en GGz	7
1.4.1.1 Methode van onderzoek	8
1.4.2 Het omgevingsveld van de Tbs-klinieken	8
1.4.2.1 Methode van onderzoek	8
1.4.3 Forensische circuitvorming in Nederland	9
1.4.3.1 Methode van onderzoek	10
1.4.4 Worden er meer Tbs-en opgelegd door een falende GGz?	10
1.4.4.1 Methode van onderzoek	11
1.4.5 Conclusies en aanbevelingen	12
HOOFDSTUK 2 – LITERATUURONDERZOEK ‘TBS & GGZ’	13
<hr/>	
2.1 Inleiding	13
2.1.1 De Commissie ‘Beleidsvisie Tbs in brede context’	13
2.1.2 Literatuuronderzoek Tbs & GGz	14
2.1.3 Forensische psychiatrie en Tbs	14
2.2 De maatregel Tbs in relatie tot Algemene GGz en gevangeniswezen.	15
2.2.1 Inleiding	15
2.2.2 De ontstaansgeschiedenis van de Tbs en maatschappelijke ontwikkelingen	17
2.2.2.1 Het wetboek van strafrecht	19
2.2.2.2 Psychopatenwetten en Tbr	19
2.2.2.3 Tbs-wetgeving en de BOPZ	21
2.3 Recente ontwikkelingen in de relatie Tbs, Algemene GGz en gevangeniswezen	22
2.3.1 Samenwerking in de forensische psychiatrie	22
2.3.1.1 Algemene beschouwing	22
2.3.1.2 Duaal casemanagement	23
2.3.1.3 Beheersproblemen	24
2.3.2 De ontwikkeling van forensisch psychiatrische circuitvorming	25
2.3.2.1 De Nationale Raad voor de Volksgezondheid	25
2.3.2.2 De Werkgroep Vervolgvoorzieningen	27
2.3.2.3 Doelmatig behandelen	27
2.3.2.4 De RIBW’s	28
2.3.2.5 Uitstroom Tbs	28
2.3.2.6 Over stromen	29

2.3.2.7	Grensstroom	29
2.3.2.8	Ons kent ons...	29
2.3.3	Psychische stoornissen en behandelen in detentie	30
2.3.3.1	Omvang en aard van de gedetineerdenpopulatie	30
2.3.3.2	Behandelen in detentie	32
2.3.3.3	Preklinische behandeling van Tbs-passanten	34
2.4	De relatie tussen de ministeries van VWS en Justitie	35
2.4.1	Verdeling van verantwoordelijkheden	35
2.4.1.1	Inspectie	35
2.4.1.2	Overleg en coördinatie	37
2.5	Specifieke aandachtsgebieden	37
2.5.1	Juridische aspecten	37
2.5.1.1	Juridische aspecten vanuit de Tbs gezien	37
2.5.1.2	Overplaatsing van een Tbs-kliniek naar de GGz	40
2.5.1.3	Juridische aspecten met betrekking tot behandelen in detentie	40
2.5.2	Verslaving	41
2.5.2.1	Verslaving en Tbs	41
2.5.2.2	Behandeling van verslaving in de Tbs	44

HOOFDSTUK 3 – HET OMGEVINGSVELD VAN DE TBS-KLINIEKEN 47

3.1	Inleiding	47
3.1.1	Aanleiding tot het project actie-plan uitstroom Tbs	47
3.1.2	Doelstelling project actie-plan uitstroom Tbs	48
3.1.3	Analyse van de uitstroom uit de Tbs-klinieken	49
3.1.3.1	Het rapport 'Wordt vervolgd...'	49
3.2	Analyse van de uitstroomproblematiek uit de Tbs	51
3.2.1	Uitstroom	51
3.2.2	De Tbs-populatie	53
3.2.3	Transmuralisatie en resocialisatie	55
3.2.4	Proefverlof	56
3.2.5	Het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)	57
3.2.6	De Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK)	58
3.2.7	De Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA)	58
3.2.8	De Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW)	59
3.2.9	Het gezinsvervangend tehuis (GVT)	60
3.2.10	Poliklinische- en deeltijdbehandeling	61
3.2.11	Het instituut voor Maatschappelijk Werk	62
3.2.12	De reclassering	62
3.2.13	De maatschappelijke opvang	67
3.2.14	Door de Tbs-klinieken zelf ontwikkelde- en overige transmurale voorzieningen	68
3.2.15	Forensisch psychiatrische circuitvorming	69
3.2.16	Een tussenbalans	72

3.2.17	Aanmelding en plaatsing in vervolgvorzieningen in 1996 en 1997	73
3.2.18	Zorgvisie van de klinieken	74
3.2.19	Justitie en GGz	79
3.2.20	Wetgeving	81
3.2.21	Het ministerie van Justitie	83

HOOFDSTUK 4 – FORENSISCHE CIRCUITVORMING IN NEDERLAND 85

4.1	Inleiding	85
4.1.1	Samenwerking tussen het forensische en niet-forensische veld	85
4.1.2	‘Ons kent ons...’	85
4.1.2.1	Vormgeving van de samenwerking	87
4.1.2.2	De betekenis voor de efficiency en de kwaliteit van zorg	87
4.1.2.3	Forensische zorg: apart of geïntegreerd?	88
4.2	Samenwerking in de forensische zorg, 5 jaar later opnieuw bezien	91
4.2.1	Rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IG)	91
4.2.2	Circuitvorming in Gelderland, Overijssel en Flevoland	92
4.2.3	Stagnerend grensverkeer in het Hofessort ’s Hertogenbosch	93
4.2.4	Gevangeniswezen en GGz	95
4.2.5	Advies van de Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader (commissie Houtman)	97
4.3	Conclusies	100

HOOFDSTUK 5 – WORDEN ER MEER TBS-EN OPGELEGD DOOR EEN FALENDE GGZ? 103

5.1	Inleiding en probleemstelling	103
5.2	Onderzoek dossiers Gerechtshof Arnhem	106
5.2.1	Algemene opmerkingen ten aanzien van de analyse	106
5.2.2	Verblijfplaats	107
5.2.3	Anamnestiche gegevens	107
5.2.4	Delictgegevens en rapportage	107
5.2.5	Conclusies	108
5.3	Onderzoek dossiers Penitentiare Kamer Gerechtshof Arnhem.	108
5.3.1	Uitvoering van het onderzoek	108
5.3.2	Analyse van de gegevens	108
5.3.2.1	Demografische gegevens van de onderzochte groep (tabel 1.)	108
5.3.2.2	Rapportage en advisering (tabel 2.)	109
5.3.2.3	Uitgangsdeldict (tabel 2.)	110
5.3.2.4	Strafblad (tabel 2.)	111
5.3.2.5	Hulpverlening voorafgaande aan de Tbs-oplegging (tabel 3.)	111
5.3.2.6	Welke bevindingen leveren deze gegevens op?	113
5.3.2.7	Conclusies	116

HOOFDSTUK 6 – CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	121
<hr/>	
6.1 Inleiding	121
6.2 Conclusies	121
6.3 Adviezen voor de praktijk en voor verder onderzoek	125
BIJLAGEN	127
<hr/>	
Bijlage 1 Literatuuronderzoek Tbs en GGz	129
1. Conclusies	130
2. Begeleidingscommissie	135
3. Geïnterviewde deskundigen	136
Bijlage 2 Het omgevingsveld van de Tbs-klinieken	137
1. Aanbevelingen	138
2. Onderzoeksgegevens per kliniek	141
3. Tabellen	164
4. Begeleidingscommissie	168
Bijlage 3 Worden er meer Tbs-en opgelegd door een falende GGz?	169
ALGEMENE SAMENVATTING	171
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	181
ZAKENREGISTER	201
PERSONENREGISTER	205
DANKWOORD	207
CURRICULUM VITAE	209

HOOFDSTUK I – INLEIDENDE BESCHOUWINGEN

1.1 INLEIDING EN VERANTWOORDING

Deze studie gaat over een aantal ontwikkelingen in de forensische psychiatrie gedurende de afgelopen 15 jaar. Als start van deze periode beschouw ik het instellen van een commissie forensische psychiatrie door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) in oktober 1990 onder voorzitterschap van Dr. Jan Smilde. De aanleiding voor het instellen van de commissie was:

‘Al heel lang worden problemen gesignaleerd in de opvang, behandeling, begeleiding en resocialisatie van mensen met psychiatrische stoornissen die, op grond van hun (crimineel) gedrag, met politie en justitie in aanraking zijn gekomen. De combinatie van recht en psychiatrie wordt doorgaans omschreven als forensische psychiatrie.

Zowel vanuit de gezondheidszorg als vanuit de overheid bestaat al langere tijd behoefte aan meer duidelijkheid over de relatie tussen de ‘bijzondere’ forensische psychiatrie en de ‘algemene’ geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder over de doelstellingen die beide systemen kenmerken.’¹

Het eindrapport van de commissie werd in 1991 als advies aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitbracht en kort daarop werd hierover een inspirerend symposium gehouden onder de titel ‘Ver van huis?’². De instelling van de commissie was geïnitieerd door ontwikkelingen in de lange voorgaande periode. Het uitgebrachte rapport markeert mijns inziens het moment waarop samenwerking (en soms ook het samengaan) van de forensische psychiatrie met de algemene GGz een na te streven maatschappelijk en politiek doel werden.

Als leidinggevende van het team Sociaal Psychiatrisch Werk (SPW) van de reclassering in Arnhem, sterk betrokken bij het ambulante werk met psychisch gestoorde delinquenten, waaronder relatief veel Tbs-gestelden³, werd ik dagelijks geconfronteerd met de weerbarstige praktijk die door de NRV in haar rapport zo herkenbaar werd beschreven. Al in 1989 werd door de toenmalige Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen (NFR) in Arnhem een symposium gehouden onder de titel ‘Link en leip. Reclassering tussen strafrecht en geestelijke gezondheidszorg’. Hier werden de gecompliceerde relatie tussen strafrechtstoepassing en geestelijke gezondheidszorg evenals ervaringen met samenwerking tussen instellingen op dit gebied aan de orde gesteld.⁴ Ik stelde daar in een voordracht in de eerste plaats de samenwerking tussen reclassering en RIAGG in Arnhem aan de orde. In de tweede plaats de opzet van een eerste forensisch psychiatrische poliklinische functie in Nederland die in 1988 tot stand kwam in samenwerking tussen de reclassering in Arnhem en de Pompekliniek⁵, ten behoeve van reclasseringscliënten met onder meer een voorwaardelijke veroordeling of met een Tbs met aanwijzingen⁶. Het ging om ontwikkelingen die vanuit behoeften in de praktijk waren ontstaan.⁷ Meer en meer

¹ Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

² WODC 1991; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991b

³ Van Vliet 1989a; Van Vliet 1990

⁴ Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen 1989

⁵ Anders dan door Plemper in haar onderzoek naar de forensische poli- en deeltijdklinieken beschreven waarin zij stelt dat deze vanaf 1992 zijn ontstaan. Zij beschrijft echter de formele toelating en financiering, niet de feitelijke ontwikkeling. Plemper 2001

⁶ Een variant van de Tbs die in 1988 werd ingevoerd, maar inmiddels is vervangen door de Tbs met voorwaarden. Zie: Hofstee 1987; Daniëls & Van Vliet 1991; Leuw 1993

⁷ Van Vliet 1989b

noopten praktijksituaties tot het zoeken van samenwerking, maar ook tot het verbreden van oplossingen voor individuen tot structurele afspraken voor grotere groepen cliënten. Mede daardoor werd mijn interesse gewekt tot verdere studie, onderzoek en publicaties.

In de loop van 1999 kwam ik in contact met Prof. Dr. T.I. Oei, die mij vroeg mijn interesse verder uit te werken in de vorm van een proefschrift en aanbod mij hierbij te begeleiden. In 2001 werd hij mij aangewezen als promotor. In 2005 werd ook Prof. Mr. M.S. Groenhuijsen aangewezen als promotor. Beiden hebben mij gestimuleerd tot verdere studie en onderzoek, maar ook tot het betrachten van die beperkingen die noodzakelijk waren om dit project binnen een redelijke termijn te kunnen afronden.

Deze studie bevat de neerslag van onderzoek, publicaties en ontwikkelingen uit de afgelopen zeven jaar. Het betreft onderzoeken die onafhankelijk van elkaar tot stand zijn gekomen en waarvan er twee eerder werden gepubliceerd. Zij zijn in enigszins gewijzigde vorm in dit boek opgenomen als afzonderlijke hoofdstukken. De overeenkomst tussen de verschillende onderzoeken is dat zij allemaal de relatie tussen strafrechtspleging, de Tbs en geestelijke gezondheidszorg als onderwerp hebben. Wel is steeds een andere invalshoek gekozen. In het laatste hoofdstuk zal een integratie plaatsvinden van de inzichten die de verschillende onderzoeken hebben opgeleverd en zullen conclusies worden getrokken.

1.2 INDELING VAN HET BOEK

Het vervolg van *Hoofdstuk 1* bevat nadere inleidende beschouwingen en de probleemstelling ten aanzien van het onderwerp van deze studie.

Hoofdstuk 2 is een algemeen inleidend hoofdstuk over de relatie tussen Tbs en algemene geestelijke gezondheidszorg. Het is gebaseerd op de tekst van een literatuuronderzoek dat ik in het jaar 2000 in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC) heb uitgevoerd voor de commissie 'Beleidsvisie Tbs'⁸ en dat als bijlage 7 is opgenomen in het eindrapport van deze commissie.⁹ Waar nodig werden voor de leesbaarheid verbeteringen en aanvullingen aangebracht.

Hoofdstuk 3 is gebaseerd op de resultaten van het project 'actie-plan uitstroom Tbs', beschreven in het onderzoek 'Morgen gaat beter, beter, beter....' dat ik in de periode 1997/1998 in opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie heb uitgevoerd. Het onderzoek behandelt de gewenste, maar stagnerende uitstroom van uitbehandelde Tbs-gestelden uit de Tbs-klinieken naar vervolgvoorzieningen in onder meer de algemene geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek verscheen medio 1998 als uitgave van het ministerie van Justitie. Ook hier werden waar nodig wijzigingen en aanvullingen aangebracht.

Hoofdstuk 4 behandelt de ontwikkeling van de samenwerking tussen de forensische psychiatrie, de algemene geestelijke gezondheidszorg en andere partijen in wat bekend staat als forensisch psychiatrische circuitvorming. Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op een onderzoek dat ik in 2000/2001 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heb uitgevoerd in samenwerking met Jean Pierre Wilken. Dit onderzoek is in boekvorm uitgegeven bij uitgeverij SWP onder de titel 'Ons kent ons... de praktijk van samenwerking in de forensische zorg'. Het boek werd in februari 2001 gepresenteerd op een congres onder dezelfde titel met de bedoeling de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden te presenteren en stimuleren. In dit hoofdstuk is getracht op basis van nieuwe informatie en onderzoek een actueel beeld te geven van de stand van de samenwerking tussen strafrechtspleging, algemene geestelijke gezondheidszorg en andere betrokken partijen. Ten slotte wordt nog ingegaan op het recent

⁸ In de dagelijkse praktijk veelal naar zijn voorzitter de 'commissie Kosto' genoemd.

⁹ Ministerie van Justitie 2001

uitgebrachte advies van de commissie Houtman over besturing en financiering van de zorg in justitieel kader.

Hoofdstuk 5 betreft een onderzoek bij het gerechtshof in Arnhem dat ik in 2004/2005 heb verricht naar de vraag of er meer Tbs-en opgelegd worden door het falen van de GGz. Deze vraag was mijns inziens actueel binnen het bestek van de overige onderzoeken. Als wordt getracht, onder andere via circuitvorming en andere sturingsvormen, vanuit het forensische veld te komen tot samenwerking met onder meer de Algemene GGz dan is de vraag naar het functioneren van de GGz ten aanzien van justitiabelen voorafgaande aan de oplegging van een Tbs relevant. Want als de Algemene GGz moeite heeft met de bejegening of behandeling van deze groep *voordat* de Tbs wordt opgelegd is het de vraag of deze instellingen bereid en in staat zullen zijn deze mensen, *nadat* ze een ernstig delict hebben gepleegd en tot een Tbs zijn veroordeeld, wel de nodige hulp te bieden.

In hoofdstuk 5 wordt aan de hand van dossieronderzoeken een kwalitatief inzicht verkregen in de wijze waarop en de mate waarin Tbs-gestelden in contact zijn geweest met de hulpverlening voorafgaande aan de oplegging van de maatregel.

Hoofdstuk 6 bevat een integratie van de informatie en conclusies uit de verschillende onderzoeken. Ook worden in dit hoofdstuk conclusies en aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek gedaan.

1.3 DE RELATIE JUSTITIE EN ALGEMENE ZORG ALS PROBLEEM

Ten tijde van de afronding van deze studie staat de Tbs volop ter discussie. Dit is niet nieuw; al voorafgaande aan de invoering van de wetgeving in 1928 stond de toenmalige Tbr (sinds 1988: Tbs) in en buiten het parlement langdurig ter discussie. Ook na de invoering was de Tbs met grote regelmaat onderwerp van onderzoek en debat. En zeker in de afgelopen 15 jaar, de periode die in deze studie centraal staat, is de Tbs regelmatig onderwerp van discussie en onderzoek geweest.

Aanleiding voor de huidige discussie zijn incidenten die in de afgelopen anderhalf jaar hebben plaatsgevonden rondom Tbs-gestelden. Het betreft patiënten die om verschillende redenen ongeoorloofd afwezig waren uit een Tbs-kliniek en in die periode soms tot ernstige delicten kwamen. Vanaf medio augustus 2005 wordt een parlementair onderzoek voorbereid dat in de loop van hetzelfde jaar zal moeten worden uitgevoerd en mogelijk tot veranderingen van het Tbs-stelsel zal leiden.

Mede vanuit deze studie kon ik in een hoorzitting van de vaste kamercommissie voor Justitie, vooruitlopend op de afronding, een bijdrage leveren aan de voorbereiding van de vraagstelling voor dit parlementaire onderzoek. Mijn uitgangspunt was daarbij dat de Tbs niet geïsoleerd van haar professionele omgeving zou moeten worden onderzocht, maar in relatie tot die organisaties van waaruit de instroom in de Tbs en waarheen de uitstroom vanuit de Tbs plaatsvindt. Dat leidt tot vele vragen, zoals die naar de bestaansredenen van de Tbs, naar de samenwerking van Tbs-klinieken met onder meer de algemene GGz in de vorm van forensische circuitvorming en tot de vraag wat mensen met een psychische stoornis — behalve het plegen van een ernstig delict — tot Tbs-gestelden maakt. Ter introductie beschrijf ik hieronder enkele praktijksituaties die de meer theoretische delen van deze studie inzichtelijker maken.

Hendrik is een 19-jarige jongeman wanneer hij in contact komt met de reclassering. Hij was betrokken bij een beroving met geweld. Hij heeft een voorgeschiedenis waarin afgebroken schoolopleidingen voorkomen en een aaneenschakeling van politiecontacten. De ouders hebben al vele jaren hulp voor hem gevraagd en gekregen omdat hij druk, impulsief en faalangstig was, maar niets heeft geholpen. Hij heeft last van driftbuien, gedraagt zich stoer en de laatste tijd is er sprake van toenemende agressie, buitenshuis maar ook in het gezin. Mogelijk is er ook sprake van drugsgebruik. Zeker is dat

hij veel alcohol gebruikt. Nadat zijn LTS-opleiding is afgebroken is hij als ongeschoold arbeider werkzaam.

Hendrik wordt korte tijd in voorlopige hechtenis gehouden. Omdat hij er niet is komen opdagen verliest hij zijn werk. In de loop van het contact met de reclasseringswerker zegt hij bij het delict meegenomen te zijn met enkele andere jongmannen die hij recent heeft leren kennen in het drugsircuit. Daardoor is er ook sprake van afhankelijkheid van deze mannen. Hendrik vindt zelf dat hij moet veranderen. Zijn ouders zijn zeer betrokken bij hem en willen hem ondersteunen bij een behandeling. Hij wordt voor een intake verwezen naar een forensische polikliniek, waar hij na enkele weken in dagbehandeling wordt genomen. Tot de beoogde doelen van de behandeling behoren het optimaliseren van de levensgebieden: passend werk, beschermd wonen en enkele vaardigheidstrainingen. Uit een onderzoek van de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) blijkt dat Hendrik licht verstandelijk gehandicapt is (IQ 78), beïnvloedbaar en slechte sociale vaardigheden heeft ontwikkeld. De voorkeur zou worden gegeven aan een klinische behandeling, maar voortzetting van de ambulante behandeling lijkt het meest haalbaar. Hendrik wordt veroordeeld tot een geheel voorwaardelijke vrijheidsstraf met een reclasseringstoezicht waarbij de al lopende behandeling als bijzondere voorwaarde wordt opgelegd.

Hoewel er in de thuissituatie spanningen en dreigende agressie blijven voorkomen houdt Hendrik zich goed aan de afspraken rondom de behandeling en met de reclassering. Maar na een paar maanden escaleert het thuis in relatie met zijn ouders. Hendrik komt ook zijn behandelafspraken niet meer na. Tijdens de escalaties gaat hij over tot bedreigingen waarbij hij uiteindelijk met zijn auto op familieleden inrijdt. Dit leidt opnieuw tot een inverzekeringstelling. Maar ook tot klachten van zijn ouders dat de hulpverlening niets doet. Hendrik blijft in voorlopige hechtenis in afwachting van de behandeling van de strafzaak.

Door de reclassering wordt een traject ingezet om Hendrik te laten opnemen in een kliniek voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG). Dit blijkt geen eenvoudig traject en het is noodzakelijk dat de terechtzitting in de strafzaak enkele malen wordt aangehouden om duidelijkheid te verkrijgen over de mogelijkheden van een opname. Het gehele traject van indicatiestelling en intake zal ongeveer zes maanden in beslag nemen, blijkt achteraf. Daarna komt nog de periode van wachten op daadwerkelijke plaatsing. Alvorens te kunnen overgaan tot aanmelding bij een behandelinstituut is een indicatieadvies nodig van een regionaal indicatieorgaan. Wanneer dit is verkregen wordt een persoonsgebonden budget toegekend door het zorgkantoor. Daarna kan aanmelding plaatsvinden bij een SGLVG-instituut, waar later alsnog een intakeprocedure plaats moet vinden. Klinische opname wordt uiteindelijk geïndiceerd geacht waarbij er een observatieperiode van drie maanden zal gelden; daarna zal worden besloten hem al dan niet op te nemen voor behandeling. Maar er is een wachtlijst van enkele maanden. In de uiteindelijke strafzitting wordt door de reclassering bepleit Hendrik in het kader van een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke strafdeel in het betreffende instituut te plaatsen. In een nieuw onderzoek van de FPD wordt dit advies onderschreven. De plaatsing zou, volgens de reclassering, aansluitend op de detentie moeten gebeuren, zodat de inmiddels ontstane structuur in Hendriks leven behouden blijft. Hendriks advocaat meent echter dat er geen reden is om Hendrik langer vast te houden; hem vast houden tot plaatsing mogelijk is zou vanuit juridisch oogpunt niet juist zijn. Dat er een wachtlijst bestaat, meent hij, is een probleem van 'de zorg' dat niet moet worden afgewenteld op Hendrik.

Ongeveer twee weken na de zitting wordt de reclassering gebeld door Hendrik, die vertelt al weer bijna twee weken thuis te zijn. Hij blijkt kort na de zitting in vrijheid te zijn gesteld zonder de door hem gebruikte medicatie en werd opgehaald door zijn ouders, die hem weer in huis hebben genomen. Hoewel er steeds een uitstekend overleg was tussen de reclassering en het OM is verzuimd om aan de

reclassering te laten weten dat Hendrik in vrijheid werd gesteld. Hendrik moet echter wel in het kader van een opgelegde bijzondere voorwaarde worden opgenomen en behandeld.

De opnamedatum in het SGLVG-instituut stond nog niet vast en ligt nu weer enkele weken verder in de toekomst. Omdat Hendrik thuis onvoldoende structuur heeft, wordt door de reclassering overlegd met het SGLVG-instituut of er een tijdelijke overbrugging mogelijk is in de vorm van een behandeling op hun dagkliniek, waarna hij zo spoedig mogelijk klinisch zal worden opgenomen. Dit blijkt een haalbare oplossing. Kort daarop wordt Hendrik geplaatst in de dagbehandeling, voor vijf dagen per week. Dit gaat maar kort volgens plan. Wanneer het weekend aanbreekt gaat Hendrik 'feesten'. De volgende dagen komt hij dan niet meer opdagen op de dagbehandeling omdat hij moet bijkomen van zijn weekend. Tegenover de reclassering stelt hij dat hij niet meer klinisch wil worden opgenomen. Hij wil zelfstandig gaan wonen en op de dagbehandeling blijven. De reclassering houdt echter vast aan een klinische opname, die echter steeds verder naar de toekomst wordt verschoven. In overleg met het instituut blijkt vervolgens dat men eveneens wil afzien van een klinische opname omdat Hendrik hiervoor niet (meer) gemotiveerd zou zijn. Dat er een klinische observatie van drie maanden zou plaatsvinden wordt ook niet meer noodzakelijk geacht: men heeft in de dagbehandeling voldoende observaties kunnen doen om te besluiten dat Hendrik niet klinisch zal worden behandeld. Het gedrag van Hendrik, dat aanleiding was voor de indicatiestelling, blijkt nu een contra-indicatie te zijn voor opname. De geïndiceerde zorg en behandeling kunnen zodoende niet worden uitgevoerd en ook niet worden afgedwongen met de uitspraak van de strafrechter.

Hans is een 19 jarige man. Hij kwam in 2002 met justitie in aanraking vanwege gewelddadig gedrag (schoppen en slaan), vernieling en het uiten van dreigementen. Hij is uitgebreid onderzocht door een psychiater en psycholoog van de FPD en er werd rapport uitgebracht door de reclassering.

Het blijkt dat Hans een gemiddelde intelligentie heeft. Er wordt geconcludeerd dat sprake is van een agressieregulatiestoornis, ADHD en in een lichte mate een pervasieve ontwikkelingsstoornis NOS. Er werd geadviseerd tot een behandeling binnen een juridisch kader (bijzondere voorwaarden bij een voorwaardelijke straf). Daarbij werd gedacht aan een kliniek voor orthopsychiatrie en forensische jeugdpsychiatrie in D. De betreffende kliniek meende echter dat zij onvoldoende mogelijkheden en ervaring hadden om deze moeilijke, gewelddadige jongeman te kunnen behandelen. Vervolgens werd door de reclassering een reeks van behandelinstellingen benaderd, zowel intramuraal als ambulante werkend, werd overleg gepleegd met diverse deskundigen, maar geen enkel instituut meende Hans te kunnen opnemen. Het resultaat was dat na ommekomst van het onvoorwaardelijke strafdeel de reclasseringswerker Hans ophaalde uit het Huis van Bewaring en hem plaatste in een Centrum voor Maatschappelijke Opvang van het Leger des Heils (instelling voor dak- en thuislozen). Hier bracht hij enkele weken door, maar kon zich uiteindelijk niet lang voegen in de huisregels. Hij vertrok met onbekende bestemming.

Marcel is een 46 jarige man. Als kind heeft hij, ruim 30 jaar geleden, door een ongeluk ernstig hersenletsel opgelopen. Hij is 25 jaar opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis en daar behandeld met medicatie. Ongeveer 5 jaar geleden is hij in het kader van de vermaatschappelijking van de psychiatrie ontslagen met als gevolg dat hij is terechtgekomen in het circuit van zwervers, maatschappelijke opvang en justitie. Er zijn in de loop der jaren allerhande onderzoeken gedaan en ziektebeelden aan Marcel toegeschreven. Deze leidden tot enkele korte crisisopnames, maar niet meer tot een opname in een behandel- of verblijfssituatie.

In contact met Marcel vallen het meest op diens spastische bewegingen, nagenoeg ontbreken van reflexen en slechte spraak. Het zwerfende leven en dagelijks alcoholgebruik leiden tot herhaaldelijke politie- en justitiecontacten.

Marcel is de afgelopen jaren wisselend opgenomen geweest in diverse maatschappelijk opvangvoorzieningen (waar hij zich vaak na enige tijd onmogelijk maakt) en penitentiaire inrichtingen. Hij blijkt het beste te functioneren in een goed gestructureerde, maar toch tamelijk vrije verblijfssituatie. Hij verblijft nu een aantal maanden in dezelfde nachtopvangvoorziening. Dit betekent dat hij overdag op straat moet zwerven en elke avond opnieuw moet proberen weer een slaapplek te bemachtigen. In de plaats waar hij nu dagelijks verblijft leidt zijn dagelijkse zwerven tot herhaalde confrontaties met politiebeambten, die hij weleens verbaal onwelvoeglijk bejegt. Hij roept bijvoorbeeld 'kutwijf' tegen een politievrouw, wat door een ambtenaar in functie beledigend blijkt te worden opgevat. In de afgelopen weken leidde dit tot enkele inverzekeringstellingen op het politiebureau waarbij de Officier van Justitie in overweging nam dat Marcel wellicht een Tbs zou moeten krijgen wegens bedreigingen. De indruk is dat de politie de confrontatie zoekt. Volgens een psychiater van de FPD zou een enigszins gecontroleerde verblijfssituatie voor Marcel toereikend zijn, maar zou het advies Tbs vanuit de FPD meerdere malen worden gebruikt om een oplossing te bieden in dergelijke situaties.

De hier beschreven casuïstiek is niet uitzonderlijk, maar een voorbeeld van met regelmaat in de praktijk voorkomende situaties. In geen van deze drie gevallen gaat het om Tbs-gestelden. De overeenkomst is dat het gaat om mensen met een psychische stoornis, die met politie en justitie in aanraking komen en overlast veroorzaken, maar binnen de reguliere kaders niet die zorg en behandeling krijgen of kunnen krijgen die voor hen noodzakelijk wordt geacht. In de laatste beschrijving wordt een advies om Tbs op te leggen genoemd als een mogelijkheid de noodzakelijke zorg alsnog te kunnen bieden.

Aangenomen kan worden dat de drie mannen uit de beschreven situaties in aanraking zullen blijven komen met politie en justitie en een grote kans lopen ooit een Tbs opgelegd te krijgen indien hen niet de noodzakelijke zorg en behandeling wordt geboden.

Daar kan tegen worden ingebracht dat het, ook wanneer hen deze zorg en behandeling *wel* wordt geboden, mogelijk is dat zij zich zodanig zullen ontwikkelen dat het opleggen van een Tbs onontkoombaar wordt. Er is nog maar bijzonder weinig bekend over causale processen die tot delicten en recidives leiden.¹⁰

Daarnaast is in zijn algemeenheid niet te voorspellen of geïndiceerde zorg en behandeling, die als interventie binnen een justitieel kader plaatsvinden, voldoende effectief zullen blijken om recidive te voorkomen. Naar de effecten van verschillende interventies voor uiteenlopende doelgroepen, uitgevoerd binnen justitieel kader, is soms nog geen en soms nog onvoldoende onderzoek verricht om een reële taxatie van de recidivekans te kunnen maken.¹¹ Er is daarnaast ook nog sprake van een groot aantal mogelijke variabelen, zoals eerder strafrechtelijk ingrijpen, eerdere behandelingen en het kader waarin deze behandelingen hebben plaatsgevonden. Het is binnen het bestek van deze studie niet mogelijk, maar ook niet noodzakelijk, de complexiteit van dit vraagstuk volledig in beeld te brengen.

In grote lijnen kan wel worden vastgesteld dat de recidive onder ex-Tbs-gestelden veel lager is dan de recidive van ex-gedetineerden¹², wat er voor zou kunnen pleiten dan maar zo veel mogelijk gebruik te maken van de Tbs als interventie ter vermindering van de kans op recidive, zoals in de laatste van de hiervoor genoemde cases wordt genoemd.

¹⁰ Philipse 2005

¹¹ Wartna e.a. 2004; Philipse 2005

¹² Wartna e.a. 2005

Op deze redenering is wel het een en ander af te dingen. De Tbs als strafrechtelijke maatregel kan nagevoeg uitsluitend worden opgelegd aan plegers van delicten waarop een minimale gevangenisstraf van 4 jaar staat, terwijl aan de mate van gestoordheid ten tijde van het plegen van het delict, aan de gelijktijdigheid, de causaliteit en aan de mate van toerekeningsvatbaarheid wettelijke eisen zijn gesteld. De Tbs kan dus niet als interventie ter vermindering van de kans op recidive aan elke pleger van delicten worden opgelegd. De vraag moet vervolgens worden gesteld of het gerechtvaardigd is om mensen met een psychische stoornis, die geen Tbs-waardige delicten plegen, de voor hen geïndiceerde zorg en behandeling bewust of onbewust te onthouden totdat een Tbs-oplegging wel tot de mogelijkheden gaat behoren. Worden dan niet willens en wetens maatschappelijke risico's gecreëerd? En is het juist daarom niet veeleer zo dat geïndiceerde zorg en behandeling moeten worden geboden, ook al is het onzeker of deze zal leiden tot een verminderde kans op recidive en ook al is het gedrag van de betrokkene moeilijk hanterbaar, de problematiek niet of moeilijk behandelbaar en de betrokkene niet bij voorbaat bereid om de gestelde diagnose te onderschrijven?

Veel van deze vraagstukken zijn aan de hand van onderzoek nog niet te beantwoorden, omdat de beantwoording mede afhankelijk is van een complex krachtenveld, waarin maatschappelijke waarden en belangen een voornamelijk rol spelen. Dit is vergelijkbaar met het krachtenveld waarin Oei de justitieel forensisch psychiater ziet functioneren op basis van zijn professionele standaarden, maar tegelijkertijd als middelpunt van een krachtenveld waarin de belangen spelen van de verdachte, het slachtoffer, het rechtssysteem, de samenleving en de politiek.¹³

1.4 DE OPZET VAN DEZE STUDIE

Deze studie bestaat uit enkele deelonderzoeken die in de afgelopen zeven jaar tot stand zijn gekomen. In deze paragraaf leid ik de deelonderzoeken kort in en wordt de methode van onderzoek verantwoord.

1.4.1 Tbs en GGz

Hoofdstuk 2 geeft een oriëntatie op de plaats van de Tbs binnen het strafrecht en binnen het geheel van de samenleving. Dit zowel aan de hand van de ontstaansgeschiedenis van de Tbs als op basis van onderzoek naar een aantal actuele thema's op dit terrein, waaronder de aansluiting tussen Tbs en ondermeer de algemene GGz. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het WODC en diende als achtergrond bij het vormen van een beleidsvisie op de Tbs. Dit laatste mede door middel van de door de commissie Kosto te beantwoorden hoofdvraag: *'Welke positionering van de Tbs-inrichtingen biedt de beste mogelijkheden om de maatschappelijke beveiliging te kunnen garanderen en de door- en uitstroom te bevorderen?'*. De commissie wijzigde deze hoofdvraag in de vraag hoe justitie en GGz hun voorzieningen het best kunnen inzetten voor forensisch psychiatrische patiënten/delinquenten, op een zodanige wijze dat de maatschappijbeveiliging kan blijven worden gegarandeerd en hoe dat kan worden georganiseerd¹⁴. De Commissie adviseerde in het rapport 'Veilig en wel' om, onder voorwaarden en nauwe omschrijving van de verantwoordelijkheden van de ministers van Justitie en VWS, op langere termijn te streven naar integratie van de Tbs-klinieken in de GGz.¹⁵ Dit advies werd mede ingegeven door ontwikkelingen in de praktijk van de forensische psychiatrie, waarbij al Tbs-gestelden worden behandeld in klinieken, behorende bij de Algemene GGz. Daarnaast was, volgens de commissie Kosto, de verdere ontwikkeling van de forensisch psychia-

¹³ Oei 2005b

¹⁴ TK 2001-2002

¹⁵ Ministerie van Justitie 2001

trische circuitvorming, onder verantwoordelijkheid van de Algemene GGz, nodig voor een goede coördinatie en regie.

1.4.1.1 Methode van onderzoek

De opdracht van de Commissie Kosto kende drie hoofdvragen en enkele deelvragen, die in hoofdstuk 2 zijn opgenomen. Binnen de context van deze opdracht en de vraagstelling van de Commissie werd opdracht gegeven voor een literatuuronderzoek met als doelstelling een beknopt overzicht te geven van de ontwikkelingen in de Tbs in relatie tot de geestelijke gezondheidszorg. De onderzoeksvragen voor dit literatuuronderzoek zijn eveneens in hoofdstuk 2 opgenomen. Op verzoek van het WODC heb ik op 12 juli 2000 een offerte uitgebracht voor de uitvoering van dit onderzoek waarin een uitgebreide uitwerking en operationalisering van de onderzoeksvragen en een onderzoeksopzet waarin onder meer suggesties werden gedaan ten aanzien van nader te interviewen deskundigen op deelgebieden en suggesties voor een eerste literatuurselectie. Het onderzoek werd uitgevoerd in augustus, september en oktober 2000.

Het resultaat van het onderzoek is gebaseerd op een verzameling van bronnen, samengesteld op basis van de vraagstellingen. Er is daarbij gezocht naar beleidsstudies, beleidsvoornemens, evaluaties van operationele processen en wetenschappelijk onderzoek naar onderdelen van de forensische psychiatrie en de GGz. Daarnaast is gebruikgemaakt van opiniërende literatuur en zijn op enkele onderdelen open interviews gehouden met deskundigen op specifieke gebieden, zoals verslaving en Tbs en wetgevingsvraagstukken (zie bijlage). Geïnterviewden hebben in alle gevallen suggesties gedaan voor verder literatuuronderzoek.

Met de in de bijlage genoemde begeleidingscommissie werd gedurende het onderzoek drie maal een concept van het onderzoek besproken. Daarbij werden suggesties gedaan ten aanzien van de richting van het onderzoek en nog te bestuderen literatuur, waarbij er naar is gestreefd binnen de opdracht een beknopt rapport uit te brengen toch een zo groot mogelijke volledigheid te betrachten. Het definitieve concept werd in december 2000 door mij aan de Commissie Kosto gepresenteerd en in 2001 ongewijzigd opgenomen in het eindrapport van de Commissie.

1.4.2 Het omgevingsveld van de Tbs-klinieken

In 1997 en 1998 deed ik in opdracht van het ministerie van Justitie een onderzoek naar de (stagnerende) uitstroom van Tbs-gestelden vanuit Tbs-klinieken. Het onderzoeksrapport werd uitgebracht onder de titel 'Morgen gaat het beter, beter, beter...' en is – met een aantal aanpassingen – in deze studie opgenomen onder de titel 'Het omgevingsveld van de Tbs-klinieken'. Uit het onderzoek blijkt onder meer dat op grond van een gewijzigde populatie in de Tbs-klinieken en een groei van het aantal Tbs-opleggingen een tekort is ontstaan aan mogelijkheden om Tbs-gestelden te laten uitstromen. Minder dan voorheen konden Tbs-gestelden na hun behandeling zelfstandig terugkeren in de vrije samenleving; meer en meer moest een beroep worden gedaan op onder meer GGz-voorzieningen. De gewenste voorzieningen bleken niet alleen in onvoldoende mate voorhanden, maar er bleken bij andere voorzieningen ook weerstanden te bestaan tegen het opnemen van (ex-)Tbs-gestelden. Samenwerking en circuitvorming tussen justitiële- en GGz instellingen, waartoe eerder al door de NRV was geadviseerd, werd nu binnen de Tbs-sektor als noodzakelijk gezien en er werden hiertoe initiatieven genomen. Onder andere deze initiatieven zijn in het onderzoek betrokken

1.4.2.1 Methode van onderzoek

De opdracht voor dit onderzoek kwam voort uit de wens van het ministerie van Justitie werk te maken van de ontwikkeling van een omvattend kwaliteitsbeleid met betrekking tot de Tbs. Medio jaren '90

begon het aantal Tbs-opleggingen fors te groeien, terwijl tezelfdertijd de behandelduur langer bleek te worden. Dit leidde tot capaciteitsgebrek in de Tbs-klinieken. Het onderzoek was er onder meer op gericht om zicht te krijgen op de mogelijkheden deze uitstroom naar de GGz te bevorderen.

Om inzicht te verkrijgen in de problematiek van de uitstroom uit de Tbs-klinieken en de samenwerking van het Tbs-veld met de algemene Geestelijke Gezondheidszorg werden door de Tbs-klinieken en externe netwerkorganisaties zelf aangewezen sleutelfiguren (totaal 28) op directie- en staf-niveau door mij geïnterviewd aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Deze was gebaseerd op de doelstellingen van het onderzoek en opgesteld in samenwerking met een wetenschappelijk onderzoeker van de afdeling beleidsinformatie van het ministerie van Justitie. Cijfermatige gegevens met betrekking tot aanmelding en plaatsing van Tbs-gestelden bij vervolgvoorzieningen in de jaren 1996 en 1997 werden opgevraagd en verwerkt. Dit laatste in samenwerking met J.P. Wilken die tezelfdertijd in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek deed naar cliëntstromen en kenmerken van FPK's en FPA's in het veld van GGz en Justitie¹⁶. Daarnaast werd kennis genomen van jaarplannen en jaarverslagen van de klinieken en van relevante onderzoeken en literatuur ter zake.

Behalve deze informatie werden door mij 12 onafhankelijke deskundigen geïnterviewd ten aanzien van hun visie op de uitstroom uit de Tbs-klinieken en de relatie van de Tbs met de GGz. De aldus verkregen informatie leidde tot een samenvatting per kliniek, zoals in de bijlage 3 van deze studie zijn opgenomen. De samenvattingen zijn per kliniek steeds ingedeeld in vier onderdelen: 1. het uitstroombelief van de kliniek; 2. circuitvorming ter bevordering van de uitstroom; 3. concretisering van het uitstroombelief; 4. nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten. De verzamelde gegevens werden waar mogelijk geanalyseerd aan de hand van de indeling die werd gevolgd in het in 1993 verschenen rapport 'Wordt vervolgd' van de werkgroep Vervolgvoorzieningen en werd inzicht verkregen in de ontwikkelingen ten aanzien van de uitstroom en in de stand van zaken in 1997 en 1998. Dit inzicht leidde vervolgens tot een aantal aanbevelingen tot bevordering van de uitstroom.. Het uiteindelijke rapport werd, voorafgaande aan de formulering van de conclusies en aanbevelingen, eenmaal besproken met de begeleidingscommissie.

Het spreekt voor zich dat de samenvattingen per kliniek in de bijlage de situatie van 1997 – 1998 weergeven en geen inzicht geven in de stand van zaken in 2005.

1.4.3 Forensische circuitvorming in Nederland

Het onderzoek naar de ontwikkeling van de forensische psychiatrische samenwerking en circuitvorming, 'Ons kent ons...'¹⁷, dat ik in 2000 in opdracht van het ministerie van VWS met Wilken uitvoerde, werd ook door de Commissie Kosto in haar advies 'Veilig en wel' betrokken. Conclusies en advies van 'Ons kent ons...' zijn globaal opgenomen in hoofdstuk 4 van deze studie en vormen de basis voor een verder literatuuronderzoek naar de ontwikkeling van de forensische samenwerking tot 2005. Dit literatuuronderzoek leidt onder meer tot de vraag of circuitvorming in zijn huidige vorm uiteindelijk zal leiden tot het gewenste niveau van samenwerking tussen Tbs en GGz. Dat wil naar mijn mening zeggen: het niveau waarop het mogelijk is de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plaats te krijgen, waarbij noodzakelijke beveiliging en de gewenste behandeling en zorg in evenwicht zijn.

Het moge duidelijk zijn dat dit een lastig probleem is, omdat voortdurend verschillende invalshoeken, diagnoses, taxaties en interpretaties een rol spelen binnen deze samenwerking, waardoor situaties kunnen ontstaan, zoals in de eerder beschreven praktijksituaties.

¹⁶ Dit rapport verscheen onder de titel 'Grensstroom'. Wilken e.a. 1999

¹⁷ Van Vliet & Wilken 2001

1.4.3.1 *Methoden van onderzoek*

Aansluitend op het onderzoek 'Ons kent ons...' heb ik een kort literatuuronderzoek uitgevoerd naar de stand van de circuitvorming in 2005.

Daarbij heb ik voornamelijk gebruik gemaakt van breed landelijk uitgevoerd inspectieonderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IG). In de enkele regio's zijn daarnaast regionale ontwikkelingen zichtbaar gemaakt door middel van onderzoek en publicaties. Deze ontwikkelingen heb ik gerelateerd aan de algemeen landelijk door de IG getrokken conclusies. De ontwikkeling van de samenwerking tussen het gevangeniswezen en de GGz volgt een ander spoor dan die van de forensische circuitvorming in het algemeen. Dit vindt vermoedelijk zijn oorzaak in het gegeven dat pas in de tweede helft van de jaren '90 werd erkend dat ook een veroordeelde die psychisch ziek is recht heeft op behandeling. Ik heb daarom aan de samenwerking tussen het gevangeniswezen en de GGz een afzonderlijke paragraaf gewijd.

1.4.4 *Worden er meer Tbs-en opgelegd door een falende GGz?*

Binnen het geheel van de voorgaande onderzoeken ontstond bij mij de vraag of een intensiever samengaan van Tbs en GGz wel tot de mogelijkheden behoort, maar ook of het streven daarnaar wel wenselijk is. Vanuit de historische ontwikkeling bezien is de Tbs tot stand gekomen juist omdat zowel het gevangeniswezen als de GGz niet de juiste condities konden bieden om alle mensen die zowel ernstige delicten pleegden als ten tijde van het delict een psychiatrische stoornis hadden op de juiste wijze te bejegenen. Kort gezegd: het gevangeniswezen kon wel beveiliging bieden, maar geen behandeling; de psychiatrie kon wel behandeling bieden, maar onvoldoende langdurige beveiliging, terwijl de termijn was gebonden aan maximaal een jaar. Bovendien kon bij plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis de Minister van Justitie geen verantwoordelijkheid dragen. De Tbs bood in dit opzicht een uitweg uit het geschetste dilemma. De vraag doet zich voor of dit dilemma in deze tijd nog bestaat.

Om hier nader inzicht in te krijgen benaderde ik Mr. Yvo van Kuijck, vice-president van het gerechtshof in Arnhem, die eind 2003 de publiciteit zocht met zijn opvatting dat door het falen van de GGz meer Tbs-en zouden worden opgelegd. Hij noemde de Tbs het vulnisvat van de psychiatrie. Het gaat er hierbij om dat mensen, die al in contact zijn met justitie, in een aantal gevallen binnen de GGz niet de juiste zorg en behandeling krijgen. Maar eveneens kan het mensen betreffen die pas met politie en justitie in aanraking komen nadat zij contacten hebben gehad met de GGz en uiteindelijk een Tbs opgelegd krijgen.¹⁸ Het leek mij dat het toetsen van deze hypothese van Van Kuijck inzicht zou kunnen verschaffen in de mogelijkheden van samengaan en samenwerking tussen Tbs en GGz.

Het onderzoek hiernaar heeft eind 2004 en begin 2005 plaatsgevonden en maakt het mijns inziens mogelijk om te komen tot een aantal conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek op dit grensgebied van justitie en zorg.

¹⁸ Een bekend voorbeeld hiervan is de dichter Achterberg, van wie bekend was dat hij regelmatig een vuurwapen bij zich droeg en zijn verloofdes bedreigde en mishandelde. Hij werd in 1933 ter behandeling opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Hier werd hij na enige tijd onverwacht en zonder de nodige nazorg ontslagen. Toen hij in 1937 zijn hospita doodschoot en haar dochter ernstig verwondde werd hij ter beschikking van de regering (Tbr) gesteld. In het psychiatrisch rapport werd zijn veelvuldig dreigen met een revolver naar zijn verloofdes en het uiteindelijke fatale delict als voorbeeld van gevaarlijk gedrag genoemd. Achterbergs biograaf, Hazeu, merkt hierbij op: 'Over het feit dat de verdachte blijkbaar door deskundigen in 1933 te snel werd ontslagen géén woord'. Hazeu verwijst hierbij naar het boek *Dialog met de criminele psychopaat*, waarin Prof. Dr. J. Kloek schrijft 'dat patiënten in een eerder stadium beter geholpen hadden kunnen worden. Maar hun vroegere daden werden vaak als niet ernstig genoeg beschouwd om een Tbr op te leggen'. Hazeu 1988; Kloek 1968

1.4.4.1 *Methode van onderzoek*

Op basis van de voorgaande probleemstelling is de vraag die ik wil beantwoorden: worden er meer Tbs- en opgelegd door een falende GGz of wellicht door een falende samenwerking tussen de forensische psychiatrie, de algemene GGz en andere maatschappelijke instellingen?

Bij de start van het onderzoek was niet duidelijk of gedurende de onderzoeksperiode voldoende materiaal voorhanden zou komen om deze vraag te kunnen beantwoorden.

De verwachting was dat, gezien het aantal Tbs-opleggingen per jaar landelijk, het aantal in de twee tot drie maanden die dit onderzoek zou duren zeer gering zou zijn. Daarom is gezocht naar gegevens in de voorgeschiedenis en de actualiteit van de verdachten die aanwijzingen kunnen geven over bij aanwezige psychiatrische problematiek en hun behandelgeschiedenis. Bij voorbaat moest worden gesteld dat de beantwoording van de vraag wordt beperkt door het gegeven dat uitsluitend onderzoek wordt gedaan bij het gerechtshof te Arnhem. Op basis van de verkregen gegevens zou echter moeten worden bezien of het zinvol en mogelijk zou zijn om in een later stadium een breder onderzoek te doen. Besloten werd een pilot te doen aan de hand van de eerste circa 10 zaken.

Bij het gerechtshof werd toestemming gevraagd en verleend tot het uitvoeren van een dossieronderzoek. Afsproken werd dit gedurende twee tot drie maanden te doen. Teneinde de bedoelde informatie te kunnen verzamelen werd mede in overleg met Van Kuijk een beknopte vragenlijst opgesteld teneinde de benodigde gegevens systematisch te kunnen verzamelen. Aanvankelijk was de bedoeling dat de vragenlijsten door de voorzitter van de betreffende Kamer van het Hof zou worden ingevuld. Wegens de daaraan verbonden tijdsinvestering is uiteindelijk besloten dat ik als onderzoeker de dossiers zou onderzoeken en de vragenlijsten zou invullen. De werkwijze was als volgt:

Wanneer er een zitting van een kamer van het Hof heeft plaatsgevonden wordt na twee weken een openbare uitspraak gedaan. Daarna blijven de stukken nog twee weken beschikbaar totdat het arrest onherroepelijk is geworden. Gedurende enkele dagen per maand kan ik de stukken die voor deze laatste twee weken worden bewaard per zitting doornemen en antwoorden op de vragen in de vragenlijst proberen te vinden. Niet alle behandelde zaken lenen zich voor verdere analyse. Er worden uitsluitend vragenlijsten ingevuld van zaken waarin psychiatrische problematiek een rol speelt of zou kunnen spelen, blijkend uit de aanwezigheid van mono- of multidisciplinaire rapportage. Daarnaast kan op basis van inschatting van de onderzoeker een lijst worden ingevuld wanneer uit de stukken blijkt dat er een indicatie is voor psychiatrische problematiek. Dit kan het geval zijn bij een combinatie van een delicttype met een specifiek crimineel gedragspatroon en anamnestiche gegevens, voor zover deze in de stukken zijn terug te vinden.

Aan de hand van de ingevulde vragenlijsten kan dan een analyse worden gemaakt. Waar nodig of wenselijk kan ik nog aanvullende vragen stellen aan de voorzitter van de kamer die een bepaalde zaak heeft behandeld. Om deze werkwijze mogelijk te maken en geheimhouding te garanderen werd ik beëdigd als waarnemend griffier.

Het bleek niet nodig om na de pilot van de eerste 10 dossieronderzoeken de vragenlijst aan te passen of de werkwijze te veranderen.

Het eerste deel van het onderzoek bevat een analyse van de eerste 14 vragenlijsten die zijn overgebleven na bestudering van 60 dossiers.

De gegevens overziende viel op dat er in een redelijk groot aantal zaken sprake was van een gering strafbaar feit. Dat wil in dit verband zeggen dat de aard of de ernst van de strafzaak geen aanleiding vormden om tot een psychiatrische rapportage te besluiten. Psychiatrische en psychologische rapportage van recente datum was dan dus meestal niet aanwezig. Gezien het gegeven dat er betrekkelijk veel dossiers

zouden moeten worden doorgewerkt om het materiaal te verkrijgen werd uiteindelijk besloten om het onderzoek toe te spitsen op zaken van de Penitentiaire Kamer. Met medewerking van Prof. Mr. P.C. Vegter¹⁹ was het mogelijk daar het dossieronderzoek te vervolgen.

In het eerste onderzoek was de vraagstelling: worden er meer Tbs-en opgelegd door een falende GGz of wellicht door een falende samenwerking tussen de forensische psychiatrie, de algemene GGz en andere maatschappelijke instellingen? Deze vraagstelling was via dat onderzoek niet rechtstreeks te beantwoorden. Bij het onderzoek bij de Penitentiaire Kamer werd deze vraagstelling enigszins gewijzigd. In dit onderzoek heb ik mij gericht op de vraag: zijn er, voordat de Tbs-gestelde het delict pleegde waarvoor hij werd Tbs-gesteld, contacten (zowel ambulante, poliklinische als residentieel) met de GGz, (inclusief de verstandelijk gehandicaptenzorg), *verslavingszorg* of *jeugd zorg* geweest. Het doel hiervan is om na te gaan hoe deze contacten zijn verlopen. Het gaat daarbij niet om de inhoudelijke²⁰ maar om de logistieke processen. Interessant zou zijn wanneer er in de dossiers meningen zouden zijn te lezen van deskundigen of van de Rechterlijke Macht ten aanzien van het functioneren van de zorg en/of hulpverlening.

Mijn hypothese was, dat er in vrijwel alle zaken waarin Tbs is opgelegd voorafgaande aan het uitgangsdelict²¹ contacten zullen zijn geweest met de GGz, maar in het merendeel van de zaken tenminste ook met de verslavingszorg of de jeugd zorg. Daarbij was de vraag of het mogelijk zou zijn om aan de hand van de gevonden informatie uitspraken te doen ten aanzien van het functioneren van de hulpverlening in relatie tot de forensische psychiatrie of ten aanzien van individuele patiënten of cliënten, zowel voorafgaande aan het uitgangsdelict als na de Tbs.

1.4.5 Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk worden verbanden aangebracht tussen de verschillende deelonderzoeken uit deze studie en enkele algemene conclusies getrokken. Tenslotte worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor verder onderzoek.

¹⁹ Vice-president in het Gerechtshof Arnhem, Voorzitter Penitentiaire Kamer, en Bijzonder Hoogleraar Penitentiair Recht Radboud Universiteit Nijmegen

²⁰ De strafdossiers geven hierin ook onvoldoende inzicht omdat uiteenlopende systematieken worden gebruikt bij de dossieropbouw, maar ook bij de Pro Justitia (PJ) rapportages. Zo wordt soms wel, maar soms ook niet een DSM classificatie gebruikt, waardoor het vergelijken van gegevens wordt bemoeilijkt. In een 'state-of-the-art-artikel' over PJ rapportage wordt gesteld dat PJ-rapportage zich heeft 'ontwikkeld van een sterk individueel gekleurde, nauwelijks aangestuurde en nauwelijks gecontroleerde bezigheid met grote onderlinge (kwantitatieve) verschillen tussen rapportages tot een steeds meer professioneel gebeuren met groeiende kwaliteitswaarborgen.' en worden uitspraken gedaan gericht op een verdere kwalitatieve groei. (Canton & Van Kordelaar 2003; zie ook: Canton 2004). Zie ook het rapport van de Werkgroep Toegang van het Verbetertraject Tbs Terecht, waarin onder meer wordt getracht te komen tot standaardisering van besluitvormingsprocessen bij politie, Openbaar Ministerie, de Rechter Commissaris, de Forensisch Psychiatrische Diensten en de reclassering, alsmede tot eenduidige uitgangspunten en protocollen voor Pro Justitia rapportages. (Ministerie van Justitie 2001b)

²¹ Hiermee wordt het delict bedoeld waarvoor de Tbs is opgelegd.

HOOFDSTUK 2 – LITERATUURONDERZOEK ‘TBS & GGZ’

2.1 INLEIDING

2.1.1 *De Commissie 'Beleidsvisie Tbs in brede context'*

In vervolg op twee vrij recente Interdepartementale Beleidsonderzoeken naar de Tbs²² werd in het voorjaar 2000 een aantal projecten gestart die waren gericht op verbetering van de doelmatigheid van de Tbs, het traject Toekomst van de Tbs. Een van de onderdelen van dit traject was de Commissie 'Beleidsvisie Tbs in brede context', onder voorzitterschap van mr. A. Kosto, in het vervolg de 'Commissie Kosto' genoemd²³.

De Commissie Kosto hield zich bezig met de fundamentele vraag wat in de toekomst de plaats en functie van de Tbs moet zijn. De commissie viel onder verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie, directie Preventie, Jeugd en Sancties (DPJS); het ministerie van VWS was medeverantwoordelijk²⁴.

In een startnotitie ten behoeve van de commissie werd nog vastgesteld, dat de Tbs-maatregel zelf niet ter discussie stond, omdat eind 1997 de Tbs-wetgeving nog grondig was herzien. Verder werden in deze notitie enkele vraagstellingen voor de commissie geformuleerd en wordt in grote lijnen achtergrondinformatie gegeven bij deze vraagstellingen²⁵. De definitieve vraagstellingen van de commissie waren als volgt geformuleerd:

VRAAG 1

Hoe kunnen justitie en GGz hun (bestaande dan wel nieuwe) voorzieningen het beste inzetten voor forensisch psychiatrische patiënten/delinquenten? Hoe kan dat worden georganiseerd?

DEELVRAGEN

De volgende vragen dienen volgens de commissie daarbij aan bod te komen:

- *Verschillen BOPZ-opgenomenen/PZ-geplaatsten (art. 37 Sr), tot gevangenisstraf veroordeelde geestelijk-gestoorden en Tbs-verpleegden wat betreft stoomis zoveel dat plaatsing in gescheiden circuits nodig is? Zouden we niet meer cliëntgericht moeten handelen: wat is nodig voor de patiënt/delinquent en in welke voorziening kan dat het beste worden aangeboden? Zo ja, zouden dan de stoomis en de mate van noodzakelijke beveiliging niet bepalend moeten zijn voor de plaatsing in een setting, waarbij aan dezelfde soort cliënten dezelfde zorg/behandeling en beveiliging wordt gegeven?*
- *Zo ja, moet dan de juridische titel niet los worden gekoppeld van de plaatsing? Zijn er in deze benadering nog wel aparte Tbs-klinieken nodig? Ook moet worden bezien of nieuwe voorzieningen moeten worden gecreëerd?*

VRAAG 2

Aan welke eisen moet zijn voldaan om de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie te waarborgen?

VRAAG 3

Waarop moet in verband met deze verantwoordelijkheid worden gestuurd en welke rol dient het agentschap DJI daarbij te vervullen?

²² Doelmatig Behandelen 1995; Over Stroom 1998

²³ Ministerie van Justitie 2001

²⁴ Ministerie van Justitie 2000b

²⁵ De Lange 2000

2.1.2 *Literatuuronderzoek Tbs & GGz*

Binnen de context van de opdracht en vraagstelling van de Commissie Kosto werd opdracht gegeven voor een literatuuronderzoek met als doelstelling een beknopt overzicht te geven van de ontwikkelingen in de Tbs in relatie tot de geestelijke gezondheidszorg. Dit overzicht zou als achtergrond dienen bij het vormen van een beleidsvisie over de toekomst van de Tbs. In de startnotitie van het WODC zijn onder meer de beleidscontext en de onderzoeksvragen met toelichting opgenomen.²⁶ Het literatuuronderzoek behelst de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de ontstaansgeschiedenis van de Tbs in hoofdlijnen?
- Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de GGz die van invloed zijn geweest op de Tbs? Hoe hebben GGz en Tbs elkaar beïnvloed? Gedacht wordt aan bv. extramuralisering van de GGz, de asiel functie, het sluiten van afdelingen voor langdurig verblijf in de psychiatrische ziekenhuizen, verschuivingen in doelgroepen (meer psychotici in de Tbs, meer alloctonen, verslaafden, zwaardere delicten).
- Wat is de huidige situatie van het instituut Tbs, in relatie tot de GGz? In hoeverre is de Tbs geïsoleerd dan wel verbonden met de GGz?
- Wat is de relatie van Tbs tot geestelijk gestoorden in het gevangeniswezen?
- Op welke wijze wordt samengewerkt tussen Tbs, GGz en gevangeniswezen?
- In hoeverre verschillen de patiëntenpopulaties van elkaar? Kunnen de populaties 'gemixt' worden (Tbs-gestelden en BOPZ- patiënten)? Om hoeveel personen gaat het? (Tbs-gestelden, delinquenten met psychische stoornis in gevangenis (al dan niet in speciale afdeling), BOPZ- patiënten)?
- Hoe verhouden de verantwoordelijkheden van de ministers van VWS en Justitie t.a.v. geestelijk gestoorden zich tot elkaar?
- Wat zijn sterke en zwakke kanten van de huidige situatie? Zijn er bepaalde trends te onderkennen?
- Wat zijn belemmeringen in de huidige rechtspositie, wet- en regelgeving voor een goede samenwerking tussen justitie en GGz?
- Waar liggen mogelijkheden en bedreigingen voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie?

2.1.3 *Forensische psychiatrie en Tbs*

Forensische psychiatrie – en de Tbs als onderdeel daarvan – worden in de praktijk op verschillende manieren gedefinieerd. Voor het begrip en de leesbaarheid van dit onderzoek is het verhelderend de terminologie af te grenzen.

De forensische psychiatrie bestaat uit de psychiatrische bemoeienissen met justitiabelen in de verschillende vormen van rechtspraak met als doel het geven van voorlichting aan- en het adviseren van rechtspreekende instanties. Dit betekent dat forensische psychiatrie zich zowel beweegt op strafrechtelijk als civielrechtelijk gebied en dat dus ook die activiteiten die zijn gericht op de BOPZ en sociale verzekeringswetgeving tot de forensische psychiatrie worden gerekend. Naast het geven van voorlichting en advies maakt specialistische hulpverlening en behandeling expliciet deel uit van forensische psychiatrie. Een belangrijk kenmerk van forensisch psychiatrische bemoeienis is – voortkomend uit het voorlichtende en adviserende karakter – dat besluitvorming op cruciale momenten door een niet-psychiater (in casu in de meeste gevallen de rechterlijke macht) zal worden genomen. Daarnaast is de vrijwilligheid van de te onderzoeken personen in het algemeen maar beperkt en staan er voor hem of haar meestal grote

²⁶ De Lange 2000

belangen op het spel, zoals het al dan niet verkrijgen van een uitkering of een (tijdelijke) vrijheidsbenaming.²⁷

In het kader van dit onderzoek over de relatie tussen Tbs en GGZ wordt de definitie van Smilde overgenomen, die de forensische psychiatrie beperkt tot:

*'dat deelgebied van de psychiatrie, dat zich bezighoudt met de rapportage ten behoeve van de rechterlijke macht, onderzoek en behandeling van personen en hun daarbij behorende sociale en relationele netwerken in samenhang met de strafwetgeving'.*²⁸

Wanneer in dit onderzoek wordt gesproken over 'Tbs' kan dit betrekking hebben op het wettelijke en regelgevende kader waarop de maatregel Tbs is gebaseerd, op zorg en behandeling binnen de sterk beveiligde omgeving van een Tbs-kliniek of Forensisch Psychiatrische Kliniek (dwangverpleging), op de Tbs-klinieken, op de Tbs met voorwaarden of op het complex van deze onderdelen. In dit onderzoek wordt in het algemeen met 'Tbs' het gehele complex bedoeld. Wanneer een onderdeel hiervan wordt beschreven wordt dit uitdrukkelijk vermeld.

2.2 DE MAATREGEL TBS IN RELATIE TOT ALGEMENE GGZ EN GEVANGENISWEZEN.

2.2.1 Inleiding

Knelpunten in de relatie tussen de Tbs en de Algemene GGZ zijn niet alleen in het recente verleden vaak het onderwerp van onderzoek en discussie geweest. Zo werd al in 1957 door Baan²⁹ gewezen op de beschamende situatie dat psychisch gestoorde delinquenten door de psychiatrische inrichtingen geweigerd worden omdat ze bij Justitie behoren. Dit terwijl Justitie er niet op de juiste wijze voor kan zorgen, omdat deze justitiële instanties in de steek gelaten worden door de psychiatrie en daardoor de aan de zorgen van de psychiater toevertrouwde mensen tussen wal en schip vallen.

De commissie 'forensische psychiatrie' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, die in 1991 een uitgebreid advies uitbracht aan de staatssecretaris van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur over de Forensische Psychiatrie en haar Raakvlakken, sprak over een '*complex en maatschappelijk omstreden onderwerp*'.³⁰ In hetzelfde rapport wordt gesteld, dat er al heel lang problemen werden gesignaleerd in de opvang, behandeling, begeleiding en resocialisatie van mensen met psychische stoornissen die op grond van hun (crimineel) gedrag met politie en justitie in aanraking zijn gekomen.

In het onderzoeksrapport wordt het beleidsprobleem van de forensische psychiatrie gezien als een probleem waarmee iedere sector van de gezondheidszorg worstelt, namelijk: hoe, binnen grenzen van het mogelijke, op iedere vraag een zo adequaat mogelijk antwoord te geven. De complexiteit van dit afstemingsproces van vraag en aanbod wordt voor de forensische psychiatrie echter bepaald door kenmerken van de patiënt, die vaak geen vraag (om hulp) heeft, maar vooral ook door de behoeften van diens omgeving en de eisen van de samenleving als geheel (de openbare orde en veiligheid van de burgers).

Behalve een logistiek probleem van afstemming van vraag en aanbod blijkt uit de ook meer recente literatuur en onderzoek dat er sprake is van een negatieve beeldvorming over en weer tussen de sectoren Tbs

²⁷ Schnitzler 1984; Smilde 1993; Raes 1999b; Mastenbroek-Osté 2000

²⁸ Smilde 1993

²⁹ Baan 1957

³⁰ Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

en Algemene GGz.³¹ Deze beeldvorming heeft zowel betrekking op de sectoren als geheel als op kenmerken van de binnen deze sectoren te situeren patiënten, professionals, (be)handelwijzen en veiligheidsvoorzieningen.

Dat er een levendige wisselwerking bestaat tussen de Tbs, de GGz en het gevangeniswezen wordt ondersteund door onderzoeksgegevens.³² Bekend is dat 40% van de Tbs-populatie vóór het 18^e levensjaar een tehuiservaring van enige duur heeft gehad. Ongeveer 30% heeft voor de Tbs-oplegging *geen* hulpverleningservaring opgedaan. Bij 20% is alleen sprake geweest van ambulante contacten, bij eveneens 20% is eerder sprake geweest van gedwongen civielrechtelijke opnames. Van de gedetineerden heeft een sinds 1994 groter wordende groep een GGz-verleden; uit resultaten van recent onderzoek blijkt dit bij 56% het geval te zijn. Dit verleden kan zowel klinisch als ambulant als een combinatie van beide zijn.³³ Niet is vast te stellen of extramuralisering, vermaatschappelijking en een verminderde asiel functie in de Algemene GGz het doorschuiven van patiënten naar de Tbs tot gevolg heeft (of in hoeverre dit het geval is)³⁴. Vanuit dezelfde ontwikkeling kan worden beredeneerd, dat de Algemene GGz niet voldoende geëquipeerd is om patiënten met bepaalde kenmerken, zoals patiënten met persoonlijkheidsstoornissen of beheersproblemen, voldoende te behandelen waardoor deze uiteindelijk in de Tbs belanden³⁵. Zo moet er vanuit worden gegaan dat bij een groot aantal Tbs-gestelden de stoornis een chronisch verloop heeft³⁶. Een vraag is in hoeverre dit in conflict komt met de in de Algemene GGz veelal op verandering en groei gebaseerde behandeling.

De maatregel Tbs, bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen de herhaling van ernstige agressie en sexueel-agressieve delicten, is volgens Van Emmerik ook te beschouwen als een ultimum remedium bij (potentieel) gevaarlijke patiënten als andere interventies onvoldoende resultaat gehad hebben.³⁷ Raes en anderen stellen dat de ervaringen in de Tbs-sektor het vermoeden sterken dat het veelal gaat om stoornissen die het totstandkomen van een commitment van de patiënt aan de zorg belemmeren. Verondersteld wordt dat vroege hechtingsproblemen deze patiënten predisponeren tot 'zorgwekkende zorgmijders'. Hetzelfde is mogelijk het geval bij een aantal psychisch gestoorde delinquenten zonder Tbs.³⁸ Volgens Raes lijkt het daarnaast niet aannemelijk dat iemand die al vele jaren onvrijwillig werd verpleegd in een GGz-voorziening na een opgelegd Tbs-vonnis op korte termijn kan worden geresocia-

³¹ Zie bijvoorbeeld Otter & Kaiser 2000; Van Vliet & Wilken 2001

³² Van Emmerik & Diks 1999a

³³ De Vrucht 2000

³⁴ Op 31 december 1996 waren 11.784 patiënten langer dan één jaar in behandeling in algemeen psychiatrische ziekenhuizen. 10,1% (ca. 2000 patiënten) verblijft er langer dan 25 jaar. Nader gespecificeerd was de gemiddelde verblijfsduur in algemeen psychiatrische ziekenhuizen in 1986 10,3 jaar en in nog 1996 8,2 jaar (Ten Have 1998). Daaruit is af te leiden dat er nog een zekere asiel functie resteert in de Algemene GGz; niet is hieruit vast te stellen dat door de verminderde asiel functie patiënten juist naar de Tbs werden doorgeschoven.

³⁵ Zie voor een nader onderzoek op dit onderwerp hoofdstuk 5 van deze studie.

³⁶ Van bijna 40% wordt verwacht dat er sprake zal zijn van langdurige zorgafhankelijkheid, hetzij binnen het Tbs-circuit, hetzij binnen de intramurale GGz of een beschermende woonvorm. Van 42% wordt een zelfstandige terugkeer in de samenleving verwacht, terwijl bij 20% geen verantwoord oordeel mogelijk is (Van Emmerik & Diks, 1999a)

³⁷ Van Emmerik 1999

³⁸ Raes e.a 2001

liseerd.³⁹ In veel gevallen gaat het volgens hem om patiënten die zonder continuering van de klinische structuur en zorg bij terugkeer in de samenleving snel zullen recidiveren.

Er heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan in de potentiële doelgroep — zoals meer psychotici, allochtonen en verslaafden — die van invloed zijn (geweest) op de Tbs. Dit wordt door onderzoek bevestigd.⁴⁰ Deze ontwikkelingen hebben gevolgen gehad voor de wetgeving en de tenuitvoerlegging van de Tbs. Te denken valt daarbij aan de bouwkundige- en beveiligingseisen, de personele voorzieningen en de besluitvorming met betrekking tot de bewegingsvrijheid van Tbs-gestelden. De groeiende duur van de intramurale behandeling in de Tbs heeft vermoedelijk een zekere relatie met deze ontwikkelingen, evenals de daadwerkelijke pogingen die op dit moment in grote delen van het land worden ondernomen om vanuit de Tbs aansluiting te zoeken bij onder meer de Algemene GGz.

2.2.2 *De ontstaansgeschiedenis van de Tbs en maatschappelijke ontwikkelingen*

'De geschiedenis van de forensische psychiatrie is niet te schrijven noch te begrijpen, indien men haar niet in relatie ziet tot de geschiedenis van het recht, in de wijze zoals dit zichzelf opvat. Daarmee verliest de forensische psychiatrie niet haar band met de algemene psychiatrie, maar de wijze waarop zij ideeën en denkwijzen uit de algemene psychiatrie opneemt en verwerkt is sterk afhankelijk van de juridische inbedding, die naar tijd en plaats sterk kan verschillen'.⁴¹

Over het ontstaan van de Tbs en de ontwikkeling van de forensische psychiatrie in Nederland is een diversiteit aan literatuur te vinden, veelal gezien vanuit een juridische- of een psychiatrische invalshoek.⁴² Raes merkt op dat de ter beschikkingstelling een bijzondere maatregel is, wat moge blijken uit de discussies die aan het tot stand komen van de maatregel vooraf zijn gegaan en uit het debat dat in meer of minder heftige mate is gevoerd sinds de maatregel van kracht is geworden.⁴³ Aan dit debat, meent Raes, zou inmiddels een belangwekkende historiobiografie gewijd kunnen worden, als aanvulling vanuit een sociaal-historisch retrospectief op Hofstee's⁴⁴ waardevol rechtshistorisch onderzoek⁴⁵. Het is in het kader van dit literatuuronderzoek niet mogelijk de ontstaansgeschiedenis van de Tbs op een dergelijke omvattende en diepgravende wijze te beschrijven. Wel is het mogelijk — met in acht neming van het hiervoor genoemde citaat van Mooij — een inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling van de forensische psychiatrie in relatie tot een aantal maatschappelijke ontwikkelingen.

In zijn studie over 'de forensische psychiatrie in haar geschiedenis' beschrijft Mooij de voorgeschiedenis van de psychiatrie vanuit de oudheid en de middeleeuwen.⁴⁶ Door hem wordt de ontstaansgeschiedenis van de forensische psychiatrie begrepen vanuit de ontwikkeling van het recht.

De codificatie van het recht in de achttiende eeuw wordt gezien als de oppositie tegen de almacht van de Franse koning en van de vorst in het algemeen. Het absolutisme van de vorst ging daarbij samen met een overeenkomstige rechteloosheid van de burger. De oppositie hiertegen werd vertolkt door de filosoof Montesquieu, die de driedeling van de macht bepleitte; de wetgevende-, de rechtsprekende- en uitvoe-

³⁹ Raes 1999a

⁴⁰ Van Emmerik 1995 en 1999a; Laeven & Van Vliet, 2000

⁴¹ Mooij 1998

⁴² Bijvoorbeeld: Pompe & Kempe 1962; Haffmans 1984; Franke 1990; Van Marle 1998

⁴³ Raes 1999a

⁴⁴ Hofstee 1988

⁴⁵ Raes ziet de biografie van Gerrit Achterberg door Hazeu al als een aanzet hiertoe. Hazeu 1988

⁴⁶ Mooij 1998

rende macht. In het strafrecht werd daarbij het accent gelegd op de rechtsbescherming van de individuele burger tegen de willekeur van de vorst, later leidend tot codificaties, die ook model stonden voor wetgevingssystemen in andere landen. Rechtszekerheid werd daarbij bevorderd door strakke begripsbepalingen die weinig uitleg behoeven en, in het strafrecht, door tevoren bepaalde delictomschrijvingen. Het streven naar rechtszekerheid en rechtsbescherming voor de burger leidde zo tot een concentratie op dat wat objectieverbaar was, de daad. Deze daadgerichtheid van het strafrecht had binnen die constellatie een emancipatoir, bescherming biedend doel.

Het ontstaan van de psychiatrie wordt in dezelfde periode geplaatst toen Pinel in 1792, kort na het begin van de Franse Revolutie, de ketenen van de gestoorden wegnam. Doordat hij de tot dan toe bestaande mengeling van 'gestoorden' en 'marginalen' van elkaar afsplitste, creëerde hij de categorieën 'gekken' en 'slechten' als afzonderlijke grootheden. Hiermee werd de basis gelegd voor een meer humane bejegening van gestoorden, omdat hier de noodzaak ontstond om psychiatrische instituten op te richten waar specifieke zorg aan hen kon worden geboden. Maar tevens ontstond de vraag of er niet ook mensen waren, die zowel gek als slecht waren. Deze vraag impliceerde volgens Mooij de geboorte van de forensische psychiatrie en zo heeft de daad van Pinel de mogelijkheid geschapen tot het ontstaan van de forensische psychiatrie, die zich bezighoudt met gestoorden die een misdrijf hebben gepleegd.

De ruimte voor de forensische psychiatrie, die zich niet zozeer met de daad als wel met de dader bezig wilde houden, was echter bescheiden omdat het gecodificeerde strafrecht, vanuit het oogpunt van rechtsbescherming, was gericht op de daad en zo weinig mogelijk oog had voor de dader.

Verdere ontwikkelingen in de negentiende eeuw, zoals de opkomst van de natuurwetenschappen, legden de basis voor een sterk biologisch en natuurwetenschappelijk georiënteerde psychiatrie, waarin gedachten over erfelijkheid en degeneratie zijn te plaatsen. In deze periode kon de opvatting ontstaan, dat iemand gedeeltelijk slecht of gek kon zijn; een opvatting die niet paste in het strafrecht van de codificatie, dat weinig mogelijkheden openliet om zich te verdiepen in de dader achter de daad.

Een wezenlijk ander gezichtspunt werd aan het einde van de negentiende eeuw geïntroduceerd door de 'Nieuwe Richting' in het recht, een beweging die de gedachte als kern heeft dat sociaal- en gedragswetenschappelijke aspecten in de juridische theorie moeten worden betrokken. Het praktische doel van deze richting was de doelmatige bestrijding van de misdaad.⁴⁷ Mede door de, door de industrialisatie en proletariaatvorming, groter wordende sociale tegenstellingen ontstond behoefte aan ruimere mogelijkheden voor strafrechtelijk ingrijpen, waarbij de forensische psychiatrie de (wetenschappelijke) taak zou hebben gevaarlijke individuen te selecteren en zo mogelijk te behandelen om het maatschappelijk risico zoveel mogelijk te beperken.

De effecten van de Nieuwe Richting waren daarmee tweevoudig. In de eerste plaats was er niet meer zozeer sprake van rechtsbescherming van de burger, maar van een doeltreffende sociale controle. In de tweede plaats werd het strafrecht niet meer daadgericht, maar dadergericht; het gaat daarbij niet meer om de vergelding van de daad, maar om een doelmatige bescherming van de samenleving tegen gevaarlijke personen. Hiervoor moest men zich gaan verdiepen in de achtergronden en het privé-leven van de verdachte. De merkwaardige paradox van de Nieuwe Richting is, stelt Mooij, dat door de behoefte aan sociale beheersing een humane belangstelling voor het individu in zijn wordingsgeschiedenis mogelijk werd.

Deze aandacht voor het individu maakte ook de verdere ontwikkeling en bloei van de forensische psychiatrie mogelijk. De relatie tussen de bloei van de forensische psychiatrie en de mate waarin de Nieuwe

⁴⁷ Zie ook: Pompe & Kempe 1962; Haffmans 1984

Richting invloed kreeg lijkt sterk te zijn. In Nederland is de invloed van de Nieuwe Richting groot geweest. Dit kwam tot uitdrukking in de psychopatenwetten, die in het begin van de twintigste eeuw werden voorbereid en die leidden tot de introductie van de Terbeschikkingstelling van de regering (Tbr) naast de al bestaande mogelijkheden van strafoplegging.⁴⁸

2.2.2.1 *Het wetboek van strafrecht*

In het Wetboek van Strafrecht van 1881, dat in 1886 werd ingevoerd, werd nog impliciet uitgegaan van een dader die in het algemeen verantwoordelijkheid draagt voor zijn handelen. De (vrijheidsbenemende) straf is daarbij de vergelding voor schuld aan het gepleegde feit. In de formulering van de strafuitsluitingsgrond, artikel 37 lid 1, werd na een lange en stroef verlopende voorbereiding geformuleerd dat '*niet strafbaar is hij die een feit begaat dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke storing zijner verstandelijke vermogens niet kan worden toegerekend*'. Dit betekende dat met de toepassing van dit artikel een einde kwam aan het ingrijpen van de strafrechter, die de dader dan nog uitsluitend zou kunnen vrijspreken; indien geen schuld kon worden toegerekend vanwege de psychische toestand van de dader diende straf achterwege te blijven.

Er werd daarbij van uitgegaan dat de Krankzinnigenwet voldoende mogelijkheden zou bieden voor opnemning van een 'gevaarlijke krankzinnige', waardoor het gevaar voor de samenleving voldoende zou worden uitgesloten. Onder parlementaire druk werd echter de strafrechter de mogelijkheid geboden bij toepassing van artikel 37 lid 1 door middel van een toegevoegd lid 2 de dader in een 'krankzinnigengeesticht' te plaatsen 'gedurende een proeftijd, den termijn van een jaar niet te boven gaande'. Een eventuele verlenging van deze termijn zou verlopen via toepassing van de wet tot regeling van het Staatstoezicht op Krankzinnigen, de Krankzinnigenwet van 1884, reden waarom in het wetboek van Strafrecht geen nadere regeling met betrekking tot de tenuitvoerlegging werd opgenomen.

Een belangrijk genoemd bezwaar tegen de regeling was, dat de wet niet voldoende waarborg bood voor de beveiliging van de samenleving tegen delinquenten, die op grond van hun psychische gesteldheid gevaarlijk werden geacht. Er bleek onvoldoende waarborg te bestaan dat gevaarlijke delinquenten voor een voldoende lange duur buiten de reguliere samenleving zouden worden geplaatst, mede omdat de Minister geen greep had op de tenuitvoerlegging; deze was volgens de Krankzinnigenwet geheel in handen van de geneesheer directeur van de psychiatrische inrichting.⁴⁹

In de beschreven regeling is een situatie vastgelegd waarin ook de psychisch gestoorde delinquent moet worden gestraft voor zijn daden tenzij toerekening van het gepleegde feit aan hem geheel is uitgesloten. De bezwaren tegen deze klassieke opvatting in het strafrecht, de Nieuwe Richting in het strafrecht, kwamen al snel na de invoering van het Wetboek van Strafrecht naar voren.

2.2.2.2 *Psychopatenwetten en Tbr*

Na de indiening van het oorspronkelijke wetsontwerp voor de psychopatenwetten in 1911 duurde het tot 1928 voor de wetgeving kon worden ingevoerd. Hieraan ten grondslag lagen vele amendementen en discussies tussen de Tweede Kamer en de respectievelijke Ministers van Justitie.⁵⁰ De wetgeving, die de mogelijkheid gaf de maatregel Tbr op te leggen, is gebonden aan de voorwaarde van een geringere mate van toerekening van het feit of een verminderde mate van toerekeningsvatbaarheid van de dader. Daar-

⁴⁸ Mooij 1998

⁴⁹ Haffmans 1984; Pompe & Kempe 1962

⁵⁰ Zie hiervoor: Pompe & Kempe 1962

mee werd de mogelijkheid geboden niet alleen tegelijk 'gek en slecht' te zijn, maar eveneens de mogelijkheid 'gek en slecht te zijn in enige mate'. Deze constructie ligt volgens Mooij ten grondslag aan de bloei van de forensische psychiatrie.⁵¹

De psychopatenwetten en de in het psychopatenreglement opgenomen regelingen zijn tot in de jaren '80 van de twintigste eeuw inhoudelijk nauwelijks gewijzigd⁵².

De regeling kwam er op neer dat hij die zich schuldig heeft gemaakt aan een misdrijf of aan enkele in de wet genoemde overtredingen en die ten tijde van dat feit psychisch gestoord was, door de rechter voorwaardelijk of onvoorwaardelijk Terbeschikking van de Regering kon worden gesteld teneinde van harentwege te worden verpleegd, echter alleen indien het belang van de openbare orde dat bepaaldelijk zou vorderen. De oplegging van de Tbr gold voor twee jaar en had de mogelijkheid telkens op vordering van de officier van Justitie, na een geneeskundig advies, door de rechter te worden verlengd met één of twee jaar. De tenuitvoerlegging van de Tbr, het toezicht op de wijze waarop dit gebeurde in de verschillende inrichtingen en de individuele beslissingen tot plaatsing, overplaatsing, het verlenen van verschillende soorten van verloven (waaronder het proefverlof) en de beslissing tot voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ontslag uit de Tbr zijn opgedragen aan de Minister van Justitie.

De voorwaardelijke Tbr was in grote lijnen op dezelfde wijze geregeld als de voorwaardelijke veroordeling⁵³. Zo kon onder meer een voorwaardelijke Tbr uitsluitend door tussenkomst van de rechter worden omgezet in een onvoorwaardelijke Tbr.⁵⁴

In de praktijk werd de Tbr over het algemeen opgelegd aan daders die niet geheel ontoerekeningsvatbaar werden geacht. Dit betekende, dat er naast de Tbr nog een straf moest worden opgelegd. De tenuitvoerlegging — verpleging en behandeling — vond geheel plaats in het justitiële circuit, particuliere Tbs-klinieken en rijksasiels of rijk-Tbs-klinieken. Bij deze patiënten kon nooit sprake zijn van tussentijds ontslag door de directeur van de inrichting, zoals dat bij volledig ontoerekeningsvatbaar verklaarde daders die krachtens artikel 37 Sr. werden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis wel gold.

Er werd daarbij een vrij scherpe grens getrokken tussen deze twee groepen daders en de daarbij behorende zorgcircuits. Enerzijds de 'psychotische' daders die naar het GGz-circuit werden verwezen waar ze, samen met niet-delinquente gestoorden volgens de regels van de — civielrechtelijke — Krankzinnigenwet werden verpleegd en behandeld. Anderzijds de persoonlijkheidsgestoorde daders ('psychopaten') die in het kader van de — strafrechtelijke — Psychopatenwetten ter verpleging binnen het justitiële circuit werden gehouden.⁵⁵

⁵¹ Mooij 1998

⁵² Afgezien van onder meer de Stopwet van 1933, die tot doel had het aantal Tbr-opleggingen te beperken in verband met plaats- en geldgebrek vanwege de economische crisis. De Tbr ging meer geld kosten dan de regering had verwacht. Om bezuinigingsredenen werd de stopwet verdedigd en aanvaard, hetgeen leidde tot daling van het aantal Tbr-gestelden. Hoewel de wet uitdrukkelijk bedoeld was als tijdelijk werd zij gedurende de crisisjaren telkens weer verlengd en pas na de Tweede Wereldoorlog werd de wet ingetrokken.

⁵³ Deze werd in 1915 ingevoerd, maar kon slechts worden opgelegd in die gevallen waarin de rechter niet meer dan één jaar gevangenisstraf oplegde.

⁵⁴ Haffmans 1984

⁵⁵ Krul-Steketee 1996

2.2.2.3 *Tbs-wetgeving*⁵⁶ en de BOPZ

In 1971 werd tot vervanging van de Krankzinnigenwet het wetsontwerp BOPZ ingediend⁵⁷, in 1972 gevolgd door een wetsontwerp ter herziening van de Tbr⁵⁸. Het uitgangspunt was de beide wetten zoveel mogelijk op elkaar te laten aansluiten, wat tot uitdrukking komt in een identieke definiëring van het stoornisbegrip: een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Ook het gevaarscriterium werd op een vergelijkbare manier omschreven:

- Voor de Terbeschikkingstelling: gevaar voor de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen;
- Voor de strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van artikel 37 Sr.: gevaarlijk voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen;
- Voor de RM of IBS krachtens de wet BOPZ: gevaar voor een of meer personen — degene die het gevaar veroorzaakt daaronder begrepen — of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.⁵⁹

Voor de indiening en ontwikkeling van de wet BOPZ waren maatschappelijke emancipatiebewegingen, die zich vanaf ongeveer 1965 openbaarden, de voorboden.

Er ontstonden belangengroepen die in staat bleken erkenning te vinden als belanghebbend, maar ook als gesprekspartner voor de desbetreffende instituties en de overheid. Ook op de gebieden die relevant zijn voor de positie van diegenen die binnen een intramurale setting zijn opgenomen, zoals het gevangeniswezen en de gezondheidszorg, ontstonden georganiseerde belangengroepen van direct betrokkenen. Binnen de academische wereld en binnen de wereld van de zorg en detentie gingen in toenemende mate juristen aandacht besteden aan het ontwikkelen van rechtsprincipes voor geïnstitutionaliseerden. Een versterkte rechtspositie voor personen op het snijvlak van medische zorg en vrijheidsbeneming is een logisch gevolg geweest van deze algemene emancipatieontwikkeling. Daarnaast speelden bij de totstandkoming van de wet BOPZ onder meer ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het denken over psychische gestoordheid een rol (zoals de antipsychiatrie), waarin opsluiting in een inrichting op zichzelf als een vorm van uitstoting uit de maatschappij werd gezien en de voorkeur ontstond voor een zo mogelijk vrijwillige psychotherapeutische benadering van gemotiveerde patiënten.

Voor wat betreft de gedwongen opneming speelden er enkele invloeden, die leidden tot terughoudendheid: de versterkte legitimiteit van individuele zelfbeschikking, de grotere gereserveerdheid van de psychiatrie ten opzichte van personen die niet gemotiveerd waren voor behandeling en het verdwijnen van het bestwilcriterium.⁶⁰

De entree van psychotici in de Tbs, gestegen van 3% in 1978 tot circa 30% rond het jaar 2000, wordt gezien als een van de gevolgen van de beschreven ontwikkelingen in de Algemene GGz, die er toe leidde dat psychisch ernstig zieke, maar niet acuut gevaarlijke, mensen niet meer werden opgenomen. Deze mensen gingen vaak een zwerfend bestaan leiden. Als hun stoornis een gevaarlijke noodsituatie veroorzaakte kon soms nog via een IBS worden ingegrepen, maar meer en meer kwam het voor dat pas door het plegen van een ernstig delict er weer aandacht voor de betrokkene kwam, waardoor de patiënt in het

⁵⁶ Om het bevoogdende 'van de regering' minder te laten doorklinken werd bij de wetwijziging van 1988 de terbeschikkingstelling van de regering gewijzigd in terbeschikkingstelling (Tbs)

⁵⁷ nr. II 270, 1971

⁵⁸ nr. II 932, 1972

⁵⁹ Krul-Steketee 1996

⁶⁰ Zie: Van Marle 1998; Maas 2000

justitiële circuit belandde. Ook in die zin is er sprake geweest van grensverkeer tussen de Algemene GGz en de Tbs.

Enkele jaren na indiening van de beide wetsontwerpen (1980) is, mede om de hier genoemde ontwikkeling, besloten om de parlementaire behandeling afzonderlijk te laten plaatsvinden. In de Tbs-wetgeving werd daarna, meer dan voorheen, weer de nadruk gelegd op het strafrechtelijke karakter van de maatregel. De Tbs werd uiteindelijk ingevoerd in 1988, de wet BOPZ in 1994.

Sindsdien lijkt zich beleidsmatig een verwijdering te hebben voorgedaan tussen de sectoren Tbs en Algemene GGz, die overigens, zoals in het vervolg van dit onderzoek beschreven, in het afgelopen decennium weer aan het afnemen is. De verwantschap tussen de beide sectoren is blijven bestaan, temeer waar dezelfde patiënt kan worden opgenomen of behandeld onder het regime van verschillende, elkaar deels overlappende en soms misschien zelfs conflicterende wettelijke regelingen.

2.3 RECENTE ONTWIKKELINGEN IN DE RELATIE TBS, ALGEMENE GGZ EN GEVANGENISWEZEN

Zowel in de Algemene GGz als in het gevangeniswezen hebben zich de afgelopen jaren diverse ontwikkelingen voorgedaan op het terrein van zorg en behandeling van psychisch gestoorden. Dit komt tot uitdrukking in de daarbij behorende onderzoeken, beleidsvoornemens en congressen. De relatie van de Tbs met de Algemene GGz zoals deze zich in het afgelopen decennium heeft voltrokken kan goed worden samengevat onder de noemer 'forensisch psychiatrische circuitvorming' en wordt als zodanig in de volgende paragraaf beschreven. Daarna volgt een paragraaf waarin de stand van zaken met betrekking tot psychisch gestoorde gedetineerden en zorg en behandeling in detentie aan de orde komt.

2.3.1 *Samenwerking in de forensische psychiatrie*

2.3.1.1 *Algemene beschouwing*

Samenwerking in de forensische psychiatrie, onder meer in de vorm van forensisch psychiatrische circuitvorming, heeft als oogmerk betere functionele samenwerking tussen verschillende voorzieningen en werksoorten mogelijk te maken met als doel om op het individu aangepaste, zo nodig continue, zorg te leveren aan forensisch psychiatrische patiënten. Het gaat er daarbij om vanuit de behoeften van de patiënt en diens omgeving een aantal functies samen te brengen. Hierin staan niet de afzonderlijke voorzieningen centraal, maar de *gezamenlijk* aangeboden functies ten behoeve van de patiënt. Dit aanbod vormt een nieuwe structuur en inhoud van de zorg voor de forensisch psychiatrische patiënt. In die zin is forensisch psychiatrische circuitvorming te beschouwen als een vorm van zorgvernieuwing in de GGz.

Naast dit functionele niveau kan de circuitvorming zich nog voltrekken:

- op operationeel niveau, waarbij taken en activiteiten van professionals worden afgestemd op behoeften van individuele patiënten;
- op bestuurlijk niveau, betrekking hebbend op het beleid, bestuur en beheer van het stelsel van voorzieningen. Het gaat daarbij onder meer om het creëren van randvoorwaarden en financiële kaders.⁶¹

Samenwerking op operationeel niveau is veelal gebaseerd op zich ontwikkelende, goede professionele en persoonlijke verhoudingen tussen professionals. Uit concrete situaties blijkt dat een dergelijke

⁶¹ Zie: Wolf 1995

samenwerking op de langere duur kwetsbaar is. Wanneer er een schakel uit de samenwerking wegvalt moet het samenwerkingsverband zich opnieuw groeperen en tot nieuwe afspraken komen. Een formalisering van de operationele samenwerking op bestuurlijk niveau kan deze kwetsbaarheid voorkómen en creëert draagvlak en randvoorwaarden waarbinnen professionals kunnen werken.⁶²

In de Algemene GGz is gebleken dat functionele samenwerking van belang is met het oog op de uiteenlopende problemen en behoeften van een omschreven patiëntenpopulatie. Hierbij gaat het niet uitsluitend om het zorgprogramma als zodanig, maar ook om het creëren van adequate grensovergangen tussen instellingen binnen de GGz en met voorzieningen daarbuiten.

Uit evaluatieonderzoek⁶³ van een aantal zorgvernieuwingsprojecten blijkt dat voor een kwalitatief goede samenwerking van meerdere functies ten behoeve van een specifieke doelgroep een aantal zaken van belang zijn:

- het besef de eigen doelen in relatie tot patiënten alleen te kunnen realiseren als ook andere disciplines en instellingen hun bijdrage leveren en als de bijdragen goed op elkaar zijn afgestemd; het besef van wederzijdse afhankelijkheid, dat idealiter uitmondt in een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg en rehabilitatie van de populatie;
- een voorwaarde is dat de betrokken actoren het in redelijke mate eens zijn over het aanbod dat voor de betreffende groep patiënten nodig is, waarbij het onder meer gaat om consensus over de uitgangspunten van en de visie op de begeleiding;
- wil men tot een onderling goed aansluitend stelsel van functies komen dan is overeenstemming over afbakening en verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden een vereiste;
- het is zaak een beroep te doen op deskundigheden en inzichten van medewerkers van andere instellingen;
- het ontwikkelen van een samenhangend zorgcircuit vraagt van alle participanten dat veel tijd wordt geïnvesteerd in de onderlinge relaties en het aanbrengen van samenhang;
- afhankelijk van de doelstelling van de samenwerking zal men zich meer of minder expliciet bezig moeten houden met de coördinatiemechanismen van de zorg.

Er bestaat in de praktijk behoefte instellingen en voorzieningen zodanig met elkaar in verband te brengen dat er een op de individuele patiënt gericht aanbod ontstaat dat geen van de voorzieningen los van de andere voorzieningen zou kunnen bieden (vraaggericht). Daarbij is het zaak om op basis van de gemaakte keuze en financiering de werkwijze en werklust van casemanagers vast te stellen en te bewaken.

2.3.1.2 *Duaal casemanagement*

Het in verband met samenwerking en forensisch psychiatrische circuitvorming met regelmaat terugkerende begrip 'duaal casemanagement' moet vooralsnog worden gezien als een organisatorisch construct, dat op beleids- en operationeel niveau nog onvoldoende is ingevuld.⁶⁴

In de literatuur over casemanagement komt het begrip 'duaal casemanagement' voor als Hospital and Community Psychiatry (HCP)⁶⁵. In 1997 werd in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Circuit (FPC) Veluwe-vallei aanbevolen een werkwijze te gaan toepassen waarbij cliënten vanaf de start van de hulpverlening worden begeleid door twee casemanagers; een vertegenwoordiger van de reclassering en een vertegenwoordiger van de Algemene GGz (i.c. de RIAGG). Deze werkwijze werd 'duaal casemana-

⁶² Van Vliet 1990; Van Vliet & Wilken 2001

⁶³ Wolf 1995

⁶⁴ Don 2000

⁶⁵ Persoonlijke mededeling H.J.C. van Marle.

gement' genoemd, en wordt meer en meer in verband met samenwerking en circuitvorming als werkwijze voorgestaan.⁶⁶ Beide casemanagers worden geacht een behandelplan op te stellen en te bespreken in de vergadering met andere duaal casemanagers. De gedachte hierachter is de noodzaak de patiënt te begeleiden in zowel het justitiële veld als het veld van de Algemene GGz. Om bruggen tussen beide velden te slaan werden kennis en ervaring in beide velden noodzakelijk geacht en dit werd gegarandeerd door uit elk veld een casemanager aan te stellen. In een evaluatieonderzoek van het FPC Veluwe-Vallei werd geconcludeerd, dat er nog niet goed omschreven methoden werden gehanteerd in het duaal casemanagement en dat het beoogde duaal casemanagement in de periode tot april 2000 bij geen van de ingebrachte patiënten tot stand kwam; het bleef daarmee een theoretisch model. Casemanagers werden geselecteerd op hun ervaring in de onderscheiden velden terwijl er geen integratie ontstond van beide werkmethodes. De vraag bleef wie uiteindelijk samenhang en coördinatie aan diende te brengen in de werkzaamheden van de casemanagers. Er werden langdurige stages in elkaars instellingen aanbevolen om organisatie, werkstijl, (on)mogelijkheden en kennis van elkaars jargon te vergroten. Daarnaast bestond er onder meer behoefte aan een projectleider die in staat zou zijn bruggen te slaan tussen de beide velden.⁶⁷

De huidige voorkomende optie om 'dual casemanagement' invulling te geven in de zin van 'zorgcoördinatie' is te beperkt waar uit uitgebreid internationaal onderzoek van Kroon blijkt dat deze wijze van werken geen meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande werkwijze en te veel uitgaat van het aan elkaar koppelen van bestaande voorzieningen (aanbodgericht) en geen nieuwe samenhang creëert. Patiënten blijken daarbij niet zozeer behoefte te hebben aan coördinatie, maar aan regelmatige contacten en praktische hulp. In de praktijk blijkt dat de werklust van casemanagers te hoog is om dit daadwerkelijk te bieden.⁶⁸

2.3.1.3 *Beheersproblemen*

Uit onderzoek naar de uitstroom uit de Tbs-klinieken en naar de forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland blijkt dat zowel de afstemming tussen sectoren als de negatieve beeldvorming een rol spelen in de nog weinig optimale verhouding tussen Tbs en Algemene GGz.⁶⁹ Ook zijn er indicaties dat persoonlijke en professionele opvattingen van professionals en wet- en regelgeving een zowel belemmerende als faciliterende rol kunnen spelen in het grensverkeer tussen de beide sectoren.

Op dit punt is een recent uitgevoerd onderzoek naar beheersproblemen met forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGz illustratief.⁷⁰ De aanleiding voor het onderzoek was de vraag naar de voorwaarden voor een adequate zorg en behandeling voor forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGz, mede omdat werd geconstateerd dat het grensverkeer tussen justitie en GGz stagneert. Het onderzoek geeft onder meer een overzicht van de inspanningen die de ministeries van VWS en Justitie zich de afgelopen jaren hebben getroost om Tbs-gestelden vanuit Tbs-inrichtingen en gedetineerden met een ernstige psychische stoornis vanuit penitentiaire inrichtingen naar GGz-instellingen te laten uitstromen en onderzoekt onder meer of gevreesde beheersproblemen een rol kunnen spelen bij de stagnatie van de uitstroom. Het rapport geeft een inzicht in de soms tegengestelde opvattingen van professionals over behandelbaarheid van forensisch psychiatrische patiënten en in maatregelen die door APZ-en worden genomen om verstoringen van de orde door forensisch psychiatrische patiënten te

⁶⁶ Königel 1997; Carpay e.a. 2000

⁶⁷ Otter & Kaiser 2000

⁶⁸ Kroon 1996; Don 2000

⁶⁹ Van Vliet 1998; Van de Klippe & Van Ginneken 2000; Van Vliet & Wilken 2001

⁷⁰ Van de Klippe & Van Ginneken 2000

voorkómen. Daarbij behoren ook maatregelen in de bouwkundige zin, in personeelsbezetting, in opleiding en in het wettelijk kader. De beperkte omvang van het onderzoek (er werd slechts op 7 afdelingen van een APZ met enkele medewerkers gesproken) vraagt om een verdere uitdieping van een aantal genoemde thema's.

Er zijn, ondanks de genoemde stagnatie in het grensverkeer, ook aanwijsbare ontwikkelingen gaande om afstemming in de totale keten van voorzieningen in de forensische psychiatrie en de Algemene GGz mogelijk te maken. Hierbij moet de volgende kanttekening worden gemaakt: in veel gevallen speelt bij het verzoek tot overplaatsing van een patiënt vanuit een Tbs-kliniek naar een vervolgvoorziening een specifieke behandelingsindicatie geen rol. In feite wordt dan op basis van het bestwilcriterium een beroep gedaan op een vervolgvoorziening, namelijk ter voorkoming van maatschappelijk afglijden en ter afwending van het gevaar voor herhaling van een ernstig delict. Een hypothese is dat het grensverkeer tussen de sectoren Tbs en Algemene GGz in dergelijke situaties wordt begrensd door het verschil in 'opdracht' tussen deze twee systemen, waarbij de 'opdracht' kan worden opgevat als de 'innerlijke identiteit' van de betreffende systemen.⁷¹

2.3.2 De ontwikkeling van forensisch psychiatrische circuitvorming

2.3.2.1 De Nationale Raad voor de Volksgezondheid

In 1990 werd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) een 'commissie forensische psychiatrie' ingesteld die zich, zoals werd gesteld, met een '*complex en maatschappelijk omstreden onderwerp*' zou gaan bezighouden. De reden daarvan was dat al heel lang problemen werden gesignaleerd in de opvang, behandeling, begeleiding en resocialisatie van mensen met psychische stoornissen die, op grond van hun (crimineel) gedrag, met politie en justitie in aanraking zijn gekomen. Er bestond zowel vanuit de gezondheidszorg als vanuit de overheid al langere tijd behoefte aan meer duidelijkheid over de relatie tussen 'bijzondere' forensische psychiatrie en de 'algemene' geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder over de doelstellingen die beide systemen kenmerken.

De taakopdracht van de commissie behelsde onder meer het omschrijven van de forensische psychiatrie en haar raakvlakken, een inventarisatie en analyse van knelpunten in de praktijk en het bereiken van consensus over de vraag wat het beleidsprobleem is van dit gemeenschappelijk domein van justitie en de geestelijke gezondheidszorg.

In het voorjaar van 1991 werd het rapport van de commissie als advies van de Nationale raad voor de Volksgezondheid over Forensische Psychiatrie en haar Raakvlakken aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgebracht⁷² en werd kort daarna op een symposium besproken met belanghebbenden uit de praktijk en het beleid.⁷³

In de analyse door de commissie van de knelpunten in het grensgebied tussen geestelijke gezondheidszorg en justitie kwam onder meer naar voren, dat niet de behoefte van de patiënt, zijn omgeving en de samenleving het selectieproces bepalen, maar de behoeften van de sectoren en de voorzieningen zelf (aanbodgericht):

'Het professionele werkveld wordt beheerst door instellingsbelangen en daarmee gepaard gaande territoriumstrijd. De neiging tot afbakenen en het slaan van grenspalen wordt versterkt door de hui-

⁷¹ Zie: Raes 1999a

⁷² Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

⁷³ WODC 1991

dige wet- en regelgeving. In de huidige, voorzieningen-gerichte, sturingssystematiek moet immers de ene voorziening/verstrekking anders zijn dan de andere voorziening/verstrekking.'

Verantwoordelijkheid voor de zorg begint dan bij de voordeur en eindigt bij de achterdeur van de instelling. Tegen deze wijze van categorialisering en versnippering van de zorg werd stelling genomen omdat het vooral op de grenzen van voorzieningen altijd mis blijkt te gaan. Juist bij complexere problematiek (gecombineerde pathologie) van patiënten, waarbij vaak meerdere voorzieningen betrokken zijn, is de kans groot dat zij buiten de boot vallen. Daarnaast is het voor nieuwe doelgroepen moeilijk om in een versnipperd systeem te worden ingepast. Er wordt door de commissie dan ook gepleit voor het bevorderen van continuïteit van zorg door voor- en nazorg en goede overgangen van de 'bijzondere' forensische naar de 'algemene' psychiatrie mogelijk te maken.

Eén van de belangrijke aanbevelingen uit het rapport is om een regionaal georiënteerde forensisch psychiatrisch circuit als onderdeel van de algemene GGz te ontwikkelen.⁷⁴ Voorgesteld werd om met een forensisch psychiatrisch circuit in een of enkele (rigg-)gebieden ervaring op te doen en waarbij de taken zouden moeten worden uitgevoerd zoals die in het rapport zijn beschreven:

- een goed geïntegreerd netwerk van functies en programma's;
- functiegerichte registratie en documentatie;
- bindende onderlinge afspraken omtrent probleembepaling, indicatiestelling, zorgtoewijzing, coördinatie;
- ontwikkeling van een stelsel van afspraken (protocol) over procedures, verplichtingen, geschillen, etc.;

Gezien het feit dat de zorg voor forensisch psychiatrische patiënten veelal uit verschillende sectoren afkomstig zal zijn werd een vorm van regionaal casemanagement noodzakelijk geacht. De opgedane ervaringen en bereikte resultaten zouden vervolgens benut kunnen worden ten behoeve van algemene invoering in het hele land. Daarbij werd gesteld, dat samenwerking nooit een doel op zich is, maar altijd een middel om inhoudelijke uitgangspunten te realiseren. Men was van mening dat bestuurlijk de chronologie in de besluitvorming zou moeten veranderen: eerst de inhoudelijke uitgangspunten, vervolgens de professionele activiteiten die nodig zijn om die uitgangspunten te realiseren en tot slot de voorzieningen die (in een bepaald werkgebied) die activiteiten uitvoeren.⁷⁵

De aanbeveling van de NRV werd zoals hier beschreven niet geoperationaliseerd; hieraan werd op landelijk niveau niet gericht sturing gegeven in die zin dat hieromtrent door de ministeries van VWS en Justitie geen voorwaarden werden gesteld aan de in het veld opererende organisaties. Wel is sinds 1999 circuitvorming in de forensische psychiatrie door het ministerie van VWS tot speerpunt van beleid verklaard. Zo wordt onder meer gesteld: '*Regio's die het op dit punt goed doen zal ik aanmerken als voorbeeldregio; zij komen ook als eerste in aanmerking voor zorgvernieuwingsexperimenten*'.

⁷⁴ Onder een *circuit* wordt verstaan een formeel samenwerkingsverband dat aan de volgende criteria voldoet: er zijn geformaliseerde afspraken tussen tenminste drie partijen ten aanzien van de *functies* die de diverse participanten vervullen in de zorg, ten aanzien van de (bevordering van) onderlinge *samenhang, verantwoordelijkheden* en *bevoegdheden* alsmede ten aanzien van het verloop van *cliëntstromen* (Van Vliet & Wilken, 2000).

⁷⁵ Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

Daarnaast wordt beoogd in de pilots voor indicatiestelling in de forensische psychiatrie (IOG-vorming) afstemming te krijgen op het circuit van de forensische psychiatrie en zal circuitvorming worden gestimuleerd via het plannings- en toelatingsinstrumentarium.⁷⁶

In de jaren volgend op het advies van de NRV werd in verschillende regio's en door verschillende instellingen en organisaties wel op bilateraal niveau beleid ontwikkeld en werden initiatieven genomen om te komen tot forensisch psychiatrische circuitvorming. Dit leidde echter niet direct tot een situatie zoals door de NRV werd beoogd.

2.3.2.2 *De Werkgroep Vervolgvoorzieningen*

In 1993 werd door een werkgroep vervolgvoorzieningen, bestaande uit ambtenaren van de ministeries van VWS en Justitie en deskundigen uit het forensisch psychiatrische werkveld, het rapport 'Wordt vervolgd...' uitgebracht. Hierin werden voorstellen ontwikkeld die moesten resulteren in het wegnemen van structurele belemmeringen in de doorstroming van (ex-)Tbs-gestelden naar instellingen in het veld van de geestelijke volksgezondheid of het maatschappelijk werk. Ook in dit rapport werd het belang van circuitvorming benadrukt:

'Er dienen circuits te komen die in elk geval bestaan uit Tbs-inrichtingen, algemeen psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG, RIBW, forensisch psychiatrische afdelingen, FPK's, districtspsychiatrische diensten, poliklinieken, reclassering, instituten voor dagbehandeling en het Openbaar Ministerie. Binnen deze circuits dienen de verschillende typen voorzieningen in voldoende mate en variëteit aanwezig te zijn, zowel intramuraal, semimuraal als op extramuraal terrein.

*Hierbij is van belang dat zoveel mogelijk aangesloten wordt bij de voorzieningen die reeds bestaan op het terrein van justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Onder circuits worden samenwerkingsverbanden verstaan tussen partijen onderling en met aangrenzende velden die tot doel hebben de zorg voor patiënten die om een vergelijkbare vorm van zorg vragen te verbreden en te verdiepen.'*⁷⁷

Een toenemende verblijfsduur van Tbs-gestelden in klinieken, mede door een veranderende populatie, vergrootte het belang en de noodzaak van de Tbs-sektor bij een betere toegang tot op de Tbs aansluitende vervolgvoorzieningen. Dit belang werd nog dringender door de explosieve groei van het aantal Tbs-opleggingen die vanaf 1994 op gang kwam.

2.3.2.3 *Doelmatig behandelen*

In het rapport 'Doelmatig behandelen', verslag van een interdepartementaal beleidsonderzoek naar de Tbs, werd het financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening onderzocht.⁷⁸ Onder meer werd het ontbreken van financiële prikkels bij zowel Tbs-klinieken als bij vervolgvoorzieningen als een belangrijke oorzaak gezien voor de stagnatie in de doorplaatsing en uitstroom van Tbs-gestelden vanuit Tbs-klinieken naar vervolgvoorzieningen. Gesteld werd, dat een verbetering van de centrale aansturing nodig is door gecoördineerde planning van forensische voorzieningen en dat financiële prikkels zullen moeten worden aangebracht om patiënten niet langer dan nodig binnen een bepaalde voorziening te houden. Daarnaast werd de coördinatie op centraal niveau bevorderd door instellen van een Permanent Overleg tussen de beide voor de foren-

⁷⁶ Ministerie van VWS 1998

⁷⁷ Werkgroep vervolgvoorzieningen 1993

⁷⁸ Doelmatig behandelen 1995

sische psychiatrie verantwoordelijke ministeries, waarin het korte- en lange termijn beleid inzake de forensische psychiatrie wordt voorbereid.

Door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie, het ministerie van VWS en het veld werd intussen getracht een oplossing te vinden in capaciteitsuitbreiding van de klinieken, maar er ontstond ook behoefte de intramurale behandelduur verantwoord te verkorten, onder meer door de uitstroommogelijkheden uit de klinieken te verbeteren.

2.3.2.4 *De RIBW's*

In het bijzonder de RIBW's (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen) ontwikkelden vanaf 1991 in goed overleg met Tbs-klinieken beleid en een uitvoeringspraktijk met betrekking tot de opname van forensisch psychiatrische patiënten.⁷⁹ Evaluatieonderzoek naar de wijze waarop door de RIBW's vorm werd gegeven aan indicatiestelling, plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten leverde een aantal inzichten op die in de samenwerking tussen Tbs en Algemene GGZ in het algemeen toepasbaar zijn. Van groot belang in de samenwerking wordt de verdeling van taken tussen Tbs-kliniek en RIBW gezien. Dit geldt zowel voor de transmurale fase, waarin de Tbs-kliniek de behandelfunctie en de RIBW de woonfunctie heeft als bij proefverlof waar de kliniek vaak nog poliklinische zorg levert. Er moet sprake zijn van weinig afstand tussen kliniek en RIBW, zowel geografisch als in cultuur en tussen personeel.

Met betrekking tot de aard van de zorg blijkt dat niet altijd méér zorg nodig is dan bij andere bewoners, maar dat het wel specifieke zorg moet zijn. De overgang van de gesloten kliniek naar de meer open RIBW is een grote stap. Hoewel gedurende het verblijf van de patiënt in de RIBW de begeleiding van aard verandert, moet de begeleiding alert blijven op signalen die duiden op mogelijk recidive- of delictgevaar. Altijd zal er – hoewel niet helemaal exclusief voor deze doelgroep – een controle-element in de begeleiding moeten blijven bestaan. Daarnaast moet rekening worden gehouden met extra investeringen in tijd voor administratieve taken ten behoeve van andere instanties (kliniek, reclassering, justitie) en overleg en evaluatie met de plaatsende kliniek en behandelaars.

Als algemene voorwaarden voor een samenwerkingsrelatie worden genoemd: een goede voorbereiding van de plaatsing, informatie-uitwisseling en deskundigheidsbevordering over en weer, opbouw van expertise, motivatie en inzet van bewoner, medebewoners en personeel.⁸⁰

2.3.2.5 *Uitstroom Tbs*

Als onderdeel van een meer omvattend kwaliteitsbeleid van de afdeling Justitiële Jeugdinrichtingen en Tbs (JJI/Tbs) werd in 1997 besloten het 'project actie-plan uitstroom Tbs' te starten. De uitvoering van het project was onder meer gericht op het in beeld brengen van de reeds bestaande praktische mogelijkheden tot bevordering van de uitstroom en het in beeld brengen van de praktische belemmeringen bij de bevordering van de uitstroom. Dit verslag is in een bewerkte versie als hoofdstuk 3 in deze studie opgenomen. Ik concludeerde ondermeer, dat er ten opzichte van het advies van de NRV in de loop van de jaren nog onvoldoende bereikt was op het vlak van de circuitvorming. Voor de Tbs-klinieken doelde ik onder meer op het (ondersteund door de inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg) in operationele termen beschrijven van de zorgvisie, gericht op de interne organisatie van de behandeling en de interactie en samenwerking met de omringende voorzieningen en het per kliniek periodiek aan het ministerie van Justitie verantwoorden van de te lang opgenomen patiënten. Dit laatste op basis van de

⁷⁹ Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen 1991; Mulder 1997

⁸⁰ Plemper 1998

indicatoren: nog vereist beveiligingsniveau, nog noodzakelijke zorg en nog noodzakelijke behandeling. In het algemeen zou een betere verantwoording van activiteiten van de Tbs-klinieken aan het ministerie van Justitie noodzakelijk zijn. Hiervan bleek ten tijde van het onderzoek (1997/98) maar in beperkte mate sprake te zijn. (zie hoofdstuk 3)

2.3.2.6 *Over stromen*

In het rapport van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar de Tbs 'Over stromen' uit 1998 wordt een intensievere samenwerking met vervolgvorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten als maatregel ter vergroting van de efficiency genoemd.⁸¹ Gesteld wordt dat de efficiency van de Tbs-sektor er mee gebaat is wanneer patiënten, waarvoor de zeer sterke beveiliging van de intramurale Tbs niet meer noodzakelijk is, zo snel mogelijk binnen een minder behandelintensieve en minder beveiligde setting worden gebracht. Klinieken moeten hun behandelbeleid meer systematisch richten op een zo spoedig mogelijke doorstroom naar minder intensieve voorzieningen en een nauwe samenwerking in regionale zorgcircuits aangaan.

2.3.2.7 *Grensstroom*

Ook in het rapport 'Grensstroom' uit 1999, een onderzoek naar cliëntstromen en kenmerken van forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen in het veld van GGZ en Justitie, wordt de regionale en bovenregionale samenwerking in de forensische psychiatrie geanalyseerd.⁸² Daarbij blijkt dat de stand van zaken met betrekking tot (boven) regionale samenwerking van regio tot regio sterk verschilt, waarbij in de meeste gevallen sprake is van een periodiek samenkomen van medewerkers van verschillende instellingen rond individuele casuïstiek. Het functioneren van de samenwerking lijkt vaak afhankelijk van de inzet van individuele medewerkers van de instellingen; er is sprake van een 'organische' ontwikkeling van samenwerkingsvormen, waarbij de winst is dat men elkaar beter kent. Daarnaast wordt er een aantal knelpunten genoemd. Op een enkele uitzondering na worden problemen genoemd met formalisering van afspraken en bevoegdheden. Er zijn personele belemmeringen omdat er onvoldoende menskracht is om de circuits goed te ontwikkelen waardoor initiatieven soms afhankelijk worden van een enkele instelling of persoon. Er is onvoldoende zicht op het zorgaanbod van de voorzieningen en de cliëntstromen, en er zijn problemen met het behouden van overzicht en samenhang door uitbreiding van het aanbod van forensisch psychiatrische voorzieningen en versnelde capaciteitsuitbreiding.

Gesteld werd dat vanuit het veld wordt aangedrongen op meer sturing vanuit de overheid en de koepelorganisaties in de vorm van richtlijnen en beleidskaders, evenals op het scheppen van voorwaarden voor de ontwikkeling van bovenregionale samenwerkingsverbanden. In het bijzonder wordt aandacht gevraagd voor bovenregionale functies als indicatiestelling, (over)plaatsing, coördinatie van patiëntstromen en informatievoorziening.

2.3.2.8 *Ons kent ons...*

Het onderzoek 'Ons kent ons...' over forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland werd in 2000 in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd.⁸³ Het geeft inzicht in de wijze waarop en mate waarin organisaties en professionals in Nederland met elkaar samenwerken ten behoeve van forensisch psychiatrische patiënten, maar geeft geen inzicht in de effectiviteit en efficiency van

⁸¹ Over stromen 1998

⁸² Wilken e.a. 1999

⁸³ Van Vliet & Wilken 2001

de samenwerking; wel in opvattingen en mate van tevredenheid van deelnemers aan samenwerkingsprojecten. Duidelijk wordt dat in breed verband binnen de betreffende instellingen de beleidskeuze is gemaakt om zorg voor forensisch psychiatrische patiënten door middel van functionele samenwerkingsverbanden – netwerken en circuits – te organiseren. Conclusies en adviezen vanuit het onderzoek zijn in deze studie opgenomen in hoofdstuk 4.

2.3.3 *Psychische stoornissen en behandelen in detentie*

Met betrekking tot geestelijk gestoorden in het gevangeniswezen zijn, zowel in Nederland als in andere landen, diverse ontwikkelingen gaande. In Nederland zijn experimenten gestart met een preklinisch hulpaanbod vanuit forensisch psychiatrische poliklinieken aan Tbs-passanten en van forensische behandeling aan gedetineerden in penitentiaire inrichtingen. Eerst zal in dit hoofdstuk aandacht worden besteed aan omvang en aard van de gedetineerdenpopulatie, vervolgens aan de mogelijkheden en concrete initiatieven ten aanzien van behandeling in detentie.

2.3.3.1 *Omvang en aard van de gedetineerdenpopulatie*

Over de omvang van de groep psychisch gestoorde gedetineerden zijn in de laatste decennia verschillende schattingen gemaakt. In het algemeen lijkt een schatting van 10 – 12% van de gedetineerdenpopulatie realistisch te zijn.

De Werkgroep Forensische Zorg⁸⁴ stelt in zijn rapportage, dat het gevangeniswezen regelmatig tellingen houdt om het aantal psychisch gestoorden te bepalen, maar dat het moeilijk is om ook inzicht te krijgen in de aard van de stoornissen die binnen het gevangeniswezen worden aangetroffen.⁸⁵ De rapporteurs hanteren verschillende definities en raadplegen verschillende bronnen, waardoor het ook niet mogelijk is trends te onderscheiden. Op basis van oudere studies⁸⁶ komt de werkgroep tot de conclusie, dat 3% (circa 330 op een totaal van ruim 11.000 gedetineerden ten tijde van rapportage) van de gevangenispopulatie dermate ernstige psychische stoornissen heeft dat zij detentieongeschikt zijn. Bij verblijf in een penitentiaire inrichting zullen zij hardnekkige of blijvende schade oplopen of hun lichamelijke of geestelijke toestand maakt het hen onmogelijk om er te functioneren.

Daarnaast bestaat er een groep gedetineerden die weliswaar gestoord is, maar wel binnen het gevangeniswezen kan verblijven; zij worden een risicogroep genoemd die verder achteruit kan gaan tot detentieongeschiktheid. Deze groep wordt geschat op circa 8% van de populatie. In totaal wordt door de werkgroep dan ook uitgegaan van 11% psychisch gestoorden in het gevangeniswezen.

⁸⁴ Deze werd ingesteld naar aanleiding van motie nummer 20 ('motie Dittrich') in het kader van de begrotingsbehandeling van Justitie in 1995: 'De Kamer, gehoord de beraadslagingen, constaterende, dat een toenemend aantal gedetineerden psychisch gestoord is en tijdens behandeling specifieke behandeling behoeft; overwegende, dat een dergelijke behandeling meestal niet in een Huis van Bewaring of een gevangenis geboden kan worden; overwegende, dat de setting van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis daar meer geschikt voor kan zijn; verzoekt de regering, op korte termijn de mogelijkheden te onderzoeken om, rekening houdend met de positie van de gedetineerden in de strafrechtelijke keten cq. de geloofwaardigheid van de opgelegde gevangenisstraf, bepaalde psychisch gestoorde gedetineerden niet in een huis van bewaring of gevangenis, maar in een gesloten setting van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis te behandelen.' TK 1995 – 1996; zie ook hoofdstuk 4.3.4 van deze studie.

⁸⁵ Werkgroep Forensische Zorg 1996

⁸⁶ Geconcludeerd wordt onder meer dat de criteria in de verschillende rapporten variëren. Soms wordt 'gedrag' gehanteerd als selectiecriteria, soms 'stoornis/ziektebeeld', waardoor er steeds andere, deels overlappende groepen worden gemeten en de rapporten chronologisch geen goed beeld geven van de ontwikkelingen binnen het gevangeniswezen.

In het door de Werkgroep Forensische Zorg geïnitieerde onderzoek naar psychische stoornissen bij gedetineerden wordt een hoge prevalentie aangetroffen van psychische stoornissen, inclusief stoornissen door middelengebruik.⁸⁷ In de periode van een jaar had in de onderzochte populatie op ieder moment in de tijd circa de helft van de aanwezige gedetineerden een psychische stoornis, inclusief verslaving. De co-morbiditeit⁸⁸ tussen psychische stoornissen en verslaving was hoog; de prevalenties in de Bijzondere Zorg Afdelingen, gerapporteerd door de inrichtingspsychologen, lagen nog hoger. De onderzoekers stellen dat de uit eerder onderzoek genoemde 11% gedetineerden met een psychische stoornis een zeer grote onderschatting is van het percentage gedetineerden met een daadwerkelijke stoornis volgens de DSM-III-R. Verschillen met eerdere rapportages worden door hen in belangrijke mate toegeschreven aan angst- en stemmingsstoornissen die in eerdere studies nauwelijks werden genoemd. Ook uit onderzoek naar jeugdige kortgestrafte gedetineerden door Bulten blijkt een hoge prevalentie met psychische stoornissen en verslaving.⁸⁹ Omdat beide onderzoeken zich hebben beperkt tot een enkele inrichting zijn de gegevens niet representatief en niet zonder meer generaliseerbaar voor het hele Nederlandse gevangeniswezen.

Op basis van een literatuuronderzoek van Nederlandse en internationale gegevens komt Van Panhuis tot de voorzichtige conclusie dat ongeveer 12% van de gedetineerden psychiatrische zorg behoeft in detentie in verband met een duidelijk psychiatrisch ziektebeeld en dat iets meer dan de helft van die ziektebeelden uit psychotische stoornissen bestaat.⁹⁰

In 1999 werd door het ministerie van Justitie een onderzoek uit 1994 herhaald, waaruit blijkt hoe de situatie van 1999⁹¹ zich verhoudt tot die in 1994⁹². Het betreft kenmerken van psychisch gestoorde gedetineerden die bekend zijn bij de inrichtingspsycholoog. Onder meer was in 1999 de groep met een gecombineerde stoornis (zowel As I als As II) aanzienlijk groter dan in 1994. Geconcludeerd wordt dat ten opzichte van 1994 een groter deel van de onderzoeksgroep gecompliceerdere en zwaardere stoornissen heeft. Daarbij wordt nog wel opgemerkt dat, in vergelijking met 1994, de problematiek door de psychologen in het algemeen als minder ernstig werd beoordeeld. Gedetineerden van wie door de psychologen de problematiek als ernstig wordt beschouwd zijn naar verhouding in 1999 minder aanwezig dan in 1994⁹³.

Mede doordat bijna elke gesloten inrichting na 1994 werd voorzien van een Bijzondere Zorg Afdeling (BZA)⁹⁴ is het standaardzorgniveau voor een groter deel van de onderzoeksgroep in 1999 voldoende⁹⁵. Waarschijnlijk daardoor worden gedetineerden minder dan voorheen uitgeplaatst naar regionale (GGZ-)voorzieningen. Verder blijkt, dat ruim 8% van de onderzochte groep in 1999 niet voldoende heeft aan het (regionale) zorgniveau van de penitentiaire inrichting. Geconcludeerd wordt dat deze groep deten-

⁸⁷ Schoemaker & Van Zessen, 1997

⁸⁸ Het aanwezig zijn van een stoornis naast een andere stoornis.

⁸⁹ Bulten 1998

⁹⁰ Van Panhuis 1997

⁹¹ De Smid & Van Emmerik 1994

⁹² De Vrugt 2000

⁹³ Gesteld wordt, dat de resultaten niet alleen behoeven te wijzen op een minder ernstig worden van de problematiek in de afgelopen jaren, maar dat eveneens sprake kan zijn van gewinning van de psychologen, die dagelijks in contact komt met deze problematische groep.

⁹⁴ De Smid & Van Emmerik 1994

⁹⁵ Voor een nadere inhoudelijke uiteenzetting met betrekking tot de organisatie van de psycho-medische zorg wordt verwezen naar bijvoorbeeld: Leenaars & De Kuiper 1997

tieongeschikt is en dus op de verkeerde plaats verblijft⁹⁶. Op basis van een totaal van circa 13.000 gedetineerden in 2000 betekent dit dat tussen de 500 en 1000 gedetineerden detentieongeschikt zouden zijn.⁹⁷ Voor wat betreft de Individuele Begeleidingsafdelingen (IBA) blijkt dat op deze afdelingen één op de vijf gedetineerden wacht op behandeling in een Tbs-kliniek. Hierover wordt gesteld, dat een deel van de IBA-plaatsen als pré-Tbs-inrichting wordt gebruikt, waarvoor de IBA niet is bedoeld. Wanneer de Tbs-inrichtingen voldoende plaatsen zouden hebben om alle Tbs-gestelden op te nemen zouden andere gedetineerden die extra zorg behoeven van deze IBA-faciliteit gebruik kunnen maken. Daarnaast behoeft bijna tweevijfde van de IBA-gedetineerden een landelijk zorgniveau (FOBA). Dit alles betekent, dat in het algemeen op de IBA's een groep gedetineerden is opgenomen met een zeer gecompliceerde problematiek.⁹⁸

In een literatuurstudie over psychische stoornissen in het gevangeniswezen door Bulten en Dhondt wordt gesteld dat internationaal en nationaal onderzoek hoge prevalentiecijfers laten zien voor As I stoornissen, zoals schizofrenie en depressie.⁹⁹ Prevalentiecijfers voor recente psychotische stoornissen variëren van 2,8% tot 7%. Depressieve stoornissen komen bij 4% tot 22% van de gedetineerdenpopulatie voor. Ook angststoornissen komen veel voor en verslaving speelt bij minimaal de helft van de populatie een rol. Het blijkt dat gedetineerden veelal meerdere stoornissen tegelijkertijd hebben. Voor een belangrijk deel van de populatie zou volgens de onderzoekers de term co-morbiditeit vervangen kunnen worden door het begrip poli-morbiditeit.

Bulten en Dhondt wijzen overigens op de nog te beperkt aanwezige onderzoeksgegevens in dit verband. Zo is het een vraag of er voldoende transculturele kennis aanwezig is bij klinici die onderzoek doen bij gedetineerden en zijn in geen van de aanwezige studies alle relevante vormen van psychopathologie in kaart gebracht. Hierbij worden genoemd ADHD, PTSS, maar ook cognitieve stoornissen en cognitieve handicaps, zoals zwakbegaafdheid. Neurobiologisch onderzoek van As I- en As II stoornissen wordt voor het gevangeniswezen van groot belang geacht.

2.3.3.2 *Behandelen in detentie*

Penitentiaire inrichtingen zijn primair zelf verantwoordelijk voor de psychosociale zorg aan gedetineerden, ook als daarvoor een bijzondere inspanning is vereist. Voor consult en crisisopvang kan de inrichting een beroep doen op de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) of op de FOBA ten aanzien van crisisinterventie¹⁰⁰ en als sluis naar voorzieningen in de GGz.

Spil in de psychosociale zorg vormt het Psycho Medisch Overleg (PMO), bestaande uit psychiater, arts/medische dienst en reclassering, onder leiding van de inrichtingspsycholoog. Het PMO draagt mede zorg voor de signalering en herkenning van psychische stoornissen onder gedetineerden. Daarnaast voor diagnostiek, individuele begeleiding, hulpverlening en/of behandeling en advisering aan de inrichting bij de penitentiaire vertaling van de bijzondere zorg en indicatiestelling voor zorg buiten de inrichting.¹⁰¹

⁹⁶ Door het ministerie van Justitie wordt uitgegaan van ca. 4% van de totale gedetineerdenpopulatie.

⁹⁷ Ministerie van Justitie 2000d

⁹⁸ De Vrucht 2000

⁹⁹ Bulten & Dhondt 2000

¹⁰⁰ De FOBA bleek in 2000/2001 permanent een wachtlijst van 15 - 30 gedetineerden te hebben, waardoor de mogelijkheden voor crisisinterventie sterk werden beperkt.

¹⁰¹ Leenaars & De Kuiper 1997; Bulten 1998; Vegter 1999

In het kader van de adviezen van de Werkgroep Forensische Zorg is met betrekking tot psychisch gestoorde gedetineerden onder meer het criterium 'medisch noodzakelijke zorg' geïntroduceerd.¹⁰² Door de ministeries van Justitie en VWS is daarop het beleid geïntensiveerd om de zorg voor psychisch gestoorde in detentie te verbeteren. Voortschrijdend inzicht (onder meer vanuit de begrotingsbehandeling van Justitie in 1999, motie 38¹⁰³) hierop heeft de mogelijkheid geschapen tot behandeling die niet alleen maar is gericht op ongestoorde tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf en op stabilisering in de zin van het beperken van de schade van de detentie bij de gedetineerde. Ook activiteiten in de richting van de terugkeer van de gedetineerde in de samenleving, zowel ten behoeve van de gedetineerde zelf als gericht op het verminderen van de risico's voor de samenleving, zijn mogelijk geworden.

Naast preklinische interventies voor Tbs-passanten zijn er vanuit het veld ontwikkelingen in gang gezet voor forensische behandeling in detentie¹⁰⁴, begeleid wonen in het huis van bewaring Breda en is ambulante hulpverlening voor psychisch gestoorde gedetineerden na detentie geïnitieerd door de reclassering van het Leger des Heils in het project Domus, in zowel Eindhoven als Arnhem.¹⁰⁵

In een brief van de Minister van Justitie van 15 juni 2000, mede geschreven namens zijn ambtgenoot van VWS, wordt inzicht gegeven in de meest recente ontwikkelingen en beleidsvoornemens ten aanzien van behandelen in detentie. Voor wat betreft de doelgroep wordt uitgegaan van twee te onderscheiden groepen:

- Gedetineerden die lijden onder hun stoornis. Voor hen is behandeling wenselijk om detentieschade te voorkómen.
- Gedetineerden die dreigen anderen te laten lijden doordat zij een groot recidiverisico met zich meebrengen. Voor hen is behandeling wenselijk vanwege de maatschappelijke noodzaak.

Los van deze twee categorieën zijn er nog gedetineerden die voldoende gebaat zijn met de reguliere zorgverlening in de penitentiaire inrichting en die geen specifieke behandeling behoeven. Het criterium 'medisch noodzakelijke zorg' is een indicatie voor een zodanig ernstige psychische stoornis, dat overplaatsing naar een klinische GGz-instelling is geïndiceerd (detentieongeschiktheid). Wanneer zij ernstige beheersproblemen geven worden zij binnen bijzondere afdelingen van het gevangeniswezen opgevangen.¹⁰⁶

Toekomstig beleid ten aanzien van behandeling in detentie bestaat in de eerste plaats uit voortzetting en intensivering van het huidige beleid, waarvoor inmiddels extra financiële middelen zijn vrijgemaakt en die in de komende jaren zullen doorwerken.¹⁰⁷ Het gaat daarbij om uitbreiding van de capaciteit van de FOBA en van de IBA's, ambulante zorg vanuit forensische poliklinieken en FPK- en FPA-capaciteit, onder meer voor bevordering van de uitstroom vanuit het gevangeniswezen naar de GGz. Daarnaast zal er een uitbreiding komen van inrichtingspsychologen en van de Forensisch Psychiatrische Diensten ten behoeve van ambulante zorg.

¹⁰² Werkgroep Forensische Zorg 1996

¹⁰³ 'De Kamer, onder meer overwegende dat een toenemend aantal van de gedetineerden in gevangnissen en huizen van bewaring aan een psychische of persoonlijkheidsstoornis lijdt, verzoekt de regering om de mogelijkheid van behandeling in detentie te bespreken met de betrokken instellingen en op basis hiervan op korte termijn een notitie aan de Kamer te sturen.'

¹⁰⁴ Zie bijvoorbeeld: Schepers 2000; Oei 2000

¹⁰⁵ Van de Paal e.a. 2001

¹⁰⁶ Zie bijvoorbeeld: Vegter 1999; Van der Kolk 2000

¹⁰⁷ Ministerie van Justitie 2000c

In de tweede plaats zullen nieuwe initiatieven worden ontwikkeld in de vorm van voorbeeldprojecten en onder begeleiding van wetenschappelijk onderzoek, waarvoor de randvoorwaarden deels al zijn uitgewerkt. Als randvoorwaarden worden onder meer genoemd:

- screening bij binnenkomst van de gedetineerde (gekoppeld aan de reguliere intakegesprekken),¹⁰⁸
- aansluiting bij reeds in gang gezette initiatieven in het buitenland en Nederland (zoals groepstherapie aan zedendelinquenten),
- behandeling door de GGZ (onder meer in verband met de continuïteit van zorg na detentie),
- de zorg organiseren in één traject vanaf het begin van detentie tot en met de nazorg, waarbij kan worden gedacht aan de reclassering.

De wijze waarop deze ontwikkelingen worden voortgezet en uitgebreid wordt ondersteund door de bevindingen van Bulten en Dhondt. In hun literatuurstudie over forensisch gedragskundig onderzoek in het gevangeniswezen wijzen zij er op dat de kwaliteit van behandelprogramma's van groot belang is. Waar het gaat om behandeling met het oog op risicovermindering moet volgens hen risicotaxatie hieraan voorafgaan al is nog niet duidelijk hoe dit moet plaatsvinden. Bronnen waarop onderzoek is gedaan naar risicotaxatie en risicomangement zijn verschillend en bij het onderzoek dat effecten van bepaalde interventies op recidive wil vaststellen spelen grote problemen bij het vaststellen van een controlegroep. De voorlopige conclusie van Bulten en Dhondt is dat Nederlandse effectstudies van speciale interventieprogramma's tijdens detentie en gericht op maatschappelijke integratie nog weinig spectaculaire resultaten opleverden.

Intensieve, cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerde programma's, gericht op interpersoonlijke vaardigheden, multimodaal, afgestemd op de individuele situatie van de gedetineerde en met aandacht voor co-morbiditeit hebben de meeste ingrediënten in zich om effectief te zijn. Dergelijke programma's moeten op afgescheiden afdelingen plaatsvinden, ondubbelzinnig en transparant van aard zijn, een goede staf hebben die modelgedrag vertoont en voldoende lang kunnen duren. Verder onderzoek is volgens hen echter nodig op alle aspecten van risicotaxatie, risicomangement en behandelingsprogramma's.¹⁰⁹

2.3.3.3 *Preklinische behandeling van Tbs-passanten*

Voor Tbs-passanten zijn op een aantal plaatsen (zoals Zwolle en Arnhem) preklinische interventies ontwikkeld waarin zij worden voorbereid op de overplaatsing naar de Tbs-kliniek.¹¹⁰

De evaluatie van het project 'Preklinische interventies bij Tbs-wachtenden in de penitentiaire inrichtingen Zwolle', in opdracht van het ministerie van Justitie in 1999 uitgevoerd, geeft positieve resultaten te zien en komt tot de conclusie het project voort te zetten en uit te breiden naar andere penitentiaire inrichtingen. Het blijkt dat de doelgroep goed wordt bereikt en de deelnemers bleken in hoge mate therapietrouw. Het verblijf van de Tbs-passanten in detentie wordt draaglijker en de overgang naar een Tbs-kliniek wordt vergemakkelijkt door een betere voorbereiding.¹¹¹

Als factoren die hebben bijgedragen aan het succes van het project worden genoemd: inzet van ervaren psychotherapeuten met een van de penitentiaire inrichting onafhankelijke positie, beperking tot thera-

¹⁰⁸ In het kader van het programma Terugdringen Recidive (TR) is hier inmiddels in 2005 een start mee gemaakt door middel van de Recidive Inschattings Schalen (RISC). Uitvoering hiervan vindt plaats door daartoe opgeleide reclasseringwerkers.

¹⁰⁹ Bulten en Dhondt 2000

¹¹⁰ Over stromen 1998; Oosterhof e.a. 1999; De Jonge & Knol 2000

¹¹¹ Oosterhof e.a. 1999; Ministerie van Justitie 2000c

peutisch gezien lage doelstellingen en inbedding van het project in het regime van de inrichting, waardoor interne weerstand werd voorkómen.

2.4 DE RELATIE TUSSEN DE MINISTERIES VAN VWS EN JUSTITIE

2.4.1 *Verdeling van verantwoordelijkheden*

In de nota 'Tbs, een bijzondere maatregel' uit 1991 worden de uitgangspunten genoemd die bepalend zijn voor de verdeling van verantwoordelijkheden tussen Justitie en VWS.¹¹² ¹¹³ De verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de tenuitvoerlegging van de Tbs met verpleging heeft betrekking op het scheppen van de wettelijke kaders, de voorzieningen voor de tenuitvoerlegging, de beveiliging van de samenleving tegen het zich onttrekken aan de vrijheidsbeneming en de rechtspositie van de Tbs-gestelden. Voor de behandeling is de verantwoordelijkheid meer op afstand (Sr. art 37c lid 2). De Minister ziet er op toe, dat de Tbs-gestelde de benodigde behandeling krijgt; de klinieken zelf zijn verantwoordelijk voor de behandeling. De inhoudelijke toetsing van de kwaliteit van de behandeling dient plaats te vinden volgens normen die in de brede kring van het veld van de Algemene GGz, mede tot stand komend onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS¹¹⁴, gelden. Wel zou het ministerie van Justitie de voorwaarden moeten scheppen voor die toetsing en bewaken dat deze ook daadwerkelijk plaatsvindt. Hierbij hebben het ministerie van Justitie zelf en de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing een taak voor de dimensies beveiliging en rechtsbescherming. De oriëntatie van het Tbs-veld op het veld van de GGz zou vervolgens moeten leiden tot het doorwerken van ontwikkelingen en inzichten vanuit de GGz naar verpleging en behandeling in het Tbs-veld.¹¹⁵

Deze verdeling van verantwoordelijkheden heeft vermoedelijk bijgedragen aan ontwikkelingen in de Tbs en de GGz en aan de toenadering van de beide sectoren. Ook blijkt uit de ontwikkelingen met betrekking tot psychisch gestoorden in het gevangeniswezen dat de sectoren naar elkaar toe groeien en werken als het ware als communicerende vaten ten aanzien van een elkaar deels overlappende doelgroep.

2.4.1.1 *Inspectie*

Hoe in de afgelopen jaren het niveau van verpleging en behandeling vanuit de normen die gelden in de GGz heeft plaatsgevonden, bij voorbeeld door de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, is niet geheel duidelijk. Op basis van het gegeven dat alle Tbs-klinieken een BOPZ-erkenning (moeten) hebben zou namelijk de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg een regulier periodieke controle kunnen uitoefenen naar het functioneren van de Tbs-klinieken op het terrein van verpleging en behandeling. Dit is echter tot voor kort niet gebeurd.¹¹⁶

De behandelcultuur van de Tbs-klinieken is lange tijd naar binnen gericht geweest. De Ruiters noemt het in haar oratie als hoogleraar forensische psychologie¹¹⁷ opmerkelijk dat over de Tbs, na bijna driekwart

¹¹² Met betrekking tot de Tbs wordt 80% van de kosten van de justitiële Tbs-inrichtingen gefinancierd vanuit de AWBZ, de overige 20% door Justitie; de niet-justitiële Tbs-inrichtingen (FPK's en Hoeve Boschoord) worden voor 100% vanuit de AWBZ gefinancierd.

¹¹³ Ministerie van Justitie 1991

¹¹⁴ Deze taak vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van de overheid voor het treffen van maatregelen voor de volksgezondheid, vastgelegd in de Grondwet, art. 22 lid 1.

¹¹⁵ Dezelfde verdeling van verantwoordelijkheden heeft ook betrekking op ontwikkelingen in het gevangeniswezen

¹¹⁶ Inmiddels voort de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IG) deze sinds 2000 periodiek uit. Ook zal de in 2005 gestarte Inspectie voor de Sanctietoepassing (IS) hier een rol vervullen.

¹¹⁷ De Ruiters 2000

eeuw, empirisch onderzoek naar de effectiviteit van de geboden behandeling nagenoeg ontbreekt.¹¹⁸ Het lijkt er volgens haar op dat het 'not done' is de aard en de effectiviteit van de Tbs te discussie te stellen. Deze stellingname wordt, zonder de nog aanwezige problematiek in het Tbs-veld te verhullen, gerelativeerd door de onderzoekers Philipse en Verhagen, die onder meer aandacht besteden aan wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de Tbs in Nederland, zoals onderzoek naar het inschatten van het risico op delictherhaling en de ontwikkeling van een landelijk expertisecentrum.¹¹⁹

Daarnaast is het de vraag of het gegeven dat de leerstoelen forensische psychiatrie in Nederland – in tegenstelling tot het buitenland – niet zijn ondergebracht bij de medische maar bij de juridische faculteiten heeft bijgedragen aan de betrekkelijk moeizame integratie tussen de Tbs en de Algemene GGz. Vast staat, dat Baan als eerste hoogleraar forensische psychiatrie in Utrecht bij de juridische faculteit werd ondergebracht en dat deze organisatievorm in Nederland grotendeels is blijven voortbestaan. Uit publicaties van Oei blijkt dat Prof. Dr. W. Goudsmit aan de Rijks Universiteit Groningen ook als hoogleraar Forensische Psychiatrie verbonden was aan de medische faculteit.¹²⁰ Inmiddels is ook aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam een leerstoel Forensische Psychiatrie ingesteld bij de medische faculteit, welke wordt bezet door Prof. Dr. H.J.C. van Marle.

Terwijl Tbs-klinieken zich in de afgelopen jaren zijn gaan benoemen als forensisch psychiatrische instituten, deel uitmakend van de GGz en daarin 'topklinische zorg' biedend, is het opmerkelijk dat het aantal psychiaters in de Tbs-klinieken fors is achtergebleven bij de Algemene GGz. In het rapport 'Beroepstructuur GGz' wordt over 1995 voor de GGz een geschat totaal aantal psychiaters genoemd van 1377. Daarvan zouden er in de Tbs naar schatting 6 werken. Vergeleken met het aantal opgenomen patiënten in 1996 in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en Tbs-klinieken moet op basis van deze gegevens worden geconcludeerd, dat in de Tbs-klinieken circa 1 psychiater aanwezig was op 100 patiënten, in de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen circa 1 psychiater op 50 patiënten.¹²¹

De toename in de tweede helft van de jaren '90 van het aantal Tbs-opleggingen heeft daarbij geleid tot 'groeistuipe': een vergroting van de opnamecapaciteit van de klinieken in een korte periode en daarmee samenhangende kwantitatieve en kwalitatieve personele problematiek, zowel met betrekking tot sociotherapeutisch/verpleegkundig personeel als met betrekking tot 'specialisten'. Het versneld ontwikkelen en openen van afdelingen en de instroom van relatief onervaren personeel is een naar binnen gericht proces, dat niet gemakkelijk samengaat met het ontwikkelen van kwalitatief nieuwe visies op de te bieden zorg in samenhang met de GGz.¹²² Problemen in dit verband in enkele Tbs-klinieken zijn de afgelopen jaren niet in de publiciteit gekomen als gevolg van regulier periodiek plaatsvindende inspecties, maar van interventies van inspecties die op indicatie hebben plaatsgevonden.¹²³

¹¹⁸ Er zijn weliswaar meerdere recidivestudies verricht, die inzicht geven in effectiviteit van de maatregel Tbs als zodanig (Van Emmerik 1985; Leuw 1995 en 1999a) maar recidivecijfers alleen geven volgens De Ruiters onvoldoende informatie over de effectiviteit van de geboden behandeling en de vraag of deze een relatie vertoont met recidive.

¹¹⁹ Philipse & Verhagen, 2000. Inmiddels is het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) in 2003 opgericht.

¹²⁰ Oei 2004a en 2004b

¹²¹ Hutschemakers 1996; Ten Have e.a. 1998

¹²² Van Vliet 1998; Volkskrant 2000

¹²³ Zie ook: De Gelderlander 2000; Van Vliet 2001

Voor de Van Mesdagkliniek leidden grote interne problemen in de loop van 2000 tot een ingrijpend reorganisatieplan, dat inmiddels in uitvoering is genomen.¹²⁴ In de pers verschenen daarnaast in augustus 2000 berichten dat de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg, naar aanleiding van ontwikkelingen in de Van Mesdagkliniek en De Singel, vanaf september 2000 alle Tbs-klinieken aan een onderzoek zal onderwerpen.

2.4.1.2 *Overleg en coördinatie*

Het reguliere overleg tussen de ministeries van Justitie en VWS vindt op drie niveaus plaats: tussen de Directeuren-generaal, in het Permanent Overleg en in het Projectbureau, dat als opdracht heeft de actiepunten van de Werkgroep Forensische Zorg nader uit te werken.

Het Permanent Overleg is ingesteld op grond van het Kabinetstandpunt op de nota 'Doelmatig Behandelen' ten behoeve van de voorbereiding van het korte- en lange termijn beleid inzake de forensische psychiatrie. Het vindt elke 6 weken plaats, het voorzitterschap en secretariaat wisselt jaarlijks.

Er vindt wederzijdse beïnvloeding plaats en de uitvoering van de kabinetsstandpunten over de Interdepartementale Beleidsonderzoeken 'Doelmatig behandelen' en 'Over stromen' zijn door het Permanent Overleg getoetst. Algemene concrete resultaten van het Permanent Overleg zijn een betere afstemming en bewaking van ontwikkelingen in het gezamenlijke domein van de forensische psychiatrie.

Het gezamenlijk opereren op het terrein van de forensische psychiatrie van de beide ministeries blijkt uit initiatieven voor het opzetten van voorzieningen die in de praktijk steeds meer werden genomen.

2.5 SPECIFIEKE AANDACHTSGEBIEDEN

2.5.1 *Juridische aspecten*

In mijn onderzoek naar de uitstroom uit de Tbs-klinieken (hoofdstuk 3 van deze studie) werden juridische aspecten door geen van de geïnterviewden vanuit de Tbs of de GGZ als knelpunt voor de samenwerking genoemd. In de praktijk is het echter wel zo dat in behandelinstellingen wetgeving en rechtspositie van verschillende orde met elkaar moeten worden verenigd, wat mogelijk onduidelijke situaties schept in de directe omgang van behandelaars met patiënten.¹²⁵

2.5.1.1 *Juridische aspecten vanuit de Tbs gezien*¹²⁶

In de fase voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Beginselenwet Tbs werd door het directeurenoverleg van forensisch psychiatrische instituten een brief aan de vaste kamercommissie van Justitie gezonden met het voorstel een discrepantie tussen de kort daarvoor in werking getreden wet BOPZ en het nog voorliggende ontwerp van de Beginselenwet Tbs op te lossen. Deze discrepantie had betrekking op een aantal aspecten met betrekking tot het onderscheid 'dwangverpleging' en 'dwangbehandeling'.¹²⁷ In een beschouwing over dit vraagstuk werd door de toenmalig minister van Justitie Kosto een aantal uitgangspunten aan de Tweede Kamer gezonden. Als algemeen kader is gesteld, dat voor Tbs-gestelden

¹²⁴ Mesdagkliniek 2000; Mesdagkliniek 2001

¹²⁵ Zie ook: Van Marle 2000

¹²⁶ Wet- en regelgeving ten aanzien van de Tbs is sinds de uitvoering van dit onderzoek gewijzigd. Voor informatie ten aanzien van de huidige wet- en regelgeving verwijs ik naar het 'Handboek wetgeving forensische psychiatrie', Stikker 2005

¹²⁷ Voorgesteld werd artikel 25 en 27 van de Beginselenwet Tbs (betreffende onderzoek in het lichaam en beperking van de bewegingsvrijheid van de verpleegde) aan te passen aan de artikelen 38 en 39 van de wet BOPZ (betreffende doel en totstandkoming van het behandelingsplan, noodsituaties en middelen en maatregelen)

die zijn opgenomen in niet-justitiële Tbs-inrichtingen de bepalingen gelden betreffende de interne rechtspositie krachtens de wet BOPZ, art. 51 lid 3. Voor zover het gaat om beslissingen omtrent verlof of proefverlof vallen zij echter onder de werking van de beginselenwet Tbs.

Op in justitiële Tbs-instellingen verpleegden die niet de maatregel Tbs opgelegd hebben gekregen¹²⁸ is de Beginselenwet Tbs van toepassing met uitsluiting van de specifieke onderdelen die uitsluitend voor Tbs-gestelden gelden, zoals de verlening van proefverlof.

Dit betekent, dat het type inrichting waar de Tbs-gestelde is opgenomen bepalend is voor de interne rechtspositie die wordt gehanteerd, terwijl op specifieke onderdelen uitzonderingen kunnen zijn vastgelegd.¹²⁹

Het een en ander wordt in een brief van de toenmalige minister van Justitie Sorgdrager nogmaals onderschreven: *'het praktische adagium dat de rechtspositie de status van de inrichting volgt, impliceert dat er (tijdelijk) verschillen in rechtspositie kunnen bestaan voor personen die een Tbs-behandeling krijgen, afhankelijk van de fase waarin men zich bevindt of het soort inrichting waarin men is geplaatst.'* Voor deze werkwijze is besloten omdat een ander uitgangspunt tot onwerkbaar situaties zou leiden, waarbij het personeel zich bij elke beslissing die wordt genomen zou moeten afvragen op basis van welke titel de betreffende persoon is opgenomen en welke regels daarop van toepassing zijn. Een dergelijk systeem zou ook leiden tot verwarring en mogelijk ook spanningen tussen de opgenomen patiënten onderling wanneer er ten aanzien van hen op verschillende wijze zou worden gereageerd.

In de brief van Sorgdrager wordt vervolgens ingegaan op de vraag waarom de interne rechtspositieregeling gegeven door de wet BOPZ onvoldoende is voor de verpleegden in de justitiële Tbs-inrichtingen. Gesteld wordt dat de regeling van de wet BOPZ geen ruimte biedt voor de speciale verantwoordelijkheden van de minister van Justitie; er bestaat in de wet geen inhoudelijke bevoegdheid voor het centrale gezag. Daarnaast wordt gesteld dat voor de wet BOPZ een aantal onderwerpen niet is geregeld die bij de tenuitvoerlegging van de Tbs niet gemist kunnen worden. Het gaat daarbij veelal om onderwerpen die voortvloeien uit het strafrechtelijke karakter van de maatregel, zoals de mogelijkheid van tijdelijke overplaatsing, het kunnen verplichten tot het dragen van een legitimatiebewijs, het kunnen toepassen van urinecontrole, de controle van de verblijfsruimte van de verpleegde, de mogelijkheid tot aanwijzing van een verblijfsruimte voor intensieve zorg (beperkt regime), mogelijkheid van briefcensuur en het reguleren van contacten met de pers. Daarnaast is er sprake van verschillen met betrekking tot de totstandkoming van het behandelingsplan (in de wet BOPZ met instemming van de patiënt, in de Beginselenwet Tbs zo veel mogelijk in overleg met de patiënt, doch instemming is niet vereist), afzondering en separatie en de wijze van behandeling van klachten.¹³⁰

In art. 4 van de Beginselenwet Tbs wordt een opsomming gegeven van groepen die in Tbs-klinieken kunnen worden opgenomen. Daaronder is de groep die een maatregel heeft opgelegd gekregen via de BOPZ niet genoemd. De beleidsmatige keuze hiervoor heeft onder meer betrekking op het niet willen stigmatiseren van 'BOPZ-patiënten' als 'justitiepatiënten', behorende tot dezelfde categorie als Tbs-gestelden. Voor het geven van een rechterlijke machtiging is uiteindelijk het plegen van een strafbaar feit

¹²⁸ Meestal tot gevangenisstraf veroordeelden die wegens hun gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van hun geestvermogens met toepassing van art. 13 lid 1 Sr. in een Tbs-inrichting geplaatst of jongeren met een PIJ maatregel.

¹²⁹ TK 1993-1994

¹³⁰ TK 1994-1995

geen vereiste¹³¹. Het is ook uitdrukkelijk niet de bedoeling tot deze vermenging te komen, omdat dit binnen Tbs-klinieken tot ongelijkwaardige en onduidelijke situaties zou kunnen leiden waar het de interne rechtspositie van opgenomen patiënten betreft. Deze problematiek was onderwerp van een uitspraak van de arrondissementsrechtbank te Utrecht van 11 augustus 1999.

Een verpleegde die met een BOPZ-machtiging in een Tbs-kliniek (tevens aangewezen als psychiatrisch ziekenhuis krachtens de BOPZ) opgenomen was geweest eiste dat de kliniek op haar de rechtspositie krachtens de BOPZ zou hebben toegepast. De betreffende kliniek stelde dat alle opgenomen patiënten onderworpen zouden zijn aan de rechtspositie krachtens de Beginselenwet Tbs. Door de rechtbank werd onder meer gesteld dat uit het oogpunt van rechtsbescherming duidelijk moet zijn onder welk regime een met een BOPZ-machtiging opgenomen patiënt valt: *'Een met een BOPZ-machtiging opgenomen patiënt moet op de bepalingen van de BOPZ afkunnen gaan om te weten hoe zijn interne rechtspositie geregeld is. Nu in die wet niet is aangegeven dat bij opname in een forensisch psychiatrische kliniek zoals de onderhavige (die expliciet als psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de BOPZ is aangemerkt) de bepalingen in de BOPZ niet van toepassing zijn op de interne rechtspositie van een daar met (alleen) een BOPZ-machtiging opgenomen patiënt, dient uitgangspunt te zijn dat die bepalingen hun toepasselijkheid hebben behouden.(...) Het is mogelijk dat de bijzondere aard van een forensisch psychiatrische kliniek met zich brengt dat voor alle daar (al dan niet met een BOPZ-machtiging) opgenomen patiënten met betrekking tot hun interne rechtspositie dezelfde regels moeten gelden ongeacht de rechtsgrond van hun opname in zo'n kliniek. Het is dan echter aan de wetgever om dit expliciet in de wet te regelen.'*

Uit deze uitspraak kan worden geconcludeerd, dat het uitgangspunt dat de rechtspositie de status van de inrichting volgt ook geldt wanneer een BOPZ-patiënt in een Tbs-inrichting wordt opgenomen, omdat Tbs-klinieken de BOPZ-status hebben. Dat dit, zoals uit deze uitspraak blijkt, niet werkbaar is zou er voor pleiten om de Tbs-klinieken niet zonder meer een dubbele bestemming te geven. Hiervoor zijn nieuwe uitgangspunten en regelgeving vereist.

De aanwijzing van alle Tbs-klinieken als BOPZ-inrichting is in dit opzicht van weinig praktische betekenis, die ook niet als bedoeling heeft om BOPZ-patiënten in Tbs-klinieken op te doen nemen. In de BOPZ was aanvankelijk een koppeling gelegd met de AWBZ, artikel 1 zoals beschreven in de wet van 29 oktober 1992 (Stb. 1992, 669). Instellingen die AWBZ-erkend waren zouden dan ook psychiatrisch ziekenhuis zijn in de zin van de BOPZ. Naderhand is deze koppeling losgelaten, omdat de toekomst van de AWBZ niet duidelijk was. Alle door het ministerie van VWS AWBZ-erkende instellingen, waaronder de Tbs-klinieken, zijn toen benaderd met de vraag of zij ook als BOPZ-instelling wilden worden aangemerkt. De Tbs-klinieken hebben hiermee ingestemd en pas nadat deze aanmerking was geschied werd dit bij het ministerie van Justitie bekend. De conclusie was, dat deze aanmerking geen negatieve effecten kon hebben omdat volgens artikel 4 van de Beginselenwet Tbs in Tbs-klinieken toch geen BOPZ-patiënten kunnen worden opgenomen. De aanmerking als BOPZ-inrichting betekent wel dat de inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg de mogelijkheid had om controle uit te oefenen op de Tbs-klinieken (wat op grond van andere wetgeving echter ook al mogelijk was, maar wat tot voor kort echter niet in de praktijk is gebracht). Daarnaast kreeg het OM een toezichthoudende taak¹³².

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen justitiële en niet-justitiële Tbs-inrichtingen. In de justitiële

¹³¹ In de 'Notitie inzake verruiming bestemming Tbs-inrichtingen tot personen met een civielrechtelijke machtiging en herstel vormfouten Tbs' van het ministerie van Justitie is het een en ander nader beschreven.

¹³² Informatie van mevrouw Mr. M. de Groot, afdeling wetgeving Ministerie van Justitie

Tbs-inrichtingen, gefinancierd via het ministerie van Justitie, geldt de Beginselenwet Tbs voor de opgenomen patiënten. In de niet-justitiële Tbs-inrichtingen geldt de rechtspositieregeling volgens de BOPZ ook voor Tbs-gestelden met als uitzondering het verlofbeleid en de verlengings- en beëindigingsprocedure. Bij overplaatsing van een Tbs-gestelde met een lopende Tbs naar een GGz-instelling is in principe dezelfde situatie van toepassing als bij de niet-justitiële Tbs-inrichtingen: de interne rechtspositie is geregeld via art. 51 van de BOPZ.

2.5.1.2 *Overplaatsing van een Tbs-kliniek naar de GGz*

Wanneer een Tbs-gestelde met proefverlof in een GGz-instelling wordt geplaatst gebeurt dit doorgaans op basis van proefverlofvoorwaarden. De directeur van de Tbs-kliniek is dan verantwoordelijk (eventueel door tussenkomst van de reclassering), maar voor de GGz-instelling is dit een vrijwillige plaatsing. Hierop is niet de BOPZ, maar de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing. Deze vrijwillige plaatsing kan een probleem opleveren indien er zich een situatie voordoet waarin de Tbs-gestelde een gevaar wordt voor zichzelf of anderen. Dan zou een terugname door de Tbs-kliniek moeten plaatsvinden, die in de praktijk moeilijk realiseerbaar is vanwege de hoge bezettingsgraad (gestreefd wordt naar 100%) van de Tbs-klinieken. Eventueel zou in geval van gevaar voor zichzelf of anderen een BOPZ-maatregel kunnen worden aangevraagd, maar dit zou de nodige juridisch-ethische problemen kunnen opleveren. Er is dan nog een vrijheidsbenemende maatregel van kracht, de Tbs, waaraan een BOPZ-machtiging in juridische zin niets toevoegt. De BOPZ-machtiging wordt in dit geval uitsluitend gebruikt om een knelsituatie in de tenuitvoerlegging van de Tbs op te lossen.

Ten opzichte van de Tbs-patiënt schept dit onduidelijkheid: de plaatsing waaraan hij vrijwillig meewerkt wordt door omstandigheden die vaak buiten zijn invloed liggen opnieuw in een gedwongen kader geplaatst.

Naast de genoemde mogelijkheid een Tbs-gestelde in het kader van een proefverlof in een GGz-instelling te plaatsen staat de mogelijkheid van verpleging in een BOPZ-inrichting, niet zijnde een Tbs-kliniek, open.

Dit is opgenomen in artikel 14 van de Beginselenwet Tbs¹³³. Deze mogelijkheid is in het Tbs-veld waarschijnlijk onvoldoende bekend. Dat het gebruik van deze mogelijkheid tot grote verschuivingen zou leiden is onwaarschijnlijk te achten.

2.5.1.3 *Juridische aspecten met betrekking tot behandelen in detentie*

Volgens Vegter wordt nauwelijks betwist dat een gedetineerde recht heeft op behandeling.¹³⁴ Het recht op medische hulpverlening alsmede het recht op sociale verzorging en hulpverlening is sinds 1999 vastgelegd in de artikelen 42 en 43 van de Penitentiaire Beginselen Wet (PBW). Ook op grond van internationale verdragen is behandeling van gevangenen mogelijk en realiseerbaar.

In de Europese gevangenisregels¹³⁵, die het karakter hebben van aanbevelingen en dan ook niet bindend zijn, wordt onder meer een verbod gesteld op detentie van krankzinnigen in een strafinrichting. Daar-

¹³³ 'Indien de aard van de bij de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde geconstateerde gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens daartoe aanleiding geeft kan Onze Minister bepalen dat de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde naar een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, niet zijnde een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, zal worden overgeplaatst om daar zolang dat noodzakelijk is, te worden verpleegd'.

¹³⁴ Vegter 1999

¹³⁵ Waarvan Vegter meent dat deze tamelijk ver gaan en betwijfelt of ons land hieraan in alle opzichten voldoet.

naast wordt voorgeschreven, dat gespecialiseerde afdelingen of instellingen voor observatie en behandeling van psychisch gestoorde gedetineerden onder medisch toezicht aanwezig zijn. Verder zou de medische- of psychiatrische dienst van de inrichting zorg moeten dragen voor de psychiatrische behandeling van alle gedetineerden die zo'n behandeling nodig hebben en wordt nazorg na ontslag voorgeschreven.

Elke definitie die onderscheid maakt tussen behandeling en begeleiding is volgens Vegter gekunsteld. Hij beveelt dan ook aan met betrekking tot gedetineerden het begrip 'behandeling' ruim op te vatten en er onder te verstaan: een interventie doorgaans gepleegd onder leiding van of door een gedragsdeskundige of medicus waarbij therapeutische effecten, zoals het stabiliseren van de psychische toestand (voorkomen van verergering), het tegengaan van het ontstaan van een nieuwe pathologie of genezing worden beoogd¹³⁶. Bepaalde vormen van begeleiding en bejegening van gedetineerden, zoals deze plaatsvinden op bijvoorbeeld de individuele begeleidingsafdelingen of verslavingsbegeleidingsafdelingen (VBA) vallen enigszins te vergelijken met sociotherapeutische interventies die in het kader van verpleging in de Tbs worden uitgevoerd. De wijze waarop de behandelingsmogelijkheden worden gerealiseerd moeten aan de deskundigen worden overgelaten en dit doet volgens Vegter in juridische zin weinig ter zake. Wel dient behandeling op basis van wet- en regelgeving aan een aantal voorwaarden te voldoen.

In beginsel moet er overeenstemming zijn tussen gedetineerde en behandelaar en zijn er maar bij uitzondering mogelijkheden voor verrichtingen zonder toestemming van de betrokkene. Dwang is in beginsel uitgesloten, terwijl er voor drang een beperkte ruimte lijkt te zijn.¹³⁷

2.5.2 *Verslaving*

2.5.2.1 *Verslaving en Tbs*

Intensief gebruik van alcohol en alcoholverslaving zijn volgens de gegevens van het Dr. F.S. Meijers Instituut de meest frequent voorkomende vormen van verslaving ten tijde van het delict (circa 50%), gevolgd door softdrugs (bijna 40%). Ruim 25% heeft harddrugs gebruikt of is daaraan verslaafd. Gokken en medicijnverslaving komen relatief beperkt voor. Ruim tweederde van de populatie (68 à 70%) is aan één of meer middelen verslaafd of gebruikt deze intensief.¹³⁸ Mede door de aard van verslavingsproblematiek in relatie met de Tbs-maatregel is verslaving een kernprobleem in de Tbs en de behandeling van Tbs-gestelden.

Door Hilterman werd verslag gedaan van zijn onderzoek in opdracht van het ministerie van Justitie naar de predictie van ernstige recidive door Tbs-gestelden tijdens verlof.¹³⁹ In zijn onderzoeksmodel zijn er kenmerken van Tbs-gestelden geïdentificeerd aan de hand waarvan tot een nauwkeurige voorspelling van recidive tijdens verlof kan worden gekomen. Deze kenmerken zijn: type uitgangsdelict, daderslachtoffer relatie bij het uitgangsdelict, verzet tegen de behandeling, mate van verantwoording voor het uitgangsdelict, inzicht in algemeen geldende normen en waarden, het aantal overplaatsingen en overtre-

¹³⁶ Beperkingen in de uitoefening van het recht op behandeling kunnen worden gevonden in praktische beperkingen en beperkte financiële middelen. Zo zijn psychotherapie, gericht op sociale gedragsverandering en ontdekkende therapieën moeilijk realiseerbaar in het gevangeniswezen waar de mogelijkheid om te oefenen bij een langdurig verblijf op cel niet of nauwelijks aanwezig is. Ook kan een patiënt die oefent met ander gedrag verkeerd worden begrepen met als uiterste consequentie dat hij in de isoleercel belandt.

¹³⁷ Vegter 1999

¹³⁸ Van Emmerik & Diks 1999a

¹³⁹ Daarmee worden alle verloven binnen het vrijhedenbeleid van de Tbs bedoeld, waaronder het proefverlof.

dingen van verlofvoorwaarden bij eerder verlof, de omvang van het deviante netwerk en het alcoholgebruik tijdens de Tbs.¹⁴⁰ Uit dit onderzoek blijkt dat door alcoholgebruik van de Tbs-gestelde tijdens de tenuitvoerlegging van de Tbs de kans op ernstige recidive tijdens verlof significant toeneemt.

Hoewel door Hilterman wordt gesteld, dat het belangrijk is om de gevonden resultaten te valideren in ander onderzoek wordt met de uitkomsten van het onderzoek in het kader van de Tbs het belang van aandacht voor verslaving – en met name alcoholgebruik – aangetoond.

Door Noorlander, die als psychiater en verslavingsbehandelaar werkte in zowel de Tbs als in de Algemene GGz, werd in 1993 opgemerkt dat, terwijl verslaving een grote rol speelt bij Tbs-gestelden, over de plaats van de verslaafde in een Tbs-instelling nauwelijks literatuur is te vinden.¹⁴¹ Als gangbare verklaring gold destijds dat verslaving en Tbs niets met elkaar te maken hebben. Noorlander meent dat op grond van het 'culpa in causa'¹⁴² principe verslaving niet meetelt bij het beoordelen van de psychopathologie die tot een Tbs-advies zou kunnen leiden. Het gaat bij een Tbs advies altijd om andere pathologie dan een verslavingsprobleem; hoogstens kan een verslavingsprobleem meegewogen worden als één van de gevolgen van de aanwezige pathologie. In de behandeling werd verslavingsproblematiek wel als probleem gezien, echter veelal niet als een serieuze tweede diagnose maar als een stoorzender bij de behandeling. Pas van meer recente datum zijn specifiek op verslavingsbehandeling gerichte afdelingen of modules binnen de Tbs-klinieken gestart.

Noorlander stelt dat in de gangbare leerboeken van de psychiatrie wordt betoogd, dat een verslaving niet zomaar ontstaat, maar dat deze altijd het gevolg zou zijn van reeds aanwezige psychopathologie. Deze visie leidt tot de conclusie dat de verslaafde niet voor de verslaving heeft gekozen maar dat zijn 'onderliggende' problematiek hem tot verslaving bracht. Dat deze onderliggende problematiek eerst behandeld zou moeten worden is een visie die in de verslavingszorg veel voorkomt, maar waar ook in de Tbs-klinieken veel van wordt uitgegaan, waarbij therapeuten trachten deze problematiek te behandelen in de hoop daardoor de verslaving te doen verdwijnen. De verslaving blijkt echter zeer hardnekkig, de therapeuten raken teleurgesteld en verslaafden gaan behoren tot een weinig populaire groep patiënten waar weinig eer aan is te behalen. Veelal zullen patiënten zich er ook op beroepen, dat zij niet vanwege verslaving in de Tbs zijn terecht gekomen. Toch is het belangrijk dat verslavingsproblemen in de Tbs worden behandeld, omdat de realiteit is, dat veel delicten die tot een Tbs leidden gepleegd zijn onder invloed van verslavende stoffen en dat de werking van die stoffen er een grote rol bij heeft gespeeld, dat het delict in agressieve zin uit de hand kon lopen. Uit het onderzoek van Hilterman blijkt dat met name alcoholverslaving ook tijdens de behandeling een rol kan blijven spelen bij het vóórkomen van ernstige recidive.

Noorlander noemt met betrekking tot verslaving enkele uitgangspunten waarop Tbs-klinieken vaak onvoldoende zijn toegerust:

- Een verslaving die eenmaal is ontstaan is een probleem geworden met eigen etiologie en symptomatologie, een eigen prognose en eigen behandelmethoden en de patiënt heeft geen onderliggende problematiek meer nodig om in gebruik terug te vallen. De patiënt behoudt zijn verslaving

¹⁴⁰ Hilterman 2000

¹⁴¹ Noorlander 1993

¹⁴² De verslaving wordt niet beschouwd als een stoornis, waaruit beperkingen in het gedrag zijn te verklaren. Hier is weliswaar geen sprake van opzet, maar wel van schuld voor het strafbare feit.

- levenslang, ook al is de overige problematiek behandeld en opgelost. 'Niet gebruiken' wil niet zeggen 'niet verslaafd meer zijn'¹⁴³;
- Leven zonder een verslavende stof waaraan men verslaafd is geweest is veel moeilijker dan een niet-verslaafde zich ooit kan voorstellen. Dit leidt tot (meestal onuitgesproken) onoverbrugbare verschillen in doelstelling tussen hulpverlener en patiënt: de hulpverlener wil de problemen zodanig oplossen dat de patiënt niet meer hoeft te drinken; de patiënt koestert de hoop dat als alle problemen zijn opgelost hij weer gewoon zal kunnen drinken zonder er problemen mee te krijgen.¹⁴⁴

De opdracht waarvoor de Tbs-kliniek zich ziet gesteld is de patiënt van het plegen van delicten af te houden: op korte termijn door hem binnen de kliniek te houden, op langere termijn door hem een behandeling te geven. Het gebruik van alcohol en drugs is in Tbs-klinieken dan ook doorgaans verboden. Desondanks vinden patiënten tijdens hun verblijf in de kliniek vaak wegen om hun gebruik voort te zetten; zeker zullen de meeste verslaafde Tbs-gestelden gaan gebruiken zodra zij zich buiten de kliniek bevinden. Het gebruik van en de handel in drugs in de kliniek verstoort het behandelklimaat en kan leiden tot gevaarlijke situaties tussen patiënten, waarbij chantage, intimidatie en bedreigingen een rol kunnen spelen. Patiënten die gebruiken kunnen zich niet serieus aan behandoelen verbinden. De motivatie van niet-gebruikers en behandelaars wordt aangetast.¹⁴⁵

De patiënt ziet het gebruik veelal niet als een probleem; het gebruik in de kliniek maakt het leven aangenamer. Daarbij komt nog, in tegenstelling tot een verslaafde die in een verslavingskliniek wordt opgenomen, dat de motivatie bij de ter beschikking gestelde verslaafde ver te zoeken is. Hij lijdt vaak niet aan zijn verslaving, onder meer omdat de problematiek in de meeste gevallen pas jaren na het opleggen van de maatregel, na het uitzitten van de gevangenisstraf en de passantentijd, in de behandeling kan worden betrokken. Mede hierin verschilt de verslaafde Tbs-patiënt van de in de GGZ behandelde verslaafde. Bij de laatste is de problematiek acuut en actueel, en bovendien het enige te behandelen probleem, terwijl bij de Tbs-gestelde de verslaving per definitie maar één van de te behandelen problemen is.

Een ander probleem is de termijn waarop gewenst gedrag kan worden beloond. In de Tbs is de enige echte beloning een uiteindelijk niet meer verlengen van de Tbs na een periode van jaren; zeker voor verslaafden is het een onmogelijke opdracht om gedrag in het heden te koppelen aan een gewenst resultaat over een paar jaar.¹⁴⁶

Daarbij wordt in verslavingsklinieken veelal niet meer uitgegaan van afkicken, maar van beheersing van verslavingsgedrag en van het gegeven dat een verslaafde tijdens zijn behandeling een aantal terugvalmomenten zal kennen. In een Tbs-kliniek kan hiervan geen sprake zijn en wordt er naar gestreefd dat de patiënt geheel van het middelengebruik afziet.¹⁴⁷

¹⁴³ Noorlander 2000

¹⁴⁴ Noorlander 1993

¹⁴⁵ Blankstein 1993; Noorlander 1993; Janssen & Van Beuzekom 1999

¹⁴⁶ Noorlander 2000

¹⁴⁷ Noorlander 1993; Janssen & Van Beuzekom 1999

De verschillen tussen de verslavingszorg en de Tbs in schema volgens Noorlander¹⁴⁸:

Verslavingszorg	Tbs
Wet: WGBO	Wet: Beginselenwet Tbs
Verantwoordelijkheid bij patiënt	Verantwoordelijkheid bij kliniek
Straffen en belonen	Stimuleren en motiveren
Bekrachtiging op korte termijn	Bekrachtiging op lange termijn
Verslaving hét probleem	Verslaving één probleem
Weglopen en terugkomen regel en acceptabel	Weglopen en terugkomen onacceptabel
Terugval in gebruik wordt verwacht	Terugval in gebruik is mislukking
Verslavingsellende heel actueel	Verslavingsellende lang geleden

Volgens Noorlander is de behandelcultuur van een Tbs-kliniek niet bijzonder geschikt voor goede behandeling van verslaving, voortkomend juist uit de opdracht van de Tbs-kliniek om de patiënt van delictgedrag af te houden. Blankstein wijst op het ingewikkelde samenspel van behandeling, controleaspecten en rechtspositionele aspecten bij behandeling van verslaving in een Tbs-kliniek.¹⁴⁹ Hoewel in beide settings wordt gewerkt met lastige en vaak ongemotiveerde mensen zijn de behandelculturen van de verslavingszorg en de Tbs vrijwel elkaars tegengestelde op alle gebieden: de manier van probleemdefiniëren, het hanteren van verantwoordelijkheid, de therapeutische attitude, en dergelijke. Een confronterende verslavingsbehandeling kan alleen als de patiënt vrijwillig aan de behandeling deelneemt. De behandeling in Tbs-kader is meer gericht op regressie dan op confrontatie. Dit maakt ook een eventuele tijdelijke overgang van een Tbs-patiënt naar een verslavingskliniek moeilijk, zo is door haar ervaren. In wezen worden patiënten in een Tbs-kliniek te veel 'verwend' om nog de confronterende behandeling van een verslavingskliniek te kunnen accepteren, de vrijwilligheid ontbreekt en er is onvoldoende ruimte tot terugval van de patiënt.

2.5.2.2 *Behandeling van verslaving in de Tbs*

Ondanks de beperkingen die behandeling van verslaving in Tbs-kader kent zijn er in klinieken specifieke behandelprogramma's opgezet. De FPK De Grote Beek heeft een afzonderlijke verslavingsafdeling.

In de Van der Hoevenkliniek zijn twee verslavingsprogramma's opgezet: een intensief programma voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en een minder belastend programma voor patiënten met psychotische stoornissen. Er wordt volgens een gestructureerde probleemgerichte aanpak gewerkt met de nadruk op eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Het doel is het verkrijgen van inzicht, bewustwording van het verslavingspatroon, aanleren van alternatieven en terugval voorkomen of minimaliseren. Dit wordt eventueel ondersteund met medicatie.¹⁵⁰

De Kijvelanden gaat er vanuit, dat behandeling altijd in een groep moet plaatsvinden. Het behandelprogramma kent 3 fasen van elk 3 maanden. De eerste periode is gericht op bewustwordingen en er wordt gewerkt met groepsgerichte activiteiten en psycho-educatie. In de tweede periode vinden groepsbindingactiviteiten plaats en wordt de relatie van het delict met verslaving in de groep besproken. In de laat-

¹⁴⁸ Noorlander 2000

¹⁴⁹ Blankstein 1993

¹⁵⁰ Janssen & Van Beuzekom 1999

ste fase wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie en deze is bedoeld voor patiënten die met ongeleid verlof gaan.

Noorlander ziet als winst van deze werkwijze, dat aan patiënten wat vaardigheden kunnen worden meegegeven. De beperkingen van deze behandeling wordt door haar echter uitgedrukt in de vergelijking met 'een schriftelijke cursus zwemmen'.

Met betrekking tot de nazorg (proefverloffase) zou het winst kunnen betekenen om in plaats van (zoals nu gebruikelijk) de 'algemene' reclassering de verslavingsreclassering in te schakelen. De op verslavingsgedrag getrainde medewerkers voorzien 'smoezen' eerder, kunnen snel beschikken over de mogelijkheid urinecontroles te laten uitvoeren en zijn beter in staat aansluiting te vinden bij andere noodzakelijke voorzieningen voor verslaafden.

HOOFDSTUK 3 – HET OMGEVINGSVELD VAN DE TBS-KLINIEKEN

3.1 INLEIDING

3.1.1 *Aanleiding tot het project actie-plan uitstroom Tbs*

Met ingang van 1994 steeg het aantal Tbs-opleggingen op jaarbasis explosief ten opzichte van de daaraan voorafgaande jaren. Tot die tijd was er sprake van een aantal van tegen de 100 opleggingen, daarna groeide het aantal opleggingen tot tegen de 200 per jaar, terwijl de tendens in 1998 was, dat de groei zich nog zou doorzetten.¹⁵¹ Daarnaast bleek, dat het aantal beëindigingen van de Tbs in het algemeen niet was toegenomen.¹⁵² Ook bleek er sprake van een verandering in de samenstelling van de Tbs-populatie, waardoor onder meer de duur van de tenuitvoerlegging en de verwachtingen over het wenselijk geachte zorgsysteem op lange termijn na verblijf in de Tbs-kliniek, drastisch was gewijzigd. Uit onderzoek van Van Emmerik bij justitiële en niet-justitiële klinieken bleek, dat de toename van de Tbs-duur vooral op rekening kwam van de intramurale fase, wat leidde tot een grotere behoefte aan capaciteit van klinieken.¹⁵³ Deze gegevens hadden tot gevolg, dat te lange wachttijden voor de klinieken ontstonden en terbeschikking gestelden als passant langdurig in Huizen van Bewaring moesten verblijven.

Enerzijds werd door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie getracht hiervoor oplossing te vinden in capaciteitsuitbreiding van de klinieken, anderzijds was er de behoefte de gemiddelde intramurale behandelduur verantwoord te verkorten. Dit laatste, was de veronderstelling, zou onder meer kunnen worden bevorderd door de uitstroombmogelijkheden van de klinieken te verbeteren. In de praktijk bleek dit voor de klinieken de nodige problemen op te leveren; ondanks de al verrichte inspanningen ontbrak veelal een voldoende infrastructuur om de transmurale- en de extramurale fase vorm te geven op het moment, dat dit voor een terbeschikking gestelde verantwoord werd geacht.

Steeds meer werd, en wordt, verondersteld, dat er middelen en wegen zijn om de intramurale verblijfsduur van terbeschikking gestelden te bekorten en/of deze zelfs aan een termijn te verbinden. Voor de toenmalige directie Justitiële Jeugdinstellingen en Tbs (JJJ/Tbs) was dit aanleiding om praktisch inzicht te willen verkrijgen in die middelen en wegen. Tegen die achtergrond werd in september 1997 besloten om het project 'actie-plan uitstroom Tbs' te starten. Dit project moet worden beschouwd als een onderdeel van een meer omvattend kwaliteitsbeleid, dat bestond uit de volgende hoofdonderdelen:

1. een adequate selectie en plaatsing
2. een efficiënt doorstroombeleid
3. een effectief uitstroombeleid

¹⁵¹ Inmiddels is bekend dat het aantal Tbs-opleggingen zich tussen de 150 en 200 per jaar is blijven bewegen, terwijl de prognose is gemaakt dat het aantal opleggingen zich vanaf 2006 boven de 200 per jaar zou kunnen gaan bewegen, uitgaande van een stijging van ca. 5 opleggingen per jaar. Zie: Moolenaar & Huijbregts 2003

¹⁵² Ministerie van Justitie 1997b

¹⁵³ Van Emmerik 1995

Het oorspronkelijke in 1998 uitgegeven onderzoeksrapport droeg de titel 'Morgen gaat het beter, beter, beter...', ontleend aan het gedicht 'Psychiater' van Gerrit Achterberg.¹⁵⁴

Psychiater

Leg uw ge-'weten' bij mij aan
als thermometer, blijf niet staan
op een verschil van zeven meter
met de normaal.
'Morgen gaat het beter, beter, beter...'
en laat mij weer naar huis toe gaan.

Je kunt nog beter henengaan
en haal voor zeven gulden ether;
of doe iets in het middagmaal.
'En trek je van de zaak niets aan.'
Ik ben misschien al lang vergeten,
dat ik nog altijd moet bestaan.

3.1.2 Doelstelling project actie-plan uitstroom Tbs

In de projectbeschrijving werd in algemene beleidstermen onder meer gesteld, dat in een effectief uitstroombeleid:

- de condities zijn uitgewerkt waaronder een Tbs-patiënt de klinische setting kan verlaten (juridisch en
- zorginhoudelijk)
- de juridische instrumenten zijn beschreven (bij voorbeeld vrijhedenbeleid)
- praktische belemmeringen in kaart gebracht (en weggenomen)
- mogelijke routes in kaart zijn gebracht.

De effectiviteit van het uitstroombeleid van klinieken wordt enerzijds beïnvloed door de kwaliteit van het voorafgaande selectie- en behandelproces en hangt anderzijds samen met de mogelijkheden tot doorschakeling naar een volgende (extramurale¹⁵⁵) fase.

De doelstelling en uitvoering van het project werd binnen dit algemene beleidskader als volgt omschreven:

'Het project is op drie doelen gericht. Ten eerste het in beeld brengen van de reeds bestaande praktische mogelijkheden tot bevordering van de uitstroom. Ten tweede idem met betrekking tot praktische belemmeringen en hinderpalen. En ten derde het opstellen van plannen voor en met de klinieken om mogelijkheden te benutten en hinderpalen – voor zover praktisch mogelijk – op te heffen. Ten slotte kan – als afgeleide uit het voorgaande – ook blijken welke vormen of routes van uitstroom wel worden gewenst maar om structurele redenen niet direct praktisch zijn aan te pakken.

Het project zal worden uitgevoerd door een aan te stellen projectleider die met sleutelfiguren uit Tbs-klinieken, instellingen en organisaties waarmee kan of feitelijk wordt samengewerkt en met

¹⁵⁴ Achterberg 1988

¹⁵⁵ Buiten de Tbs-kliniek

deskundigen inzake selectie en plaatsing, (forensische) zorgsystemen, forensische psychiatrie en wet- en regelgeving uitwerking geeft aan de gestelde doelen.

In de gesprekken zullen in relatie tot de voornoemde mogelijkheden en hinderpalen op het vlak van de uitstroom de volgende onderwerpen aan de orde komen:

1. *het kwalitatief functioneren van externe organisaties*
2. *de gewenste capaciteit (kwantitatief) van die externe organisaties*
3. *het (niveau van) functioneren van bestaande of gewenste samenwerkingsverbanden*
4. *wet- en regelgeving*
5. *het functioneren van categorieën patiënten (zorgzwaarte en chroniciteit)*
6. *eigen middelen.'*

3.1.3 Analyse van de uitstroom uit de Tbs-klinieken

Vanuit verschillende invalshoeken zijn de afgelopen jaren en tot op dit moment pogingen ondernomen om greep te krijgen op de problematiek ten aanzien van de uitstroom uit de Tbs-klinieken en, daarmee volgens de meeste analyses samenhangend, de aansluiting van het Tbs-veld bij de algemene Geestelijke Gezondheidszorg. In hoofdstuk 2 van deze studie is kort ingegaan op een aantal beleidsonderzoeken en rapportages aangaande deze problematiek. Bij mijn onderzoek en analyse van de uitstroomproblematiek heb ik, meer dan van welke andere rapportage op dit gebied, gebruik gemaakt van het rapport 'Wordt vervolgd...' van de 'werkgroep vervolgvoorzieningen' uit 1993. Dit rapport kan gezien worden als een eerste analyse van de uitstroomproblematiek vanuit de Tbs-sector naar de GGz. Hoewel het rapport een heldere analyse geeft van de problematiek zoals deze in 1993 werd ervaren, zijn de beschreven bevindingen nauwelijks gebaseerd op empirische gegevens. Het project actie-plan uitstroom Tbs maakte het mogelijk om de beschrijving, analyse en aanbevelingen van de werkgroep vervolgvoorzieningen aan te vullen en te evalueren aan de hand van de stand van zaken in 1998, waarbij 'Wordt vervolgd...' bij wijze van spreken als een nulmeting wordt beschouwd. Daarom werd in grote lijnen bij de analyse van mijn onderzoek de structuur van 'Wordt vervolgd...' aangehouden. Om die reden licht ik dit rapport, voorafgaande aan mijn onderzoek en analyse, nog eens nader toe.

3.1.3.1 Het rapport 'Wordt vervolgd...'

In december 1993 is het rapport 'Wordt vervolgd...' van de werkgroep vervolgvoorzieningen verschenen. De werkgroep vervolgvoorzieningen bestond uit ambtenaren van de ministeries van Justitie en VWS en deskundigen vanuit het forensisch psychiatrische werkveld. Het rapport, dat geen algemene bekendheid in het veld verwierf, had tot opdracht 'voorstellen te ontwikkelen die moeten resulteren in een wegnemen van structurele belemmeringen in de doorstroming van (ex-)Tbs-gestelden naar instellingen in het veld van de geestelijke volksgezondheid of het maatschappelijk werk' en geeft in een notendop (9 pagina's) een helder inzicht in de stand van zaken op dat moment met betrekking tot de uitstroomproblematiek, een analyse van het probleem en een aantal aanbevelingen en actiepunten.

In het rapport wordt onder meer gesteld, dat het aantal terbeschikking gestelden, dat bij proefverlof of na beëindiging van de Tbs blijft aangewezen op 'structuur biedende vervolgvoorzieningen' behorende tot het veld van de GGz of het algemeen maatschappelijk werk is toegenomen. Daarnaast wordt geconstateerd, dat de doorplaatsing van Tbs-gestelden nog steeds grote problemen ondervindt, ondanks de waardevolle initiatieven die op kleine schaal worden ondernomen om tot oplossing van de problemen te komen. Er wordt een inventarisatie gegeven van de instellingen, die in het kader van de uitstroom een rol (kunnen) spelen. Genoemd worden: het Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), de FPK, de FPA, de RIBW, het gezinsvervangend tehuis (GVT), de

forensische polikliniek en deeltijdbehandeling, het Instituut voor Maatschappelijk Werk (IMW) en de Reclassering.

In het rapport wordt de *analyse* van het probleem als volgt geformuleerd:

In het algemeen kan vastgesteld worden dat doorstroming vanuit het Tbs-circuit naar dat van volksgezondheid, de zorg voor verstandelijk gehandicapten of algemeen maatschappelijk werk nog onvoldoende tot stand is gekomen.

Belemmerende factoren bij het doorstromen zijn:

- *onbekendheid in de circuits van volksgezondheid en justitie over de (on-)mogelijkheden van opvang;*
- *staf en personeel van de ontvangende instituten beschikken vaak over onvoldoende kennis en ervaring in de verpleging, behandeling en begeleiding van Tbs-gestelden en in de specifieke behoeften die deze patiënten aan hun omgeving stellen;*
- *er bestaat bij de ontvangende instituten een negatief beeld over psychiatrische patiënten uit het forensische circuit. Ondanks de grote diversiteit in ernst en soort psychische/psychiatrische problemen kunnen de hoofdkenmerken van dit negatieve image worden getypeerd met de steekwoorden: agressief, gevaarlijk en lastig;*
- *ontoereikende capaciteit in de geestelijke gezondheidszorg voor de opvang van genoemde specifieke doelgroepen;*
- *verschillen in wetgeving en financieringsstromen tussen beide circuits;*
- *risico van kwaliteitsverlies bij het functioneren van de reclassering nu de SPW (Sociaal Psychiatrisch Werk, jv)-functie binnen de reclassering bedreigd lijkt.¹⁵⁶*

In het laatste hoofdstuk van het rapport worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot:

- vaststelling van doelgroepen en daarbij passende voorzieningen en zorgniveaus;
- de ontwikkeling van circuits en samenwerkingsverbanden;
- bovenregionale indicatiestelling en -plaatsing voor RIBW's;
- in kaart brengen van financiële knelpunten;
- het aanhalen van banden tussen de (behandel-)circuits van justitie en volksgezondheid;
- standaard plaatsingsprocedures met inbegrip van heropname- en terugplaatsgaranties (zich uitstrekkend tot na beëindiging van de Tbs-maatregel);
- verdere ontwikkeling van poliklinische- en dagbehandelingsfuncties bij Tbs-inrichtingen en de effectiviteit van SGA- klinieken ten behoeve van de doelgroep.

Hoofdstuk 2 van 'Wordt vervolgd...' behandelt het onderwerp 'Doorstroming', waarmee in feite wordt bedoeld hetgeen in dit hoofdstuk als 'uitstroom' wordt gedefinieerd¹⁵⁷. De constatering, dat een toenemend aantal Tbs-gestelden (gesteld wordt: bijna de helft) bij proefverlof of einde van de maatregel (blijvend) is aangewezen op structuur biedende vervolgvoorzieningen in de GGz of het algemeen maatschappelijk werk, is nog steeds aan de orde. Daaraan moet worden toegevoegd, dat in de afgelopen jaren een toenemend deel van de uitstroom naar de GGz plaats vindt in het kader van transmuralisatie. Het gaat daarbij om plaatsingen in het kader van een nog onvoorwaardelijke Tbs en onder directe verantwoordelijkheid van de Tbs-klinieken. De kwantiteit van de doorstroom van deze transmurale plaatsen naar reguliere GGz-plaatsen is van betekenis voor de uiteindelijke uitstroom van Tbs-gestelden uit het Tbs-veld. Dit is waar het rapport 'Wordt vervolgd...' op doelt.

¹⁵⁶ Werkgroep Vervolgvoorzieningen 1993

¹⁵⁷ Zie paragraaf 3,2.1.

Ten opzichte van 1993 werd blijkbaar een toenemend gebruik gemaakt van transmurale plaatsen, welke uiteindelijk in een aantal gevallen wellicht de aanwezigheid van Tbs-gestelden binnen het Tbs-veld verlengt, omdat doorstroming naar reguliere GGz-plaatsen stagneerde.

De stagnatie van de doorstroom naar reguliere plaatsen werd ondersteund door gegevens uit een interview dat ik in 1997 had met Mr. J.P. Balkema, vice-president van het Gerechtshof in Arnhem en voorzitter van de Penitentiare Kamer. De ervaring bij de Penitentiare Kamer van de daaraan voorafgaande jaren was, dat in de laatste fase van de behandeling veel Tbs-gestelden in appel gaan tegen de verlenging. Het betreft dan patiënten, die meestal noodzakelijk in een GGz-voorziening (APZ, FPA of RIBW) moeten worden geplaatst, maar waar dit niet mogelijk blijkt. Een principemachtiging proefverlof is meestal al aanwezig. De nieuwe variant van beëindiging van de verpleging onder voorwaarden biedt geen oplossing, omdat ook dit de onmiddellijke aanwezigheid veronderstelt van een voorziening, die de patiënt zal opnemen. Bij de bedoelde groep gaat het in het algemeen om reguliere psychiatrische problematiek, terwijl uit de dossiers blijkt, dat de patiënt 'lastiger' is dan de reguliere psychiatrische patiënt in de zin van 'testing the limits' en/of drugsgebruik. Uit de stukken en de toelichting ter zitting blijkt daarnaast, dat er tussen kliniek en patiënt veel strijd is over de plaats van resocialisatie, maar ook dat klinieken vaak jaren bezig zijn om voor een patiënt een passende plaats buiten het Tbs-circuit te vinden. Dit blijkt ook uit de jaarlijkse terugkeer bij het Hof van vaak dezelfde patiënten. Het gevolg van dit alles is een verlenging van Tbs-termijnen, verlies van motivatie en terugval van de patiënt in 'oud' gedrag. Hoewel het voorafgaande niet systematisch wordt geregistreerd en onderzocht ging het volgens Balkema bij het Hof om 'tientallen' zaken per jaar waarop het hier beschrevene van toepassing is.

In 'Wordt vervolgd...' worden de volgende vervolgvoorzieningen besproken: het APZ, de FPK, de FPA, de RIBW, het GVT, poliklinische- en deeltijdbehandeling, het Instituut voor Maatschappelijk Werk (IMW) en de reclassering. In de stand van zaken van 1998 werd daaraan nog toegevoegd de thuislozenzorg en door de klinieken zelf ontwikkelde voorzieningen. Daarnaast was er ten opzichte van 1993 een toename te constateren van samenwerking in forensisch-psychiatrische circuits. De hier genoemde voorzieningen zullen nu, in relatie tot de Tbs-klinieken aan een nadere analyse worden onderworpen, op grond van het in mijn onderzoek verzamelde empirische materiaal.

3.2 ANALYSE VAN DE UITSTROOMPROBLEMATIEK UIT DE TBS

3.2.1 *Uitstroom*

Gaandeweg het onderzoek bleek, alvorens tot een nadere analyse te kunnen komen van de uitstroom uit de Tbs, de noodzaak om het begrip 'uitstroom' nader te definiëren ten opzichte van andere in de praktijk gebruikte aanduidingen, zoals 'doorstroom', 'doorstroming' en 'overplaatsing'. Het bleek dat deze aanduidingen door elkaar werden gebruikt, zonder dat de betekenis expliciet was afgesproken.

Nauw gedefinieerd kan de uitstroom worden gezien als de fase waarin geen meer sprake is van verantwoordelijkheid van de kliniek: beëindiging van de verpleging onder voorwaarden en onvoorwaardelijke beëindiging van de Tbs.

Wanneer voor deze definitie wordt gekozen zou een deel van de activiteiten van de klinieken in de transmurale en resocialisatiefase aan het zicht en aan een nadere beschouwing binnen het kader van dit project worden onttrokken omdat deze in een transmurale fase plaatsvinden.

In de dagelijkse werkpraktijk en in beleidsnota's wordt de term 'doorstroom' vaak gebruikt als 'uitstroom' wordt bedoeld. In dit onderzoek is de term 'doorstroom' steeds gebruikt wanneer

sprake is van overgang van een patiënt van de ene naar de andere afdeling binnen hetzelfde instituut. Van 'uitstroom' is sprake wanneer een patiënt overgaat van de ene soort voorziening naar de andere- en/of wanneer de verpleging in een instituut wordt beëindigd.

Uitstroom is in dit onderzoek breed gedefinieerd als de fase, die volgt op de intramurale fase, en bevat de transmurale fase en de fase waarin patiënten terugkeren in een zelfstandige leefsituatie en de verpleging intramuraal is beëindigd. Proefverlof en beëindiging van de verpleging onder voorwaarden behoren binnen deze definitie dan ook tot de uitstroomfase.

De beëindiging van de verpleging onder voorwaarden, die wel binnen de definitie van uitstroom valt, was ten tijde van het onderzoek een nog dermate nieuwe variant binnen de wetgeving, dat over de mogelijkheden hiervan nog bijna uitsluitend speculatief kon worden gesproken.

Voor wat betreft de onvoorwaardelijke beëindigingen van de Tbs kon daarnaast worden vastgesteld, dat deze sterk achterbleven bij het aantal opleggingen van de maatregel. Cijfers van DJI¹⁵⁸ gaven over de voorgaande jaren het volgende beeld:

	Opleggingen	Beëindigingen
1990	95	63
1991	117	91
1992	117	64
1993	134	49
1994	199	59
1995	180	81
1996	196	64
1997	156	73
1998	150	69
1999	171	84
2000	151	79
2001	177	88
2002	203	80
2003	217	83
2004	212	109

Aangenomen moest dan ook worden, dat veel activiteit van de klinieken in het kader van de uitstroom in de transmurale fase plaatsvindt, nog voordat de verpleging voorwaardelijk of de maatregel onvoorwaardelijk is beëindigd. Daarbij deed zich, gezien de hierboven vermelde cijfers, de vraag voor of vanuit deze fasen sprake is van voldoende uitstroom en doorstroom naar reguliere plaatsen in vervolgvoorzieningen met als uiteindelijk resultaat een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging of onvoorwaardelijke beëindiging van de Tbs.

Gezien de verschillende wijzen waarop de Tbs-klinieken de behandeling hebben georganiseerd is het niet eenvoudig om tot een eenduidige definitie en vergelijking van de uitstroom te komen.

¹⁵⁸ Bron: Directie Beleid, DJI, Ministerie van Justitie. De cursief gedrukte cijfers zijn na afsluiting van het onderzoek toegevoegd.

De functie van de Tbs-klinieken is om patiënten te verplegen en/of te behandelen in een gesloten setting, zolang dit voor de veiligheid van de samenleving noodzakelijk is. Daarna wordt stapsgewijze getracht de patiënt meer vrijheden te geven binnen een minder gesloten regime. De meeste klinieken beschikken ten tijde van het onderzoek over één of meer resocialisatieafdelingen waarin patiënten werden voorbereid op de overgang naar een al dan niet beschermende leefsituatie elders. Het betrof afdelingen, waarbinnen minder strikte beveiliging aanwezig is, maar wel een forensisch psychiatrisch expertise noodzakelijk blijft. In het navolgende wordt het verblijf van de patiënt in een resocialisatieafdeling tot de intramurale fase gerekend en blijft dan ook buiten beschouwing bij de analyse van de uitstroom.

De functie van de transmurale fase is de patiënt voor korte of langere duur in een gesloten of beschermende vervolgvoorziening onder te brengen. Zo mogelijk kan de forensisch psychiatrische expertise in het behandelings- of begeleidingsproces langzamerhand overgaan in een regulier GGz-aanbod en overplaatsing naar een reguliere plaats in een vervolgvoorziening. In de transmurale fase is, zolang nog geen sprake is van beëindiging van de verpleging onder voorwaarden of beëindiging van de maatregel, er een primaire verantwoordelijkheid van de kliniek voor behandeling en begeleiding, evenwel in een nauwe samenwerking met de betrokken vervolgvoorziening.

3.2.2 De Tbs-populatie

In een follow-up onderzoek bij justitiële en niet-justitiële klinieken uit 1995 heeft Van Emmerik een onderscheid aangebracht in groepen Tbs-gestelden voor wat betreft de noodzakelijke zorg na de intramurale fase.¹⁵⁹ Hij komt tot de volgende te onderscheiden groepen:

- | | | |
|----|--|---------|
| a. | 'zeer langdurig' verblijf in het Tbs-veld | ca. 13% |
| b. | aangewezen op beschermende woonvorm, zwakzinnigenzorg of andere vorm van begeleiding | ca. 35% |
| c. | langdurig verblijf intramuraal in GGz | ca. 19% |
| d. | zelfstandig terug in samenleving | ca. 33% |

Voor wat betreft de aanwezigheid van een netwerk van relaties, dat zinvol bij de behandeling kan worden betrokken wordt gesteld, dat dit bij twee derde van de Tbs-populatie aanwezig blijkt te zijn, hetgeen van belang kan zijn voor het welslagen van de behandeling.

Enkele andere voor de uitstroom relevante conclusies in dit onderzoek van Van Emmerik zijn de volgende:

- De Tbs wordt nog slecht sporadisch opgelegd naar aanleiding van misdrijven waarbij geen geweld of bedreiging met geweld is gebruikt. Dit heeft onder meer gevolgen voor de zorgvuldigheid bij besluitvorming over de vergroting van de bewegingsvrijheid van Tbs-gestelden;
- Het aantal Tbs-gestelden met een psychotische stoornis is (verder) toegenomen, terwijl veelal sprake is van meervoudige problematiek. Daarbij wordt gesproken van combinaties van As I en As II stoornissen alsmede van meerdere diagnoses op de beide assen afzonderlijk;
- Er is sprake van een aanzienlijke groei van het aantal Tbs-gestelden met verslavingsproblemen;

¹⁵⁹ Van Emmerik 1995

- Een niet onbelangrijk deel van de populatie behoort tot een etnische minderheid.

Door Beyaert werd in 1996¹⁶⁰ een percentage van ca. 50 genoemd, dat nazorg behoeft na de intramurale Tbs fase. Hij onderscheidt de Tbs-populatie in de uitstroomb fase in een zestal groepen, die een niveau van noodzakelijke zorg bevatten:

1. Zij die het best af zijn om min of meer gehospitaliseerd hun verdere leven te verblijven in een APZ (met medicatiecontrole en -plicht);
2. Zij die een plaats kunnen krijgen in een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) of een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) met een hoop tot verdere resocialisering, al dan niet met het gewone APZ als eindstation;
3. Zij die zich in een RIBW-voorziening kunnen staande houden, indien de medicatie onder controle blijft;
4. Zij die zich in de gewone samenleving kunnen staande houden, indien de medicatietoediening gecontroleerd blijft;
5. Zij die zich met reclasseringsbegeleiding kunnen staande houden in de gewone samenleving;
6. Zij, die zich aan alle begeleiding onttrekken en zich toch staande houden;

Door Beyaert wordt geen rekening gehouden met de groep Tbs-gestelden, die long-stay binnen het Tbs-circuit zullen moeten blijven, de 'chronici'.

Wanneer de gegevens uit het onderzoek van Van Emmerik worden gezet naast de zes groepen, die door Beyaert worden onderscheiden leidt dat tot de volgende verdeling in de vraag naar zorgzwaarte van vervolgvorzieningen:

- | | |
|-----------------|------------|
| - groep 1 en 2 | circa 19 % |
| - groep 3 en 4 | circa 35 % |
| - groep 5 en 6 | circa 33 % |
| - long-stay Tbs | circa 13 % |

Beyaert stelt, dat de eerste vier door hem genoemde groepen tot de 50% behoren, die een begeleiding vereisen waarbij dwang tot de mogelijkheden moet behoren en psychofarmaca onontbeerlijk zijn voor de resocialisatie. De overige 50% betreffen de groepen 5 en 6.

Volgens Beyaert kan de door hem bedoelde dwang binnen de nieuwe Tbs-wetgeving vorm worden gegeven door middel van een voorwaardelijk ontslag uit de Tbs. De vraag is en wordt echter volgens hem – maar ook volgens vele anderen – of de GGz deze dwang kan opbrengen.

Daaraan moet echter worden toegevoegd de vraag of de GGz deze dwang wel moet opbrengen of dat er binnen samenwerkingsverbanden tussen de reguliere GGz en de forensische psychiatrie mogelijkheden zijn te ontwikkelen om dwang en controle te organiseren, waarbinnen de GGz-instellingen hun eigen behandel- en begeleidingsbeleid kunnen ontwikkelen en uitvoeren.

Het voorgaande geeft enige indicatie over de vraag die er binnen het Tbs-veld aanwezig is met betrekking tot transmurale en uitstroombvoorzieningen.

Wanneer er van wordt uitgegaan, dat de intramurale capaciteit van de Tbs-klinieken gelijk blijft, de intramurale behandelduur moet worden verkort en Tbs-passanten versneld vanuit de huizen van

¹⁶⁰ Beyaert 1996

bewaring moeten instromen zal de uitstroom ongeveer gelijk moeten zijn aan het aantal Tbs-opleggingen. Dit betekent, dat op jaarbasis minimaal 200 patiënten de Tbs-klinieken moeten verlaten. Een voorzichtige conclusie (op basis van de zeer beperkt aanwezige [onderzoeks-]gegevens) is, dat ongeveer een derde deel van de noodzakelijke uitstroom (tussen de 60 en 70 patiënten) zich met reclasseringsbegeleiding of op eigen kracht in de vrije samenleving zal kunnen staande houden. Ongeveer 100 patiënten zullen moeten uitstromen naar vervolgvoorzieningen. Daarvan zal een groot deel gebruik moeten maken van een langdurig verblijf in een APZ of RIBW. Gezien het gegeven, dat het hier vaak langdurige plaatsingen betreft zal het om een toenemend aantal noodzakelijke plaatsen gaan.¹⁶¹

Er is vanuit het Tbs-circuit inmiddels samenwerking ontwikkeld om uitstroom naar vervolgvoorzieningen, veelal de GGz, mogelijk te maken. Gezien de gebleken stagnatie in de uitstroom en de uit de interviews verkregen informatie ziet het er naar uit, dat vraag en aanbod nog onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Ook is het mogelijk, dat de uitstroom/doorstroom vanuit transmurale voorzieningen naar reguliere behandel- of verblijfplaatsen buiten het Tbs-circuit onvoldoende plaats vindt.

3.2.3 *Transmuralisatie en resocialisatie*

Zoals uit de verkregen gegevens bleek hadden de meeste klinieken een of meer resocialisatieafdelingen. Alleen de Van der Hoevenkliniek en het Meijers Instituut hadden geen resocialisatieafdeling binnen de kliniek.

De Van der Hoevenkliniek had geen gespecialiseerde behandelafdelingen maar had vanaf het moment van opname van een patiënt een aantal gedifferentieerde door- en uitstroomtrajecten ontwikkeld. Deze leidden na de intramurale fase naar een aanbod van, deels zelf ontwikkelde en beheerde, voorzieningen.

Het Meijersinstituut had binnen het Tbs-veld een speciale taakstelling, waarbinnen behandeling maar een beperkt onderdeel vormde. Uitstroom vond waar nodig en/of mogelijk plaats rechtstreeks vanuit de 14 behandelplaatsen.

Een resocialisatieafdeling werd tijdens het onderzoek door de overige klinieken gezien als een noodzakelijke te onderscheiden fase om de patiënt voor te bereiden op diens terugkeer in een al dan niet gesloten, beschutte of vrije leefsituatie buiten de Tbs-kliniek.

Als vervolg op de resocialisatieafdeling waren er door klinieken afspraken gemaakt, contracten afgesloten met- en/of plaatsen ingekocht in verschillende externe voorzieningen, veelal in de reguliere of gespecialiseerde GGz. Er wordt dan gesproken van transmurale voorzieningen. Het betreft plaatsen binnen een RIBW, de FPA van een APZ of de thuislozenzorg. Verder ontwikkelden verschillende klinieken plannen voor inkoop of het opzetten van nieuwe voorzieningen.

¹⁶¹ Van Emmerik (1999) schrijft hierover: '(...) komt Van Vliet op een behoefte van aan 150 plaatsen in vervolgvoorzieningen. Deze schatting gaat uit van een min of meer gelijkblijvende, althans voorspelbare behoefte. Tot en met 1992 lag het aantal opleggingen echter rond de honderd, in 1993 op 135, vervolgens twee jaar op bijna tweehonderd, terwijl er in de beide daarop volgende jaren circa 150 opleggingen zijn geweest. Bij dergelijke schommelingen zijn fricties niet te vermijden, omdat zowel Tbs-instellingen als algemene zorgvoorzieningen gehouden zullen zijn aan een 100% bezettingsnorm.' Inmiddels blijkt (zie paragraaf 3.2.2.) dat het aantal opleggingen zich ook tussen 1996 en 2002 nog bewoog tussen 150 en 200 en vanaf 2002 zelfs de 200 per jaar overschreedt, terwijl het aantal beëindigingen nog geen 50% van het aantal opleggingen bedroeg. Zie ook: Moolenaar & Huijbregts 2003

3.2.4 Proefverlof

Elk jaar wordt aan een aantal Tbs-gestelden proefverlof verleend. Het proefverlof kan worden verleend aan een Tbs-gestelde wanneer deze rechtstreeks vanuit de kliniek terugkeert in een zelfstandige leefsituatie, maar ook wanneer er sprake is van plaatsing in een vervolgvoorziening.

Aan het proefverlof worden voorwaarden verbonden en de Tbs-kliniek blijft beslissingsbevoegd. Wanneer de Tbs-gestelde naar een zelfstandige leefsituatie met proefverlof gaat zal in het algemeen in deze fase de reclassering belast worden met het verlenen van de noodzakelijke hulp en steun aan de Tbs-gestelde en met het uitbrengen van de noodzakelijke rapportages over de Tbs-gestelde, inclusief het advies aan de kliniek over de noodzaak van verlenging of beëindiging van de maatregel. Bij plaatsing van een Tbs-gestelde in een vervolgvoorziening in het kader van proefverlof zijn meestal de kliniek en/of de forensische polikliniek en soms ook de reclassering in het proces betrokken, waarbij onderling afspraken worden gemaakt over de taakverdeling.

In de volgende tabel is voor de jaren 1994 tot en met 1997 zichtbaar gemaakt hoeveel Tbs-gestelden met proefverlof de kliniek hebben verlaten, het gemiddelde aantal Tbs-gestelden dat in die jaren met proefverlof was en het aantal Tbs-gestelden, dat wegens intrekken (mislukken) van het proefverlof naar de kliniek terugkeerde.¹⁶²

	kliniek verlaten met proefverlof	gemiddeld aantal met proefverlof	teruggekeerd naar de kliniek wegens intrekken proefverlof
1994	70	68,2	23
1995	56	80,3	10
1996	70	81,0	30
1997	62	98,0	19

Deze cijfers gaven aanleiding tot de volgende opmerkingen:

- Het aantal Tbs-gestelden, dat in de jaren 1994 tot en met 1997 met proefverlof ging was gemiddeld 65 per jaar. Gezien de toegenomen capaciteit van de Tbs-klinieken van 607 ultimo 1994 tot 895 ultimo 1997 neemt het aantal Tbs-gestelden, dat met proefverlof gaat, verhoudingsgewijs af.
- Het gemiddeld aantal Tbs-gestelden, dat jaarlijks met proefverlof is, stijgt. Dit roept in relatie met de vorige constatering de vraag op of er ook sprake is van verlenging van de gemiddelde duur van het proefverlof.
- Een jaarlijks wisselend aantal Tbs-gestelden dat met proefverlof is keert terug naar de kliniek in verband met intrekken (mislukken) van het proefverlof. Over de jaren 1994 tot en met 1997 waren dit er gemiddeld 20 per jaar. Op een gemiddelde van 65 proefverloven per jaar betekent dit, dat gemiddeld ruim 30 % van het aantal Tbs-gestelden dat met proefverlof ging terugkeerde naar de kliniek. Deze factor heeft een negatief effect op de totaal beschikbare Tbs-capaciteit.

De hier genoemde opmerkingen verdienen nader onderzoek. Vraagstellingen daarbij zijn onder meer:

- Wat is de oorzaak van de verhoudingsgewijze afname van het aantal verleende proefverloven?

¹⁶² Bron: Directie Beleid, DJI, Ministerie van Justitie

- Is er inderdaad sprake van een verlenging van de gemiddelde duur van het proefverlof en wat zijn daarvan de oorzaken?
- Is het aantal en percentage ingetrokken/mislukte proefverloven vergelijkbaar met de periode vóór 1994?
- Wat zijn de oorzaken van het intrekken/mislukken van de proefverloven?

Oorzaken kunnen zijn gelegen in factoren die betrekking hebben op de veranderde Tbs-populatie, in het functioneren van de Tbs-klinieken en in het functioneren van vervolgvoorzieningen en/of de reclassering of combinaties van deze factoren. Beantwoording van de vraagstellingen kan van belang zijn bij de bevordering van kwantiteit en kwaliteit van de uitstroom uit de Tbs-klinieken.

3.2.5 *Het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)*

Volgens 'Wordt vervolgd...' wordt na beëindiging van de maatregel van de mogelijkheid van plaatsing in een (regulier) APZ nauwelijks gebruik gemaakt. Vanuit de onderzoeksgegevens kan deze conclusie niet worden bevestigd. De forensisch psychiatrische afdeling (FPA) is echter een voorziening, die is ontwikkeld als onderdeel van het APZ met de doelstelling zorgintensieve plaatsen aan te wenden voor patiënten

- a. die een zorgintensieve behandeling behoeven en
- b. voor wie opname in een FPK of Tbs-instelling niet (meer) noodzakelijk is, maar voor wie de reguliere zorg binnen het APZ (nog) niet toereikend wordt geacht.¹⁶³

Dit betekent, dat doorstroming van de FPA naar een reguliere APZ-plaats wel tot de mogelijkheden moet worden gerekend, maar dat dit niet als een vastliggend traject wordt aangemerkt.

Uit de gegevens van de door de klinieken aangemelde en geplaatste patiënten (bijlage 3) blijkt, dat in 1996 en 1997 totaal 27 patiënten vanuit 6 klinieken in een APZ zijn geplaatst. Dat is 27 % van het aantal plaatsingen in vervolgvoorzieningen in die periode.

Vanuit de meeste klinieken werd de verminderde asielfunctie van het APZ als een knelpunt aangemerkt. Er blijft een groep patiënten binnen het Tbs-circuit, die op een dergelijke asielfunctie is aangewezen en die op dit moment niet geplaatst kan worden. Ook in het rapport van de 'Werkgroep Forensische Zorg'¹⁶⁴ wordt dit als een knelpunt genoemd en wordt aanbevolen de asielfunctie te (her)ontwikkelen.

Geconcludeerd wordt, dat het reguliere APZ geen marginale functie meer vervult in de transmurale en uitstroomfase van de Tbs. De verminderde asielfunctie van het APZ leidt tot een knelpunt in de Tbs-sector.

In hoeverre doorstroom vanuit de FPK of de FPA naar reguliere plaatsen in een APZ leidt is uit de verkregen gegevens niet af te leiden.¹⁶⁵

¹⁶³ Wilken 1994

¹⁶⁴ Werkgroep Forensische Zorg 1996

¹⁶⁵ Uit het onderzoek Grensstroom (Wilken e.a. 1999) blijkt: 'De meeste cliënten in de FPA's komen uit een penitentiaire inrichting (60%) en vertrekken naar een APZ (28%), resp. naar huis (25%). De meeste cliënten in FPK's komen eveneens uit een penitentiaire inrichting (52%) en vertrekken een zelfstandige thuissituatie (34%) of een penitentiaire inrichting.' 11% vertrekt vanuit een FPK naar een APZ. Dit alles op een totaal aantal van 343 cliënten in de jaren 1996 en 1997.

3.2.6 *De Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK)*

De Forensisch Psychiatrische Kliniek heeft als doelstelling het opnemen, behandelen, verplegen en verzorgen van mensen met psychiatrische problematiek en een juridische titel en maakt deel uit van een regulier APZ.¹⁶⁶ Het niveau van verpleging en behandeling in de FPK is intensiever en het beveiligingsniveau is hoger dan dat in de FPA's en is vergelijkbaar met de reguliere Tbs-klinieken.

In 1993 beschikte alleen het APZ De Grote Beek in Eindhoven (120 plaatsen) over een dergelijke voorziening, in 1998 was ook de FPK bij het APZ-Drenthe (54 plaatsen) al enkele jaren in gebruik. Een derde FPK Amsterdam (78 plaatsen) was nog in ontwikkeling.

De FPK in Eindhoven heeft een erkenning voor 76 Tbs-plaatsen, de FPK in Assen voor 15 Tbs-plaatsen. Beide klinieken maken als zodanig ook deel uit van het Tbs-veld en vormden dan ook een onderdeel van dit onderzoek naar de uitstroom. In het onderzoek 'Grensstroom' is onder meer nader op het functioneren van de FPK's ingegaan.¹⁶⁷

Uit de cijfers in bijlage 3 blijkt, dat in 1996 en 1997 3 patiënten vanuit 2 Tbs-klinieken in een FPK zijn geplaatst. Dit is niet als uitstroom op te vatten in termen van de definitie van dit onderzoek, omdat de FPK vanuit de Tbs-sector als eerstelijnsvoorziening moet worden aangemerkt.

3.2.7 *De Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA)*

Zoals eerder genoemd is de doelstelling van de FPA, als onderdeel van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, het bieden van zorgintensieve behandeling ten behoeve van forensisch-psychiatrische patiënten. In zijn onderzoek 'Grensang'¹⁶⁸ specificeert Wilken deze doelstelling als volgt:

- Doelen van opname in de FPA kunnen zijn:
 - observatie en onderzoek
 - psychiatrische behandeling
 - psychiatrische rehabilitatie
 - resocialisatie
- De FPA is een sluisvoorziening tussen Justitie en GGz. Het doel van de FPA is om de patiënt te integreren in het gewone psychiatrische circuit (inclusief het ambulante circuit).
- De FPA heeft als doel te komen tot een verruiming van de bestaande behandel mogelijkheden voor forensisch psychiatrische patiënten die zijn aangewezen op een zorgintensieve behandeling.
- Opname in een FPA is voor patiënten die uit een FPK komen een vervolgbehandeling welke als doel heeft om de intensieve zorg en het beveiligingsklimaat van de FPK te ontwennen.
- De FPA heeft ook een voorlichtende taak: zowel extern als intern kan de FPA de bekendheid met de forensische psychiatrie vergroten, zodat de drempel vanuit Justitie naar GGz en binnen het APZ lager wordt.

¹⁶⁶ In 2003 werd door de gezamenlijke FPK's een nieuwe positiebepaling geformuleerd, waarbij als doel van behandeling door een FPK wordt genoemd 'om, zowel bij de behandelde persoon als in de situatie waarin hij of zij na behandeling terecht komt, een dusdanig evenwicht te bewerkstelligen dat die persoon een waardig leven kan leiden als lid van onze samenleving en dat tegelijkertijd de veiligheid van de samenleving is gewaarborgd'. Ten aanzien van de vraag wanneer een FPK en wanneer de Algemene GGz aangewezen is, wordt gesteld dat dit uitsluitend op basis van zorg- en veiligheidsoverwegingen kan worden overwogen: 'gewoon waar mogelijk, speciaal als het moet'. (Veilig behandeld 2003)

¹⁶⁷ Wilken e.a. 1999

¹⁶⁸ Wilken 1994

Het aantal plaatsen in FPA's zou in 1998 worden uitgebreid van de huidige 40 naar 116. Uit de cijfers in bijlage 3 blijkt, dat in 1996 en 1997 in totaal 21 patiënten vanuit 5 klinieken in FPA's zijn geplaatst. Dat is 21 % van de plaatsingen in die periode.

Geconcludeerd wordt, dat het aantal plaatsingen vanuit Tbs-klinieken in FPA's procentueel een omvangrijk deel van het totaal aantal plaatsingen betreft. Opmerkelijk is, dat vanuit de helft van de klinieken geen patiënten in een FPA zijn geplaatst. Dit roept de vraag op naar de mate waarin de FPA ten behoeve van het Tbs-circuit aan de eerder genoemde doelstellingen voldoet. Uit het later verschenen onderzoek Grensstroom blijkt dat 15% van de patiënten van FPA's naar Tbs-klinieken is uitgestroomd (19 cliënten op een totaal van 126 in de jaren 1996 en 1997).¹⁶⁹ Wel is nu al duidelijk, dat de problematiek van de Tbs-sector in relatie tot de FPA is, dat de doelstelling van deze voorziening breder is dan het opnemen van Tbs-gestelden. Een deel van de beschikbare plaatsen wordt gebruikt voor patiënten met een vergelijkbare problematiek als binnen de Tbs, waaronder patiënten met een KZ-maatregel (art. 37 Sr) of een andere justitiële titel, dan wel meervoudige problematiek.

3.2.8 De Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW)

De Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen (NVBW), jaren geleden reeds opgegaan in de GGz-Nederland, heeft in 1991 beleid ontwikkeld met betrekking tot de forensische psychiatrie.¹⁷⁰ De uitvoering van dit beleid is inmiddels onderzocht en in een publicatie beschreven, waarin de plaatsing van Tbs-gestelden in RIBW's 'behoorlijk succesvol' wordt genoemd¹⁷¹.

Volgens informatie van de GGz-Nederland waren er 44 specifiek forensisch psychiatrische plaatsen in RIBW's gepland, waarvan er in 1998 circa 30 operationeel waren. Dit bleek ook uit de gegevens van de klinieken.

Anders dan vaak wordt aangenomen blijkt uit het onderzoek, dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis bij patiënten op zichzelf geen belemmering behoeft te zijn voor een succesvolle plaatsing in een RIBW. Van belang is veel meer de zorgvuldigheid waarmee plaatsing van een Tbs-gestelde in een RIBW wordt voorbereid en begeleid. Als voorwaarden voor een succesvolle plaatsing in een RIBW worden genoemd:

1. *een goede samenwerkingsrelatie met de plaatsende kliniek*
2. *een goede voorbereiding van de plaatsing*
3. *deskundigheidsbevordering en informatieuitwisseling*
4. *opbouw van expertise*
5. *motivatie en inzet van de bewoner, medebewoners en personeel*

Vanuit mijn interviews met de Tbs-klinieken kan over deze voorwaarden het volgende worden opgemerkt:

Als een belangrijke voorwaarde in de samenwerkingsrelatie met de RIBW wordt door de klinieken genoemd een permanente beschikbaarheid voor overleg en het geven van een terugplaatsgarantie van de patiënt. Dit laatste betekent, dat de patiënt in geval van een calamiteit direct door de Tbs-kliniek kan worden heropgenomen, eventueel tijdelijk. In de aanbevelingen van het rapport 'Wordt

¹⁶⁹ Wilken e.a. 1999

¹⁷⁰ Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen 1991

¹⁷¹ Plemper 1998

vervolgd...' wordt ook het belang van een dergelijke garantie benadrukt als *'een belangrijk element in de groeiende bereidheid om patiënten in vervolgvoorzieningen op te nemen'*. Vastgesteld kan in 1998 worden, dat in het Tbs-veld een dergelijke werkwijze gangbaar is. Daarbij moet worden aangetekend, dat vanuit de klinieken zorg is uitgesproken over de uitvoering van de terugplaatsgarantie: de overbezetting van de klinieken op dit moment heeft tot gevolg, dat het in de praktijk nauwelijks mogelijk is deze garantie effectief uit te voeren. De aanbeveling in 'Wordt vervolgd...' de terugplaatsgarantie ook uit te breiden tot na beëindiging van de Tbs-maatregel in het geval van crisissituaties en voor korte duur zou zeker moeten worden uitgewerkt, maar de overbezetting van de klinieken op dit moment is hierbij eveneens een belemmerende factor.

Uit de cijfers in bijlage 3 blijkt, dat in 1996 en 1997 vanuit 7 klinieken in totaal 28 patiënten in RIBW's zijn geplaatst. Dit is 28 % van het aantal plaatsingen in vervolgvoorzieningen in die periode.

Geconcludeerd wordt, dat voor het de in het onderzoek van Plemper genoemde voorwaarden voor een succesvolle plaatsing met betrekking tot samenwerking, voorbereiding, deskundigheidsbevordering, informatieuitwisseling en opbouw van expertise door bijna alle klinieken werden onderschreven en uitgevoerd.

Bij samenwerking van een Tbs-kliniek met een RIBW moeten verschillende begeleidingsstijlen met elkaar worden geïntegreerd. De RIBW werkt daarbij vanuit rehabilitatie, de Tbs-kliniek vanuit controle en delictpreventie en rekening houdend met beperkingen van patiënten. Het blijkt noodzakelijk dit van elkaar te accepteren en hierover permanent in gesprek te blijven. Het is van cruciaal belang, dat de wederzijdse verwachtingen met betrekking tot een in de RIBW opgenomen patiënt 'sporen'.

Uit mijn interviews blijkt, dat de klinieken veel investeren in deskundigheidsbevordering van RIBW-medewerkers. Dit wordt doorgaans uit het reguliere budget van de Tbs-kliniek bekostigd. Door de GGZ-Nederland werden de behoeften en mogelijkheden van deskundigheidsbevordering binnen de diverse instellingen in kaart gebracht.

Over motivatie en inzet van bewoners, medebewoners en personeel is vanuit de interviews met de klinieken geen uitspraak te doen; mogelijk ligt deze factor van het succes daarvoor te veel voor de hand. Juist daarom is het goed, dat het onderzoek van Plemper deze succesfactor expliciet benoemt. Opvallend is daarnaast, dat bijna alle Tbs-klinieken in de samenwerking met de RIBW een eigen ontwikkeling hebben gevolgd¹⁷², waarbij tot nog toe weinig is gebleken van het uitwisselen en delen van elkaars opvattingen en ervaringen, bijvoorbeeld in de vorm van 'crossover meetings'.

3.2.9 *Het gezinsvervangend tehuis (GVT)*

Het gezinsvervangend tehuis wordt in 'Wordt vervolgd...' in een zeer beperkte mate van betekenis genoemd voor verstandelijk gehandicapte Tbs-gestelden. Er wordt gesproken over GVT's in de noordelijke regio, die zich hebben gespecialiseerd in opvang en behandeling van bewoners met problematisch gedrag, die echter ook na verloop van tijd tegen grenzen aan lopen en behoefte hebben aan extra ondersteuning om bewoners te kunnen handhaven.¹⁷³

¹⁷² Zie bijvoorbeeld: Ten Wolde & Van der Zweep 1997

¹⁷³ In dit verband bleek het toch interessant te wijzen op een enkele ervaring, die werd opgedaan met een Tbs-gestelde, die vanuit Hoeve Boschoord in een GVT is geplaatst. Deze patiënt is in het kader van de tenuitvoerlegging van de Tbs in Hoeve Boschoord geplaatst. Na een intramurale periode van slechts 9 maanden, waarin geen verder behandelingsresultaat op de persoon kon worden geboekt, kon deze patiënt worden geplaatst in een GVT op titel van woonverlof onder voorwaarden. De gezamenlijke

Uit de cijfers in bijlage 3 blijkt, dat in 1996 en 1997 10 patiënten vanuit 5 klinieken in een gezinsvervangend tehuis zijn geplaatst. Dit is 10 % van het totaal aantal plaatsingen in vervolgvoorzieningen in die periode.

3.2.10 *Poliklinische- en deeltijdbehandeling*

Aan een aantal Tbs-klinieken is een forensich-psychiatrische polikliniek en deeltijdbehandeling gekoppeld, met veelal een supraregionale functie. Sinds het verschijnen van het rapport 'Wordt vervolgd...' was in 1998 het aantal van dergelijke voorzieningen en het aanbod al sterk uitgebreid. De voorzieningen worden gefinancierd vanuit de AWBZ.

De algemene doelstelling is het behandelen van personen die op een of andere wijze met justitie in aanraking zijn of zijn geweest en voor wie klinische behandeling nog niet of niet meer is geïndiceerd. De behandeling kan een alternatief zijn voor een (dreigende) gevangenisstraf of een vervolg zijn op een klinische forensische opname of een gevangenisstraf. Tbs-gestelden in de transmurale- en uitstroomfase vormen dus een deel van de potentiële doelgroep van deze voorzieningen.

De behandelde problematiek en de behandelmethodiek is per polikliniek enigszins verschillend, maar in het totaal zijn alle psychotherapeutische benaderingen aanwezig die ook in de AGGz worden geboden. Daarnaast is er ook een divers aanbod aan trainingsactiviteiten.¹⁷⁴

De mate waarin polikliniek en dagbehandeling een rol spelen in de uitstroom was in 1998 per kliniek en voorziening verschillend.

Geconcludeerd wordt, dat alle Tbs-klinieken over een polikliniek en dagbehandeling kunnen beschikken, ofwel zelf georganiseerd, ofwel in samenwerking met een andere kliniek. Deze voorzieningen hebben een brede functie in het veld van de forensische psychiatrie, maar in alle gevallen wordt de functie in de transmurale- en uitstroomfase expliciet benoemd. Als doelstelling wordt in die fase ook meestal genoemd het verkorten van de intramurale behandelduur en het faciliteren van de overgang van patiënten van de gesloten behandelingsituatie naar een meer vrije leefsituatie. In enkele gevallen is de behandeling en begeleiding door de polikliniek opgenomen in een totaaltraject, dat de Tbs-gestelde doorloopt vanaf binnenkomst in de kliniek tot in de uitstroomfase. Met name De Tender (Deventer) is in zijn werkwijze in deze zeer expliciet, mede omdat ook het coachen van medewerkers van vervolgvoorzieningen tot de functie wordt gerekend. In andere gevallen – met name wordt dit vanuit Kairos (Nijmegen) genoemd – zou de functie van de polikliniek meer moeten worden betrokken in de transmurale- en uitstroomfase.

Dat de functie van de forensische polikliniek bijdraagt aan een verantwoord verloop van de transmurale- en uitstroomfase wordt in het Tbs-veld algemeen aangenomen. Vanuit de beschikbare

verantwoordelijkheid van beide instellingen voor deze plaatsing wordt vorm gegeven door een permanente beschikbaarheid van Boschoord voor overleg en structureel wekelijkse aanwezigheid van een lid van het poliambulante team van Boschoord in het GVT.

Wanneer deze oplossing niet was gevonden was deze patiënt waarschijnlijk voor jaren aangewezen geweest op verblijf in een Tbs-kliniek of andere gespecialiseerde voorziening, zonder perspectief op een opzienbarend behandelingsresultaat.

Hoewel een dergelijke constructie wellicht voor weinig Tbs-gestelden mogelijk is wijst de gekozen oplossing toch op de mogelijkheid om door 'grensoverschrijdend denken' in samenwerking tussen gespecialiseerde- en niet-gespecialiseerde voorzieningen tot nieuwe oplossingen te komen voor patiënten, die anders zouden zijn aangewezen op een langdurig verblijf in een gespecialiseerde (en te dure) instelling.

¹⁷⁴ Drost 1998

gegevens is echter niet vast te stellen in hoeverre dit bijdraagt aan het terugdringen van de intramurale behandelduur.

Opvallend is, dat de poliklinische functie bij elke kliniek op een enigszins afwijkende wijze is georganiseerd, maar dat toch over het geheel genomen een compleet GGz-aanbod aanwezig is. De vraag doet zich daarbij voor of, meer dan nu het geval is, de forensisch-poliklinische functie tot samenwerkingsprojecten zijn te maken van Tbs en GGz tot één transmuraal en ambulant team, waardoor de brug tussen beide circuits kan worden verstevigd.¹⁷⁵

3.2.11 *Het instituut voor Maatschappelijk Werk*

In 'Wordt vervolgd...' worden in dit verband twee begeleide woonprojecten genoemd, terwijl het (algemeen) maatschappelijk werk overigens van geen betekenis wordt genoemd voor Tbs-gestelden. In de interviews werden de genoemde projecten niet genoemd en overigens werd vanuit de Tbs-klinieken geen melding gemaakt van contacten met het algemeen maatschappelijk werk. Er kan dan ook van worden uitgegaan dat het Algemeen Maatschappelijk Werk geen functie van enige betekenis heeft ten aanzien van de uitstroom van Tbs-gestelden.

3.2.12 *De reclassering*¹⁷⁶

De functie van de reclassering, en met name die van het sociaal psychiatrisch werk (SPW) daarbinnen, werkend op het grensvlak tussen reclassering en Tbs/gevangeniswezen, wordt in 'Wordt vervolgd...' als belangrijk omschreven. Gesteld wordt: 'Dit SPW richt zich op hulp en begeleiding van delinquenten met een psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornis, een terrein waarop zij in de loop der jaren een eigen identiteit en deskundigheid heeft opgebouwd'. In dit verband worden de (wettelijke) taken in de voorbereiding en uitvoering van het proefverlof Tbs genoemd. Daarnaast gaat het om bemiddeling bij toeleiding naar intra- en semimurale GGz-voorzieningen van geestelijk gestoorden die na ommekomst van straf of maatregel blijvend aangewezen zijn op structuur biedende voorzieningen en op begeleiding van hen die zich na tenuitvoerlegging van straf of maatregel min of meer zelfstandig in de samenleving kunnen handhaven. De werkgroep vervolgvoorzieningen meent, dat in deze laatste fase de reclassering praktisch onvervangbaar is.

In de analyse wordt echter gewezen op het risico van kwaliteitsverlies bij het functioneren van de reclassering nu de SPW-functie binnen de reclassering bedreigd lijkt. Hierbij wordt bedoeld op de

¹⁷⁵ In een onderzoek naar de forensisch psychiatrische poli- en dagklinieken in opdracht van het ministerie van VWS uit 2001 wordt onder meer aandacht gegeven aan de wijze waarop forensisch psychiatrische poli- en dagklinieken vorm geven aan hun behandeling en wat de verwijzers en anderen instellingen hiervan vinden. (Plempers 2001) Gebleken is dat verwijzers, zoals vanuit de reclassering en de RIAGG zich zeer tevreden tonen over de behandel mogelijkheden. Opvallend is dat met name de RIAGG soms het idee heeft dat de cliëntengroep die door de forensische poli- en dagklinieken wordt bediend te smal is. Door deze klinieken genoemde criteria als 'niet te ernstige psychiatrische problematiek' en 'niet te ernstige verslavingsproblematiek' vindt men te beperkend. Geconcludeerd wordt dat de wederzijdse beeldvorming niet altijd even helder is. Ten aanzien van reclasseringswerkers wordt geconcludeerd dat zij verheugd zijn met het bestaan van de forensische poli- en dagklinieken. Voordat deze bestonden was het voor hen vaak moeilijk om cliënten naar een RIAGG of een andere hulpverleningsinstelling te verwijzen. Als nadeel van deze ontwikkeling noemt Plempers echter dat het de reguliere geestelijke gezondheidszorg nog meer ontslaat van de noodzaak zich op het grensgebied van hulpverlening en justitie te ontwikkelen. Zie hiervoor ook: Van Vliet 1989b

¹⁷⁶ Het takenpakket en de werkwijze van de reclassering zijn sinds 1999 sterk gewijzigd en zullen ook in de komende jaren nog sterke wijzigingen ondergaan als gevolg van nieuwe wet- en regelgeving. Voor een recent overzicht van de stand van zaken verwijs ik naar het themanummer over de Reclassering van het tijdschrift *Proces*, dat eind 2004 is verschenen. *Proces* 2004

situatie na de reorganisatie van de reclassering per 1995. De specialistische SPW-functie, die in sommige regio's afzonderlijk was georganiseerd, zou worden opgedeeld in regionale units en verdeeld over diverse, ook niet gespecialiseerde reclasseringswerkers.

In 1998 wordt door drie organisaties reclasseringswerk verricht. Dit zijn Reclassering Nederland, de consultatiebureaus voor alcohol en drugs en de reclassering van het Leger des Heils, die in de koepelorganisatie Stichting Reclassering Nederland (SRN) zijn samengebracht¹⁷⁷. Hoewel de organisaties verschillende doelgroepen bedienen is landelijk overeen gekomen, dat zij elk in een bepaalde kwantiteit het totale aanbod aan reclasseringstaken verrichten ten behoeve van hun doelgroep. De reclassering heeft de wettelijke taak hulp en steun te verlenen aan Tbs-gestelden in de fase van (voorbereiding) proefverlof en beëindiging van de verpleging onder voorwaarden en is daarmee direct betrokken in de uitstroomfase van de Tbs. Uit het voorgaande vloeit ook voort, dat de taken in het kader van de Tbs door alle drie de organisaties kunnen worden uitgevoerd.

Met de drie reclasseringsinstellingen is in het kader van het onderzoek op landelijk niveau gesproken. De medewerker van de Reclassering Nederland zei, als medewerker van de SRN – de koepelorganisatie – mede namens de andere reclasseringsinstellingen te spreken.

In dit gesprek bleek, dat Reclassering Nederland nagenoeg alle werkzaamheden op het terrein van de Tbs uitvoert. Tijdens de intramurale fase heeft een medewerker (namens de SRN), de contactfunctionaris Tbs, een regelmatig overleg met functionarissen in de kliniek. Hier wordt de voortgang van de behandeling van de patiënten in grote lijnen besproken, wordt op indicatie met patiënten zelf contact onderhouden en wordt tijdig een passend reclasseringsaanbod gedaan wanneer resocialisatie van de patiënt nadert. Zo nodig wordt door de contactfunctionaris de reclassering in de plaats waar de resocialisatie zal plaatsvinden ingeschakeld.

Voor wat betreft de betrokkenheid van de reclassering bij de transmurale fase was (nog) geen landelijk beleid ontwikkeld, maar er waren geen budgettaire gronden waarop de reclassering hierbij niet betrokken zou kunnen zijn. Er werd naar verwezen dat een nadere definiëring binnen het verband van het toen nog lopende Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Tbs (zie hoofdstuk 2) zal plaatsvinden van de diverse fasen van de Tbs en afspraken met betrekking tot het nader markeren van momenten waarop de reclassering bij de uitstroom betrokken wordt¹⁷⁸. De voorbereiding en uitvoering van het proefverlof maken echter zonder meer deel uit van het takenpakket van de reclassering.

Hoewel werd gesteld, dat de reclassering in de fase van opbouw na de reorganisatie van 1995 terrein heeft verloren binnen de forensische psychiatrie, is in 1997 voortvarend nieuw beleid ontwikkeld op het terrein van de Tbs.¹⁷⁹ Voor alle betrokken reclasseringswerkers van de drie reclasseringsorganisaties zijn informatiebijeenkomsten gehouden over de (nieuwe) Tbs-wetgeving, werd een informatiefolder over deze wetgeving gemaakt en werd een 'handleiding Tbs programma's' ontwikkeld. In deze handleiding zijn geen op de individuele patiënt gericht hulpaanbod of programma's beschreven, maar zijn diverse protocollen en werkwijzen opgenomen.

¹⁷⁷ Deze koepelorganisatie is met ingang van 1 januari 2004 opgeheven. Zie: Van Vliet 2004

¹⁷⁸ Reclassering Nederland 1997

¹⁷⁹ Stegeman 1998 en 2003; Stichting Reclassering Nederland 1999

In het verband met het onderzoek werden nog de volgende punten van belang geacht:

- Voor de uitvoering van de Tbs-taken zullen nog uitsluitend reclasseringswerkers met SPW-taakspecialisatie worden ingezet, die aan nog nader vast te stellen kwalificaties en binnen nog te bepalen randvoorwaarden zullen werken. Ten behoeve van reclasseringswerkers met SPW-taken wordt in 1998 een opleidingstraject ingezet. Daarnaast moeten zij onder meer deel hebben aan SPW-dwarsoverleggen, waar casuïstiek wordt besproken en waar een psychiater of psycholoog aan verbonden is. Er is een notitie opgesteld waarin is omschreven hoe dwars-overleggen moeten zijn georganiseerd, welke 'producten' hier besproken moeten worden en hoe een en ander moet worden geregistreerd en getoetst. Er zullen onder andere meer psychiatrische en psychologische consultants moeten komen; het nu aanwezige budget hiervoor wordt nog niet uitgegeven. Een probleem dat zich voordoet bij het aantrekken van consultants is, dat de tarieven nog op het niveau van 15 jaar geleden zijn vastgesteld.
- Door (Stichting) Reclassering Nederland werd gesteld, dat de CAD's en het Leger des Heils nu weinig tot geen proefverloven begeleiden. Wanneer deze organisaties medewerkers hebben, die aan de nog te stellen kwalificaties en randvoorwaarden voldoen kunnen zij ook een evenredig deel van deze begeleiding op zich gaan nemen. De verwachting werd echter uitgesproken, dat deze organisaties dit niet ambiëren. Deze verwachting was inmiddels door de praktijk achterhaald, zoals uit het vervolg blijkt.
- Door (Stichting) Reclassering Nederland wordt het wenselijk geacht betrokken te zijn bij proefverlof Tbs wanneer dit plaats vindt in een vervolgvoorziening, hoewel dit volgens de wet- en regelgeving niet noodzakelijk is.
- In de nabije toekomst wil (Stichting) Reclassering Nederland betrokken worden in de indicatiestelling van FPA-plaatsen en plaatsen in FPA's kunnen claimen.
- Voor wat betreft de forensisch psychiatrische netwerkvorming heeft (Stichting) Reclassering Nederland het beleid om bij initiatieven daartoe aan te sluiten. In regio's waar niets van de grond komt, wil men zelf initiatieven tot netwerkvorming nemen wanneer daarvoor de (personeelsformatieve) ruimte door het ministerie van Justitie wordt vrij gemaakt¹⁸⁰.
- (Stichting) Reclassering Nederland maakt deel uit van de Commissie Forensisch Psychiatrische Zorg (CFPZ) en is als zodanig deel van het forensisch psychiatrisch circuit.

De reclasseringsafdelingen van de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs, de Justitiële Verslavingszorg, zijn in 1998 nog maar zijdelings betrokken bij de uitstroombfase van de Tbs. Vanuit de koepelorganisatie, de Vereniging GGZ-Nederland¹⁸¹, meent men echter dat de CAD's meer betrokken moeten raken in het forensisch psychiatrische veld. Benadrukt wordt, dat in deze sector het samengaan van ambulante- en klinische hulpverlening en integratie met psychiatrische voorzieningen al bestaat. Er is dus een directe toegang tot transmurale- en klinische voorzieningen. Daarbij zijn netwerken waarin wordt samengewerkt met RIAGG's en APZ'en ook deels al ontwikkeld. Aan ontwikkeling van nader beleid en opstellen van een gezamenlijk plan van aanpak van APZ'en, RIAGG's en Justitiële Verslavingszorg wordt de laatste hand gelegd, zodat vanuit deze sector ook

¹⁸⁰ Zie hiervoor de brief van toenmalig algemeen directeur T.J. van der Valk van (Stichting) Reclassering Nederland over het kabinetsstandpunt Zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden, tevens reactie op het rapport van de werkgroep Forensische Zorg, 's-Hertogenbosch 21 januari 1998

¹⁸¹ Inmiddels SVG, Stichting Verslavingszorg GGZ-Nederland

aan de klinieken een SPW-aanbod kan worden gedaan. Vanuit deze sector wordt afzonderlijk ook deelgenomen aan de Commissie Forensisch Psychiatrische Zorg (CFPZ).

Ook de reclassering van het Leger des Heils meent dat, onder meer op grond van de doelgroep die door hen wordt bereikt¹⁸², een nadere betrokkenheid van deze organisatie in de forensische psychiatrie op een beperkte schaalgrootte wenselijk is. In diverse reclasseringsteams zijn inmiddels gespecialiseerde SPW-medewerkers aangesteld. Daarnaast maakt het Leger des Heils ook deel uit van het forensisch psychiatrisch netwerk in de regio Arnhem/Ede. Samenhang met de kliniek voor forensische psychotherapie Groot Batelaar in Lunteren en onder meer de poliklinische functie, die daar wordt ontwikkeld¹⁸³, ligt voor de hand. Daarnaast zijn er door het Leger des Heils in het hele land 'dag-trainingscentra' ontwikkeld met een gevarieerd aanbod aan training en dagstructuur, dat zowel vrijwillig als in een verplicht juridisch kader wordt uitgevoerd. Dit aanbod zou in een – mogelijk enigszins aangepaste vorm – in de uitstroomfase van de Tbs van betekenis kunnen zijn, wellicht in samenwerking met forensisch psychiatrische poliklinieken. In dit verband kunnen worden genoemd trainingen op het gebied van arbeid en arbeidsmotivatie, arbeidstoeliding, sociale vaardigheden, woonbegeleiding en nazorg.

In samenhang met ambulante begeleiding en training beschikt het Leger des Heils ook over intramurale voorzieningen, waarin al ex-Tbs-gestelden en mannen en vrouwen met vergelijkbare achtergrond en problematiek zijn opgenomen. Ten slotte werd vanuit het Leger des Heils geopperd of 'elektronisch toezicht' voor Tbs-gestelden in de uitstroomfase een hulpmiddel kan zijn in de begeleiding.

Geconcludeerd wordt, dat alle Tbs-klinieken in de fase van de uitstroom met de reclassering samenwerken. De reclassering is gedurende de behandeling regelmatig in de kliniek aanwezig in de persoon van een contactfunctionaris Tbs en houdt zich op de hoogte van de stand van de behandeling van de opgenomen patiënten. Wanneer er sprake is van voorbereiding en uitvoering van het proefverlof is de rol van de reclassering in het algemeen met de kliniek afgestemd. Uit de interviews blijkt, dat de klinieken als regel een initiërende, sturende rol vervullen met betrekking tot het moment en de wijze waarop de reclassering per patiënt zijn functie invult. Met name bij plaatsing van een Tbs-gestelde in een vervolgvoorziening blijkt de rol van de reclassering niet steeds helder of zelfs verwarrend te zijn.

Vanuit meerdere klinieken wordt de functie van de reclassering als te gering of van marginale betekenis genoemd. Naast het gegeven, dat met een aantal reclasseringswerkers goed wordt samengewerkt op individueel niveau, wordt onder meer genoemd onbekendheid met de positie, die de reclassering in de forensische psychiatrie inneemt na de reorganisatie van 1995, onzichtbaarheid van een centrale aansturing in de werkpraktijk, onduidelijkheid over de organisatievorm en een verminderde kennis- en netwerkvorming. Daarbij wordt onder meer een onvoldoende toegang van de reclassering tot intramurale (vervolg-)voorzieningen genoemd, waardoor in de transmurale fase rechtstreeks zaken worden gedaan tussen kliniek en vervolgvoorziening.

De forensisch psychiatrische polikliniek heeft soms (Oldenkotte en Veldzicht) in expliciete vorm de rol van de reclassering overgenomen als de organisatie, die de overgang van kliniek naar buiten

¹⁸² Dak- en thuislozen, vaak met psychiatrische- en verslavingsproblematiek en jongeren voor wie gedragsverandering wenselijk is i.v.m. vermindering van recidive.

¹⁸³ Polikliniek en dagbehandeling zijn in 1999 in Arnhem van start gegaan.

faciliteert. De Van der Hoevenkliniek voert in een groot deel van de gevallen de transmurale fase in eigen beheer uit tot de beëindiging van de Tbs.

De gegevens uit de interviews met de klinieken geven een kloof aan tussen de door de reclassering in de uitstroom gewenste positie en de door de klinieken gewenste en ervaren realiteit. De door de reclassering in het laatste jaar ondernomen activiteiten, onder meer naar aanleiding van de nieuwe Tbs-wetgeving, zijn bij de klinieken kennelijk nog niet doorgedrongen en/of hebben nog niet geleid tot nieuwe ervaringen. De vraag is daarbij of er voldoende communicatie is tussen de organisaties en of vraag en aanbod daardoor niet onvoldoende op elkaar aansluiten.¹⁸⁴

De mening van de reclassering zelf, dat na de laatste reorganisatie terrein is verloren binnen de forensische psychiatrie wordt voor wat betreft de Tbs door de gegevens vanuit de klinieken bevestigd.

Het gegeven, dat al veel activiteit in de uitstroomfase door de klinieken en poliklinieken is overgenomen roept ook de vraag op of dit terrein nog is terug te winnen en waarom dit alsnog nodig zou zijn. In elk geval is duidelijk, dat er tussen de door de reclassering gewenste positie en het door de klinieken gewenste aanbod van de reclassering in kwalitatief opzicht een kloof gaapt, die vooralsnog niet is overbrugd. Er zal van beide zijden geïnvesteerd moeten worden in een invulling van de reclasseringsfunctie, die in de nu bestaande situatie een wezenlijke toegevoegde waarde heeft op het gebied van de uitstroom uit de Tbs.

Een knelpunt doet zich voor op het moment, dat de verpleging bij een Tbs met verpleging onder voorwaarden wordt beëindigd. De verantwoordelijkheid van de kliniek vervalt dan en uitsluitend de reclassering heeft dan verantwoordelijkheid voor het behandelings- en begeleidingsproces. Dit vraagt om een duidelijker positionering van de reclassering met betrekking tot de in te brengen expertise. Vooralsnog bestaat deze nog voornamelijk uit uitgesproken en op schrift gestelde intenties. Samenwerking met forensisch psychiatrische poliklinieken en een voldoende gedifferentieerd aanbod in deze fase van de Tbs zou tot uitdrukking kunnen worden gebracht door aan deze poliklinieken een reclasseringserkenning te verlenen.

In dit verband is het van belang te wijzen op de eerder genoemde mening van Beyaert, die voor de reclassering slechts een rol ziet weggelegd voor de 50 % Tbs-gestelden, die niet voor langere tijd en veelal met gebruik van medicatie in vervolgvoorzieningen moeten verblijven. In een interview dat ik in het kader van dit onderzoek met Beyaert had stelde deze, dat in een groot aantal gevallen controle op medicatie nodig is en blijft. Daarbij is zicht nodig op optredende bijverschijnselen, omdat de patiënt zal willen stoppen met medicatie wanneer bijverschijnselen optreden. Volgens Beyaert zullen maatschappelijk werkenden doorgaans het optredende afwijkende gedrag niet voldoende kunnen constateren, interpreteren en – dus – niet de juiste actie kunnen ondernemen. Controle moet dus naar zijn mening gefaciliteerd zijn en worden uitgevoerd. Wellicht, dat voor deze laatste categorieën Tbs-gestelden de Justitiële Verslavingszorg en de reclassering van het Leger des Heils expertise en faciliteiten hebben.

¹⁸⁴ De door de Reclassering Nederland beoogde rol als 'het kompas binnen de forensische psychiatrie' (Stegeman 2000) is ook tot op dit moment niet tot stand gekomen. Dit blijkt onder meer uit de afgeslankte rol die voor de reclassering wordt beoogd in de beoogde aanpassing van het Reglement Verpleging Terbeschikkinggestelden (RvT). In het beoogde artikel 54a wordt een experiment forensisch psychiatrisch toezicht genoemd, waarbij de rol van de klinieken wordt uitgebreid omdat het toezicht van de klinieken frequenter en intensiever is dan dat van de reclassering en ook contacten buiten kantooruren mogelijk maakt. Ministerie van Justitie 2004

Het gegeven, dat de Justitiële Verslavingszorg en de reclassering van het Leger des Heils in het verhaal van de klinieken nauwelijks een rol spelen is opvallend. Dit is voor een belangrijk deel te verklaren uit het gegeven, dat de aanvragen van de klinieken bij de reclassering voor voorbereiding en uitvoering van proefverlof worden verdeeld – hoewel in een gedeelde verantwoordelijkheid binnen de SRN – vanuit Reclassering Nederland. Beide organisaties menen ook dat de rol, die Reclassering Nederland zichzelf als SRN heeft toebedeeld op het terrein van SPW en Tbs hen te veel buiten sluit.

Gezien het aantal Tbs-gestelden met verslavingsproblematiek en de relatieve onbehandelbaarheid van verslaving binnen Tbs-klinieken¹⁸⁵ zou een verdere betrokkenheid van de Justitiële Verslavingszorg met name in de fase van uitstroom nader ingevuld moeten worden. Medische- en psychiatrische expertise en relevante netwerkvorming zijn binnen dit circuit al realiteit.

Voor de reclassering van het Leger des Heils geldt, dat er een directe toegang bestaat tot een aantal eigen trans- en intramurale voorzieningen, die in het kader van de uitstroom een nuttige functie kunnen vervullen in relatie met het gedifferentieerde (semi-)ambulante hulpverlenings- en trainingsaanbod, dat al is ontwikkeld. Ook dit zou nader moeten worden ingevuld.

De mogelijkheid van het hanteren van elektronisch toezicht moet nader worden bezien.¹⁸⁶

3.2.13 *De maatschappelijke opvang*

In 'Wordt vervolgd...' wordt de maatschappelijke opvang in het kader van de uitstroom ten onrechte niet genoemd. Ten onrechte, omdat de maatschappelijke opvang ook in die tijd al een jarenlange ervaring had met het huisvesten en begeleiden van Tbs-gestelden in de fase van woon- en proefverlof. Inmiddels hebben enkele klinieken contracten afgesloten met thuislozenvoorzieningen.

- De Van Mesdagkliniek is voornemens een contract af te gaan sluiten met De Gaarshof in Baarle Nassau.
- Oldenkotte heeft twee plaatsen ingekocht in De Gaarshof. Met Veldzicht is afgesproken, dat deze eveneens gebruik kan maken van deze plaatsen indien niet bezet.
- De Pompekliniek heeft twee plaatsen ingekocht in het nabijgelegen sociaal centrum De Hulsen. In de werkplaats van De Hulsen kunnen enkele Tbs-gestelden, die nog in de intramurale fase verkeren, worden te werkgesteld.
- De Kijvelanden is voornemens om twee plaatsen in te kopen in De Gaarshof.

In het kader van dit onderzoek werd een informatief gesprek gevoerd met de directie van De Hulsen in Nijmegen om zodoende een beeld te krijgen van de mogelijkheden van de maatschappelijke opvang in de uitstroom vanuit de Tbs. Men heeft hier een jarenlange ervaring met opgenomen Tbs-gestelden in het kader van proefverlof en uit bijna alle Tbs-klinieken. Er verblijven doorgaans 10 – 15 ex-Tbs-gestelden, die na afloop van de maatregel regulier zijn geplaatst. De voorziening is laagdrempelig en niet gespecialiseerd, maar blijkt voor een aantal Tbs-gestelden goed te voldoen omdat er duidelijkheid is in de verwachtingen en in de dagstructuur. De reguliere dagprijs bedraagt circa f. 80,-, waarvan door de bewoners de helft zelf wordt bijgedragen. De Pompekliniek betaalt vanuit de financiering voor open plaatsen f 200,- per dag, waarvoor enige extra deskundigheid kan

¹⁸⁵ Noorlander 1993; zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 2.5.2

¹⁸⁶ In het kader van de beoogde aanpassing van het Reglement Verpleging Terbeschikkinggestelden (RvT, art 53 lid 6) wordt inmiddels in 2005 onder meer gestart met een maximaal 5 jaar durend experiment met een Electronisch Volg Systeem (EVS). Ministerie van Justitie 2004

worden ingezet en extra investering in tijd wordt bekostigd. De indruk is, dat men moeilijker patiënten krijgt dan de RIBW, die in een gewone woonwijk is gehuisvest, of dan de kliniek in de eigen verworven woningen plaatst.

Een voorwaarde voor plaatsing in De Hulsen is een goede begeleiding door de kliniek, een terugplaatsgarantie en betrokkenheid van de reclassering. Deze laatste organisatie moet er vaak 'met de haren bij gesleept worden', maar dan werkt het wel.

Onder goede afspraken en voorwaarden ziet De Hulsen mogelijkheden de opnamemogelijkheden van Tbs-gestelden uit te breiden en eventueel wil men ook een begeleide woonvoorziening opzetten voor gedeeltelijk uitstromende Tbs-gestelden, gedeeltelijk 'eigen' bewoners. Daarvoor moet echter wel wat meer gespecialiseerde deskundigheid in huis gehaald worden.

Geconcludeerd wordt, dat maatschappelijke opvang voor verschillende Tbs-gestelden in de transmurale fase en bij proefverlof kennelijk een geaccepteerd waardevolle functie vervullen. Het geheim van het succes lijkt te zijn een laagdrempelige instelling en dagstructuur. Er zijn ook mogelijkheden om door inzet van enige extra middelen deze voorzieningen ten behoeve van uitstromende Tbs-gestelden nog uit te breiden.

Opvallend is, dat meerdere klinieken gebruik maken van dezelfde landelijke voorzieningen of zelfs afzonderlijk van elkaar trachten een contract met dezelfde voorziening af te sluiten. Dit roept de vraag op of samenwerking, uitwisseling van ideeën en coördinatie niet te veel ontbreken. Het zou aanbeveling verdienen bij landelijke voorzieningen centraal afspraken te maken en plaatsen in te kopen.

3.2.14 Door de Tbs-klinieken zelf ontwikkelde- en overige transmurale voorzieningen

Sinds het verschijnen van 'Wordt vervolgd...' hebben de klinieken naar eigen behoefte ook vorm gegeven aan het zelf ontwikkelen en opzetten van transmurale voorzieningen. Deze zijn te onderscheiden van resocialisatieafdelingen, die meestal nog onderdeel uitmaken van de intramurale fase van de behandeling. Resocialisatieafdelingen zijn niet altijd binnen de kliniek gesitueerd, maar bereiden de Tbs-gestelden voor op de overgang naar een transmurale voorziening of zelfstandig wonen. Per kliniek is een en ander op verschillende wijze vorm gegeven, wat een vergelijking van doelstelling en werkwijze niet eenvoudig maakt.

De klinieken hebben in eigen beheer of samen met andere organisaties de volgende transmurale voorzieningen ontwikkeld of plannen daartoe:

- De Van Mesdagkliniek beschikt over een tiental transmurale resocialisatieplaatsen, die in eigen panden zijn gehuisvest. Doel is om de overgang naar de maatschappij zo soepel mogelijk te laten verlopen. Voor een aantal patiënten gaat het om een tussenstation naar een beschermende woonvorm, voor anderen om de overgang naar zelfstandig wonen. Daarnaast heeft de Van Mesdagkliniek het plan een (long-stay) woon-, leef- en werkgemeenschap voor 10 – 20 patiënten te ontwikkelen.
- Veldzicht, Oldenkotte en de Pompekliniek hebben een uitgewerkt plan om met de Stichting Philadelphia Zorg in de regio een categoriale transmurale voorziening op te zetten voor 3 à 4 verstandelijk gehandicapten.
- De Van der Hoevenkliniek beschikt over circa 18 plaatsen in eigen transmurale woonvoorzieningen in en om Utrecht en maken deel uit van de onderscheiden door- en uitstroomtrajecten, die door de kliniek zijn ontwikkeld.

- De Pompekliniek heeft via woningcorporaties woningen in en om Nijmegen verworven, waarin onder begeleiding van de kliniek of de polikliniek 2 – 4 patiënten kunnen worden geplaatst.
- Hoeve Boschoord beschikt sinds kort over een long-stay voorziening voor 8 patiënten in de provincie Groningen en de planning is, dat ook in de overige noordelijke provincies dergelijke voorzieningen zullen komen.

3.2.15 Forensisch psychiatrische circuitvorming

Bij punt 2 van de aanbevelingen in 'Wordt vervolgd...' wordt het belang van circuitvorming benadrukt:

'Er dienen circuits te komen die in elk geval bestaan uit Tbs-inrichtingen, algemeen psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG, RIBW, forensisch psychiatrische afdelingen, FPK's, districtopsychiatrische diensten, poliklinieken, reclassering, instituten voor dagbehandeling en het openbaar ministerie. Binnen deze circuits dienen de verschillende typen voorzieningen in voldoende mate en variëteit aanwezig te zijn, zowel op intramuraal, semimuraal als op extramuraal terrein. Hierbij is van belang dat zoveel mogelijk aangesloten wordt bij de voorzieningen die reeds bestaan op het terrein van justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Onder circuits worden samenwerkingsverbanden verstaan tussen partijen onderling en met aangrenzende velden die tot doel hebben de zorg voor patiënten die om een vergelijkbare vorm van zorg vragen te verbreden en te verdiepen.'

In het advies over de forensische psychiatrie en haar raakvlakken uit 1991 werd forensisch psychiatrische circuitvorming als een noodzakelijk middel aanbevolen om te komen tot een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor alle zorg voor forensisch psychiatrische patiënten in een bepaalde regio. Een dergelijk circuit zou deel moeten uitmaken van reguliere (geestelijke gezondheids-)zorg en de garantie bieden, dat grenzen tussen voorzieningen overschreden- en grensgangers opgevangen kunnen worden. Het circuit vereist inzet van alle relevante partijen, grotendeels overeenkomend met de door de werkgroep vervolgvoorzieningen genoemde instellingen, maar aangevuld met de financiers van zorg (gemeenten, VWS, Justitie en verzekeraars) en cliëntenorganisaties. De doelstelling van samenwerken in een regionaal forensisch psychiatrisch circuit kan kort worden gekenschetst als: niet de patiënt op maat van de zorg aanbieden, maar de zorg op maat van de patiënt. Dit impliceert, dat sprake zou moeten zijn van een procesmatige aanpak in fasen, zoals: onderkenning van het probleem, probleembepaling, indicatiestelling, zorgtoewijzing, coördinatie en evaluatie van hulp. Uitdrukkelijk wordt onderkend, dat vaak verschillende activiteiten in verschillende settings – naast of na elkaar – noodzakelijk zijn om een individueel plan van aanpak te kunnen realiseren. Een noodzakelijke voorwaarde voor effectief functioneren van circuits is het door de instellingen gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid voor het bieden van de noodzakelijke zorg en per instelling een voldoende mandaat om deze zorg ook te kunnen aanbieden en uitvoeren¹⁸⁷.

In de praktijk is circuitvorming in verschillende regio's tot stand gekomen. De meeste Tbs-klinieken maken van een forensisch psychiatrisch zorgcircuit deel uit en/of hebben mede het initiatief hiertoe genomen.

¹⁸⁷ Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

- De Van Mesdagkliniek en de FPK van het APZ-Drenthe nemen deel aan het Forensisch Psychiatrisch Netwerk (FPN) in de drie noordelijke provincies, een samenwerking tussen (geestelijke) gezondheidszorg, welzijnszorg, reclassering, politie en Justitie. Er is een meldpunt, waarbij de FPK het meldadres is en een consultatieteam van een wisselende samenstelling. Het consultatieteam heeft een adviserende functie en neemt geen behandelingen over. Door de Van Mesdagkliniek wordt als winstpunt van het FPN genoemd, dat er een betere afstemming plaatsvindt tussen de verschillende instellingen. Het gegeven dat functionarissen elkaar kennen maakt bilateraal overleg gemakkelijker. Als orgaan voor indicatiestelling en zorgtoewijzing functioneert het FPN niet.
- Veldzicht functioneert in een circuit, dat op beleidsniveau met een aantal organisaties overlegt. Via de polikliniek De Tender in Deventer is er ook toegang tot een drietal circuits, waarin verschillende relevante organisaties zijn vertegenwoordigd en waarin casuïstiek wordt afgestemd en instellingen voldoende mandaat hebben om zich aan gemaakte afspraken te binden. Het hoofd van De Tender is zowel contactpersoon als voorzitter van de circuits.
- Voor Oldenkotte geldt hetgeen over De Tender hiervoor werd beschreven eveneens. De visie van De Tender is daarbij, dat van circuits gebruik wordt gemaakt wanneer dit op het niveau van casuïstiek een toegevoegde waarde heeft. Men wil uitdrukkelijk geen discussieplatform voor directies laten ontstaan, waarin veel wordt gepraat en weinig gehandeld. Vanuit De Tender werd gesteld, dat Tbs-klinieken patiënten willen laten uitstromen wanneer men een 'goed' gevoel heeft met betrekking tot de veiligheid ten opzichte van de samenleving. Men wil patiënten niet moeten ontslaan op grond van financiële prikkels of andere 'oneigenlijke' gronden. De Tender is de organisatie, die contacten legt met GGz- en andere voorzieningen en daarbij voortdurend de patiënt ondersteunt bij de overgang van de ene fase naar de andere. De Tender blijft voor de vervolgvoorzieningen 7 x 24 uur op de achterhand beschikbaar voor consult. Zo is De Tender de constante factor in het uitstroomproces van de patiënt. Vertrouwen tussen forensische- en algemene voorzieningen wordt van wezenlijk belang geacht. Vanuit De Tender staat men de werkwijze voor, dat forensisch psychiatrische patiënten die naar een andere regio gaan in het kader van de uitstroom, door de ene polikliniek worden overgedragen aan de andere. Daarbij zou moeten worden afgesproken, dat poliklinieken in hun eigen regio verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de noodzakelijke zorg in hun eigen circuit voor deze overgedragen patiënten.
- De Van der Hoevenkliniek functioneert in een forensisch psychiatrisch circuit, maar dit heeft maar een incidentele functie. De ervaring heeft geleerd, dat samenwerking het beste tot stand komt wanneer het groeit vanuit concrete behoeften van samenwerkende instellingen.
- De Pompekliniek heeft het initiatief genomen tot de opzet van een circuit, waarin met de relevante organisaties uit de regio wordt samengewerkt. Naast een directieoverleg is er een werkgroep van 'veldwerkers' van de deelnemende instellingen waarin knelpunten op individueel patiëntniveau worden besproken. Er is (nog) geen sprake van indicatiestelling en zorgtoewijzing. Het hoofd van de polikliniek Kairos is voorzitter van de werkgroep. De Pompekliniek ziet samenwerking in forensisch psychiatrische circuits als een noodzaak. Het land zou daarbij opgedeeld moeten worden in 6 – 8 regio's waarbinnen de GGz en Justitie de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de forensisch psychiatrische zorg. Dit veronderstelt dat alle soorten voorzieningen met voldoende mandaat aanwezig zijn.

- De Kijvelanden heeft met de districtopsychiatrische dienst het initiatief genomen tot opzet van een forensisch psychiatrisch circuit waarin circa 20 organisaties samenwerken. Regiovorming op landelijk niveau wordt als de toekomst gezien. De Tbs-klinieken zouden daarin als expertisecentrum ook consultatief voor de organisaties in de regio moeten opereren.
- Hoeve Boschoord maakt geen deel uit van het FPN, maar kan hierop zo nodig wel een beroep doen. Boschoord werkt samen met GGz-instellingen, die voor de uitstroom van de doelgroep van betekenis zijn. Er is een samenwerkingsverband met de andere landelijke instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG).
- In de regio van de forensisch psychiatrische kliniek De Grote Beek is nog geen forensisch psychiatrisch netwerk aanwezig. Op initiatief van de GGzE wordt dit op korte termijn ontwikkeld. Recent werd vanuit de FPK een oproep gedaan om regionaal en soms supraregionaal bindende afspraken met elkaar te maken in circuits en netwerken om zodoende de forensische hulpverlening binnen de algemene GGz en de forensische psychiatrie goed toegankelijk te maken.¹⁸⁸
- Het Meijers Instituut werkt niet met andere organisaties samen in een forensisch psychiatrisch circuit. Er wordt gebruik gemaakt van landelijke netwerken om op indicatie patiënten in GGz-en andere voorzieningen onder te brengen.
- In de regio Ede/Arnhem is in 1997 uit een initiatief van de RIAGG-Veluwe-vallei en Groot Batelaar in het kader van de zorgvernieuwing een forensisch psychiatrisch netwerk gestart. Hierin werken diverse algemene instellingen en de forensische psychiatrie met elkaar samen. Er is sprake van duaal case-management, waarbij zowel de reclassering als de RIAGG een case-manger beschikbaar stellen rondom de begeleiding en behandeling van een patiënt. Het uitgangspunt is de diverse relevante organisaties aan afspraken met elkaar te committeren.

Geconcludeerd wordt, dat de meeste Tbs-klinieken in een forensisch psychiatrisch circuit samenwerken met de algemene GGz en andere relevante organisaties, zowel klinische, poliklinische als ambulante voorzieningen. In een aantal gevallen zijn ook het openbaar ministerie en de politie vertegenwoordigd. Bij de meeste klinieken bestaat er een voorkeur voor het zoveel mogelijk beperken van het overleg tot het niveau van casuïstiek met de daarbij betrokken instellingen. Er heeft op het terrein van het kennen van elkaar en elkaars functie en samenwerking een vooruitgang plaatsgevonden. Vaak spelen de Tbs-klinieken een voortrekkersrol in deze ontwikkeling.

Enkele klinieken menen expliciet, dat het noodzakelijk is om het land te verdelen in een aantal regio's waarbinnen de verschillende functies aanwezig zijn en waar de instellingen met elkaar de verantwoordelijkheid hebben voor de forensisch psychiatrische zorg. Dit veronderstelt, dat instellingen voldoende mandaat hebben om na de indicatiestelling zorg toe te wijzen en uit te voeren. Daarbij zou de Tbs-kliniek of de forensische polikliniek de functie van expertisecentrum en coördinatiepunt kunnen hebben. Deze ontwikkeling zou van betekenis kunnen zijn om patiënten, die kunnen uitstromen vanuit de Tbs, de noodzakelijke zorg te bieden op het moment dat dit verantwoord is. Dit is voor beperking van de duur van de intramurale fase van vitaal belang.

Uit de verkregen gegevens blijkt, dat deze situatie, die in grote lijnen overeenkomt met het eerder genoemde advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid uit 1991, nog niet is gerealiseerd. Alleen bij De Tender wordt van voldoende mandaat van de verschillende organisaties melding ge-

¹⁸⁸ De Kuiper 1997

maakt. Bij de overige circuits is sprake van een proces, dat mogelijk in de toekomst naar een situatie leidt waarbinnen indicatiestelling en zorgtoewijzing kunnen worden gerealiseerd.

Gezien het gegeven, dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid al in 1991 tot haar advies is gekomen en de werkgroep vervolgvorzieningen in 'Wordt vervolgd...' in 1993 nogmaals het belang benadrukte van circuitvorming moet worden geconcludeerd, dat er op dit moment nog onvoldoende is bereikt op dit vlak. De werkgroep vervolgvorzieningen geeft in haar advies als actiepunt mee, dat circuitvorming moet worden ontwikkeld door 'partijen zelf, eventueel ondersteund door de koepelorganisaties'. De stand van de ontwikkelingen op dit moment roept de vraag op of de ontwikkelingen op dit terrein niet te weinig zijn aangestuurd. Er blijkt een ongestructureerde ontwikkeling plaats te vinden. In negatieve zin geformuleerd zou er sprake zijn van een zekere wildgroei, waarin wel regionale samenwerking is ontstaan, maar geen samenwerking tussen circuits op landelijk niveau. Positief geformuleerd kan worden gesteld, dat er sprake is van een ontwikkelingsproces, waarin nu sturing moet worden aangebracht. Nadere dwingende actie vanuit de ministeries van VWS en Justitie lijkt hier geboden, waarbij door de ministeries heldere verwachtingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling en termijnen moeten worden geformuleerd.

In dit verband is het van betekenis om in de ontwikkeling van de forensische circuits een samenhang en afstemming te bereiken met de indicatiestelling, die wordt ontwikkeld in een 'modelprocedure indicatiestelling in de GGz'¹⁸⁹ en die via onafhankelijke regionale indicatie-organen (RIO) in 26 – 28 WZV-regio's de exclusieve toegang zal gaan vormen tot alle GGz instellingen. Er is sprake van invoering van deze procedure per 1 januari 1999.

3.2.16 Een tussenbalans

Op grond van de gegevens uit de voorgaande hoofdstukken is een de volgende tussenbalans op te maken van het totaal aantal voor de klinieken beschikbare transmurale plaatsen en de voorlopige planning:

	Beschikbaar	Planning
RIBW	25 – 30	10 – 15
FPA/APZ	5	7
Thuislozenzorg	4	3 – 4
Transmuraal (eigen beheer)	30 – 32	
Long-stay	8	10 – 20
Verstandelijk gehandicapten		3 – 4
Totaal	72 – 79	33 – 50

De twee FPK's hebben geen voorzieningen ingekocht. Met name de FPK van het APZ-Drenthe ziet expliciet het inkopen van plaatsen in GGz-voorzieningen niet als een effectief middel om de uitstroom te bevorderen. Gemeend wordt, dat daarmee in feite een gespecialiseerde forensische GGz-voorziening wordt gecreëerd, waardoor de grens van de Tbs-inrichting verder naar buiten wordt opgeschoven. De daadwerkelijke uitstroom uit de Tbs en het plaatsen van patiënten op reguliere GGz-plaatsen wordt daarmee alleen in tijd vooruit geschoven.

In de interviews bleek meerdere malen, dat de Tbs-klinieken niet uitsluitend gebruik maken van regionale netwerken. In een aantal gevallen maken klinieken gebruik van voorzieningen in regio's waar een andere kliniek binnen een netwerk van voorzieningen samenwerkt en trachten zodoende over een lan-

¹⁸⁹ Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg 1997

delijk netwerk van voorzieningen te beschikken. In het hoofdstuk over de thuislozenzorg werd al opgemerkt, dat verschillende klinieken los van elkaar plaatsen inkopen bij een thuislozenvoorziening. Veelal is hierover geen overleg met de kliniek in de betreffende regio. Hierover werd door sommige geïnterviewden opgemerkt, dat dit belemmerend kan werken in de regionale samenwerking en tegelijkertijd, dat er van elkaars expertise in een bepaalde regio te weinig gebruik wordt gemaakt. Door een geïnterviewde werd in dit verband geconstateerd, dat de coördinatie binnen het Tbs-circuit, zowel regionaal als landelijk, volledig ontbreekt. Vanuit het Meijers Instituut werd met betrekking tot het behandelbeleid gesteld, dat de klinieken te veel autonomie en zelfbepaling hebben. Wellicht is de hier genoemde situatie daarvan een uitvloeisel.

De hier beschreven situatie roept de vraag op naar de efficiency van deze werkwijze en ook waarom klinieken op dit terrein niet tot een betere samenwerking en afstemming komen.

3.2.17 Aanmelding en plaatsing in vervolgvoorzieningen in 1996 en 1997

Door de klinieken zijn cijfermatige gegevens verstrekt over aanmelding en plaatsing van patiënten bij vervolgvoorzieningen in de jaren 1996 en 1997. Deze gegevens zijn zowel verstrekt ten behoeve van dit onderzoek als van het onderzoek naar de FPA en FPK. De gegevens zijn terug te vinden in bijlage 3.

Bij diverse voorgaande hoofdstukken is al naar de cijfers verwezen. In dit hoofdstuk zullen de cijfers nader worden geanalyseerd.

Het totale aantal door de klinieken ingekochte en zelf ontwikkelde transmurale plaatsen blijkt uit de beschikbare gegevens tussen de 72 en 79 te bedragen. Uit door de klinieken ingevulde vragenlijsten blijkt, dat in 1996 en 1997 102 patiënten bij GGz- en andere voorzieningen zijn aangemeld en geplaatst. Uit de cijfers is niet af te leiden wat de duur is van de plaatsingen en in welke mate de plaatsingen op langere termijn succesvol zijn geweest; daarop was het onderzoek niet gericht.

Op 1 januari 1998 stonden 14 patiënten op de wachtlijst voor een vervolgvoorziening. Drie daarvan stonden en langer op dan een jaar, de overige 11 korter. Het betreft patiënten, die door de betreffende voorziening waren geaccepteerd. Patiënten, die gezien de stand van de behandeling in de kliniek wel in een vervolgvoorziening zouden kunnen worden geplaatst, maar die niet zijn aangemeld en/of geaccepteerd bij een vervolgvoorziening zijn niet in deze wachtlijst opgenomen. Dit laatste betreft een nog onbekend aantal patiënten.

In de betreffende periode zijn 15 patiënten aangemeld en afgewezen bij vervolgvoorzieningen; 4 patiënten, die – alle uit de Van Mesdagkliniek – waren geaccepteerd door een RIBW trokken zichzelf terug en verlengden daarmee zelf hun intramurale verblijf in de kliniek. De vraag blijft open of hier een relatie is met de stroeve verhouding die in het interview bleek tussen de Van Mesdagkliniek en de RIBW.

Van de redenen voor afwijzing van patiënten is interessant, dat in 5 gevallen wordt gesteld, dat geen sprake is van een psychiatrische stoornis en in 4 gevallen het risico te groot werd geacht. Dit zou kunnen betekenen, dat verwachtingen over en weer onvoldoende zijn uitgesproken.

Daarnaast werden door de Van der Hoevenkliniek, Oldenkotte en de FPK De Grote Beek in totaal 48 patiënten (bijna de helft van het aantal plaatsingen) bij vervolgvoorzieningen aangemeld, waarvan er geen werd afgewezen. In het verlengde van hetgeen hiervoor over de redenen van afwijzing werd gesteld is hier wellicht sprake van goed afgestemde verwachtingen tussen Tbs-kliniek en vervolgvoorziening.

Uit de gegevens blijkt niet hoeveel patiënten in de onderzoeksperiode voor een transmurale plaatsing in aanmerking hadden moeten komen, maar waarvoor geen vervolgvoorziening beschikbaar was. Uitgaande van de indicaties zoals eerder genoemd zouden er tientallen patiënten moeten zijn, die wel in de

situatie verkeren, dat er voor hen geen vervolgplaats kan worden gevonden of dat de kliniek langdurig met de patiënt onderhandelt over de meest geschikte vestigingsplaats.

In tabel 8 is de uitstroom naar vervolgvoorzieningen in 1996 en 1997 per kliniek ten opzicht van de capaciteit (percentueel) zichtbaar gemaakt. Hierbij moet worden opgemerkt, dat de capaciteitscijfers in die jaren gemiddeld lager waren dan in de tabel vermeld. Desondanks is de uitstroom naar vervolgvoorzieningen over een periode van twee jaar van de meeste klinieken niet in overeenstemming met wat noodzakelijk is om tot een adequate uitstroom te komen. Wanneer de uitstroom zich rondom het huidige niveau blijft bewegen zal er een stagnatie optreden in het gehele systeem van de Tbs. Met name de uitstroom van de Van Mesdagkliniek en de Pompekliniek geeft — op basis van de verstrekte gegevens — een zorgwekkend beeld.

Gezien het gegeven, dat in de betreffende periode gemiddeld 50 patiënten per jaar zijn geplaatst moet er van worden uitgegaan, dat bij een zekere beschikbaarheid van tussen de 70 en 80 vervolgplaatsen de duur van de plaatsingen gemiddeld meer dan een jaar bedraagt.

Eerder werd vastgesteld, dat per jaar circa 100 patiënten zullen moeten uitstromen naar vervolgvoorzieningen. Gezien het aantal beschikbare plaatsen en het aantal patiënten, dat in de onderzochte periode is uitgestroomd naar vervolgvoorzieningen (circa 100 in twee jaar) en het vermoeden, dat de plaatsingen gemiddeld langer dan een jaar duren ziet het er naar uit, dat het aantal beschikbare plaatsen in vervolgvoorzieningen veel te gering is. Een verdubbeling van het aantal beschikbare plaatsen in vervolgvoorzieningen in de GGz en elders lijkt noodzakelijk om op korte termijn aan de behoefte te voldoen. Deze plaatsen zullen flexibel beschikbaar moeten zijn voor wat betreft zorgniveau en zorgzwaarte.

3.2.18 *Zorgvisie van de klinieken*

Eerder is, op basis van de beschrijving van de werkgroep vervolgvoorzieningen in het rapport 'Wordt vervolgd...', onder meer inzicht verkregen in de instellingen en organisaties, die een rol spelen in de uitstroom van terbeschikkinggestelden uit de Tbs-klinieken. Daarbij is de stand van de ontwikkelingen sinds 1993 in beeld gebracht en zijn analyses gemaakt van deze ontwikkelingen.

Mede naar aanleiding van het voorgaande doet zich de vraag voor of het geformuleerde en geïmplementeerde uitstroombesluit en de zorgvisie van de klinieken een rol spelen bij de wijze waarop en de mate waarin er een wisselwerking tot stand is gekomen met het omliggende veld van instellingen, en of deze wisselwerking bijdraagt aan een efficiënt uitstroombesluit vanuit de Tbs-klinieken naar vervolgvoorzieningen.

Als een voorlopige *hypothese* kan daarbij worden geformuleerd dat, naarmate Tbs-klinieken een meer samenhangend beleid ontwikkelen waarin binnen een geïntegreerde visie behandeling en rehabilitatie hand in hand gaan, dit tot een effectievere interne doorstroom en efficiëntere uitstroom zal leiden, omdat voortdurend de mogelijkheden van en voorwaarden waaronder een patiënt buiten de Tbs-kliniek kan verblijven worden getoetst. Deze hypothese impliceert, dat er planmatig en procesmatig wordt gewerkt aan de behandeling en dat voortdurend de mogelijkheden van externe organisaties worden getoetst en bewerkt om in de behandeling te worden betrokken. Dit zou ook moeten leiden tot betere prognoses met betrekking tot de te verwachten uitstroom. Betere prognoses zouden op hun beurt tot uitdrukking moeten komen in de wijze waarop adviezen voor al dan niet verlengen van de Tbs-maatregel worden uitgebracht en de mate waarin deze door de rechterlijke macht worden opgevolgd.

Vanuit de FPK van het APZ-Drenthe werd de opmerking gemaakt, dat het grote probleem bij de uitstroom is, dat vanuit de Tbs-sector de behandeling nog te weinig is gericht op rehabilitatie en resocialisa-

tie maar dat daarentegen de nadruk ligt op het behandelen en genezen van de (persoonlijkheids-)stoornis van de patiënten. Een reden die daarvoor wordt genoemd is het gegeven, dat behandelaars en het ministerie van Justitie worden aangesproken op de veiligheid van de samenleving en niet op de kwaliteit van behandeling en resocialisatie, waardoor de invalshoek van de Tbs uiteindelijk de detentiefunctie is.

Nog afgezien van de vraag of deze stelling in overwegende mate juist is ligt hierin wel een dilemma besloten waarbinnen de Tbs-klinieken in de praktijk moeten opereren: er moeten door de klinieken twee doelstellingen, die niet direct in elkaars verlengde liggen, gelijktijdig worden gerealiseerd. Enerzijds is het noodzakelijk, dat de patiënten in een gesloten setting worden gehouden om de samenleving tegen hen te beschermen en behandeling mogelijk te maken, anderzijds moeten zij zo snel mogelijk ervaring opdoen in en terugkeren naar de samenleving, al dan niet in een beschermende of gecontroleerde woonomgeving. De betekenis van het 'zo snel mogelijk' terugkeren van patiënten naar de maatschappij wordt nog gecompliceerder door de opdracht, dat de intramurale periode in de Tbs-kliniek beduidend moet worden bekort. Dit is vanuit het oogpunt van organisatie een lastig gegeven.

Daarbij is een nog een moeilijk te beïnvloeden aspect wat is genoemd de 'factor behandelaar'. Hiermee wordt bedoeld op het gegeven, dat behandelaars geneigd zijn succesvolle patiënten langer te blijven behandelen dan vanuit het de doelstelling van de Tbs-maatregel noodzakelijk is, om nog meer succes met de patiënt te behalen. Dit maakt interne doorstroom en uiteindelijk de uitstroom moeilijker.

Een andere complicerende factor – die overigens door geen van de klinieken als zodanig is benoemd – is de toename van het aantal opgelegde Tbs-maatregelen in de afgelopen jaren. Deze toename heeft geleid tot het vergroten van de opnamecapaciteit van klinieken binnen een korte periode, waardoor er aandacht en energie is moeten uitgaan naar het binnen de kliniek (re-)organiseren van afdelingen en versneld opnemen van patiënten. Dit is een naar binnen gerichte activiteit, die niet gemakkelijk samengaat met het ontwikkelen van nieuwe visies op de te bieden zorg en het bevorderen van door- en uitstroom.

Ten slotte moet worden opgemerkt, dat de klinieken niet in gelijke mate kunnen worden vergeleken en aangesproken op een bevordering van de uitstroom, omdat de opgenomen patiëntenpopulatie per kliniek verschillend is voor wat betreft problematiek, behandel- en resocialisatieperspectief, en de mate van noodzakelijke beveiliging. Dit betekent, dat de intramurale behandelduur per kliniek beduidend kan verschillen.

Vanuit de in de interviews verstrekte gegevens en door de klinieken schriftelijk geleverde informatie is per kliniek een beeld ontstaan en beschreven van het gehanteerde uitstroombeleid en de manier waarop dit in de praktijk wordt uitgevoerd.

- De Van Mesdagkliniek stelt dat in de afgelopen 10 jaar een omslag is gemaakt waarin de primaire focus op behandeling van de persoonlijkheid van de patiënt is verlegd naar vermindering van de delictgevaarlijkheid. Daarbij wordt de terugkeer van de patiënt naar de samenleving als doelstelling gehanteerd. De kliniek hanteert daarbij het 4-factorenmodel waarin zowel de persoonlijkheid en psychiatrisch toestandbeeld, de situationele gegevens, de maatschappelijke inbedding en de vaardigheden van de patiënt zijn onderscheiden. Dit maakt het mogelijk om op deze aspecten delen van de behandeling te richten en regelmatig te toetsen en een inschatting te maken van de mogelijkheden om, eventueel beschermd of gecontroleerd, de kliniek te verlaten. Wanneer de delictgevaarlijkheid in voldoende mate is teruggebracht worden eventueel nog aanwezige stoornissen van de patiënt opgevat als handicaps. In de resocialisatie wordt dan uitgegaan van wat deze, gegeven zijn handicaps, nog kan bereiken.

Op grond van de verkregen gegevens is er een inzicht ontstaan in het uitstroomtraject, dat door de kliniek is ontwikkeld en de relaties, die met andere voorzieningen zijn gelegd om uitstroom mogelijk te maken. Daarbij worden door de kliniek ook signalen gegeven over de beperkte mogelijkheden die met name GGz-voorzieningen hebben voor de Tbs-patiënten.

- Door Veldzicht wordt gesteld, dat daar de meest vlucht- en delictgevaarlijke patiënten van het Tbs-veld verblijven. Dit heeft gevolgen voor de terugkeer van patiënten naar de maatschappij; er wordt meer dan voorheen getracht in een vroegtijdig stadium van de behandeling relaties te leggen met instellingen waarheen patiënten mogelijk kunnen uitstromen, maar er blijft sprake van een aantal patiënten, dat weer terugkeert in het Tbs-circuit. De duur van het verblijf in de kliniek wordt voor een groot deel bepaald door de aan- of afwezigheid van structurerende omstandigheden daarbuiten. Geconstateerd werd, dat voor veel patiënten de stap naar een vrijwillig verblijf in een vervolgvoorziening of naar ongebeleid zelfstandig wonen te groot is.
- Oldenkotte heeft de structuur van de behandeling recent gewijzigd door het instellen van kernteams rondom de behandeling van individuele patiënten. Hiermee is beoogd om naast de behandelcultuur van de kliniek ook oog te hebben voor doelmatigheid en kosten. Beveiliging wordt alleen nodig geacht wanneer er sprake is van gevaar. Dit betekent, dat zodra het gevaar van een patiënt voor de maatschappij geweken is deze als een regulier psychiatrisch patiënt moet worden behandeld. Vermindering van gevaar kan deels worden bereikt door behandeling van de persoon, maar deels kan een ontbrekende innerlijke structuur van de patiënt worden aangebracht door voorzieningen van buitenaf wanneer dit goed is georganiseerd.
- De Van der Hoevenkliniek streeft er naar de intramurale behandelduur zo kort mogelijk te houden. Daarbij wordt geen uitdrukkelijke scheiding aangebracht tussen behandeling en resocialisatie; deze zijn voor wat betreft doel niet te scheiden, maar moeten voor wat betreft methodiek worden onderscheiden. Er zijn enkele omschreven door- en uitstroomtrajecten ontwikkeld ten behoeve van patiënten met verschillende perspectieven, waarbinnen patiënten zo snel als verantwoord is worden overgeplaatst naar een transmurale plaats, gevolgd door een — eventueel lange — proefverlofperiode. Een groot deel van de uitstroom wordt door en vanuit de kliniek begeleid.
- In de Pompekliniek bestond tot voor kort de cultuur, waarin patiënten te lang werden 'binnen' gehouden. Er is nu sprake van een toegenomen uitstroom, die wordt veroorzaakt door een kritischer toetsing van de noodzaak van het verblijf van patiënten in de kliniek. In een steeds vroeger stadium van de behandeling worden aspecten, die van belang zijn voor een mogelijke resocialisatie meegewogen in de behandeling en in besluiten een deel van de behandeling buiten de kliniek te laten plaatsvinden.
- De Kijvelanden heeft in 1996, het jaar waarin de eerste instroom van patiënten plaats vond, in het jaarplan rehabilitatie richtinggevend voor de behandeling genoemd. De opdracht van de kliniek is gevaar voor de maatschappij af te wenden en het plegen van delicten te voorkómen. Het gaat dan ook niet alleen om behandeling van de persoonlijkheid van de Tbs-gestelde, maar nadrukkelijk ook om acceptatie van tekortkomingen en gebreken en ontplooiing van diens gezonde kanten. Opnamevoorwaarden worden met de Tbs-gestelde zo concreet en toetsbaar mogelijk geformuleerd. Uit feiten zal ten slotte moeten blijken, dat de Tbs-gestelde een strategie heeft leren ontwikkelen om recidive te voorkómen.
- Hoeve Boschoord heeft een groep patiënten binnen de muren, die specialistische hulp geboden krijgt. De nadruk ligt daarbij op het hen bewust maken van eigen mogelijkheden en deze zo veel als mogelijk te ontwikkelen. Daarbij wordt er aan gewerkt de patiënt bewust te maken van de valkuilen

die er zijn op de weg naar een zo volledig mogelijk herstel, waarbij terugvalpreventie als een belangrijk onderdeel van de behandeling wordt aangemerkt. Veelal zijn patiënten vanuit Boschoord aangewezen op verblijf in een vervolgvoorziening. Er zijn diverse vervolgvoorzieningen, waarnaar patiënten kunnen uitstromen, maar er is nog steeds een gebrek aan geschikte mogelijkheden. Met name reguliere voorzieningen bieden nogal eens onvoldoende structuur. Als een goede mogelijkheid om de overgang tussen kliniek en vervolgvoorziening te versoepelen wordt gebruikgemaakt van het bieden van structurele nazorg op maat aan de vervolgvoorziening en de patiënt.

- De FPK De Grote Beek plaatst al van voor de opname de behandeling in het perspectief van de uitstroom, die meestal naar de regio van herkomst plaatsvindt. Er wordt gewerkt met een hypothese, die elke 8 weken bij de patiënt-evaluatie wordt getoetst en kan worden bijgesteld. Wanneer het recidiverisico van de patiënt kan worden ingeschat kan de patiënt al snel weer stapsgewijs naar buiten om zijn mogelijkheden uit te proberen. De patiënt moet daarbij leren zijn gedrag te controleren, zijn handicaps te accepteren en hiermee blijvend leren leven. De FPK heeft permanent circa 20 patiënten die, soms zeer langdurend en in vervolgvoorzieningen, met proefverlof zijn.
- De FPK van het APZ-Drenthe vraagt (als enige kliniek) ook van Tbs-gestelden een minimale bereidheid tot behandeling. Wanneer deze bereidheid ontbreekt zullen zij (tijdelijk) worden teruggeplaatst naar het gevangeniswezen. Gedwongen verblijf van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in een kliniek, uitsluitend ter afwending van maatschappelijk gevaar wordt als contraproductief gezien. Patiënten, die voldoende zijn gevorderd in hun behandeling stromen uit via een rehabilitatie- en resocialisatieafdeling. Er wordt niet gestreefd naar behandeling of genezing van de totale persoon of stoornis, maar het handicapmodel wordt gehanteerd, waarin de patiënt zijn beperkingen leert accepteren en hanteren.
- Het Meijers Instituut heeft gezien haar specifieke taakstelling in het Tbs-veld maar beperkte mogelijkheden tot behandeling. Via het Instituut wordt een aantal patiënten rechtstreeks geplaatst in een vervolgvoorziening, soms zonder tussenkomst van een reguliere Tbs-kliniek. Er zijn vanuit het Instituut doorgaans circa 20 patiënten met proefverlof, voor een deel in GGz-voorzieningen.

Geconcludeerd wordt, dat alle klinieken een beleid hebben geformuleerd waarin behandeling van de persoon en diens stoornis maar een deel van de behandeling vormt. Meer of minder uitdrukkelijk wordt door de klinieken gesteld, dat, wanneer het gevaar voor de maatschappij voldoende is afgewend, de patiënt moet leren zijn nog aanwezige handicaps te accepteren. Op grond van de bij de patiënt aanwezige 'restcapaciteit' wordt getracht een verantwoorde woon/leefsituatie buiten de kliniek te vinden. Dit kan variëren van geheel beschermd tot geheel zelfstandig en alle mogelijkheden daartussen. Persoon én omstandigheden moeten samen een betrouwbare leefsituatie buiten de kliniek mogelijk maken. Daartoe zijn door de klinieken met tal van voorzieningen relaties gelegd en afspraken gemaakt, zoals eerder is gebleken.

Voor wat betreft het geformuleerde beleid van de klinieken moet dan ook de eerder in dit hoofdstuk genoemde stelling van de FPK van het APZ-Drenthe als niet geldend worden beschouwd: in het algemeen wordt het beleid geformuleerd in termen van een rehabilitatie- of handicapmodel en wordt planmatig aan de uitstroom van patiënten gewerkt. Wel moet de vraag worden gesteld of en in hoeverre het door de klinieken geformuleerde beleid zijn uitwerking heeft in een versnelling van de uitstroom, er van

uit gaande, dat de intramurale behandelduur de laatste jaren gestegen.¹⁹⁰ Daarnaast staat het aantal beëindigingen van de Tbs-maatregel in geen reële verhouding tot het aantal opgelegde maatregelen (zie paragraaf 3.2.2).

Het kan zijn, dat de verlenging van de intramurale behandelduur, de zorgvisie en het uitstroombesluit van de klinieken geen directe relatie met elkaar hebben. De vraag kan vanuit de nu beschikbare gegevens niet sluitend worden beantwoord, omdat een onbekend deel van de Tbs-gestelden op dit moment in transmurale voorzieningen verblijft. Het is dan ook mogelijk, dat er in de afgelopen jaren een ontwikkeling is ingezet, die pas na enige tijd tot een versnelde uitstroom uit het Tbs-circuit (beëindiging van de verpleging onder voorwaarden of onvoorwaardelijke beëindiging van de maatregel) zal leiden. Het aantal beëindigingen van de maatregel zal echter meer in de richting moeten gaan van het aantal opgelegde maatregelen, omdat anders het systeem vastloopt.

Daarnaast is een vraag in hoeverre het geformuleerde uitstroombesluit in de klinieken al een onderdeel is geworden van de behandelcultuur. Uit de gegevens blijkt, dat klinieken vanuit een verschillende uitgangspunt een eigen ontwikkeling hebben gevolgd in hun visie op behandeling, zorg en uitstroom. Deze ontwikkeling is ook niet gelijktijdig bij alle klinieken ingezet. Enkele klinieken hebben een lange historie waarin het langdurig behandelen van de persoon en diens stoornis vanzelfsprekend was, andere klinieken zijn in de afgelopen jaren van start gegaan en hebben hun beleid naar de inzichten van deze tijd kunnen formuleren.

De Van Mesdagkliniek, Veldzicht, Oldenkotte en de Pompekliniek maken uitdrukkelijk melding van een in de laatste jaren veranderde visie op behandeling en rehabilitatie. Vermoedelijk zal de ontwikkeling bij deze klinieken van beleid naar praktijk de nodige tijd kosten of hebben gekost, omdat de organisatie en medewerkers een grote omschakeling moeten maken in denken en handelen.

De Kijvelanden en de FPK van het APZ-Drenthe daarentegen hebben rehabilitatie vanaf het begin als uitgangspunt van de behandeling geformuleerd en daarop hun organisatie ingericht.

Ten slotte zijn er enkele al langer bestaande klinieken, die, wellicht vanuit hun speciale positie binnen het Tbs-veld of een specifieke doelgroep, een ontwikkeling hebben doorgemaakt naar een visie waarbinnen naast de persoon ook de omstandigheden in de behandeling werden betrokken.

Met name voor Hoeve Boschoord en de FPK van de Grote Beek geldt, dat de doelgroep al van oudsher was aangewezen op verblijf in een vervolgvoorziening na de intramurale behandelperiode en waar relaties met vervolgvoorzieningen een logische stap in de behandeling vormen. Bovendien maken deze klinieken — dit geldt ook voor de FPK van het APZ-Drenthe — organisatorisch of vanuit hun specialisme deel uit van andere circuits dan het justitiële Tbs-circuit.

De Van der Hoevenkliniek ten slotte heeft circa 10 jaar geleden een ontwikkeling ingezet waarin zowel de intramurale als de transmurale fase bijna geheel onder directe begeleiding van de kliniek zelf worden uitgevoerd in een aantal ontwikkelde door- en uitstroomtrajecten en zelf ontwikkelde (transmurale) voorzieningen. Deze laatste kliniek geeft ook te kennen, dat het mogelijk is om vanuit deze werkwijze tot een redelijk betrouwbare prognose en planning te komen van de te verwachten uitstroom.

¹⁹⁰ Jaar Intra-murale duur in maanden

1978	43	1994	56	2001	71
1983	49	1995	59	2002	75
1990	50	1996	65	2003	84
1992	57	2000	66		

Bron: Directie Beleid, DJI, Ministerie van Justitie. De cursief gedrukte cijfers zijn na afsluiting van het onderzoek toegevoegd.

Deze beschouwing kan niet tot afgeronde conclusies leiden, omdat er sprake is van onvergelykbare omstandigheden waaronder de klinieken zich ontwikkelen, zowel voor wat betreft specialisatie, patiëntenpopulatie als de aanwezigheid van samenwerkingsmogelijkheden in de omgeving. De in de aanvang van deze paragraaf genoemde hypothese kan dan ook niet sluitend worden beantwoord en zou nadere beschouwing verdienen. Daarbij is meer inzicht nodig in de behandelingsvisie van de kliniek en in de uitwerking daarvan in de beschrijving en evaluatie van behandeldoelen.

Opvallend is, dat er van uitwisseling van ervaringen met betrekking tot de verschillende ontwikkelingen tussen de klinieken maar in beperkte mate sprake is. De vraag waarom deze uitwisseling tussen klinieken niet in grotere mate tot stand komt is vanuit de beschikbare gegevens niet eenduidig te beantwoorden. Er zijn gedurende dit project globaal twee mogelijkheden geopperd, die een en ander zouden kunnen verklaren:

1. Binnen het Tbs-circuit is te weinig coördinatie en planning met betrekking tot het aantal en het soort behandelplaatsen dat noodzakelijk is. Daarbij is geopperd, dat te veel ontwikkelingen bilateraal tussen het Ministerie van Justitie en de afzonderlijke klinieken worden besproken en besloten.
2. Er zijn te weinig (financiële) prikkels die klinieken stimuleren om de uitstroom te versnellen en nieuwe trajecten te ontwikkelen. Daarbij wordt vanuit het Tbs-veld (te) veel gewezen naar de GGz, die de Tbs-patiënten niet zou willen opnemen.

3.2.19 *Justitie en GGz*

Naar aanleiding van het rapport 'Doelmatig behandelen' heeft het kabinet een permanent overleg ingesteld tussen de ministeries van Justitie en VWS. Hierin wordt het korte en lange termijn beleid inzake de forensische psychiatrie voorbereid. Zo is onder meer op het gebied van de forensische psychiatrie in het gevangeniswezen een ontwikkeling op gang gekomen en worden initiatieven ontwikkeld tussen GGz-voorzieningen en het gevangeniswezen.

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt, dat ook de Tbs-klinieken en GGz-voorzieningen in de afgelopen jaren op uitvoerend niveau op diverse plaatsen naar elkaar zijn toegegroeid. Daarnaast werden in interviews in het kader van dit onderzoek nog diverse knelpunten en gevoeligheden in de samenwerking genoemd, die belemmerend zouden kunnen zijn in de verdere ontwikkeling van efficiënte samenwerking. In dit hoofdstuk zal hierop worden ingegaan.

- Vanuit de FPK van het APZ-Drenthe werd opgemerkt, dat het inkopen van plaatsen in GGz-voorzieningen geen effectief middel is om uitstroom te bevorderen. Daarmee wordt in feite een gespecialiseerde GGz-voorziening gecreëerd, waardoor de grens van de Tbs-inrichting verder naar buiten wordt opgeschoven. De daadwerkelijke problematiek van de uitstroom naar de reguliere GGz wordt daarmee in tijd vooruitgeschoven, maar niet opgelost.
- De weerstand van de GGz tegen de forensische psychiatrie is volgens K. van Tuinen, sectorhoofd van diezelfde FPK, niet gelegen in het spreken van 'verschillende talen', maar maakt de gevoelsmatige beleving van de individuele behandelaar samengaan vaak onmogelijk. Veel behandelaars zien het vanuit hun emotie als onmogelijk om zowel slachtoffers als daders te behandelen. Dit wordt geformuleerd in uitspraken als: 'ik wil niet dat slachtoffers en daders elkaar in de wachtkamer tegenkomen'.
- Door enkele klinieken werd de verminderde asiel functie van de psychiatrische ziekenhuizen als een knelpunt genoemd, waardoor men patiënten, die langdurig moeten worden geasileerd in mindere mate kan laten uitstromen dan wenselijk is.
- De FPK De Grote Beek ziet het wel als begrijpelijk, dat vanuit de Tbs wordt aangedrongen op een herstel van de asiel functie in de GGz, maar noemt dit voor de GGz geen aantrekkelijk gebied, gezien

de patiëntenpopulatie, die voor een dergelijke voorziening in aanmerking komt. Er wordt geconstateerd, dat het Tbs-circuit er vanuit gaat, dat de GGz gestuurd kan worden door het aanbod vanuit de Tbs. Maar met alleen het aanbieden van een Tbs-patiënt is de aansluiting met de GGz niet meer mogelijk, nu de GGz werkt met zorg op maat, vermaatschappelijking en een verminderde asiel functie. Daarnaast is het de vraag of de GGz wel voor de hele Tbs-populatie, en met name patiënten met overheersende As II-problematiek, het juiste circuit is.

Naast de klacht vanuit het Tbs-circuit, dat de GGz te veel aangeboden patiënten vanuit de Tbs afwijst, moet bezien worden of alle aanmeldingen wel de juiste aanmeldingen zijn, passend binnen het verzorgingsgebied en het zorgniveau van die instelling.

In het algemeen wordt gesteld, dat vanuit de Tbs er stevig moet worden geïnvesteerd, bij elke patiënt opnieuw, om een plaats te krijgen binnen de GGz.

- Vanuit de Pompekliniek werd gesteld, dat de indruk bestaat, dat samenwerking van de GGz met Tbs-klinieken nog te weinig wordt afgedwongen door het ministerie van VWS, zoals blijkt uit de moeizame samenwerking van de kliniek met FPA en RIBW. Er wordt een te hoge weerstand geconstateerd van de GGz tegen de opname van Tbs-gestelden.
- Mevrouw Prof. Dr. M. Donker, onder meer bijzonder hoogleraar beleid en evaluatie van de GGz, stelde, dat de uitstroom vanuit de Tbs binnen de GGz een klein aantal patiënten betreft. Daarom zouden deze niet bij alle GGz-instellingen moeten worden aangeboden, maar zou dit moeten worden beperkt tot een klein aantal instellingen, die zich binnen de reguliere GGz op dit terrein kunnen specialiseren. Het is dan beter mogelijk de verwachtingen over en weer te laten 'sporen'. Voor het behandelklimaat in een reguliere GGz-voorziening is het vaak moeilijk te hanteren, dat op bepaalde (Tbs-)patiënten toezicht en controle wordt gehouden, terwijl dit bij anderen niet nodig is. Ook dit pleit voor beperking van het aantal gespecialiseerde voorzieningen.
- Prof. Dr. H.J.C. van Marle, psychiatrisch adviseur van het Ministerie van Justitie en hoogleraar forensische psychiatrie, stelde zich de vraag of uitstroom vanuit de Tbs naar de GGz wel altijd mogelijk is. Een Tbs-gestelde is niet gelijk aan een psychiatrische patiënt. In de Tbs wordt gesproken over 'chronisch' bij chronische delictgevaarlijkheid, in de GGz is 'chronisch' gelijk aan chronisch ziek. Dit vraagt om verschillende oplossingen en het is in dit verband de vraag of uitstroom via de GGz wel altijd mogelijk is. Daarnaast is in de samenwerking met de GGz de Tbs/justitiële sector de 'vragende' partij en bij de GGz een onwil om patiënten met persoonlijkheidsstoornissen te behandelen; er zijn onvoldoende wederkerige belangen om samen te werken.
- Volgens Prof. Dr. F.H.L. Beyaert, emeritus hoogleraar forensische psychiatrie en onder meer Raad in de penitentiaire kamer van het gerechtshof in Arnhem, vormen psychotici 30 % van de Tbs-populatie en zijn schatting is, dat 80 % daarvan niet te genezen is en invalide of gevaarlijk voor de maatschappij blijft. Dit betekent, dat deze patiënten langdurig onder dwang in de GGz opgenomen moeten blijven, met controle op medicatie. Hij betwijfelt of de GGz deze dwang wil en kan opbrengen, omdat daar nog te veel het idee zou heersen dat iedereen te genezen is. Om te voorkomen, dat nog gevaarlijke patiënten te vroeg uit de GGz worden ontslagen of opname wordt geweigerd pleit hij er voor de RPI (Rijks Psychiatrische Inrichting) te heroprichten; een rijksinrichting zal patiënten niet mogen weigeren. Het probleem van VWS is volgens Beyaert, dat dit ministerie uiteindelijk geen invloed heeft op het (opname)beleid van de door hen gesubsidieerde instellingen.

De voorgaande opmerkingen zijn in de loop van het project verzameld en zouden deels kunnen worden aangevuld met resultaten vanuit eerder gepleegd onderzoek en eerder verschenen rapporten. Voor een

beter begrip van de ambivalente relatie tussen justitie en GGz is dit op deze plaats niet noodzakelijk. Uit eerdere hoofdstukken blijkt, dat de relatie tussen beide sectoren aan verandering onderhevig is en dat deze op diverse plaatsen vanuit beide sectoren wordt bewerkt waardoor een meer effectieve samenwerking mogelijk wordt. Het voorgaande kan in dat licht worden gezien als een aantal aandachtspunten bij het bevorderen van die samenwerking.

Voor wat betreft de vermindering van de asielfunctie, die door diverse klinieken als een knelpunt wordt genoemd, kan worden verwezen naar het rapport van de werkgroep 'Forensische Zorg', waarin in het kader van het gevangeniswezen het (her)ontwikkelen van de asielfunctie van psychiatrische ziekenhuizen voor de doelgroep 'zwaardere, veeleisende patiënten' als noodzakelijk wordt gezien. Het blijft echter in dit verband van belang om ook bij deze functie van psychiatrische ziekenhuizen te bezien of de juiste patiënt op de juiste plaats terecht komt. Wanneer er alleen sprake is van gevaar voor de omgeving en alleen een beroep wordt gedaan op de detentiefunctie van de GGz kan de weerstand van de GGz om tot opname over te gaan goed worden begrepen en zullen andere oplossingen in beeld moeten komen.

De gedachte dat de problematiek van samenwerking met de GGz zou kunnen worden opgelost door het inkopen of creëren van eigen voorzieningen wordt in het voorgaande zowel noodzakelijk als niet-effectief genoemd. De mate waarin dit nodig is zal binnen het veld van de forensische psychiatrie voortdurend punt van aandacht moeten blijven. Daarbij moet echter worden gesteld, dat inkoop van plaatsen in reguliere voorzieningen een weinig flexibele situatie oplevert. Als experimenteerfase zal deze praktijk bij gebleken succes zo snel mogelijk moeten worden omgezet in een regulier forensisch-psychiatrisch GGz-aanbod, dat middels geëigende indicatieprocedures toegankelijk is voor de klinieken.

De suggestie om problemen te omzeilen door, zoals genoemd, de RPI te heroprichten is gezien de voorliggende problematiek begrijpelijk. De rijksinstelling kan immers niet weigeren patiënten op te nemen. Daarbij moet echter wel worden opgemerkt, dat deze oplossing een doorkruising is van het streven om de problematiek van de forensische psychiatrie een gezamenlijke verantwoordelijkheid te laten zijn van justitie en GGz. Er wordt mee bevorderd, dat reguliere psychiatrische voorzieningen problematische patiënten kunnen weigeren uitsluitend op grond van het bestaan van een rijksinrichting.

De suggestie om de binnen het GGz circuit kleine groep Tbs-gestelden over een beperkt aantal gespecialiseerde reguliere voorzieningen te spreiden verdient overweging. Dit kan de kennis van de beide sectoren en de intensiteit van de samenwerking bevorderen.

3.2.20 *Wetgeving*¹⁹¹

In het najaar van 1997 werd een nieuwe Tbs-wetgeving van kracht, de Beginselenwet verpleging terbeschikking gestelden (de interne rechtspositie) en een wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering omtrent de terbeschikkingstelling en de sanctietoepassing ten aanzien van geestelijk gestoorde delinquenten (de externe rechtspositie). Met de invoering van deze wetgeving is ook een nieuwe maatregel van bestuur ingevoerd, het Reglement verpleging terbeschikking gestelden. Hierin zijn nadere regels vastgelegd die voortvloeien uit de Beginselenwet. Voor informatie over deze wet- en regelgeving wordt hier verwezen naar de Voorlichtingsbundel, die in 1997 door het ministerie van Justitie is uitgebracht.¹⁹²

¹⁹¹ De Groot 1997

¹⁹² De Groot 1997

Binnen de huidige Tbs-wetgeving is er een getrappt aantal mogelijkheden om patiënten uit de intramurale fase te laten uitstromen:

- woonverlof (maximaal 3 maanden)
- proefverlof
- beëindiging van de verpleging onder voorwaarden (maximaal 3 jaar)

Aan woonverlof en proefverlof worden voorwaarden verbonden en blijft het hoofd van de Tbs-inrichting beslissingsbevoegd. Bij beëindiging van de verpleging onder voorwaarden zal de verantwoordelijkheid van het hoofd van de Tbs-inrichting vervallen. In het algemeen zal dan de reclassering dan belast worden met het verlenen van de noodzakelijke hulp en steun aan de Tbs-gestelde en eveneens met het uitbrengen van de noodzakelijke rapportage over de Tbs-gestelde, inclusief de rapportage over de verlenging of beëindiging van de maatregel.

De transmurale fase wordt in de praktijk vorm gegeven binnen het kader van de intramurale behandeling of in het woonverlof en kan eventueel overgaan in de proefverloffase.

Door Van Marle werd gesteld, dat de beëindiging van de verpleging onder voorwaarden een uitstroombevorderende factor zal worden. Hij stelt daarbij overigens wel ter discussie of de maximale termijn van drie jaar, die hieraan is gesteld voor wat betreft het toedienen van gedwongen medicatie zou kunnen worden 'opgerekt'. Hij meent, dat gevaar duidelijk aanwijsbaar is en derhalve een uitzonderingsgrond zou moeten zijn om de Tbs 'van een veel langere duur te laten zijn'. Hij trekt daarbij een vergelijking met sommige lichamelijke ziektes, waarvoor soms levenslang een regelmatig lichamelijk onderzoek en gebruik van medicatie noodzakelijk is.¹⁹³

Balkema ziet vanuit de rechterlijke macht de beëindiging van de verpleging onder voorwaarden nog niet direct als een uitstroombevorderende ontwikkeling. In een interview met mij stelde hij, dat bij de beslissing omtrent het al dan niet verlenen van een beëindiging van de verpleging onder voorwaarden zich veelal de vraag zal voordoen of een patiënt in een vervolgvoorziening is of kan worden opgenomen. Een dergelijke voorziening zal zich op het moment van de terechtzitting akkoord moeten hebben verklaard met opname. Gezien de ervaringen is dat op een dergelijk moment veelal niet het geval.

In de periode, dat dit onderzoek werd uitgevoerd waren voor de klinieken de gevolgen van deze nieuwe wetgeving nog maar ten dele merkbaar.

Met betrekking tot de binnen het Tbs-veld gehanteerde wetgeving zijn er vanuit de klinieken weinig knelpunten genoemd. Als enige problematiek werd door twee klinieken genoemd de in de nieuwe Tbs-wetgeving vastgelegde maximale termijn van 3 maanden voor het woonverlof. Deze termijn wordt voor een dergelijke fase als te kort gezien. De verwachting werd uitgesproken, dat het woonverlof daardoor aan bruikbaarheid en betekenis zal verliezen en dat zich mogelijk een andere vorm van verlof zal ontwikkelen als experimentele fase voorafgaande aan het proefverlof.

Daarnaast werd ook opgemerkt, dat het voor een kleine groep patiënten van belang zou zijn om de fase van proefverlof, dat op een maximum van 3 jaar is gesteld, met een tweejaarlijkse toetsing van de rechter 'eindeloos' te laten voortduren. Dit laatste zou voor vervolgvoorzieningen een extra garantie kunnen geven voor voldoende controle en zo nodig terugplaatsing, waardoor de toegang tot vervolgvoorzieningen in enkele gevallen kan worden versoepeld. Hier wordt uitdrukkelijk niet bedoeld op de groep 'voórtdurend delictgevaarlijke Tbs-verpleegden' waarvoor op dit moment bij de Rijksinrichting Veldzicht een afzonderlijke voorziening wordt gebouwd¹⁹⁴, maar een groep patiënten, die niet in hoge mate

¹⁹³ Van Marle 1996

¹⁹⁴ Ministerie van Justitie 1998

delictgevaarlijk wordt geacht en die met voldoende steun en controle in een reguliere vervolgvoorziening kan worden opgenomen.

Het verschil in wetgeving tussen de Tbs-sector en de GGz werd in de interviews met de klinieken niet als een belemmerende factor genoemd in het kader van de uitstroom. Dit is opmerkelijk, omdat aan planning, afstemming en indicatiestelling binnen en tussen de verschillende sectoren van justitie en geestelijke gezondheidszorg deels wettelijke regelingen ten grondslag liggen. Deze kunnen aanleiding geven tot problemen in het flexibel samenwerken op instellings- en patiëntniveau. Het is in het kader en tijdsbestek van dit onderzoek niet mogelijk om de hier mogelijk aanwezige problematiek nader te onderzoeken. Het verdient echter aanbeveling de betreffende wet- en regelgeving voor de beide sectoren hierop te toetsen.

3.2.21 *Het ministerie van Justitie*

Door diverse klinieken zijn in de interviews opmerkingen gemaakt met betrekking tot het functioneren van het ministerie van Justitie in relatie tot de uitstroom. Hoewel deze opmerkingen van verschillende aard en gewicht zijn zullen deze in dit hoofdstuk worden samengebracht.

- Enkele klinieken maken er melding van, dat door het ministerie soms of zelfs vaak traag wordt gereageerd op aanvragen van verlof voor patiënten. Afhandeling van dergelijke aanvragen kan soms enkele maanden in beslag nemen, met het gevolg, dat de betrokken patiënt langer dan nodig een intramurale plaats in beslag neemt. Daarnaast kan de patiënt hierdoor zijn motivatie voor verdere behandeling verliezen.
- In aansluiting hierop worden door de Rijksinrichting Veldzicht belemmerende procedures genoemd bij overplaatsing van de ene Tbs-inrichting naar de andere. Er wordt voor gepleit om in situaties, waar twee klinieken overeenstemming hebben voor overplaatsing van een patiënt, het Meijers Instituut alleen marginaal te laten toetsen en niet een herselectieprocedure te laten plaatsvinden.
- De Pompekliniek stelde, dat men vanuit het permanent overleg tussen de ministeries van VWS en Justitie nog te weinig resultaat ziet. Er wordt onvoldoende ingespeeld op vragen en knelpunten vanuit het veld, zoals onder meer blijkt uit de door die kliniek waargenomen problematiek tussen het Tbs-veld en GGz-voorzieningen.
- Het Meijers Instituut constateert, dat er op verschillende fronten te weinig sprake is van samenhang binnen de Tbs-sector. Zo ziet men meerdere malen de mogelijkheid om patiënten rechtstreeks op een resocialisatieafdeling te plaatsen en de reguliere behandelafdeling 'over te slaan'. Het Instituut zou door het ministerie gesteund willen worden in de mogelijkheid minder vrijblijvend, – 'strakker' – te indiceren. Op dit moment is de ervaring, dat klinieken door het Instituut gegeven indicaties doorgaans niet accepteren; er wordt te veel autonomie en zelfbepaling bij de klinieken waargenomen. Dit wordt vanuit het Meijers Instituut gezien als niet bevorderlijk voor een adequate uitstroom. Daarnaast ziet men, dat de rechtstreekse uitstroom vanuit het Meijers Instituut stagneert. Dit wordt ten dele beschouwd als een gevolg van de capaciteitsuitbreiding van de Tbs-klinieken, waarin te weinig sprake is van coördinatie en aansturing: er is in het kader van de uitbreiding van Tbs-plaatsen onvoldoende onderzocht aan hoeveel plaatsen voor welke categorieën patiënten er behoefte is. Te veel worden er in bilateraal overleg tussen het ministerie en een kliniek afspraken gemaakt over capaciteitsuitbreiding. Als voorbeeld wordt genoemd de uitbreiding van de capaciteit voor psychotici binnen het Tbs-veld. Werden recent veel psychotici rechtstreeks vanuit het Meijers Instituut in de GGz geplaatst, nu is de eerste opdracht om de capaciteit voor psychotici binnen de Tbs te laten volstromen. Hierdoor wordt in feite ook op langere termijn een capaciteitstekort en een stagnerende uitstroom gecreëerd.

De door de klinieken gemaakte opmerkingen zijn van een verschillende aard en gewicht. Twee elementen die naar boven komen zijn de betrokkenheid van het ministerie van Justitie bij het beleid met betrekking tot beslissingen omtrent individuele Tbs-gestelden en de aansturing van het Tbs-veld in totaal. Opvallend daarin is, dat de aansturing op patiëntniveau zeer gedetailleerd is en dat aansturing van het Tbs-veld als te gering lijkt te worden ervaren; met name het Meijers Instituut vraagt bij dit laatste om meer duidelijkheid. Gezien de positie en verantwoordelijkheid van het ministerie vanuit de Tbs voor de veiligheid van de samenleving ligt de betrokkenheid bij beslissingen op patiëntniveau voor de hand. De verantwoordelijkheid voor de efficiency en effectiviteit van de tenuitvoerlegging van de Tbs zou daarnaast echter een strakkere aansturing op hoofdlijnen en verantwoording vanuit het Tbs-veld rechtvaardigen. De in het onderzoek aangetroffen cijfers met betrekking tot de uitstroom per kliniek geven hiervoor ook alle aanleiding. Meer dan tot nu toe gebruikelijk is kunnen de jaarlijks door het ministerie zelf verzamelde gegevens en cijfermateriaal gesprekspunten opleveren tussen ministerie en klinieken. Hierbij is het, voordat zware sancties aan de orde zijn, van belang, dat ministerie en klinieken met elkaar een dialoog aangaan met betrekking tot ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan en beleidsaanpassingen die noodzakelijk zijn om tot het gewenste niveau van uitstroom te komen.

Ten slotte zou het richtinggevend en ondersteunend kunnen zijn naar zowel het Tbs-veld als de GGz, wanneer de samenwerking tussen de ministeries van Justitie en VWS in het 'permanent overleg' zich zou kunnen vertalen in kader voor een geïntegreerde zorgvisie op de forensische psychiatrie op politiek niveau van beide voor de forensische psychiatrie verantwoordelijke ministers gezamenlijk. In dit kader zou een aantal hoofdlijnen kunnen worden vastgelegd voor taakverdeling tussen Tbs en GGz.

HOOFDSTUK 4 – FORENSISCHE CIRCUITVORMING IN NEDERLAND

4.1 INLEIDING

4.1.1 *Samenwerking tussen het forensische en niet-forensische veld*

Ter verbetering van de aansluiting tussen het forensische en het niet-forensische veld zijn, mede geïnitieerd door het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over de forensische psychiatrie en haar Raakvlakken¹⁹⁵, in Nederland gericht initiatieven ontwikkeld om te komen tot samenwerkingsverbanden tussen de Tbs, het gevangeniswezen en de Algemene GGz. Zoals uit hoofdstuk 3 blijkt, ontstond er door de plotselinge groei van het aantal Tbs-opleggingen een materiele noodzaak aansluiting te zoeken bij onder meer de algemene GGz om te kunnen voorzien in voldoende uitstroomplaatsen. Het een en ander werd bovendien in het kader gezet van een breed opgevat kwaliteitsbeleid, waaronder een adequate selectie en plaatsing, een efficiënt doorstroombeleid en een effectief uitstroombeleid, zoals blijkt uit hoofdstuk 3. De noodzaak dit kwaliteitsbeleid te ontwikkelen werd mede ingegeven door de Interdepartementale Beleidsonderzoeken over de Tbs die in de daaraan voorafgaande jaren hadden plaatsgevonden en vrij snel op elkaar waren gevolgd: Doelmatig behandelen in 1995 en Over Stroom in 1998. In het najaar van 1999 vond een startconferentie plaats die de aanzet werd voor het 'Verbeterplan Tbs terecht'¹⁹⁶. Dit resulteerde in een aantal deelrapporten: over kwaliteitsverbetering, preklinische interventie, plaatsingssystematiek, toegang tot de Tbs en, in samenwerking met het ministerie van VWS, Veilig oversteken. Dit laatste rapport behandelt de door- en uitstroom van de Tbs.

Initiatieven tot samenwerking tussen de Tbs — en meer in het algemeen — de forensische psychiatrie en niet justitiële voorzieningen werden meer en meer door de overheid ondersteund, zowel de ministeries van Justitie als van VWS.¹⁹⁷ Over de stand van zaken met betrekking tot deze samenwerking in de forensische zorg heb ik met Wilken in 2000 en 2001 een onderzoek gedaan en advies uitgebracht over de gewenste toekomstige ontwikkelingen¹⁹⁸. Dit onderzoek werd onder meer ingebracht in het rapport van de commissie Beleidsvisie Tbs (de commissie Kosto)¹⁹⁹.

Een beschrijving van de historische ontwikkeling van de forensische samenwerking is opgenomen in hoofdstuk 2 van deze studie. In dit hoofdstuk wordt op een aantal onderdelen dieper ingegaan.

4.1.2 *'Ons kent ons...'*

De algemene doelstelling van het onderzoek 'Ons kent ons...' werd als volgt geformuleerd:

'Het op een systematische wijze documenteren van de bestaande (boven-)regionale samenwerkingsverbanden op het gebied van de forensische psychiatrie in Nederland teneinde aanzetten te geven voor modelontwikkeling teneinde de samenwerking en efficiency van de forensische zorg te verbeteren.'

Er werden in het onderzoek naar aanleiding van de in de verschillende regio's ontwikkelde praktijken globaal drie modellen van samenwerking onderscheiden:

¹⁹⁵ Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

¹⁹⁶ Ministerie van Justitie 2000e

¹⁹⁷ In een later stadium werden ook de provincies Gelderland en Flevoland actief in het ondersteunen van de forensische samenwerking in die regio's.

¹⁹⁸ Van Vliet & Wilken 2001

¹⁹⁹ Ministerie van Justitie 2001

- a. informele samenwerking, in hoofdzaak bilateraal. Het betreft voornamelijk samenwerkingsverbanden tussen afzonderlijke instellingen. Soms is sprake van een beginnend netwerk.
- b. geformaliseerde vormen van samenwerking tussen drie of meer instellingen met het accent op beleidsoverleg. We spreken dan van een netwerk.
- c. geformaliseerde vormen van samenwerking tussen drie of meer instellingen, zowel op beleidsniveau als op uitvoeringsniveau. We spreken dan van een circuit.

In de meeste gevallen was op dat moment sprake van samenwerking zoals onder a. of b. genoemd. Op enkele plaatsen werden pogingen ondernomen om toe te groeien naar het onder c. genoemde model.

In de eerste helft van de jaren '90 waren het vooral de Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) in Eindhoven en Assen die een voortrekkersrol vervulden. Met de opkomst van de ambulante forensische zorg vanuit de forensische poli- en dagbehandeling werden ook van daaruit veel initiatieven ontplooid om te komen tot netwerkvorming. De ontwikkeling van de Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) bracht met zich mee dat er indicatiecommissies ontstonden die feitelijk de functie van netwerkoverleg gingen vervullen. Op een aantal plaatsen leidde dit ook tot een actievare rol van de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) en Tbs-klinieken. Door de slechte toegankelijkheid van de algemene geestelijke gezondheidszorg was er een eerste tendens om vanuit de Tbs-klinieken zelf vervolgvoorzieningen te ontwikkelen om zodoende de noodzakelijke uitstroom uit de klinieken te bevorderen. Dit boog zich langzamerhand om naar initiatieven samen met Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's).

Het algemene beeld uit het onderzoek 'Ons kent ons...' was dat de forensische psychiatrie in de loop van de jaren geïsoleerd was geraakt van haar professionele omgeving, maar dat hier een voorzichtige kentering gaande leek te zijn.

In de ontwikkeling van de samenwerking speelt ook de reclassering een rol. Dit wordt onder meer zichtbaar in de samenwerkingsverbanden tussen de reclassering en forensische poliklinieken en in het gezamenlijk ontwikkelen van casemanagement met de ambulante GGZ, het duaal casemanagement²⁰⁰, dat overigens, gezien de opgedane ervaringen, nog nadere inhoudelijke invulling en onderzoek behoefde, omdat binnen het onderzochte circuit nog niet goed omschreven methoden werden gehanteerd, waardoor de gewenste afstemming niet tot stand kwam²⁰¹. Ook door Don werd duaal casemanagement in het kader van het project Domus van het Leger des Heils, op basis van onderzoek vanuit onder meer het Trimbos Instituut²⁰², al eerder omschreven als een organisatorisch construct, dat op beleids- en operationeel niveau nog onvoldoende was ingevuld²⁰³.

De algemene geestelijke gezondheidszorg vervulde in het land, zo blijkt uit het onderzoek, slechts incidenteel een voortrekkersrol in de samenwerking.

Het gevangeniswezen was in de samenwerkingsverbanden nog nauwelijks vertegenwoordigd wat betekende dat de uitstroom van gedetineerden met een psychiatrische problematiek nog verre van optimaal was.

²⁰⁰ Zie voor een inhoudelijke beschrijving van duaal casemanagement: Carpay e.a. 2000; Baartmans 1999

²⁰¹ Zie: Otter & Kaiser 2000

²⁰² Kroon 1996

²⁰³ Don 2000

Het algemene beeld uit het onderzoek was, dat er tussen de regio's grote verschillen in ontwikkeling waren terwijl er ook nog enkele regio's waren waar nog geen ontwikkeling van samenwerking in gang was gezet.

4.1.2.1 *Vormgeving van de samenwerking*

In het merendeel van de bestaande netwerken of circuits was vrijwel alleen sprake van een overlegvorm rondom problematische patiënten. Daarnaast werden de overlegvormen veel gebruikt om elkaar en elkaars werkwijze te leren kennen, waardoor samenwerking op verschillend vlak met betrekking tot patiënten gemakkelijker zou kunnen verlopen. De belangrijkste functie was daarmee het casuïstiek overleg. De tweede functie, beleidsoverleg²⁰⁴, kwam ook op diverse plaatsen voor, maar de indruk bestond dat dit in de meeste gevallen een redelijk vrijblijvend karakter had.

In drie regio's, Amsterdam, Veluwevallei en Den Bosch, bleek er sprake van een samenwerkingsverband dat was geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst. Er bleek daar overleg op beleidsniveau, casuïstiekoverleg, indicatiestelling en soms ook de mogelijkheid van crisisopvang. Hier bleek dat deze vorm van samenwerking ook een bijdrage leverde aan de plaatsing van patiënten en het initiëren van regionale samenwerkingsprojecten.

Nog veel samenwerkingsinitiatieven werden georganiseerd door mensen die op persoonlijk initiatief als voortrekker fungeerden. Dit had zowel sterke als zwakke kanten. De sterke kant bestond uit de inzet en betrokkenheid die er uit sprak. Van hieruit werden professionals en organisaties uitgenodigd om deel te nemen aan de samenwerking. De kans op het ontstaan van werkzame samenwerkingsverbanden was daarmee groter dan wanneer alles via formele beleidskanalen zou zijn verlopen.

De zwakke kant was dat initiatieven uiteindelijk te veel afhankelijk werden van individuen. Er werden voorbeelden genoemd van initiatieven die verdwenen of voor andere partners in het netwerk ontoegankelijk werden doordat de voortrekker van functie veranderde.

4.1.2.2 *De betekenis voor de efficiency en de kwaliteit van zorg*

De beantwoording van de vraag in hoeverre samenwerking bijdroeg aan de efficiency en de kwaliteit van zorg kon maar globaal zijn, omdat de verzamelde gegevens betrekking hadden op een verscheidenheid van onvergelykbare samenwerkingssituaties. Er waren in het kader van het onderzoek bovendien uitsluitend meningen van voornamelijk deelnemende professionals verzameld over de kwaliteit van de samenwerking; er was geen effectonderzoek gedaan op het niveau van samenwerking of op patiëntenlogistiek. Toch kon wel de conclusie worden getrokken dat netwerk- en circuitvorming een positief effect hadden op de zorg en op de samenwerking tussen instellingen.

Door de samenwerking kwamen, volgens de professionals, patiënten sneller op de plek terecht die paste bij hun zorg- en beveiligingsbehoefte. Daarnaast werden in verschillende gevallen sneller oplossingen gevonden voor mensen die moeilijkheden opleverden in de situatie waarin zij zich op dat moment bevonden.

De samenwerking had nog het minste effect gehad op verbetering van de continuïteit van zorg: de betekenis van de meest voorkomende vormen van samenwerking, het casuïstiekoverleg en consultatieteams, waren meestal nog niet zodanig dat er op een gecoördineerde wijze *cliënttrajecten* konden worden uitgezet. Het besef dat de eigen doelen in relatie tot de cliënt alleen gerealiseerd konden worden als ook andere disciplines en instellingen hieraan in goede afstemming, wederzijdse afhankelijkheid en gezamenlijke

²⁰⁴ Overleg tussen het management van verschillende deelnemende organisaties

verantwoordelijkheid hun bijdrage zouden leveren, was nog onvoldoende aanwezig. Het accent lag voornamelijk op het vinden van ad hoc oplossingen voor probleemsituaties.

Waar circuitvorming het verst was gevorderd in de vorm van geformaliseerde overlegvormen en operationele afspraken leken de effecten het sterkst. Dit bleek in die regio's Amsterdam, Veluwevallei en Den Bosch, waar de samenwerking was geformaliseerd²⁰⁵. Wanneer, zoals bij voorbeeld in de regio Noord Nederland, een consultatieteam functioneerde en de samenwerking voornamelijk bilateraal verliep, verdween de totale regie over de samenwerking.

De waarde van netwerk- en circuitvorming was, zo werd door ons in 2001 vastgesteld, voornamelijk dat professionals van de vele organisaties die betrokken waren bij forensische patiënten elkaar kennen, waardoor contacten over patiënten soepeler verliepen. Het effect op de bereidheid van de algemene geestelijke gezondheidszorg om patiënten met een forensische achtergrond in zorg én beveiliging te nemen was nog tamelijk beperkt, maar desondanks wel belangrijk.

Het ontwikkelen van een samenhangend zorg- en beveiligingsaanbod in een circuit vraagt van alle participanten dat veel tijd wordt geïnvesteerd in de onderlinge relaties; een voorwaarde is dat alle betrokkenen het in een redelijke mate eens zijn over het aanbod dat voor de betreffende groep patiënten nodig is. Het betreft dan onder mee de consensus over de uitgangspunten van en de visie op de begeleiding. Daarnaast werd door veel respondenten uit het onderzoek aangegeven dat landelijke incentives vanuit de ministeries van VWS en Justitie werden verwacht om de gewenste structurele samenhang te verkrijgen.

4.1.2.3 Forensische zorg: apart of geïntegreerd?

Vanuit het onderzoek is getracht de vraag te beantwoorden welke de redenen zouden kunnen zijn de forensische psychiatrie als specialisme dan wel geïntegreerd in de Algemene GGz te organiseren. In het onderzoek werden door de respondenten de volgende overwegingen genoemd:

Argumenten vóór het organiseren van de forensische zorg in een apart circuit

1. De forensische psychiatrie omvat een aparte deskundigheid.²⁰⁶

Deze bestaat uit kennis over:

- strafrecht en procesgang;
- forensische rapportage aan de rechtbank;
- de behandeling van cliënten met meervoudige problematiek (bijv. psychotische stoornissen, seksuele stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, verslaving) waarbij sprake is van een begaan delict in relatie tot deze problematiek;
- de behandeling van cliënten met complexe psychiatrische en psychosociale problematiek in combinatie met een hoog justitieel beveiligingsniveau;
- management van delict-recidiverisico;

2. De forensische psychiatrie is nog volop in ontwikkeling. Er bestaat in Nederland nog niet voldoende kennis. Om deze kennis (verder) te ontwikkelen is het noodzakelijk dat de forensische psychiatrie als een apart specialisme erkend wordt.

²⁰⁵ Zie voor een beschrijving van het Amsterdamse samenwerkingsmodel: Mol & Stalman 2000; voor het model 'Veluwevallei': Königel 1997; Baartmans 1999; Carpay e.a. 2000; Otter & Kaiser 2000

²⁰⁶ Met het begrip forensische psychiatrie wordt hier zowel het wetenschapsgebied aangegeven (psychiatrie in combinatie met strafrecht) als het praktijkveld (de psychiatrische zorg voor mensen die een delict hebben begaan dat in relatie staat tot een psychische stoornis). Bij de eerste twee punten hebben we het over de eerste betekenis. Bij het derde punt betreft het de forensische psychiatrie als zorgaanbod.

3. Gezien de beperkte omvang van de doelgroep is het noodzakelijk om het zorgaanbod te organiseren in grotere regio's dan de gezondheidszorgregio's. Op grond daarvan ligt het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden op arrondissements- en hofressortniveau voor de hand.

Argumenten tegen het organiseren van de forensische zorg in een apart circuit

1. Als de forensische zorg in aparte circuits ondergebracht wordt, belemmert dit de doorstroming naar de algemene GGz. Ook een omgekeerde patiëntenstroom is mogelijk. De algemene GGz zal de 'lastige klanten' doorschuiven naar de forensische zorg. Ook de rechterlijke macht speelt hier een belangrijke rol in. De rechter kan zich door het gebrek aan plaatsingsmogelijkheden in de algemene GGz laten verleiden om, door het opleggen van bepaalde maatregelen, de cliënt in het forensisch circuit te loodsen, waar immers opname eerder gegarandeerd is dan in de algemene GGz.

2. Aanbod schept vraag. Door het creëren van forensische circuits met daarin de nodige voorzieningen wordt een aanbod gecreëerd waar vraag naar zal ontstaan. Het neveneffect is dat aan de algemene GGz de prikkels onthouden wordt om zelf mensen met forensische problematiek in zorg te nemen.

We zien deze ontwikkeling bij de forensische poliklinieken die een stormachtige groei doormaken. Een aantal poliklinieken neemt, vanuit preventieve overwegingen, ook mensen in zorg die (nog) geen forensische titel hebben.

3. Een tweedeling in de zorg is onwenselijk vanuit het oogpunt van maatschappelijke reïntegratie van mensen met forensisch psychiatrische problematiek.

Het onderzoek 'Ons kent ons...' leverde de volgende aanbevelingen op ten aanzien van de verdere ontwikkeling van de samenwerking van de forensische psychiatrie met de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg.

Aanbevelingen

Een en ander overwegende lijkt het belangrijk een tweesporen beleid te voeren, waarbij forensische circuitvorming als een *middel* beschouwd wordt om een brug te slaan met de algemene GGz. Het doel kan zijn om uiteindelijk de forensische psychiatrie te integreren in de algemene geestelijke gezondheidszorg. Met andere woorden: de forensische psychiatrie dient een (specialistisch) onderdeel te zijn van de algemene psychiatrie. In deze gedachtegang dient het organiseren van forensische circuits voortdurend gericht te zijn op het vinden van aansluiting bij de algemene GGz.

Om deze aansluiting te bevorderen zijn op basis van het onderzoek de volgende stappen te overwegen:

1. Het organiseren van forensische netwerken volgens de ordening van de ressort- en arrondissementsregio's;
2. Het op beleidsniveau laten aansturen van het zorgaanbod door een organisatie bestaande uit gemandateerde vertegenwoordigers van de instellingen in de regio. Hierin dienen minimaal de volgende organisaties vertegenwoordigd te zijn:
 - bestuurlijke vertegenwoordiging GGz-organisaties
 - vertegenwoordiging specialistische forensische zorgvoorzieningen (Forensisch Psychiatrische Klinieken en - Instituten)
 - vertegenwoordiging Forensisch Psychiatrische Dienst
 - vertegenwoordiging Reclassering

3. Het op operationeel niveau aansturen en coördineren van de zorg door coördinatiepunten op ressortniveau. Deze punten dienen een verbinding te hebben met de regionale indicatiecommissies en hebben o.a. als taken:
 - logistiek management van plaatsing en overplaatsing
 - management van het duale case management
 - het onderhouden van een informatie systeem (waaronder een cliënt volg systeem)
 - het in stand houden van een specialistenteam dat regionaal inzetbaar is voor consultatie en behandeling

Op ressortniveau dienen aanwezig te zijn: voorzieningen met een hoog beveiligingsniveau (Tbs en FPK, KIB) en specialistische klinische, deeltijd en poliklinische programma's (bijv. voor behandeling van zedendelinquenten). Op arrondissementsniveau dienen aanwezig te zijn: voorzieningen met een medium beveiligingsniveau (zoals de FPA), forensisch poliklinische zorg, verblijfsvoorzieningen met een hoge mate van bescherming en structurering, crisisopvang c.q. time-out plaatsen.

De FPA dient als schakelvoorziening een sterke binding te hebben met de Algemene GGz-voorzieningen. Vanuit dit oogpunt dient zij psychologisch en geografisch gezien dicht in de buurt te liggen van Algemene GGz-voorzieningen. Aan de andere kant biedt zij een mate van specialisatie die ook op ressortniveau geplaatst kan worden. Deze twee argumenten dienen afgewogen te worden. Op termijn lijkt het vanuit het oogpunt van efficiency en samenhang logisch om Tbs-klinieken en FPK's samen te voegen tot één organisatorische eenheid. Binnen deze eenheid kunnen ook de FPA's en forensische poliklinieken ondergebracht worden. Op deze wijze kunnen zogenaamde Forensisch Psychiatrische Eenheden (FPE's) ontstaan.

De Forensisch Psychiatrische Eenheid wordt aangestuurd door de regionale forensische koepel (Raad van Bestuur FPE) en werkt in operationele zin nauw samen met de Forensisch Psychiatrische Dienst en de reclassering. Mogelijk zou ook de Forensisch Psychiatrische Dienst deel kunnen gaan uitmaken van de FPE.²⁰⁷

Om dit mogelijk te maken c.q. te bevorderen is het van belang dat op landelijk niveau het politieke besluit genomen wordt om de geldstromen voor de gespecialiseerde forensische zorg te bundelen. Er kan dan één geldstroom ontstaan om de FPE's uit te bekostigen. Mogelijk kan het systeem van het persoonsvolgend budget ontwikkeld worden waarbij het budget gekoppeld wordt aan de indicatie voor het benodigde niveau van beveiliging en het individuele zorgprogramma van de cliënt. Ten aanzien van de wet- en regelgeving ligt het voor de hand dat het ministerie van Justitie verantwoordelijk is voor de beveiligings- en reclasseringsfunctie en het ministerie van VWS voor de zorgfunctie.

Nogmaals benadrukken we dat de FPE's gericht moeten zijn op het zo snel mogelijk doen doorstromen van cliënten naar de minder intensieve vormen van zorg binnen de GGz en de maatschappelijke dienstverlening, met inachtneming van de veiligheid van de samenleving. Een goed instrumentarium van zorgbehoefte en risicotaxatie, gekoppeld aan een cliëntvolgsysteem zijn hierbij onmisbaar. De coördinatiepunten hebben daarbij een belangrijke managementtaak. Zij dienen er voor te zorgen dat er rond iedere

²⁰⁷ Indien binnen de gezondheidsregio's de GGz-organisaties reeds een circuit- of divisiestructuur kennen dan zou hierbij organisatorisch aangesloten kunnen worden. Het ligt voor de hand om het forensisch psychiatrisch circuit te laten aansluiten bij de intensieve en complexe zorg eenheden die zorg bieden aan mensen met een juridische titel. Door het veld wordt immers aangegeven dat de strafrechtelijke of civiel-rechtelijke titel niet onderscheidend is voor het type zorg dat geboden wordt. Gemeenschappelijk is dat er zorg wordt geboden die verbonden wordt met een mate van veiligheid voor de cliënt en beveiliging van de samenleving.

cliënt een traject uitgestippeld en gevolgd wordt waarbij het uitgangspunt is dat de cliënt zo snel mogelijk doorstroomt naar de laagst mogelijke niveaus van beveiliging en zorgintensiteit.

4.2 SAMENWERKING IN DE FORENSISCHE ZORG, 5 JAAR LATER OPNIEUW BEZIEN

Sinds het verschijnen van het onderzoek 'Ons kent ons...' zijn er landelijk veel ontwikkelingen doorgezet om samenwerking tussen de forensische zorg en de algemene zorg verder te ontwikkelen. Het was binnen het bestek van dit onderzoek niet mogelijk het onderzoek 'Ons kent ons...' opnieuw uit te voeren. Wel zal ik aan de hand van sindsdien verschenen literatuur en onderzoeken een aantal ontwikkelingen met elkaar in verband brengen. Achtereenvolgens besteed ik aandacht aan rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de circuitvorming in het Hofressort Arnhem en in het Hofressort's Hertogenbosch en op de samenwerking tussen het Gevangeniswezen en de GGz. Ten slotte ga ik kort in op het recent verschenen rapport van de 'Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader' (de 'commissie Houtman' genoemd) en zal ik enkele conclusies trekken ten aanzien van samenwerking en circuitvorming.

4.2.1 *Rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IG)*

In 2003 heeft de IG een rapport uitgebracht omtrent de algemeen-toezichtbezoeken aan de negen Tbs-klinieken in 2003. Terwijl ten opzichte van de onderzoeken in 2000²⁰⁸ in alle klinieken verbeteringen zijn doorgevoerd wordt opgemerkt dat deze per instelling verschillen; er moet nog veel gebeuren. De samenwerking met andere instellingen op het terrein van de forensische psychiatrie, de reguliere gezondheidszorg, onderwijs, bedrijfsleven en woningbouwverenigingen komt volgens de IG goed op gang, maar in het bijzonder de doorstroming naar de reguliere zorg stagneert nog. Hiervoor worden oplossingen gezocht binnen de forensische zorg door uitbouw van forensisch psychiatrische poliklinieken, afdelingen voor deeltijdbehandeling en de ontwikkeling van meer transmurale plaatsen. Aan de ministeries van Justitie en VWS wordt aanbevolen een aansluiting te bevorderen tussen zowel de functies als de betreffende wetgeving van de Tbs-klinieken en de regulieren GGz-instellingen, zodat de doorstroming en de samenwerking beter vorm gegeven kunnen worden.²⁰⁹

In 2003 heeft de IG ook een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de (organisatie van de) zorg in de klinische forensisch psychiatrische voorzieningen in Nederland, niet zijnde de Tbs-klinieken. Het betreft een onderzoek van acht Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA), drie Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK) en Groot Batelaar. In het hierover uitgebrachte rapport wordt geconstateerd dat de klinische forensische psychiatrie een snel groeiende sector is binnen de GGz. Als een kritische constatering wordt in het rapport vermeld: *'De meeste instellingen steken veel energie in het opzetten van nieuwe projecten zoals deeltijdbehandeling, nieuwbouw en samenwerking met andere instellingen op het terrein van forensische zorg. Hierdoor dreigt de oorspronkelijke doelstelling – het vervullen van een brugfunctie tussen de justitiële voorzieningen en de reguliere GGz – op gespannen voet te gaan staan met de ontwikkeling van een eigenstandig circuit.'*²¹⁰

Ten aanzien van de samenwerking tussen forensische en algemene GGz wordt onder meer geconcludeerd dat de brugfunctie tussen het justitiële circuit en de reguliere GGz beperkt is. Weliswaar nemen FPA's en FPK's als onderdeel van de reguliere GGz merendeels personen op uit het strafrechtelijke circuit. Maar de taak die FPA's en FPK's hebben om forensische patiënten door te plaatsen naar reguliere

²⁰⁸ Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001

²⁰⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003

²¹⁰ Inspectie voor de Gezondheidszorg 2004

GGz instellingen wordt onvoldoende uitgevoerd.²¹¹ Geconstateerd wordt dat deze instellingen zelf bezig zijn binnen de GGz een eigenstandig circuit voor forensische patiënten op te zetten, ‘*slechts weinigen krijgen een ambulante vervolgbehandeling in de reguliere GGz.*’ Deze ontwikkeling komt volgens de IG voort uit de wens de uitstroom van patiënten te verbeteren en de opgebouwde kennis en ervaring zo goed mogelijk aan te wenden voor een doelgroep waarmee de reguliere GGz in het algemeen moeilijk raad weet. Daarnaast stagneert de uitstroom ook nog door capaciteitsgebrek bij APZ’en en RIBW’s, het ontbreken van een vangnetconstructie bij terugval en de letterlijk en figuurlijk nog steeds bestaande afstand tussen forensische- en reguliere GGz-instellingen. Wel wordt enige verbetering geconstateerd ten opzichte van eerdere onderzoeken.

4.2.2 *Circuitvorming in Gelderland, Overijssel en Flevoland*

De forensische psychiatrische circuitvorming in Gelderland, Overijssel en Flevoland is in sterke mate in ontwikkeling. Ook tijdens het onderzoek ‘Ons kent ons...’ werd dit al geconstateerd. Opvallend is dat in deze provincies op provinciaal niveau ondersteuning en financiering is gevonden voor deze ontwikkelingen en er een goede samenwerking is ontstaan met de Forensisch Psychiatrische Dienst in Arnhem. Op deze wijze is een breder draagvlak voor samenwerking ontstaan.

Om tot een goede samenwerking te kunnen komen is het hofressort, dat grotendeels gelijk loopt aan de genoemde drie provincies, opgedeeld in drie regio’s: Overijssel, Gelderland noord-oost/Flevoland en Gelderland zuid. In elke regio functioneert een stuurgroep, samengesteld uit bestuurders van deelnemende instellingen. Er worden daarnaast ook regelmatig bijeenkomsten gehouden waar breed wordt gesproken over zich in de praktijk voordoende problemen in de aansluiting tussen verschillende onderdelen van de samenwerkingsketen. Er is zelfs een rondrit gemaakt door de drie provincies waar deelnemers aan de verschillende circuits en overlegvormen zich op locatie aan elkaar hebben gepresenteerd.²¹² Daarmee werd ook de kennis van elkaars organisatie en specifieke financieringsstromen en andere problematiek bespreekbaar gemaakt.

In 2002 is een onderzoek geïnitieerd naar doelgroepen en belemmeringen in de keten van de forensische psychiatrie, dat in 2003 en 2004 heeft plaatsgevonden. In enkele deelrapporten zijn en worden de resultaten van het onderzoek in beeld gebracht. Het eerste deelrapport geeft inzicht in het ontstaan van het project forensische psychiatrie, brengt het veld in beeld en presenteert een gezamenlijk plan van aanpak²¹³. In het tweede deelrapport worden de doelgroepen en de belemmeringen in de keten van de forensische psychiatrie beschreven. De onderzoeksresultaten geven een momentopname van 2002 van de afstemming, de doorstroming de sturing en de coördinatie, alsmede de wijze waarop samenwerking tot stand komt en wordt uitgebreid. Het een en ander is uitgegeven in een boekwerkje waarin bijna alle deelnemende instellingen zijn beschreven in hun doelstelling en functie.²¹⁴ Gezien de gedateerdheid en de aard van de rapportage van de gegevens zal ik hierop niet verder ingaan. Wel zal ik hier enkele punten noemen die in het circuit op een studiedag eind 2004 aan de orde zijn gekomen. Rondom de cluster Tbs-GGz werd geopperd dat er behoefte is aan langdurige *bemoëizorg*²¹⁵ nadat de justitiële titel Tbs is verval-

²¹¹ Zie ook: College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2005

²¹² Provincie Gelderland 2004b

²¹³ Provincie Gelderland 2003

²¹⁴ Provincie Gelderland 2004a

²¹⁵ Een vorm van professionele zorg om als hulpverlener *methodisch weerbaar* te worden tegenover mensen die hulp afwijzen maar deze onmiskenbaar nodig hebben omdat hun situaties appelleren aan wat wij intuïtief mensenwaardig achten. (Van Lindt 2000) Bemoëizorg is binnen deze context: het bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe problematiek waarbij verbetering van de kwaliteit van

len. Een ervaringsgegeven is dat 20 tot 25 % van de door de Pompekliniek in een RIBW geplaatste patiënten met gedragsproblemen binnen korte tijd na beëindiging van de Tbs verdwijnt. Dit lijkt een zorgelijke ontwikkeling. Daarnaast wordt opgemerkt dat de overgang van de Tbs-kliniek naar de RIBW vaak te groot is in de zin van leefstructuur en woonklimaat. Er zou een betere tussenfase moeten worden ingebouwd.²¹⁶

Vervolgens worden problemen m.b.t. verschillen in financiering en noodzakelijke vroegtijdige betrokkenheid van de reclassering genoemd. Er is vervolgens een probleem met de uitstroom omdat Tbs-klinieken niet het gehele land kunnen overzien m.b.t. de mogelijke vervolgvoorzieningen.²¹⁷

In meer recente uitgaven van de provincie Gelderland worden ook onder meer knelpunten geïnventariseerd ten aanzien van de jeugdforensische psychiatrie, die in de periode 2001 – 2004 zijn verzameld. Er wordt gesteld dat er in de forensische jeugdzorg geen sprake is van een samenhangend circuit maar van een aantal betrekkelijk los van elkaar opererende schakels; de Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI-en) blijken maar weinig contacten te hebben met andere zorgsectoren. Problemen daarin zijn dat een deel van de uitstroom vanuit de JJI-en plaats vindt buiten het hofressort, wat niet kan worden opgevangen door regionale samenwerking. Ook de breuk in het voorzieningenpatroon bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd bemoeilijkt aansluiting met omringende voorzieningen. Voor de jeugdreclassering en de Raad voor de Kinderbescherming eindigt dan hun taak. Daarnaast zijn instellingen voor volwassenen vaak niet toegesneden op deze jonge doelgroep.²¹⁸

4.2.3 *Stagnerend grensverkeer in het Hofressort 's Hertogenbosch*

Aansluitend aan het voorgaande zijn er gegevens verzameld vanuit de forensisch psychiatrische circuitvorming in het hofressort 's Hertogenbosch (provincies Brabant en Limburg). Gedurende een half jaar vanaf 1 maart 2003 werd in een vijftal domeinen van het forensisch psychiatrische veld systematisch bijgehouden wat de problematiek, de achtergronden en met name de door- en uitstroom waren van de patiënten in de verschillende velden. Het betreft een onderzoek waarin een Tbs-kliniek, een IBA, een FPA en een regionaal Forensisch Psychiatrisch Netwerk participeerden. Er wordt verondersteld dat de bevindingen van de hier onderzochte afdelingen en netwerken redelijk representatief zullen blijken te zijn voor vergelijkbare voorzieningen in andere regio's van het land en dat dan ook de conclusies een grotere reikwijdte hebben dan alleen van het betreffende ressort, volgens Zwemstra.²¹⁹

Een belangrijke conclusie is getrokken ten aanzien van de populaties. Op de IBA van de Penitentiaire Inrichting, de FPA, de FPK en de Tbs-kliniek (de intramurale voorzieningen) wordt de populatie volgens dit onderzoek sterk gekenmerkt door AS I pathologie. En daaronder in 50 – 90 % psychotische problematiek, vaak gecompliceerd door comorbide middelenmisbruik en –afhankelijkheid, soms ook door zwakbegaafdheid en/of persoonlijkheidsproblematiek. De binnen de ambulante behandelvoorzieningen

leven en reductie van overlast als uitgangspunt dienen. Deze 'zorg op maat' hulpverlening maakt gebruik van verschillende op elkaar afgestemde methodieken en strategieën. De hulpverlening heeft een actief, outreachend en laagdrempelig karakter. De samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties is van wezenlijk belang om deze groep cliënten met de hulpverlening in contact te brengen. Stuurgroep Resultaten Scoren 2004

²¹⁶ Ten aanzien van deze problematiek zijn al eerder diverse onderzoeken en aanbevelingen gedaan. Zie: Plemper 1998; Ten Wolde & Van der Zweep 1997

²¹⁷ Provincie Gelderland 2004c

²¹⁸ Provincie Gelderland 2005a en 2005 b

²¹⁹ Zwemstra 2004

en de in het FPN²²⁰ besproken populatie wordt veel meer gekenmerkt door persoonlijkheidsproblematiek gecompliceerd door verslavingsaspecten en overlast. En met name voor de ambulante forensisch psychiatrische voorzieningen ook door patiënten met delicten in de zedensfeer. Gesteld wordt dat, ondanks dat deze voorzieningen allemaal forensisch heten te zijn, ze twee heel verschillende deelpopulaties bedienen van de totale forensisch psychiatrische populatie. Deze conclusie houdt tevens in dat de ambulante forensisch psychiatrische voorzieningen en het FPN slechts een beperkte rol hebben in de doorstroming en vervolgpvang na detentie, Tbs-episode of eerste klinisch forensisch psychiatrische behandeling.

Uitstroom vanuit het gevangeniswezen naar (gesloten) klinisch forensisch psychiatrische of algemeen psychiatrische voorzieningen zijn zeer gering (tenzij op basis van een door de strafrechter opgelegde maatregel [Tbs of art 37 Sr.]).

Vaak ontbreekt juist het type vervolgvoorzieningen dat voor de betreffende patiënt noodzakelijk is; deze zijn dan of te licht, of te zwaar. Maatschappelijke opvangvoorzieningen spelen ondanks het geringe opleidingsniveau van hun medewerkers een belangrijke rol voor de opvang van deze doelgroep.

Concluderend stelt Zwemstra dat, ondanks dat 90% van de IBA populatie ernstige AS I problematiek kent, plaatsingen in een klinische behandelsetting met behulp van art. 15 PBW om die behandeling in een psychiatrische instelling mogelijk te maken, nauwelijks tot stand komt. Aansluitend aan reguliere detentieplaatsen lukt dit nauwelijks. Ook vanuit de Tbs-klinieken en de FPA wordt deze uitstroom moeilijk genoemd, maar soms komt deze desondanks tot stand op basis van inkoop van plaatsen of afgeven van een terugnamegarantie.

Volgens Zwemstra kwam in alle domeinen naar voren dat er knelpunten en/of leemtes lijken te zitten in de doorstroom naar met name gesloten zorgintensieve langer durende behandelplaatsen en chronische verblijfplaatsen voor patiënten met chronisch psychotische problematiek en comorbiditeit in de zin van een persoonlijkheids- en/of verslavingsproblematiek en een duurzame, intensieve zorg- en structuurbehoefte. Dergelijke voorzieningen lijken onvoldoende voorhanden te zijn. Voor de GGz geldt in dit verband dat het hebben of ontwikkelen van een dergelijke voorziening haaks staat op de heersende behandelphilosofie en opdracht vanuit het ministerie van VWS tot vermaatschappelijking, ambulantisering, regionalisering en afbouw van (gesloten) bedden en ook haaks staat op de sterke interne rechtspositie van de opgenomen patiënten, wat begrenzen en structureren moeilijk maakt.

Zwemstra pleit er voor dit probleem niet regionaal op te lossen, maar op landelijk niveau met 'hetzij een andere maatschappelijke opdracht voor de regionale algemene GGz-instellingen, hetzij uitbouw van een klinisch forensisch psychiatrisch circuit met bovengenoemde gesloten behandel- en verblijfsvoorzieningen voor niet-Tbs-patiënten ter grootte van landelijk minstens enkele honderden bedden.'²²¹ Zonder een dergelijke voorziening noemt Zwemstra het onvermijdelijk dat er sprake blijft van een eindeloze draaideurproblematiek door alle justitiële en GGz velden van een substantiële groep patiënten die daarmee fors tekort gedaan wordt en ook nog veel maatschappelijke schade veroorzaakt. Ook het College bouw ziekenhuisvoorzieningen pleit voor een long-stay voorziening binnen de GGz voor blijvend delictgevaarlijke forensische patiënten met een omvang van 210 bedden.²²²

²²⁰ Het FPN is een regionaal afstemmingsoverleg dat tweewekelijks bij elkaar komt om op casusniveau te komen tot afstemming van zorgspanningen tussen lokale GGz, reclassering, verslavingszorg, politie, Openbaar Ministerie en FPD. Alle participanten kunnen daarin patiënten ter bespreking inbrengen.

²²¹ In iets mindere mate blijkt volgens Zwemstra het ontbreken van een dergelijke voorziening en de daarmee samenhangende overlast ook te spelen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg.

²²² College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2005

4.2.4 *Gevangeniswezen en GGz*

Sinds het einde van de negentiger jaren van de vorige eeuw is het recht op medische hulpverlening van gevangenen, daarbij inbegrepen psychiatrische en psychosociale behandeling, min of meer onbetwist en in 1999 vastgelegd in de artikelen 42 en 43 van de Penitentiaire Beginselen Wet (PBW).²²³ Van Kuijk en Vegter nemen ook in 1999 het standpunt in dat het voor de rechter van groot belang is dat door justitiabelen bij gebleken noodzaak een adequate behandeling wordt ondergaan. 'Een veroordeelde die psychisch ziek is, heeft evenals een gedetineerde met een lichamelijke ziekte recht op behandeling.'²²⁴

De onderzoeksresultaten van Zwemstra uit 2004 vertonen ten aanzien van de aansluiting tussen het Gevangeniswezen en de GGz echter overeenkomst met de bevindingen uit het onderzoek 'Ons kent ons...'. Er was ten tijde van het onderzoek 'Ons kent ons...' weinig ontwikkeling in de relatie tussen het Gevangeniswezen en de GGz. Er werd ook niet verwezen naar het rapport van de Werkgroep Forensische Zorg over het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg dat in 1996 was verschenen. In dit rapport worden onder meer de moeilijkheden van de doorstroom vanuit het gevangeniswezen naar GGz-voorzieningen in beeld gebracht naar aanleiding van een door Ditrich c.s. in 1995 ingediende motie in de Tweede Kamer.²²⁵

Er werden in het rapport van de werkgroep vier probleemstellingen benoemd²²⁶:

1. *Een gebrek aan begeleidings- en behandelmogelijkheden binnen de penitentiaire inrichtingen belemmert adequate opvang van psychisch gestoorde gedetineerden.*
2. *De hantering van een behandelperspectief en onbekendheid met het fenomeen 'forensische patiënt' binnen algemeen psychiatrische ziekenhuizen betekent een extra rem op de doorstroom naar de GGz.*
3. *Capaciteitsproblemen in alle geledingen van de GGz vormen een belemmering om forensische patiënten op te nemen. In het bijzonder speelt dit bij chronisch intramuraal zorgafhankelijken. Een eventuele voorrang voor forensische patiënten zou, indien de capaciteit niet wordt verruimd, verdringingseffecten kunnen hebben.*
4. *Met name in de niet-forensische voorzieningen is er een gebrek aan mogelijkheden om patiënten met complexe ziektebeelden als een meervoudige problematiek adequaat op te vangen. Een openstaande vraag is of deze mogelijkheden verruimd zouden moeten worden met meer specifieke capaciteit of een individualisering en flexibilisering van de reeds beschikbare zorg.*²²⁷

Het rapport van de Werkgroep bevat een hoofdstuk met 23 actiepunten die, wanneer ze zouden zijn uitgevoerd, tot een betere aanpak van de problemen tussen Gevangeniswezen en de GGz zouden hebben moeten leiden. Het is vermeldenswaard dat op het congres 'Gestoord in het Gevang, deel 2', dat plaats vond in juni 2005, het beleid en een aantal samenwerkingsinitiatieven tussen het Gevangeniswezen en de GGz werden besproken. In het algemeen werden deze initiatieven als belangrijk, maar nog te beperkt ervaren. Het betreft onder meer initiatieven voor behandelingen vanuit de GGz in penitentiaire inrichtingen en initiatieven tot 'grensoverschrijdende samenwerking' waarbij een 'warme overdracht' plaats vindt tussen Gevangeniswezen en GGz. Ten aanzien van de beperkte omvang van de samenwerking is het illustratief, dat een van de inleiders op het congres, een medewerker van het ministerie van Justitie en

²²³ Zie hoofdstuk 2, Juridische aspecten met betrekking tot behandelen in detentie

²²⁴ Van Kuijk en Vegter 1999

²²⁵ Zie ook hoofdstuk 2

²²⁶ Ik neem deze probleemstellingen hier expliciet integraal over omdat de problematiek die hier zichtbaar wordt gemaakt exemplarisch lijkt te zijn voor de spanningsvolle relatie tussen het forensische veld en de Algemene (Geestelijke Gezondheids) Zorg

²²⁷ Werkgroep Forensische Zorg 1996

voormalig lid van de Werkgroep Forensische Zorg, memoreerde dat slechts weinig van de in het rapport genoemde 23 actiepunten – die uiterlijk in 1997 hadden moeten zijn afgewikkeld – zijn uitgevoerd. Het was hem opgevallen dat de actiepunten in hoofdstuk 6 zijn opgenomen, een hoofdstuk dat in de *inhoudsopgave* van het rapport niet voorkomt.

In de aanloop van het genoemde congres 'Gestoord in het gevang, deel 2' heeft in het voorjaar van 2005 een informatiebijeenkomst plaatsgevonden. In deze bijeenkomst hebben medewerkers van het Gevangeniswezen en van de GGz elkaar geïnformeerd en 'best-practices', mogelijkheden en knelpunten gepresenteerd. Als doel van samenwerking tussen Gevangeniswezen en GGz wordt genoemd het leveren van een bijdrage aan een goede doorstroming van gedetineerden met psychiatrische stoornissen vanuit het Gevangeniswezen naar adequate behandelvoorzieningen. Het gaat daarbij soms expliciet over die gedetineerden bij wie deze behandeling noodzakelijk is om terugval en recidive te voorkómen.

Er worden steeds meer gedetineerden met psychiatrische problematiek onderkend in het Gevangeniswezen en bij het Gevangeniswezen een gebrek aan kennis over behandelingsmogelijkheden in de GGz. Daarnaast bestaat er bij de GGz en gebrek aan kennis over het Gevangeniswezen. Er zijn in het algemeen daardoor onvoldoende mogelijkheden om nazorg te organiseren, er is onvoldoende continuïteit van zorg, waardoor patiënten na detentie niet bij de nazorginstelling aankomen. Om die reden wordt de GGz, meer dan voorheen, binnen de Penitentiaire Inrichting gehaald en wordt getracht een brugfunctie te vervullen.

Als een belangrijke reden voor samenwerking tussen het Gevangeniswezen en GGz wordt steeds weer genoemd de heterogene groep gestoorden die in het Gevangeniswezen terechtkomt en waarvoor Justitie meestal niet de noodzakelijke gespecialiseerde zorg zelf kan leveren.

Ten aanzien van verdere ontwikkelingen hebben het bestuur van de GGz-Nederland (inclusief de verslavingszorg), de verstandelijk gehandicaptenzorg (De Borg) en het Gevangeniswezen (DJI) vastgesteld dat het in gang zetten of intensiveren van de onderlinge samenwerking geen vrijblijvende optie meer is.

Er worden ten aanzien van de samenwerking desondanks nog diverse knelpunten genoemd. Zo is binnen het gevangeniswezen de over- en uitplaatsingssystematiek niet (primair) op zorgbehoefte gestuurd. Complexe, meervoudige interventies zijn binnen het gevangeniswezen maar beperkt mogelijk, terwijl GGz-instellingen doorgaans langdurige intakeprocedures hanteren en er nogal eens geen overeenstemming bestaat over het 'overnemen' van eerdere diagnostiek.^{228 229}

Het Gevangeniswezen is daarbij in een complex maatschappelijk spanningsveld terechtgekomen waardoor de gerichtheid op gedetineerdenproblematiek en op samenwerking met organisaties buiten het Gevangeniswezen niet worden bevorderd. Genoemd werd de opvatting dat het Gevangeniswezen in de huidige maatschappelijke opvattingen wordt geacht daadkrachtig op te treden. Daarbij is er een capaciteitsprobleem, waardoor na een lange strijd gestart werd met twee (of meer) gedetineerden op één cel. Desondanks zal de capaciteit de komende jaren nog met enkele duizenden cellen moeten groeien, zo is de verwachting. Daarbij wordt van het Gevangeniswezen een expliciete bijdrage verwacht in het terugdringen van recidive, o.a. middels het programma Terugdringen Recidive (TR) waarin samenwerking met de reclassering en aansluitende nazorg met gemeenten ontwikkeld dient te worden, terwijl ook een bezuiniging van 17% op het totale budget moet worden gerealiseerd.

Daarnaast bestaat er een opeenstapeling van wetgeving waarvan wordt ervaren dat deze de samenwerking niet bevordert.

²²⁸ GGz-Nederland & DJI 2005

²²⁹ Zie ook: Provincie Gelderland 2005a en 2005 b

Gezien de ontwikkelingen die op korte termijn worden verwacht en de gevolgen die dit kan krijgen voor de samenwerking tussen justitie en algemene geestelijke gezondheidszorg, beschreven in het recent verschenen advies van de Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader, zal ik hierop in de volgende paragraaf nog kort ingaan.

4.2.5 Advies van de Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader (commissie Houtman)

In juli 2004 werd door de Eerste Kamer een motie aangenomen van kamerlid Van de Beeten c.s. De motie luidt:

'De Kamer, gehoord de beraadslagingen over de voorstellen 'veelplegers' en 'meerpersoonscelgebruik'; overwegende dat de detentie van verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten in toenemende mate een probleem vormt in het gevangeniswezen; overwegende dat een penitentiair regime voor het merendeel van deze gedetineerden ongeschikt is voor de doorgaans noodzakelijke behandeling, begeleiding en/of resocialisatie; overwegende dat de op deze groepen gedetineerden gerichte samenwerking en afstemming tussen zorginstellingen, hulpverlening, justitie, werkvoorziening en gemeentes ernstige lacunes vertonen; overwegende dat deze problematiek op kabinetsniveau behoort te worden aangepakt; verzoekt de regering in de hoofdlijnen van het regeringsbeleid voor 2005 te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen.'

Naar aanleiding van deze motie vond een bewindsliedenoverleg plaats met de ministers van VWS en Justitie over de uitvoering van de motie. Hierin werd besloten dat de ingezette trajecten gericht op het verbeteren van de keten van maatschappelijke hulpverlening en veiligheid zouden worden voortgezet. De relevante organisaties zouden hierbij worden betrokken en de betrokken bewindspersonen zouden periodiek over de voortgang worden geïnformeerd.

Een interdepartementale werkgroep bestaande uit deelnemers van de ministeries van Financiën, Justitie en VWS, onder voorzitterschap van de heer W.A.J.J. Houtman van het Ministerie van Financiën, zou zich gaan bezighouden met inventarisatie van de behoefte aan zorg in justitieel kader en de capaciteit en de financiële middelen die met zorg gemoeid zijn zouden in kaart worden gebracht. Daarnaast zou door de werkgroep de wijze waarop financiering van de zorg in justitieel kader in de toekomst zou moeten worden geregeld worden onderzocht. Dit laatste behelste onder meer uitwerking van de verschillende scenario's voor de financiering van de zorg in justitieel kader.

In de in een startnotitie geformuleerde opdracht aan de werkgroep werd, naast de hiervoor genoemde punten, gevraagd om voorstellen te doen voor verbetering van de doorstroming naar de vervolvoorzieningen. Hierin werden ook knelpunten aangegeven waarin de aansluiting tussen justitie-instellingen en zorgvoorzieningen tekortschiet. De belangrijkste oorzaken die werden genoemd zijn:

- een onvoldoende afgestemd aanbod (onvoldoende capaciteit in de opvang en zorg beschikbaar voor de doelgroep)
- onvoldoende mogelijkheden tot sturing op capaciteit en kwaliteit van zorg in justitieel kader (onder meer zich uitend in het gegeven dat de levering van de zorg bij verschillende instanties ligt, dat er geen centrale aansturing is vanuit het ministerie van VWS en dat GGz-aanbieders geen acceptatieplicht hebben)

- de grenzen aan de mate waarin, buiten de grenzen van de BOPZ en de mogelijkheden van justitie, dwang kan worden toegepast.²³⁰

Het advies van de werkgroep, dat op 25 augustus 2005 door de Minister van Justitie naar de voorzitter van de Eerste Kamer werd gestuurd, beschrijft in kort bestek het probleem als het terrein waarop de geschetste problemen zich voordoen.²³¹ Enkele daarin genoemde kernpunten zijn:

- zowel de wetten van de zorg als van het strafrecht zijn van toepassing
- de organisatie van de zorg in justitieel kader verschilt op belangrijke punten van de reguliere GGz-zorg, zowel met betrekking tot de vraag om zorg (de cliënt zelf versus de rechter), de beslissing aangaande het gebruik van de zorg, de toegang de zorg als de betaling.
- de stijging van de vraag naar GGz-zorg in justitieel kader
- het gegeven dat justitie-inrichtingen noodgedwongen fungeren als 'wachtkamer voor de zorg
- de onvolledige registratie (naar aard en omvang) van de zorg in justitieel kader

Vervolgens bevat het Advies een raming van de groeiende behoefte aan GGz-zorg in 2003 en in 2010, van ca. € 344 mln. naar ca. € 460 mln. De groei in uitgaven wordt een direct gevolg genoemd van de prognoses van de sanctiecapaciteit, die voor 2010 een toename van de behoefte aan GGz-zorg in strafrechtelijk kader met ca 22% laat zien.

Ook wordt in het Advies een aanscherping van de in de startnotitie genoemde probleemschets gegeven. Er wordt daarbij gesproken van de 'moeizame coalitie' tussen Justitie en VWS. Zowel Justitie als VWS sturen op hun eigen terrein en dat heeft gevolgen voor de zorg: de wijze waarop de stelsels zijn ingericht worden fundamenteel verschillend genoemd.

Zoals ook al door de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd geconstateerd²³² zoeken Justitie-instellingen, gezien de permanent lijkende schaarste, zelf naar oplossingen voor hun knelpunten.

De volgende knelpunten en bijbehorende maatregelen worden voorgesteld, welke door de Minister van Justitie in zijn aanbiedingsbrief als volgt zijn samengevat:²³³

Knelpunten:

- 1 Overgangsproblemen tussen justitiële en zorginstellingen door verschil in werkwijze, sturing en financiering;
- 2 Spanning tussen 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-sektor en de groeiende behoefte aan capaciteit.

Voorgestelde maatregelen t.a.v. knelpunten 1 en 2:

- Aansluiting bij de bekostigingssystematiek en bijbehorende begrippen die in ontwikkeling zijn in de GGz, zoals invoering van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's);

²³⁰ Ministerie van Financiën 2004

²³¹ Ministerie van Financiën 2005. Het advies is, blijkens de toelichting van de Minister van Justitie, mede uitgebracht in het licht van de wijzigingen in het zorgstelsel, waarbij de AWBZ wordt teruggebracht tot een verzekering voor langdurige en continue zorg alsmede de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (exclusief intramurale langdurige zorg na het eerste jaar) van de AWBZ naar de Zorgverzekeringwet.

²³² Zie paragraaf 4.2.1. van deze studie

²³³ Ministerie van Justitie 2005b

- Organiseren van de keten van zorg in strafrechtelijk kader en informatie beschikbaar maken over de routes van cliënten bij Justitie en VWS;
- Financiering van zorg in strafrechtelijk kader via de justitiebegroting;
- Uitbreiding van de acceptatieplicht in gevallen van een contractrelatie.

Voorgestelde maatregelen t.a.v. knelpunt 3:

- Opstellen van prognoses voor de behoefte aan zorg in strafrechtelijk kader bij de jaarlijkse begrotingsvoorbereiding van Justitie
- Verbeteren van de diagnostiek en indicatiestelling
- Creëren van eindvoorzieningen in de Tbs en, meer dan thans al bestaan, in de GGz.

In zijn brief stelt de Minister van Justitie dat hij mede namens zijn collega bewindslieden van VWS en Financiën het advies onderschrijft en de voorgestelde maatregelen overneemt. Op de volgende gebieden zullen vervolgens maatregelen worden getroffen ter verbetering van de aansluiting tussen justitiële en GGz voorzieningen:

- Maatregelen gericht op verbetering van sturing door de Minister van Justitie
- Maatregelen gericht op een betere overgang tussen de sectoren
- Maatregelen gericht op beheersing van schaarste.

Er zal hiervoor een zorgvuldig implementatieplan worden opgesteld in overleg met de betrokken organisaties wetgeving zal worden voorbereid en gesteld wordt dat de implementatie begin 2006 kan starten. Per 1 januari 2007 zal dan de vorming van een budget voor zorg in strafrechtelijk kader op de begroting zijn afgerond.

Bezwaren die tegen de voorstellen zijn ingebracht door de GGz-Nederland, de brancheorganisatie van de instellingen voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg. De GGz-Nederland onderschrijft het advies niet om een apart budget voor zorg in strafrechtelijk kader te vormen en dit budget geheel onder te brengen op de begroting van het ministerie van Justitie. Gesteld wordt dat de huidige schaarste niet wordt opgelost door een wijziging van het sturingssysteem, maar door uitbreiding van de beschikbare capaciteit. Gemeend wordt dat financiering van de onverzekerbare forensische psychiatrie, evenals nu, thuishoort binnen de AWBZ. De door de commissie geadviseerde financiering via de Justitiebegroting schept een onzeker investeringsklimaat voor het opzetten van residentiële voorzieningen. Men acht financiering vanuit de AWBZ een stabiele financieringsbasis voor het creëren van de gewenste, veelal dure voorzieningen.

Behalve vanuit de financiering bestaan er bij de GGz-Nederland ook bezwaren tegen het advies vanuit de inhoud van de zorg. Gesteld wordt dat het nodig is dat, *'om kwalitatief verantwoorde GGz te bieden, de zorg in zowel een strafrechtelijk, civielrechtelijk als regulier kader een goed sluitende keten vormt. Dat wordt moeilijker als delen van de keten vanuit verschillende departementen worden aangestuurd.'*

Wel is men het eens met de commissie dat het in een hand leggen van de financiering, verantwoordelijkheid en sturing van de zorg een verbetering zal zou kunnen zijn. Om dat te bereiken meent de GGz-Nederland dat de huidige Tbs-klinieken zouden moeten integreren in het circuit van GGz-voorzieningen.³³⁴

³³⁴ GGz-Nederland 2005

4.3 CONCLUSIES

Uitgaande van het onderzoek 'Ons kent ons...' van ongeveer 5 jaar geleden kan, op basis van de overige gegevens, worden geconcludeerd dat er een aantal zinvolle ontwikkelingen in gang zijn gezet in de relatie tussen Justitie en GGz. De ontwikkelingen hebben niettemin een beperkte omvang en impact. In het onderzoek werd destijds de keuze voorgelegd of de forensische zorg apart of geïntegreerd zou moeten worden georganiseerd. Voor beide mogelijkheden werden argumenten genoemd. Uiteindelijk mondde dit uit in een aantal aanbevelingen om een tweesporenbeleid te gaan voeren. Enerzijds het effectiever laten functioneren van samenwerking in forensische netwerken en circuits met een heldere aansturing. Dit zou moeten uitgroeien tot de vorming van een Forensische Multi Functionele Eenheid (MFE). Het uiteindelijke doel zou zijn patiënten vanuit deze eenheid zo snel mogelijk, via een individueel uitgestippeld traject, naar de Algemene GGz en de maatschappelijke dienstverlening te laten uitstromen op een zo laag mogelijk niveau van beveiliging en zorgintensiteit.

Wanneer het een en ander wordt afgezet tegen de conclusies van de IG dan blijkt dat vanuit de Tbs-klinieken de uitstroom naar de reguliere zorg stagneert. Daarbij wordt opgemerkt dat dit wordt gecompenseerd door het ontwikkelen van eigen voorzieningen. Hetzelfde geldt voor de overige klinische forensisch psychiatrische voorzieningen. Ook hier zien we het ontstaan van een eigen netwerk van gespecialiseerde poliklinieken en deeltijdbehandelingen ontstaan. In het bijzonder bij de laatste categorie instellingen dreigt de rol die zij dienen te spelen als brugfunctie tussen Justitie en algemene GGz te verwateren.

Deze constatering vertonen veel overeenkomst met de resultaten vanuit het onderzoek van Zwemstra. Opmerkelijk is zijn conclusie dat in de totale forensisch psychiatrische populatie twee deelpopulaties zijn te onderscheiden met verschillende kenmerken, zowel voor wat betreft de pathologie als wat betreft de juridische status. Daarbij valt op dat het netwerkoverleg en de ambulante zorg nauwelijks een rol spelen bij de nazorg aan patiënten die de klinische forensische voorzieningen uitstromen.

De bevindingen van Zwemstra bevestigen voorts de ontwikkelingen die plaatsvinden in relatie tussen het Gevangeniswezen en de GGz; het lukt nauwelijks om patiënten, die voor wat betreft hun pathologie zouden passen binnen de het zorgaanbod van de algemene GGz, zoals een APZ, hier geplaatst te krijgen. Waar het iets beter lukt, vanuit een Tbs-kliniek of een FPA, gebeurt dit niet volgens vigerende wet- en regelgeving, maar op basis van inkoop van plaatsen of door het afgeven van een terugnamegarantie.

De aansluiting tussen het Gevangeniswezen en de GGz wordt op dit moment vanuit het beleid van de GGz-Nederland, De Borg en DJI ondersteund. Er zijn ontwikkelingen gaande die een zekere mate van succes in zich dragen. Het traject van bewuste toenadering in het kader van de circuitvorming loopt echter al zeker 10 jaar. Ook wanneer de analyses van de commissie Houtman worden bezien valt op dat deze in veel opzichten overeen komen met de uitkomsten van in de jaren '90 gepleegde onderzoeken en analyses, zoals in de hoofdstukken 2 en 3 van deze studie zijn terug te vinden. De vraag is dan of het wel reëel is te veronderstellen dat de huidige processen van sturing, financiering en circuitvorming uiteindelijk leiden tot de gewenste capaciteit van de zorgvoorzieningen, het vereiste niveau van beveiliging, het juiste zorgaanbod en het gewenste niveau van samenwerking tussen justitiële en Algemene GGz-voorzieningen.

Zwemstra pleit vanuit zijn onderzoek in dit verband in feite voor een herijking van de vermaatschappelijking. In elk geval zou hij er, op basis van de gevonden gegevens, voor geporteerd zijn een gespecialiseerde zorgintensieve voorziening voor langdurende behandeling en chronische verblijfplaatsen voor bepaalde groepen patiënten in het leven te roepen. Dit zowel ten behoeve van de het welzijn van de

patiënten als vanwege de maatschappelijke schade die optreedt wanneer er geen oplossing komt voor deze groep patiënten.²³⁵

²³⁵ De commissie Houtman adviseert tot het creëren van eindvoorzieningen in zowel de Tbs als de GGz. Wanneer deze behalve over een 'voordeur' ook beschikken over voldoende verantwoorde zorg en behandeling en eveneens over een 'achterdeur' zouden dergelijke voorzieningen kunnen voldoen aan de ze vraag.

HOOFDSTUK 5 – WORDEN ER MEER TBS-EN OPGELEGD DOOR EEN FALENDE GGZ?

5.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

In 2003 uitte de vice-president van het gerechtshof in Arnhem en voorzitter van de sectie Tbs van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ), Mr. Yvo van Kuijck, kritiek op de Geestelijke Gezondheidszorg.²³⁶ Het aantal veroordeelden dat Tbs krijgt opgelegd is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Dat zou volgens Van Kuijck voor een belangrijk deel door de falende Geestelijke Gezondheidszorg worden veroorzaakt. Hij noemde de Tbs het vuilnisvat van de psychiatrie.

Waar het ministerie van Justitie de stijging van het aantal Tbs-opleggingen toeschrijft aan de toename van de criminaliteit in het algemeen meent Van Kuijck dat die uitleg van het ministerie te gemakkelijk is. Die redenering gaat volgens hem voorbij aan het feit dat het aantal criminelen met *psychische stoornissen* toeneemt. Het betreft mensen die al eerder contact hadden met of behandeld werden in de Geestelijke Gezondheidszorg maar daarna uit het zicht zijn geraakt van de hulpverlening (draaieurpatiënten, zorgmijders, mensen met problemen waarmee de GGz geen raad weet). Volgens Van Kuijck waren er ernstige misdrijven en Tbs-opleggingen te voorkomen geweest als de betreffende daders in het verleden beter waren begeleid en minder lang hadden moeten doorlopen met hun problemen.

Ondanks dat het aantal Tbs-opleggingen sterk stijgt, betekent dit volgens Van Kuijck niet dat rechters Tbs nu gemakkelijker opleggen dan in het verleden. Integendeel, een gebrek aan Tbs-plaatsen zou volgens hem rechters er van weerhouden vaker de maatregel op te leggen. Wanneer er meer capaciteit was in Tbs-klinieken zou de rechter vaker besluiten tot het opleggen van een Tbs. De tekorten aan behandelplaatsen zijn volgens hem nog groter dan op papier staat.

Deze constatering van Van Kuijck staan niet op zichzelf. In 1999 werd door hem, samen met Vegter, in dezelfde zin een aantal opmerkingen gemaakt. *'Van algemene bekendheid is dat onder wetsovertreders het aantal personen met een geestelijke stoornis aanzienlijk is. Wellicht is er een verband te leggen met het (dis)functioneren van de geestelijke gezondheidszorg.'*²³⁷ Van Panhuis wijst op de toegenomen asielfunctie van Tbs-inrichtingen, die voortkomt uit het loslaten van de asielfunctie van de Algemene GGz.²³⁸ Door Bulten wordt gesteld dat de relatie tussen het functioneren van de GGz en de prevalentie van psychische stoornissen onder gedetineerden onhelder is.²³⁹ Van Marle noemt het toenemende gebruik van alcohol en drugs als een van de redenen voor de toename van geestelijk deraillement en geweld, wat een toename heeft bewerkstelligd van het aantal gestoorden onder de verdachten van een strafbaar feit.²⁴⁰ Oei noemt als klinische redenen voor de toename van het aantal Tbs-gestelden in het bijzonder de pathologie van de patiënten. *'De meerderheid van de Tbs-gestelden kampt met ernstige persoonlijkheidsproblemen, vooral narcistische, psychopathische of borderline kenmerken, al of niet gecombineerd met verslavingsproblematiek en/of psychotische stoornissen of zwakbegaafdheid. Velen onder hen hebben al een indrukwekkende reeks GGz-opnames achter de rug, hebben al of niet de zogeheten staat van veelpleger verworven, en vormen om zo te zeggen het moeilijkste gedeelte van de patiëntenpopulatie voor psychiaters en psychologen.'*²⁴¹

In een studie van het WODC door Felső en Theewes worden clusters van verklarende factoren geïdentificeerd voor de instroom in de Tbs, zoals de ontwikkeling van (seksuele) geweldscriminaliteit, de 'demo-

²³⁶ Gelderlander 2003

²³⁷ Van Kuijck & Vegter 1999

²³⁸ Van Panhuis 1997

²³⁹ Bulten 1998

²⁴⁰ Van Marle 1998

²⁴¹ Oei 2005a

grafische gevarezone', het ontbreken van niet-justitiële alternatieven voor 'gestoord en gevaarlijke' delinquenten, de toename van het aantal jeugdige geweldsplegers en de aanwezigheid van mensen met een uitgebreid justitieel verleden. Met de demografische gevarezone wordt bedoeld op toename van *gevaarlijke gestoordheid* als resultante van sociologische verschijnselen, zoals het wegvallen van het maatschappelijke vangnet en de versplintering van de maatschappij. Geconstateerd wordt dat veel geïsoleerde mensen vaak langdurig in aanraking zijn geweest met verschillende takken van hulpverlening: jeugdzorg, psychiatrie of verslavingszorg en zij hebben soms tehuiservaring achter de rug. Daarnaast wordt het verschijnsel genoemd dat in de reguliere zorg aparte circuits bestaan voor psychiatrie, verslaving en verstandelijk gehandicapten. Het kenmerk van de meeste Tbs-gestelden is echter een overlap van stoornissen waardoor zij binnen de reguliere gecompartmenteerde zorg tussen wal en schip gevallen. *'Als deze personen dan ernstige geweldsdelicten begaan komen ze in de Tbs terecht.'*²⁴²

De opbouw van deze studie geeft de ontwikkeling van de Tbs in relatie tot de GGz te zien in de afgelopen 15 jaar. Daarin komt onder meer de stijging van het aantal Tbs-opleggingen in het midden van de jaren '90 aan bod en aansluitend daaraan de opkomst en ontwikkeling van de forensisch psychiatrische zorgcircuits. Hoewel uit onderzoek uit 2001 blijkt dat er een zinvolle ontwikkeling plaatsvindt in de relatie tussen Tbs en Algemene GGz blijkt ook dat er zorginhoudelijk, op patiëntniveau, nog geen ontwikkelingen te melden waren²⁴³. Inmiddels is er, zoals blijkt uit hoofdstuk 4, op verschillende plaatsen onderzoek verricht naar de verdere ontwikkeling van de samenwerking tussen Tbs/forensische psychiatrie enerzijds en Algemene GGz anderzijds. Dit mede omdat er door de ministeries van Justitie en VWS de afgelopen jaren geld beschikbaar is gesteld om de circuitvorming te stimuleren. Deze onderzoeken zijn in hoofdstuk 4 nader geanalyseerd. Mijn verwachtingen ten aanzien van de 'state-of-the-art' van de circuitvorming in 2004/2005 was (mede gebaseerd op eigen recente deelname aan stuur- en projectgroepen op dit terrein én ervaringen van reclasseringswerkers) dat deze samenwerking op individueel patiëntniveau nog steeds nauwelijks resultaten oplevert. Er zijn inderdaad onvoldoende gegevens beschikbaar waaruit blijkt dat deze samenwerking op individueel patiëntniveau tot een andere, betere (dat wil zeggen: effectievere en efficiëntere) zorgverlening heeft geleid. Duidelijk is wel dat er op dit terrein vanuit de overheid resultaten verwacht worden waardoor de druk om publicitair en politiek te *scoren* toeneemt²⁴⁴.

Een groep mensen krijgt bij reguliere hulpverleningsinstellingen of bij de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg niet de gevraagde hulp, is niet in staat een te operationaliseren hulpvraag te verwoorden of wendt zich om diverse redenen zelfs niet tot deze organisaties²⁴⁵. Een deel van hen komt in een later stadium in aanraking met politie en/of justitie. Het is nog de vraag of een oorzakelijke samenhang aantoonbaar is te maken tussen deze voor sommige groepen beperkte toegankelijkheid van de GGz en het gegeven dat een deel van de groep mensen die in de GGz niet de adequate hulp kan krijgen later met

²⁴² Felsö & Theewes 2002

²⁴³ Van Vliet & Wilken 2001

²⁴⁴ Zie hoofdstuk 4

²⁴⁵ Ten Have (2004) concludeerde dat in het algemeen de zorg in Nederland goed toegankelijk is, maar dat lager opgeleiden vaker emotionele stoornissen ervaren, terwijl zij juist minder vaak dan hoger opgeleiden in de GGz terecht komen. Als mogelijke verklaring hiervoor noemt zij dat het er op lijkt dat lager opgeleiden minder positief staan tegenover GGz-behandeling of dat huisartsen hen minder geschikt achten voor GGz-hulp waardoor zij deze minder vaak ontvangen. Ondanks de in het algemeen goed toegankelijke zorg in Nederland lijken volgens Ten Have daarnaast ook depressieve volwassenen met een alcoholverslaving en volwassenen met een bi-polaire stoornis onnodig buiten het bereik van de hulpverlening te blijven.

politie en justitie in aanraking komt. Een deel van deze vraag kan wellicht worden beantwoord met de aanname dat een toename van het aantal dak- en thuislozen en de daarmee samenhangende criminaliteit en overlast deels aan de vermaatschappelijking van de GGz²⁴⁶ is toe te schrijven²⁴⁷. Uit onderzoek van het voormalige Meijersinstituut is al gebleken dat veel Tbs-gestelden eerder werden behandeld in onder meer de algemene GGz. Aantoonbaar is dat in het gevangeniswezen en Tbs-klinieken een groot aantal personen verblijft dat eerder in contact is geweest met hulpverlening en GGz²⁴⁸. Nog niet duidelijk is wat hiervan de oorzaken zijn.

Uit onderzoek van Van Panhuis blijkt dat de algemene psychiatrie haar asiel functie en haar custodiale functie ten opzichte van chronisch psychiatrische patiënten niet meer kan uitoefenen. Dit wordt volgens hem onder meer veroorzaakt door bezuinigingen en eenzijdig op rechtspositie gerichte wetgeving. Uit zijn onderzoek blijkt dat de forensische psychiatrie de custodiale functie van de algemene GGz heeft overgenomen.²⁴⁹

Door Raes en anderen wordt betoogd, dat ervaringen in de Tbs-sector het vermoeden sterken dat bij veel Tbs-gestelden sprake is van stoornissen die het totstandkomen van commitment aan de zorg belemmeren. Verondersteld wordt dat vroege hechtingsproblemen deze patiënten predisponeren tot 'zorgwekkende zorgmijders'. In die zin is de Tbs dan ook te zien als een laatste redmiddel, als andere interventies (in de algemene Geestelijke Gezondheidszorg of elders) onvoldoende resultaat hebben gehad.²⁵⁰ Aangenomen moet worden dat soms een ernstig en fataal delict plaatsvindt, om de impasse in de hulpverlening te kunnen doorbreken.²⁵¹

Een vraag die bij de ontwikkeling van samenwerking tussen Justitie en GGz een rol speelt is of forensische patiënten afwijken, in pathologie, gedrag of anderszins, van reguliere GGz-patiënten. Bulten bijvoorbeeld merkt hierover op: *'Mogelijk is niet alleen de door een aantal auteurs genoemde 'uitstoot van patiënten' verantwoordelijk voor de toename van psychisch gestoorde gedetineerden, maar is ook de samenhang tussen bepaalde typen stoornissen en criminaliteit een mogelijke reden voor deze toename'*²⁵². Anderzijds is het wellicht zo dat patiënten die binnen de GGz onvoldoende of onjuist worden behandeld uiteindelijk in een aantal gevallen in de Tbs terecht komen. En eenmaal in de Tbs zou dan een nieuwe eigen dynamiek kunnen ontstaan, waardoor de patiënt tot forensische patiënt wordt en deel gaat uitmaken van dit specifieke circuit. Een vraag die dan opkomt is: is het te voorkomen dat mensen in de Tbs terecht komen door een beter functionerende Algemene GGz?²⁵³

²⁴⁶ Zoals de verminderde asiel functie

²⁴⁷ Zie bijvoorbeeld: Droës 2000; Nuy 1998

²⁴⁸ Van Emmerik 2001.

²⁴⁹ Van Panhuis 1997

²⁵⁰ Raes e.a. 2001

²⁵¹ Felsö & Theewes 2002

²⁵² Bulten 1998

²⁵³ In het rapport 'Veilig en wel' over de toekomst van de Tbs wordt door de opstellers aanbevolen de Tbs via de weg van geleidelijkheid (in een periode van vijf tot tien jaar) te integreren in de Algemene GGz. Dit door voortzetting van de reeds in gezette ontwikkeling van met name de samenwerking van de Tbs-klinieken met de GGz op regionaal niveau. (Ministerie van Justitie 2001) Het Kabinet heeft hierop vervolgens om diverse redenen het standpunt ingenomen dat een integratie niet aan de orde is. Met name speelt hier een rol het verschil in oriëntatie tussen de Tbs-klinieken, die primair zijn gericht op het verminderen van de delictgevaarlijkheid en de GGz-instellingen, waarbij de persoonlijke hulpvraag van de patiënt het uitgangspunt is. Wel koos het Kabinet voor niet vrijblijvende vormen van samenwerking, zoals circuitvorming en bestuurlijke samenwerking tussen Tbs-klinieken en GGz-instellingen. TK 2001 – 2002b

Wat Van Kuijk stelt betekent niet dat er helemaal geen positieve ontwikkelingen plaatsvinden tussen Tbs/forensische psychiatrie en GGz; wel is het mogelijk dat er ook nog van een andere werkelijkheid op dat gebied sprake is, die wellicht verdere samenwerking belemmert of daar tenminste invloed op heeft. Om hierin een beter inzicht te verkrijgen zou nader onderzoek noodzakelijk zijn. Bij het gerechtshof worden niet systematisch gegevens verzameld ten aanzien van de door hen behandelde strafzaken. Van Kuijk is van mening, mede vanuit de bezoeken die hij vanuit de RSJ aan Tbs-klinieken brengt, dat zijn opmerkingen behoorlijk betrouwbaar zijn. Daarom stelde hij graag te willen meewerken aan een wetenschappelijk onderzoek hieromtrent. Dit onderzoek is in oktober 2004 gestart.

5.2 ONDERZOEK DOSSIERS GERECHTSHOF ARNHEM

5.2.1 *Algemene opmerkingen ten aanzien van de analyse*

De gegevens zijn verzameld in de maand november 2004 en hebben alle betrekking op zittingen die hebben plaatsgevonden in oktober 2004. Het betreft acht zittingen waarin totaal 60 zaken werden behandeld. Alle dossiers werden doorgenomen en uiteindelijk bleken er 14 van deze 60 zaken te voldoen aan de genoemde criteria, waarbij één verdachte twee maal (voor een andere zaak) moest voorkomen. Uiteindelijk zijn dan 14 zaken bekeken die betrekking hadden op 13 verschillende veroordeelden. Dit betekent dat in bijna een kwart van de behandelde zaken aanleiding was om een psychiatrische problematiek te veronderstellen. Dit bleek niet steeds uit rapportage die ten behoeve van de actuele strafzaak was opgemaakt. In enkele gevallen was er rapportage uit vroegere strafzaken in het dossier aanwezig, welke tot 10 jaar oud was en daardoor niet meer aan de wettelijke criteria zou voldoen voor de eventuele oplegging van een Tbs. Daarnaast was in 7 van de 13 zaken sprake van een dermate gering strafbaar feit dat rapportage, indien aanwezig, daarin niet tot een advies ten aanzien van een Tbs-oplegging zou kunnen leiden. In deze zaken werden korte straffen opgelegd, zoals een aantal uren werkstraf, gevangenisstraf van enkele weken (soms voorwaardelijk) of geldboetes. In één geval werd iemand schuldig verklaard zonder strafoplegging.

Van de dertien veroordeelden in de onderzochte populatie waren er 7 in Nederland geboren en 6 niet in Nederland (Turkije, Egypte en Afghanistan).

Bij een van de 14 onderzochte zaken (1)²⁵⁴ was direct sprake van oplegging van een Tbs. In deze zaak werd door het Hof een Tbs met verpleging opgelegd aan de verdachte van een aantal pedoseksuele delicten waar de rechtbank in eerste instantie nog een Tbs met voorwaarden had opgelegd. Door de rapporterende psychiater en psycholoog was deze Tbs met voorwaarden geadviseerd om een ambulante behandeling in een forensische polikliniek in gang te kunnen zetten. Uit rapportage van de reclassering bleek dat het niet verantwoord zou zijn invulling te geven aan de Tbs met voorwaarden. De onderzochte mogelijkheden voor deze ambulante behandeling hadden volgens het reclasseringsrapport niet tot resultaat geleid.²⁵⁵ Overigens werd niet inhoudelijk toegelicht welke instanties waren benaderd en om welke redenen deze de behandeling niet op zich wilden nemen. De reclassering adviseerde dat een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf *zonder* behandeling of begeleiding tot de mogelijkheden behoorde. Het Hof besloot echter tot een langdurige gevangenisstraf en een Tbs met verpleging alsmede een schadevergoeding aan de benadeelde partij.

²⁵⁴ Deze nummering verwijst naar een veroordeelde in de tabel in bijlage 3.

²⁵⁵ Dat wil zeggen dat geen behandelinstelling of behandelinrichting bereid werd gevonden een behandeling van deze man uit te voeren binnen het kader van een Tbs met voorwaarden.

Bij nadere bestudering van de onderzochte populatie valt op dat er tussen de verschillende zaken weinig overeenkomsten zijn.

5.2.2 *Verblijfplaats*

Van de drie personen die in een Huis van Bewaring verbleven ten tijde van de zitting was dat in *een* (1) geval i.v.m. oplegging van een lange gevangenisstraf in combinatie met een Tbs met verpleging. In een *tweede* geval (9) verbleef betrokkene in een HvB vanwege een opgelegde gevangenisstraf van 6 maanden. In deze zaak was zowel psychiatrische als psychologische rapportage aanwezig, maar werd geen psychiatrische problematiek aangetroffen; daarom was er een volledige toerekeningsvatbaarheid vastgesteld.²⁵⁶ De reclassering rapporteerde niet gezien de verblijfsstatus van de vrouw. Ondanks de geëiste drie jaar gevangenisstraf werd 6 maanden opgelegd, daar zij van de tenlastegelegde poging tot doodslag werd vrijgesproken door het Hof. In een *derde* zaak (7) verbleef de betrokkene in het HvB i.v.m. zijn wens vrijwillig een SOV-traject te gaan doorlopen om nu eens eindelijk een punt te kunnen zetten achter zijn verslaving en de daarbij behorende criminaliteit. De verslavingsreclassering adviseerde de SOV in combinatie met een werkstraf op te leggen. In de onderhavige zaak was sprake van geringe strafbare feiten (twee kleine winkeldiefstallen) en betrokkene werd veroordeeld tot 4 weken gevangenisstraf voorwaardelijk. In de overige gevallen verbleven 6 betrokkenen op een eigen adres, 1 in een APZ en 3 waren zonder vaste woon- of verblijfplaats.

5.2.3 *Anamnestiche gegevens*

Van de niet in Nederland geboren veroordeelden zijn in het algemeen minder anamnestiche gegevens bekend. Geen van hen had eerder contact met de GGZ of zwakzinnigenzorg of het was onbekend. Wel was in 4 gevallen verslavingsproblematiek aanwezig en in 1 geval ook een opname in een jeugdinstelling (geen PIJ); bij enkelen was het niet bekend. Bij de in Nederland geboren veroordeelden komt in 3 gevallen een contact voor met de GGZ of zwakzinnigenzorg. In de meeste gevallen is dit echter onbekend. De (68-jarige) verdachte die uiteindelijk tot een Tbs met verpleging werd veroordeeld had nimmer in zijn leven contact met de GGZ. Hij pleegde ook op jonge leeftijd pedoseksuele delicten, maar hij recidiveerde na ruim 40 jaar (na zijn pensionering).

5.2.4 *Delictgegevens en rapportage*

In de geanalyseerde populatie waren twee first offenders. Ten aanzien van de gepleegde delicten blijkt dat in 8 van de overige 11 gevallen de delicten zich in dezelfde categorie afspeelden als in het verleden. Daaromheen werden meestal nog een aantal andere delicten geregistreerd. Zoals al gesteld was in een aantal zaken sprake van een betrekkelijk gering strafbaar feit. In die zaken is bijna nooit een actueel psychiatrisch of psychologisch rapport aanwezig.²⁵⁷ Desondanks blijkt dan toch soms uit andere gegevens, bijvoorbeeld uit het reclasseringsrapport of correspondentie, dat er sprake is of is geweest van psychosociale- of psychiatrische problematiek. De ernst van het delict en ernst van de psychiatrische problematiek lijken binnen deze populatie geen enkele relatie met elkaar te hebben. Zo betrof in een zaak (11) het delict het inslaan van een ruit om zich toegang te verschaffen tot een mogelijke slaapplek. Tijdens een recent verblijf in Turkije van deze betrokkene (hij leed aan een waan) werd omtrent een opname een handgeschreven rapport uitgebracht door een Turkse gedragsdeskundige, dat

²⁵⁶ Er werd vastgesteld dat er sprake was van een begrijpelijke reactie op 'abnormale' omstandigheden.

²⁵⁷ Bij recidivisten was er soms wel rapportage aanwezig vanuit een eerdere strafzaak.

in Nederland met moeite werd vertaald. Hij werd in Turkije op medicatie ingesteld en zou in Nederland verder behandeld worden in verband met zijn fysiek agressieve gedrag.

In een andere zaak (2) betrof het delict een diefstal van een fiets waarvoor 3 weken gevangenisstraf werd opgelegd. Er is daarnaast een fors strafblad met o.a. jeugddelinquentie en een uitgebreide psychosociale problematiek in de voorgeschiedenis: een laag gemiddeld IQ met een problematische schoolcarrière op LOM en ZMOK onderwijs; ernstige verslavingsproblematiek (gelijktijdig soft-, harddrugs- en alcohol gebruik) met een advies voor opname in een forensische verslavingskliniek; een uitgebreide carrière in een vakinternaat en jeugddetentie.

5.2.5 *Conclusies*

De gegevens overziende valt op dat er sprake is van een redelijk groot aantal zaken waarin sprake is van een gering strafbaar feit. Dat wil zeggen dat de aard of de ernst van de strafzaak geen aanleiding vormen om tot een psychiatrische rapportage te besluiten. Psychiatrische en psychologische rapportage van recente datum is dan dus meestal niet aanwezig. Er is dan evenwel in een aantal gevallen wel andere informatie voorhanden waaruit de historie en anamnese kan worden afgeleid.

Op dit aantal te onderzoeken zaken is het moeilijk om tot algemene conclusies te komen; er zijn bij wijze van spreken evenveel verschillen als er zaken zijn. Om tot valide uitspraken ten aanzien van de vraagstelling te kunnen komen was mijn inschatting dat het goed zou zijn om nog zeker een 40-tal zaken te verzamelen. Dit zou nog geruime tijd vergen (zeker 2 tot 3 maanden bij de mogelijke tijdsinvestering). Daarnaast zou het interessant zijn een vergelijking met de niet-psychiatrische populatie te kunnen trekken. Gezien het gegeven dat er betrekkelijk veel dossiers zouden moeten worden doorgewerkt om het materiaal te verkrijgen is uiteindelijk besloten om het onderzoek toe te spitsen op zaken van de penitentiaire kamer.

5.3 ONDERZOEK DOSSIERS PENITENTIAIRE KAMER GERECHTSHOF ARNHEM.

5.3.1 *Uitvoering van het onderzoek*

Het dossieronderzoek werd uitgevoerd in de eerste drie maanden van 2005. Er werd daarbij gebruikgemaakt van de 'lopende zaken' bij de Penitentiaire Kamer. Dat wil zeggen dat het zaken betreft die zijn voorbereid voor een zitting die op korte termijn zal plaatsvinden. Deze zaken bevatten een selectie van stukken ten behoeve van de zitting, en daarnaast is het gehele oorspronkelijke strafdossier aanwezig vanuit het arrondissement waar de Tbs-gestelde werd veroordeeld. Aan de hand van de opgestelde vragenlijst met merendeels open vragen werd in de dossiers naar antwoorden gezocht.

In totaal werden ad random²⁵⁸ 14 dossiers geselecteerd en op deze wijze ter plaatse, in het Paleis van Justitie in Arnhem, onderzocht. Per dossier werd hieraan gemiddeld 4 uur werk besteed. De gevonden gegevens werden nadien uitgewerkt en verwerkt in dit hoofdstuk.

5.3.2 *Analyse van de gegevens*

5.3.2.1 *Demografische gegevens van de onderzochte groep (tabel 1.)*

De 14 geselecteerde dossiers hadden allemaal betrekking op mannelijke Tbs-gestelden. Dat is niet verwonderlijk aangezien bijna 94% van de Tbs-populatie uit mannen bestaat en het hier een beperkte steekproef betreft. De huidige leeftijd van de onderzochte populatie ligt tussen de 22 en 46 jaar. Dat is de leef-

²⁵⁸ De beschikbare dossiers werden willekeurig uit de kast genomen.

tijdscategorie waarin ruim 85% van de gehele Tbs-populatie valt volgens gegevens van ultimo 2003²⁵⁹. Twee van de 14 Tbs-gestelden zijn niet in Nederland geboren, maar allen hebben de Nederlandse nationaliteit. Voor wat betreft deze gegevens zijn er geen grote afwijkingen met de gehele Tbs-populatie. Waar het gaat om de verblijfplaats van de Tbs-gestelden ten tijde van het dossieronderzoek blijkt dat 3 personen in een Huis van Bewaring waren geplaatst. Dat heeft te maken met het gegeven dat bij de Penitentiaire Kamer beroepsprocedures worden behandeld waarbij soms de Tbs-gestelde tijdelijk niet (meer) in behandeling is. In twee van deze zaken (9 en 11) gaat het om een omzetting van een Tbs met voorwaarden in een Tbs met verpleging. In de derde zaak (7) is de opname in een kliniek tijdelijk beëindigd in verband met onderzoek naar de mogelijkheid tot een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging. Tabel 1. geeft een overzicht van deze demografische gegevens.

Tabel 1. Demografische gegevens

Nr	Leeftijd		Geb. land		Verblijfplaats		
	bij opl. Tbs	huidig	Tbs-gest.	Ouders	Tbs-kliniek	FPK	HvB
1	23	28	Ned.	Ned.	Ja		
2	37	46	Curaçao	Curaçao	Ja		
3	41	44	Turkije	Turkije		Ja	
4	46	54	Ned.	Ned.	Ja		
5	22	29	Ned.	Ned.	Ja		
6	25	41	Ned.	Ned.	Ja		
7	24	31	Ned.	Ned.			Ja
8	36	40	Ned.	Ned.	Ja		
9	29	31	Ned.	Ned.			Ja
10	22	26	Ned.	Ned.	Ja		
11	27	28	Ned.	Ned.			Ja
12	20	25	Ned.	Surin.	Ja		
13	35	44	Ned.	Ned.	Ja		
14	27	33	Ned.	Ned.	Ja		

5.3.2.2 Rapportage en advisering (tabel 2.)

Ten aanzien van de rapportage en advisering bij de oplegging van de Tbs is altijd multidisciplinaire rapportage aanwezig, omdat deze wettelijk is vereist bij de Tbs-oplegging. Er is daarnaast in een aantal gevallen ook door de reclassering een rapport uitgebracht. In 4 gevallen is er geen reclasseringsrapportage uitgebracht, in 4 zaken is onbekend of rapportage is uitgebracht en in 6 gevallen is wel rapportage uitgebracht. Vermoedelijk is de rol van de reclassering bij Tbs-oplegging beperkt door de bezuinigingen van de afgelopen jaren; hierover zijn echter geen gegevens beschikbaar. Zeker bij een al langer bestaand reclasseringscontact kan het van betekenis zijn dat bij de reclassering bekende informatie wordt overgedragen aan de Pro Justitia (PJ) rapporteurs en/of de Tbs-kliniek. De rol van de reclassering bij de oplegging van een Tbs met verpleging is in de hier onderzochte dossiers echter onduidelijk en beperkt zich tot het advies een PJ rapport te laten uitbrengen. Wanneer dat rapport al is uitgebracht voordat de reclassering rapporteert, worden de conclusies en het advies van het PJ rapport, eventueel met enige kritische kanttekeningen, doorgaans onderschreven. Is de Tbs eenmaal opgelegd en vindt plaatsing in een kliniek plaats, dan zijn ten aanzien van het overdragen van gegevens vanuit het reclasseringscontact naar de Tbs-kliniek tussen het ministerie van Justitie, de klinieken en de reclassering afspraken gemaakt in de vorm

²⁵⁹ Zie: Ministerie van Justitie 2005

van het protocol 'Samenwerking Tbs-klinieken en Stichting Reclassering Nederland'. Hierbij is onder meer een 'contactfunctionaris Tbs-kliniek' vanuit de reclassering als intermediair ingezet. Het blijkt echter dat in het bijzonder in de fase waarin de Tbs-gestelde in een kliniek wordt geplaatst de afspraken vanuit dit protocol niet worden nageleefd.²⁶⁰

Wanneer een Tbs met voorwaarden wordt opgelegd kan er een duidelijke rol voor de reclassering zijn: het verlenen van hulp en steun.²⁶¹ Van deze mogelijkheid wordt in de praktijk vrijwel steeds gebruikgemaakt. Dat betekent dat de reclassering een belangrijke rol speelt tijdens de tenuitvoerlegging en daarom doorgaans voordat de Tbs met voorwaarden wordt opgelegd een behandelplek, klinisch of ambulante, tracht te vinden. Wanneer het niet gaat om een klinische opname is noodzakelijk dat de reclassering voorziet in een redelijk stabiele woonomgeving voor de Tbs-gestelde. Als aan deze voorwaarden niet kan worden voldaan dan is de Tbs met voorwaarden bijna per definitie niet uitvoerbaar. In de drie gevallen (nrs. 10, 11 en 14) waar een Tbs met voorwaarden werd opgelegd heeft de reclassering deze rol in twee gevallen gespeeld. In het derde geval (10) werd de behandeling in een FPK, die al gaande was vóór het plegen van het uitgangsdelict en de Tbs-oplegging, in het kader van de Tbs met voorwaarden voortgezet zonder betrokkenheid van de reclassering. Hier werd kennelijk op korte termijn geen rol voor de reclassering gezien.

5.3.2.3 *Uitgangsdelict*²⁶² (tabel 2.)

In de kolom waar het delict wordt vermeld zijn uitsluitend de artikelnummers uit het Wetboek van Strafrecht genoemd. Een gedetailleerde beschrijving lijkt niet gewenst gezien de mogelijke herkenbaarheid van de Tbs-gestelden op basis van een dergelijke beschrijving en de privacyschending die daarvan het gevolg kan zijn.

Voor wat betreft het uitgangsdelict valt in de onderzochte populatie het grote aantal delicten (negen van de veertien) in de relationele sfeer op; dat is ruim 64%. Het relatief hoge aantal levensdelicten in de selectie wijkt nauwelijks af van de totale Tbs-populatie. Daarbinnen is volgens gegevens uit 2001 in ruim 50 % van de gevallen het slachtoffer geen onbekende, bij levensdelicten zelfs in driekwart van de gevallen.²⁶³ Als gesproken wordt over een delict in de relationele sfeer wil dat zeggen dat dader en slachtoffer elkaar langere tijd kenden of een persoonlijke, intieme relatie met elkaar hadden of hebben gehad. In de onderzochte dossiers was in alle gevallen sprake van geweldsdelicten die tot de Tbs-oplegging leidden. In vijf van de veertien zaken werden een of meer personen gedood, vier maal was sprake van een poging tot doding²⁶⁴ van een of meerdere personen. Van ontucht en verkrachting bij meerderjarigen was in twee gevallen sprake; bij minderjarigen in 4 gevallen. In de verschillende zaken werden de doding, de poging tot doding of de seksuele delicten voorafgegaan door- of vergezeld van diverse vormen van geweld, vrijheidsberoving, afpersing en dergelijke. In de steekproef komen geen brandstichtingen voor, terwijl dit delict in 10% van de Tbs-opleggingen een rol speelt. In geen van de dossiers was sprake van een Tbs-oplegging op basis van uitsluitend vermogensdelicten. Binnen de totale Tbs populatie is 98% veroor-

²⁶⁰ Ykema-Weinen 2005

²⁶¹ In termen van reclasserings'producten', zoals in het kader van outputsturing en outputfinanciering tussen ministerie van Justitie en Reclasseringsinstellingen afgesproken, wordt dit het *reclasseringstoezicht* genoemd. Het moge duidelijk zijn dat volgens de wet het toezicht ligt bij het Openbaar Ministerie.

²⁶² Hiermee wordt het delict bedoeld waarvoor de Tbs is opgelegd.

²⁶³ Van Emmerik 2001

²⁶⁴ Ik gebruik hier de term 'doding' omdat er een slachtoffer is gedood, ongeacht of er in juridische zin sprake is van moord, doodslag of anderszins.

deeld wegens een geweldsdelict en 2% wegens een delict waarbij geen geweld is gebruikt of alleen materiële schade is toegebracht.

5.3.2.4 Strafblad (tabel 2.)

In elf van de veertien dossiers had de tot een Tbs veroordeelde voor het plegen van het uitgangsdelict al een strafblad. In tien gevallen kwamen in het vaak uitgebreide strafblad soortgelijke delicten voor als het uitgangsdelict. Dit betekent binnen de gegevens van dit onderzoek dat extreme gewelddadigheid en de neiging seksueel geweld toe te passen in relatie tot jongeren vaak al bekend waren. Ten aanzien van de first offenders waren er enkele overeenkomstige factoren. Er werden in geen van de drie gevallen gegevens gevonden op het onderdeel 'jeugd'; in alle drie de gevallen is echter sprake van diverse soorten verslaving, maar in elk geval van een langdurige alcoholverslaving. Het is mogelijk dat het ontbreken van gegevens vanuit de jeugdzorg een vroegtijdige signalering van de later zichtbaar geworden problematiek in de weg staat. Het voorkomen van een ernstige alcoholverslaving kan het plegen van een impulsief delict hebben bevorderd. In elk geval is in alle drie de gevallen ook sprake van fors gebruik van alcohol tijdens het delict.

Tabel 2. Gegevens Tbs-oplegging

Nr	Rapport/Advies door:			Toerekeningsvatbaar [*]				Uitgangsdelict (artikel WvS)	Eerder strafblad		Oplegging Tbs door rechtbank te:
	FPD	PBC	Recl.	e.v.	v.	s.v.	on.		ja	nee	
1	*		*			*		287	*		Maastricht (2000)
2	*		*			*		287 jo. 45	*		Den Bosch (1996)
3	*						*	289	*		Den Bosch (2002)
4	*		*				*	287 jo. 45; 285; 302		*	Maastricht (1997)
5		*	onb.		*			242; 287		*	Leeuwarden (1998)
6	*		*		*			312 lid 4	*		Amsterdam (1989)
7	*		onb.			*		317 jo. 312; 48	*		Arnhem (1997)
8	*		onb.			*		244; 247	*		Amsterdam (2000)
9	*		onb.				*	242; 246; 282 lid 1	*		Assen (2002)
10	*			*				317; 312	*		Breda (2000)**
11	*		*		*			287 jo. 45 lid 1; 6 WvW	*		Breda (2004)**
12		*		*	*			287; 310	*		Amsterdam (1999)
13		*			*			244; 245/240	*		Amsterdam (1995)
14	*		*			*		249; 247; 246; 248		*	Zutphen (1999)**

5.3.2.5 Hulpverlening voorafgaande aan de Tbs-oplegging (tabel 3.)

Een kernvraag in dit onderzoek is of er voordat de Tbs-gestelde het uitgangsdelict pleegde (substantiële) contacten zijn geweest (zowel ambulante, poliklinische als residentiële) met de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ), de verslavingszorg of de jeugdzorg. Mijn hypothese is dat in vrijwel alle zaken waarin Tbs is opgelegd contacten zullen zijn geweest met de GGZ, maar in het merendeel van de gevallen ook met de verslavingszorg en de jeugdzorg. Dit is onder meer gebaseerd op onderzoeksgegevens ten aanzien van de totale Tbs-populatie van Van Emmerik. Uit zijn onderzoek uit 2001 blijkt onder meer dat slechts iets

* e.v. = enigszins verminderd; v. = verminderd; s.v. = sterk verminderd; on. = ontoerekeningsvatbaar

** Dit betreft Tbs-en met voorwaarden

minder dan 30 % van de Tbs-populatie geen hulpverleningscontacten heeft gehad voor de Tbs-oplegging. Ruim 35 % heeft tehuisveraring; ruim 20 % heeft uitsluitend ambulante hulpverleningscontacten gehad voor de Tbs-oplegging. Bijna 20% van de totale populatie is onvrijwillig opgenomen geweest en ruim 25 % heeft een vrijwillige opname ondergaan voorafgaande aan de Tbs-oplegging.²⁶⁶

Uit de analyse blijkt verder dat in 11 van de 14 dossiers er voor het plegen van het uitgangsdelict en de Tbs-oplegging sprake is geweest van langdurige en/of frequente contacten met de GGz, in bijna alle gevallen zowel vrijwillig, onvrijwillig, klinisch en ambulante. In 9 van deze gevallen gaat het om contacten van jarenlange duur.

In 10 van de 14 gevallen was er sprake van ernstige verslavingsproblematiek, meestal naast alcohol ook verslaving aan andere middelen en gokken. De geregistreerde verslaving is meestal al tijdens de puberteit ontwikkeld.

In 5 van de 14 gevallen was er sprake van tehuisveraring, maar meest ook van andere (ambulante) vormen van jeugdhulpverlening.

In 3 van de 14 dossiers is zowel contact geregistreerd met de GGz, verslavingszorg als met de jeugdhulpverlening (tehuisveraring) (9, 10 en 12). In 5 van de 14 dossiers blijkt sprake van contact met zowel GGz als de verslavingszorg (1, 4, 7, 11 en 14). Tabel 3. geeft hiervan een overzicht.

Tabel 3. Problematiek en hulpverleningscontacten vóór uitgangsdelict

Nr	GGz en/of verstandelijk gehandicap- tenzorg	Ernstige verslavingsproblematiek	Lang en/of problematisch verleden in jeugdinstelling (bv. opname JJI of PIJ- maatregel)
1	Ja. Sinds 21 jr. groot aantal opnames in PAAZ en APZ. Gebruikte vanaf die tijd dagelijks o.a. antidepressivum tot een maand vóór uitgangsdelict.	Ja. Alcohol en medicatie sinds 17 ^e levensjaar	Nee. Wordt echter wel omschreven als onhandelbaar kind. Verliet daarom als puber ouderlijk huis en raakte in jongeren- centrum verslaafd en crimineel.
2	Ja. Na ongeluk (30 jr.) lang in coma gelegen. Geheugenproblemen en fysieke beperkin- gen. Neurologie, RIAGG. Langdurig onge- controleerd gebruik van voorgeschreven angstdempende medicatie.	Nee.	Nee.
3	Ja. IQ geschat op 50. Diverse opnames in APZ en PAAZ, waarbij getracht verpleeg- kundige te wurgen. Fors medicatieregime. Ca. 10 jaar regelmatig ambulante contact met psychiater. Toen deze praktijk beëindigde (1 jr. voor uitgangsdelict) geen nieuwe verwij- zing tot stand gekomen.	Nee.	Nee.
4	Ja. Groot aantal (crisis) opnames in PAAZ en APZ. Is t.t.v. delict 7 jaar onder behande- ling van RIAGG-psychiater. Gebruikt Lithium, Seresta en slaapmedicatie	Ja. Is t.t.v. delict 25 jr. gokverslaafd (daarom onder bewind gesteld) en gebruikt dagelijks veel alcohol in combinatie met medicatie.	Nee. Werd op basisschool wel veel gepest, waardoor hij regelmatig verzuimde en doubleerde.
5	Nee. Was wel druk en impulsief. Acting outgedrag.	Ja. Incidenteel overmatig alcoholgebruik. Laatste jaren voor delict dagelijks overmatig alcoholge- bruik. Sinds puberteit gokverslaving.	Nee.
6	Nee. Wel sprake van pedagogische en emotionele onmacht van ouders. Al op jonge leeftijd nam agressie ernstige vormen aan (agressieve impulsdoorbraken en criminele tendensen).	Ja. Overmatig alcohol en softdruggebruik en gokverslaving	Ja. Vanaf ca. 8jr. diefstal en zeer gewel- dadig t.o.v. ouders, broer, zuster en vriend- jes. T.t.v. basisschool begeleiding door MOB. Afwijkend EEG (onbekend welke afwijking). Opnames in psychiatrische kinderkliniek en enkele jeugdinstellingen.

²⁶⁶ Van Emmerik 2001; zie ook paragraaf 2.2.1 van deze studie.

Nr	GGZ en/of verstandelijk gehandicap- tenzorg	Ernstige verslavingsproblematiek	Lang en/of problematisch verleden in jeugdinstelling (bv. opname JJI of PIJ- maatregel)
7	Ja. Als puber suïcidepoging door overmatig alcohol. Daarom naar RIAGG, maar haakte af. Huisarts wegens depressieve klachten, elk jaar enkele maanden, waarvoor antidepressivum, dat echter niet hielp.	Ja. Overmatig alcoholgebruik. Vader stookte zelf veel sterke drank, voor gezinsgebruik.	Nee. Maakte echter meerder malen mee dat depressieve moeder gezin dreigde te doden met keukenmes. Vader mishandelde de kinderen.
8	Ja. Vanaf 15 mnd. druk gedrag. Begin basisschool onhandelbaar. Begeleiding MOB, maar geen diagnose bekend. Na eerder delict (ontucht met minderj.) in '94 behandeld in forensische polikliniek (dagbehandeling). Er kwam daar echter geen <i>signaleringsplan</i> tot stand.	Nee. Wel regelmatig gebruik soft drugs.	Nee.
9	Ja. Contacten met psychiater en psycholoog. Gebruikt een antipsychoticum dat wordt voorgeschreven bij schizofrenie. Werd gedurende 8 jaar 8 maal opgenomen in APZ (recidiverende paranoïde schizofrenie, recidiverend poly-harddruggebruik, ADHD). Nam tijdens opnames geen medicatie, hield zich niet goed aan behandelafspraken en onttrok zich vaak tegen advies vroegtijdig aan de behandeling.	Ja. Veel middelengebruik, vanaf ca. 20 jr. heroïne. Kwam in aanraking met drugs doordat vader hierin handelde.	Ja. Als puber gestart met softdrugs, daarom van school gestuurd. Via eigen aanmelding bij RIAGG enkele jaren geplaatst in kindertehuis.
10	Ja. Was t.t.v. uitgangsdelict opgenomen in FPK	Ja. Vanaf ca. 12 jr. Poly-druggebruik. Enkele jaren later alcoholverslaving ontwikkeld	Ja. 17 jr. via ondertoezichtstelling in Justitiële Jeugdinstelling geplaatst.
11	Ja. Vanaf 10 jr. GGZ-contact wegens gedragsproblemen, impulsiviteit, seksueel misbruikt zijn, hyperactiviteit, ADHD, angsten; stemmingsstoornissen en suïcidepoging. Medicamenteuze beh. met o.a. antipsychoticum.	Ja. Cannabis en cocaine. Contact met verslavingszorg en tussen 17 en 21 jr. korte opname in verslavingskliniek.	Nee. Wel enkele jaren ZMOK- en ander gespecialiseerd onderwijs. Hier verwijderd wegens agressieve gedragsproblemen.
12	Ja. Wegens mishandeling door vader in Blijf van mijn Lijfhuus gezeten (3 jr. oud). Vanaf ca. 11 jr. via Raad voor de Kinderbescherming ondertoezichtstelling en gezinsbegeleiding door RIAGG	Ja. Softdrugs.	Ja. I.v.m. schooluitval (16 jr.) opvang in Pedagogisch Psychologisch Instituut. Woonde als 18 jarige bij man die hem als jongen seksueel misbruikte (latere slachtoffer), dan crisisplaatsing en jeugd detentie. Van daaruit geplaatst in opvang ex-gedetineerden. Na ontslag wegens druggebruik weer opgevangen bij latere slachtoffer.
13	Nee.	Onbekend.	Ja. Vanaf 3 jr. slachtoffer perversief seksueel geweld door vader. Ca. 10 jr. (na echtscheiding ouders) Raad voor de Kinderbescherming en uithuisplaatsing gedurende 6 jaar in verschillende Justitiële Jeugdinstellingen
14	Ja. Kort voor uitgangsdelict, na verbreken relatie met vriendin, intake bij RIAGG. Geen behandeling tot stand gekomen, omdat hij al was opgepakt wegens uitgangsdelict. Depressief.	Ja. Sinds puberteit veel bier en wodka. Laatste periode voor delict verslaafd aan kinderporno.	Nee.

5.3.2.6 Welke bevindingen leveren deze gegevens op?

Nog betrekkelijk kort geleden was de betekenis van verslaving als stoornis nog niet erkend en verslavingsbehandeling binnen de Tbs-behandeling nog nauwelijks ontwikkeld. In 1993 vermeldt Noorlander nog dat recente publicatie over Tbs en toerekeningsvatbaarheid het niet hebben over verslaving.²⁶⁷ Over de betekenis van verslaving bij Tbs-gestelden, voor en tijdens het uitgangsdelict, maar ook in het kader

²⁶⁷ Noorlander 1993

van recidive is de afgelopen jaren het een en ander aan onderzoeksgegevens bekend geworden.²⁶⁸ Wanneer verslaving in de voorgeschiedenis aanwezig is, is deze meestal al op jeugdige leeftijd ontwikkeld. Intensief gebruik van alcohol cq. alcoholverslaving is volgens gegevens vanuit het Meijersinstituut de meest frequent voorkomende vorm van verslaving tijdens het delict (ca. 50%), gevolgd door softdrugs (bijna 40%). Ruim 25% heeft volgens deze gegevens harddrugs gebruikt of is daaraan verslaafd. Gokken en medicijnverslaving komen relatief beperkt voor. Ruim tweederde van de populatie (68 à 70%) is aan één of meer middelen verslaafd of gebruikt intensief.²⁶⁹ Hilterman noemt de relatie tussen voorgaand gebruik en het onder invloed zijn gedurende het uitgangsdelict zeer sterk.²⁷⁰ Daarnaast blijkt uit zijn onderzoek dat door alcoholgebruik van de Tbs-gestelde tijdens de tenuitvoerlegging van de Tbs de kans op recidive tijdens verlof significant toeneemt.²⁷¹

Uit het tabel 3 en 4 blijkt dat de contacten met de GGz, voordat het uitgangsdelict werd gepleegd, veelal jarenlang hebben geduurd. Zoals blijkt uit de gegevens van Van Emmerik heeft slechts 30% van de Tbs-populatie geen hulpverleningservaring voorafgaande aan het uitgangsdelict. Veel Tbs-gestelden hebben echter te maken gehad met opnames in jeugdinrichtingen, met vrijwillige en onvrijwillige opnames in GGz-instellingen dan wel ambulante contacten met GGz-instellingen. Er is geen onderzoek bekend waarin een relatie is gelegd tussen dergelijke opnames of ambulante contacten met het uiteindelijk plegen van een Tbs-waardig delict. Wel blijkt uit onderzoek van Hilterman dat ruim 70% van de Tbs-gestelden die tijdens verlof uit een Tbs-kliniek recidiveerden eerder opgenomen is geweest en dat bijna 65% ambulante contacten heeft gehad.²⁷² Er is dan ook een correlatie tussen de hulpverleningshistorie en delictgedrag. Een causaliteit kan echter nog niet worden aangetoond. Wel is het mogelijk om aan de hand van de onderhavige 14 dossiers dieper in te gaan op het gebruik van alcohol en drugs (vóór en tijdens het delict) en op de aard van het contact tussen de GGz en de Tbs-gestelde voorafgaande aan diens uitgangsdelict.

In tabel 4. een samenvatting van deze gegevens.

²⁶⁸ Zie ook hoofdstuk 2

²⁶⁹ Van Emmerik & Diks 1999a

²⁷⁰ Hilterman 2001

²⁷¹ Hilterman 1999 en 2000

²⁷² Hilterman 2001

Tabel 4. Gebruik alcohol en drugs en verloop en beëindiging GGz-contacten

Nr	Gebruik alcohol- en drugs		GGz-contact vóór uitgangsdelict		Verloop en beëindiging GGz-contact en evt. andere bijzonderheden
	Voor delict	Tijdens delict	ja/ nee	Duur in jaren (ca.)	
1	Ja	Ja	Ja	1 jr.	Meerdere opnames PAAZ en APZ gehad. Kort na laatste ontslag zelf gevraagd om opnamen i.v.m. totale eenzaamheid. Geïndiceerd voor kortdurende opname. Was echter geen plaats. Kort daarop delict gepleegd. Is ook 4 weken voor delict gestopt met medicatie.
2	Onb.	Ja	Ja	Diagnose RIAGG	Ca. 2 jaar voor delict gediagnosticeerd. i.v.m. vergeetachtigheid en agressieve uitbarstingen. RIAGG-behandeling niet geïndiceerd geacht, wel advies medicatie via huisarts, waarop echter geen controle plaatsvond.
3	Nee	Nee	Ja	8 jr.	Diverse opnames APZ, beschreven als extreem defect, chronische psychose. Veel medicatie om agressieve ontloadingen onder controle te houden. Heeft gedurende 7 jaren een ambulante contact met een psychiater. Ca. 1 jaar voor delict stopt deze zijn praktijk. Er werd getracht een nieuwe psychiater voor betr. te vinden. Dit is niet gelukt.
4	Ja	Ja	Ja	7 jr.	Tenminste 11 opnames, vrijwillig en gedwongen, PAAZ en APZ, onder meer i.v.m. suicidepogingen. Veel medicatiegebruik. Is t.t.v. delict onder behandeling RIAGG in combinatie met dagopvang. Dit wordt in het PJ-rapport als niet toereikend beschreven.
5	Ja	Ja	Nee		Komt uit extreem fanatiek Jehovagezin. Moeder depressief. Betr. pleegde delict enkele dagen na haar overlijden.
6	Ja	Ja	Nee		Door de reclasering werd tijdens eerdere detentie (strafblad behelst ca. 90 strafbare feiten) geadviseerd tot behandeling in FPK of dagbehandeling. Dagbehandeling was niet mogelijk (te licht); FPK was niet mogelijk, want hij was gemotiveerd tijdens detentie maar ongemotiveerd na detentie.
7	Ja	Nee	Ja	Enkele jaren medicatie via huisarts.	RIAGG-contact na suicidepoging op 16jr. leeftijd. Haakte af toen het beter ging. Moeder depressief en suïcidaal, vader mishandelde de kinderen. Betr. heeft depressieve klachten, enkele maanden per jaar. Kreeg daarvoor medicatie van de huisarts die hem echter niet hielp.
8	Ja	Nee	Ja	6 jr.	Vanaf 15 mnd. Contacten met diverse instellingen i.v.m. diverse problemen, echter geen diagnose gesteld. Is vanaf 6 jaar vóór uitgangsdelict in forensische dagklinik behandeld i.v.m. soortgelijke delicten als uitgangsdelict. Er kwam hier echter niet, zoals bedoeld, een <i>signaleringsplan</i> tot stand, wat mede wordt genoemd als een oorzaak voor de recidive (pedoseksuele delicten).
9	Ja	Ja	Ja	7 jr.	Psychiater en psycholoog, 8 opnames in APZ. Groot aantal diagnoses gesteld. Wordt onder meer 2 maal opgenomen nadat relatie met resp. partners is afgebroken, welke als uitputtingsslagen worden benoemd. Tijdens opnames weigert hij regelmatig zijn medicatie in te nemen en onttrekt zich vaak zonder positief advies aan de behandeling. Gijzelt, verkracht en mishandelt deze partners waarvoor hij uiteindelijk Tbs krijgt, na een fors strafblad met soortgelijke en andere delicten.
10	Ja	Ja	Ja	5 jr.	Was tijdens zijn delict (diefstal, verduistering, geweld tegen personen) opgenomen in FPK in kader Tbs met voorwaarden. Deze behandeling werd voortgezet in kader Tbs met verpleging

Nr	Gebruik alcohol- en drugs		GGz-contact vóór uitgangsdelict		Verloop en beëindiging GGz-contact en evt. andere bijzonderheden
	Voor delict	Tijdens delict	ja/ nee	Duur in jaren (ca.)	
11	Ja	Nee	Ja	16 jr. met tussenpozen	Diverse GGz-instellingen hebben betr. al afgewezen voor behandeling i.v.m. zijn zwakbegaafdheid (IQ gesteld op 82, disharmonisch). Wordt in kader Tbs met voorwaarden in SGLVG-kliniek ²⁷³ geplaatst. Daar wordt gesteld dat deze maatregel te weinig kader geeft. Kort na opname alsnog oplegging verpleging gevraagd door betr. via een arrestatiebevel in overleg met het OM uit de kliniek te laten verwijderen. Oplegging van verpleging lukt echter niet omdat betr. geen voorwaarden heeft overtreden, niet afdoende uitvoering is gegeven aan de Tbs met voorwaarden en er geen alternatieve behandelmogelijkheden zijn onderzocht.
12	Ja	Ja	Ja	9 jr. met tussenpozen	Kwam na jeugddetentie in opvangcentrum ex-gedetineerden. Werd daar zonder nazorg ontslagen omdat uit UC bleek dat hij softdrugs had gebruikt. Trok in huis bij man die hem als kind seksueel misbruikte. Deze man bestal hem en werd daardoor het slachtoffer (doodslag). Betr. leidda daarna enkele maanden zwervend bestaan tot hij werd opgepakt.
13	Onb.	Nee	Nee		Diverse plaatsingen gehad in jeugdinstellingen gedurende 6 jaar. Zou vanuit Tbs-kliniek (na 8 jr. behandeling) worden geplaatst in SGLVG-kliniek. Wordt daar afgewezen i.v.m. zijn delictverleden. Zou bovendien meer zelfstandigheid aan moeten kunnen; men kan hem onvoldoende begeleiding geven.
14	Ja	Ja	Ja	Net gestart	Intakegesprekken RIAGG na verbreken relatie met vriendin. Sprak daar over pedofiele gevoelens en gepleegde ontucht. Sprak daarover wel met zijn zuster (tante van slachtoffer), die aangifte deed. Kreeg Tbs met voorwaarden en werd geplaatst in FPA. Daar konden wel psychose en depressie worden behandeld maar niet de pedofilie. Werkte vervolgens niet mee aan opstellen behandelplan, was agressief naar personeel en weigerde medicatie. Tbs met voorwaarden werd toen omgezet naar Tbs met verpleging.

5.3.2.7 Conclusies

Deze gegevens overziende blijkt dat naast het grote aantal Tbs-gestelden die vóór het uitgangsdelict ernstig verslaafd waren, het middelengebruik *tijdens* het delict in de meeste gevallen hiermee samenvalt. Dat is, gezien de gegevens van Van Emmerik en Hilterman, ook niet meer verrassend. Wel is het aantal ernstig verslaafden in de hier onderzochte populatie veel hoger, maar gezien de beperkte omvang van de populatie en de vindplaats (uitsluitend zaken van de Penitentiaire Kamer) is het niet juist om hieraan vergaande conclusies te verbinden.

Contacten met de GGz komen in 11 van de 14 gevallen in de voorgeschiedenis voor, in 9 van de 14 gevallen met een duur van 1 jaar tot – soms veel – langer. In de 4 van de 14 dossiers waarin er sprake is van opnames in een PAAZ of APZ (Nrs. 1, 3, 4 en 9) betreft het contacten van lange duur met ook een flink aantal opnames.²⁷⁴ Daarnaast valt het veelvuldige medicatiegebruik op (waarop veelal weinig controle plaatsvindt), veelvuldige *niet regulier* beëindigde contacten met GGz-instellingen vanwege niet nakomen van (behandel)afspraken of ontoelaatbaar gedrag en het niet aansluiten van het aanbod van de instelling bij de hulpvraag van de dan nog niet Tbs-gestelde. Overigens: wellicht moet ook het afhaken van cliënten bij GGz-instellingen worden gekwalificeerd als het niet aansluiten van het aanbod op de vraag.

²⁷³ SGLVG = Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt

²⁷⁴ Soms is in het PJ-rapport het of anderszins in het dossier niet de volledige hulpverleningshistorie terug te vinden. In sommige gevallen is uitsluitend gebruik gemaakt van informatie van de onderzochte.

In enkele gevallen is de aansluiting tussen het aanbod van de GGz-instelling en de vraag van de cliënt en de 'justitiële instanties'²⁷⁵ op een opvallende wijze *niet* tot stand gekomen. Een voorbeeld:

Dossier 11 betreft een Tbs-gestelde met voorwaarden die in een gesloten afdeling van een SGLVG-kliniek is opgenomen, nadat hij daar een intakeprocedure heeft doorlopen. Bij diverse GGz-instellingen is hij al afgevoerd i.v.m. zijn zwakbegaafdheid. In de SGLVG-kliniek wordt alsnog een diagnostisch onderzoek gedaan. Daaruit blijkt, dat de persoonlijkheidsontwikkeling van patiënt gestoord is en ziekte-inzicht en ziektebesef afwezig zijn. Er kan daardoor niet gekomen worden tot gezamenlijke behandeldoelen. Er bestaat, volgens de instelling, geen behandelperspectief. Hoewel betr. de voorwaarden bij de Tbs niet heeft overtreden acht men bij nader inzien het kader van Tbs met *voorwaarden* toch als ontoereikend; men wil de behandeling wel voortzetten, maar dan in het kader van een Tbs met *verpleging*. Daartoe wordt met het OM afgesproken dat tegen betrokkene een arrestatiebevel zal worden uitgevaardigd. Hij zal in de kliniek worden gearresteerd, omdat men vreest dat de situatie onhoudbaar zal worden als betrokkene zou weten wat de diagnostische bevindingen van de kliniek zijn. Uit de rapportage wordt niet duidelijk waarom men betrokkene wel kan behandelen op dezelfde gesloten afdeling binnen een ander juridisch kader. Zo komt betrokkene via een arrestatiebevel, opgehaald door de politie, in het Huis van Bewaring terecht vanwege de onmacht van de SGLVG-kliniek. De rechter gaat in de redenering van de kliniek (en het OM) echter niet mee en verwacht meerdere pogingen om tot een behandeling te komen.

In **dossier 13** wordt de Tbs-gestelde na een behandeling in een Tbs-kliniek van 8 jaar niet in een SGLVG-kliniek opgenomen vanwege zijn delictverleden en zijn onzelfstandigheid. In **dossier 6** wordt door de FPK behandeling niet mogelijk geacht omdat de cliënt ongemotiveerd zou zijn. De FPK positioneert zich hier in eerste instantie als een GGz-voorziening; van een Tbs-gestelde wordt echter niet gevraagd bij opname in een kliniek gemotiveerd te zijn. In deze zaken gaapt er een forse kloof tussen de Tbs en de GGz. Vastgesteld kan worden dat dit – zowel in het traject voor de Tbs-oplegging, tijdens de Tbs-behandeling als in het natraject – ertoe leidt dat de patiënt niet de gewenste zorg en behandeling krijgt, wanneer dit Algemene GGz-zorg betreft.

Wat in het algemeen opvalt is dat bij het afbreken van behandelingen geen of beperkte nazorg wordt gegeven. Terwijl contacten soms jaren duren, opnames plaatsvinden, diagnoses worden gesteld, vaak medicatie wordt verstrekt en de voorgeschiedenis, ook de justitiële, bekend moet worden verondersteld, wordt de patiënt die de behandeling afbreekt niet meer actief benaderd. Er lijkt vaak grote waarde te worden gehecht aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, ook wanneer bekend is (of zou kunnen zijn) dat deze zijn eigen verantwoordelijkheid niet of niet volledig kan realiseren. De beperkingen van het eigen aanbod van de kliniek of instelling bepalen zodoende vaak de wijze van omgaan met de patiënt. Wanneer deze geen gebruik kan of wil maken van het aanbod eindigt de verantwoordelijkheid van de instelling voor de patiënt. Er is in geen van de dossiers aangetroffen dat bij beëindiging van het contact door de patiënt nazorg is aangeboden of 'opgedrongen'. In een aantal gevallen loopt er nog wel een contact met de reclassering²⁷⁶.

²⁷⁵ Wanneer het gaat om een gedwongen opname is de vraag van de cliënt ondergeschikt aan de door anderen noodzakelijk geachte behandeling en daarmee verbonden de noodzakelijk geachte beveiliging als kader waarbinnen de behandeling kan plaatsvinden.

²⁷⁶ Gezien de bezuinigingen op de reclassering, gecombineerd met een verambtelijktte werkwijze op basis van outputsturing is contact na detentie bijna niet meer mogelijk en is contact op vrijwillige basis uitgesloten. Zie bijvoorbeeld: Ridder-Padt 2004; Van der Laan 2004; Van Vliet 2004.

Het is verleidelijk hier te speculeren over de beweegredenen van instellingen om de nazorg niet te organiseren. Ik wil mij hier echter beperken tot deze constatering, omdat deze beweegredenen niet zijn onderzocht en uit de dossiers niet voldoende zijn af te leiden.

Een voorzichtige *conclusie* die hier kan worden getrokken is dat langdurige, ernstige verslaving, zoals in de hier onderzochte dossiers naar voren komt, een stimulerende rol kan spelen ten aanzien van de kans om tot een ernstig delict te komen. Is er daarnaast ook nog sprake van langdurige contacten (1 jaar of meer) met de GGz, met soms meerdere opnames en veel niet reguliere beëindigingen van opnames of contact, dan is eveneens sprake van een klimaat waarin de cliënt/patiënt naar een ernstig delict toe kan groeien.

Hebben situaties als hiervoor beschreven een voorspellende waarde ten aanzien van delictgedrag? Het lijkt mij dat de hier gevonden gegevens niet direct kunnen leiden tot dergelijke vergaande conclusies; daarvoor is de onderzochte populatie onvoldoende omvangrijk en daarom niet voldoende representatief. Wel kunnen vanuit de gevonden gegevens hypothesen voor nader onderzoek worden geformuleerd. De gevonden gegevens bevestigen de stelling van Van Kuijk dat in de Tbs veelal mensen terechtkomen die al eerder contact hadden met of behandeld werden in de Geestelijke Gezondheidszorg en die daarna uit het zicht zijn geraakt van de hulpverlening. Er kan dan ook een verband worden gelegd met het functioneren van de Geestelijke Gezondheidszorg, zoals door Van Kuijk en Vegter werd verondersteld. Ook ten aanzien van het functioneren van de geestelijke Gezondheidszorg en de prevalentie van psychische stoornissen onder gedetineerden, zoals door Bulten genoemd, kan zodoende een verband worden verondersteld al is nog lang niet duidelijk of bepaalde forensische patiënten, waaronder Tbs-gestelden, van reguliere GGz-patiënten afwijken in pathologie, gedrag of anderszins. Philipse haalt in dit verband met instemming Grubin en Wingate aan, die stellen dat risicotaxatie-instrumenten ons voornamelijk vertellen dat impulsieve, drankzuchtige en gewetenloze gewoontecriminelen gevaarlijk zijn.²⁷⁷ Een interessantere conclusie wordt ten aanzien van de patiëntkenmerken mijns inziens getrokken door Lehnecke in haar recente promotieonderzoek naar *De rol van moeder-zoon symbiose in perversie en zedendelinquentie*. Zij onderzocht een groep zedendelinquenten, zowel Tbs-gestelden als een groep die, na onderzoek door Forensisch Psychiatrische Diensten (FPD), ambulantly werd behandeld. Ten aanzien van de door haar onderzochte doelgroep concludeert zij:

*'dat er bij de Tbs-groep een grotere sociaal-maatschappelijke geïsoleerdheid is ontstaan en dat het aantal zwakke vaders (vooral op seksueel gebied) aanzienlijk groter is bij de Tbs-gestelden dan bij de FPD-ers. Bovendien zijn er verschillen tussen de twee groepen op het vlak van opleiding, werk en zelfs op relationeel niveau. De FPD-groep komt op deze gebieden beter uit de bus. Het maakt hen maatschappelijk kansrijker dan de Tbs-gestelden. (...) Het gunstige opleiding-werkniveau van de FPD-groep is een belangrijke faciliterende factor voor een goede maatschappelijke inbedding. De Tbs-groep is psychiatrisch en maatschappelijk zwaarder belast, als gevolg waarvan ook het recidivegevaar groter wordt gevonden. Hun arbeidskansen zijn in de meeste gevallen minimaal.'*²⁷⁸

Hoewel de gegevens nog beperkt zijn is hier wellicht een indicatie te vinden dat Tbs-gestelden als groep een van reguliere GGz-patiënten afwijkende pathologie en gedragspatroon hebben én in hogere mate sociaal maatschappelijk zijn gedeprimeerd.

²⁷⁷ Philipse 2005

²⁷⁸ Lehnecke 2004

Het door Van Marle genoemde gebruik van alcohol en drugs als een oorzaak van geestelijk deraillement en geweld wordt ook uit deze gegevens bevestigd. Mensen die voorafgaande aan het uitgangsdeldict verslaafd waren gebruikten in de meeste gevallen ook verslavende middelen tijdens het delict.

Oei benoemt Tbs-gestelden met hun reeks pathologische verschijnselen, vaak in een persoon gecombineerd, en groot aantal opnames in de GGz als de moeilijkste populatie voor psychiaters en psychologen. Het onderzoek bevestigt deze uitspraken ten aanzien van de pathologie en wellicht is de wijze waarop deze patiënten hun contact met de hulpverlening verbreken een aanwijzing dat zij een moeilijke doelgroep vormen. De hypothese is gerechtvaardigd dat er een groot risico bestaat dat hulpverleners 'afgebrand' raken op deze moeilijke doelgroep.

De verklarende factoren voor de instroom in de Tbs die door Felsö en Theewes worden geïdentificeerd, worden in ruime mate vanuit de nu gevonden gegevens bevestigd. Waar zij doelen op gegevens als het wegvallen van een vangnet en versplintering van de maatschappij als factor bij de instroom in de Tbs kan dat vanuit de gegevens worden bevestigd. Ook het door hen genoemde gegeven dat mensen vanwege de gecompartmenteerde zorg tussen wal en schip vallen kan vanuit de gevonden gegevens worden bevestigd. Het is niet zo dat mensen die in de Tbs terecht kwamen in de voorafgaande periode geen zorg kregen. Integendeel, vaak werd intensief en langdurig zorg verleend. De vraag is echter of die zorg adequaat was en of kennis vanuit jeugdzorg, psychiatrie, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg voldoende bij elkaar werd gebracht in een samenhangend en gedifferentieerd hulp- of behandeltraject.

De gevonden gegevens kunnen, gezien het voorgaande, leiden tot nieuwe hypothesen en ten aanzien van het traject dat een Tbs-gestelde aflegt voordat deze zijn uitgangsdeldict pleegt, tot aanbevelingen voor verder onderzoek en aanbevelingen ten aanzien van de hulpverlening in de GGz, andere zorgverleners en de reclassering.

HOOFDSTUK 6 – CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1 INLEIDING

In de voorgaande hoofdstukken en deelonderzoeken staan Justitie en de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg centraal. Geestelijke Gezondheidszorg mag in dit verband breed worden opgevat: als alle mogelijke vormen van zorg, opvang, hulpverlening en behandeling die niet specifiek op grond van een justitiële titel wordt aangeboden of opgelegd. In dit hoofdstuk zal ik waar nog nodig verbanden aanbrengen tussen de verschillende eerdere hoofdstukken en een aantal algemene conclusies trekken. Ten slotte zal ik aanbevelingen doen voor de praktijk en voor verder onderzoek.

6.2 CONCLUSIES

Hoofdstuk 2 is een literatuuronderzoek over en geeft een historisch overzicht van de relatie tussen de Tbs en de GGz. In deze relatie is het Gevangeniswezen en belangrijke derde. Het onderzoek is gedaan voor de Commissie Beleidsvisie Tbs, die er voor stond de vraag te beantwoorden of de Tbs verder zou kunnen integreren in de Algemene GGz. De historie maakt duidelijk dat de Tbs is ontstaan vanuit de behoefte gestoorde gevangenen uit het Gevangeniswezen te laten uitstromen naar de Algemene psychiatrie, toen nog onder de noemer van de Krankzinnigenwet. Daarnaast bleek dat de Algemene psychiatrie een onvoldoende dwingend juridisch kader kon bieden om deze groep, vaak gevaarlijk geachte patiënten, binnen de poorten te houden. Wanneer zij eenmaal in de psychiatrie waren geplaatst was er voor de Minister van Justitie geen mogelijkheid meer om de regie te voeren; het was aan de directeur van het 'gesticht' hier uiteindelijk het moment van beëindiging van het verblijf te bepalen. Het is bekend dat in dit besluit niet uitsluitend het medische belang van de patiënten een rol speelde, maar ook de beheersbaarheidsproblemen die de patiënten opleverden.

Deze situatie was zo onbevredigend dat uiteindelijk, na een jarenlange voorbereiding, in 1928 de Psycho-pathenwetten werden ingevoerd en er een specifiek juridisch kader ontstond voor personen die zowel een, vaak ernstig, delict hadden gepleegd alsook aan een psychiatrische ziekte leden ten tijde van het plegen van het delict.

Bij het concluderen over het onderzoek, eind 2000, was ik van mening dat integratie van de Tbs in de GGz mogelijk zou moeten zijn, er vanuit gaande dat onder meer de circuitvorming zich volgens de al ingezette weg verder zou ontwikkelen en de verantwoordelijkheden van de Minister van Justitie goed zouden zijn geregeld.

In hoofdstuk 3 is de vraag aan de orde wat de reden is van de beperkte uitstroom van Tbs-gestelden uit Tbs-klinieken, onder meer naar vervolgvoorzieningen in de Algemene GGz. Voor het ministerie van Justitie speelde bij dit onderzoek enerzijds de vraag naar de mogelijkheden van een effectievere en efficiëntere uitstroom in verband met de steeds groeiende behoefte aan Tbs-capaciteit. Anderzijds was er ook de reële behoefte te komen tot een kwalitatieve verbetering van het aanbod in de Tbs. Bij het zoeken naar de achtergronden van de stagnerende uitstroom kwamen er diverse ontwikkelingen in zicht. Er bleek bij de GGz sprake van zowel onbekendheid met het justitiële circuit als van onwil om inspanningen te plegen voor justitiepatiënten. Daarnaast bleken er lokaal verschillende initiatieven te worden genomen om tot wederzijds begrip te komen; soms werd dit ondersteund door incentives vanuit Tbs-klinieken door bijvoorbeeld plaatsen in te kopen en terugnamegaranties af te geven. Ook ontwikkelden zich werkwijzen waarbij men via 'crossovermeetings' en stages trachtte tot een grotere bekendheid te

komen van elkaars werkwijzen, werkopvattingen en specifieke categorale problemen. De beschrijvingen van de onderzoeksgegevens op kliniekniveau geven inzicht in de wijze waarop en de mate waarin de klinieken trachtten te komen tot samenwerking.

Uit de onderzoeksgegevens bleek dat gedurende onderzoeksperiode een kleine 200 Tbs-maatregelen per jaar werden opgelegd. Daar stond tegenover dat gemiddeld jaarlijks 50 maatregelen werden beëindigd. De prognose was dat er tenminste 150 plaatsen in vervolgvoorzieningen jaarlijks nodig zouden zijn om een efficiënte doorstroom mogelijk te maken.

Het ministerie van Justitie was destijds niet gelukkig met de uitkomsten van het onderzoek; een persbericht dat al gereed was ging uiteindelijk niet uit. Desondanks verschenen later enkele perspublicaties²⁷⁹ en werden er Kamervragen gesteld naar aanleiding van het onderzoek, die door de ministers van Justitie en VWS gezamenlijk in overeenstemming met de uitkomsten van het onderzoek werden beantwoord.

Het onderzoek riep enige discussie op in vakkringen. Door Van Emmerik werd opgemerkt dat een prognose voor het aantal benodigde uitstroombestaatsen moeilijk is te maken, gezien het niet constante aantal opleggingen per jaar. Hij meent dat fricties in de uitstroom niet zijn te vermijden bij een fluctuerend aantal opleggingen.²⁸⁰ Ik denk dat die conclusie juist is. Er zou nog aan toegevoegd kunnen worden dat ook de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen een rol spelen; de wijze waarop de maatschappij verwacht dat de veiligheid wordt gewaarborgd, onder meer door toedoen van de Tbs, heeft waarschijnlijk een opwaarts effect op de intramurale behandelduur. En als gevolg daarvan ook op de benodigde Tbs-capaciteit en daarmee op de toekomstige vraag naar vervolgplaatsen. Desondanks bevat het onderzoek een poging om te komen tot cijfermateriaal over het grensverkeer tussen Justitie en GGz.

In het onderzoek van het Trimbos Instituut naar beheersproblemen met forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGz wordt onder meer gesteld dat het, voor wie zich in het grensverkeer tussen Justitie en GGz verdiept, opvallend is dat er nauwelijks landelijke cijfers zijn te vinden over de omvang van patiëntenstromen waaruit dit verkeer bestaat. De cijfers uit het onderzoek 'Morgen gaat het beter, beter, beter...' (hoofdstuk 3 van deze studie) worden in 2000 gerekend tot de weinige die bruikbare informatie geven.²⁸¹

Het onderzoek werd ook in een samengevatte vorm gepubliceerd in de bundel *Forensische Psychiatrie* anno 2000 onder de titel 'Het omgevingsveld van de Tbs-klinieken'.²⁸² In zijn inleidende artikel op deze bundel bespreekt Groenhuijsen naar aanleiding van dit artikel onder meer de opmerkelijke situatie dat, in reactie op de lange wachttijden en de Tbs-passantenproblematiek, 'zelfstandige en toegespitste aandacht' wordt geschonken aan de uitstroom uit de Tbs-klinieken.²⁸³ Mijn berekening van het aantal benodigde plaatsen om tot een effectief uitstroombeleid te komen staan zijns inziens ver af van de hem vertrouwde benadering van misdaad en maatregel, wanneer hierover in deze technocratische termen wordt gesproken. Uiteindelijk concludeert hij dat in de door mij beschreven 'nieuwe' benadering niet langer de Tbs-maatregel het uitgangspunt is, maar het traject van de patiënt. Hoewel Groenhuijsen dit een interessante gedachte noemt meent hij, en mijns inziens terecht, dat dit concept hoge eisen stelt aan de beschikbaarheid en de kwaliteit van vervolgvoorzieningen en dat het noopt tot intensieve samenwerking tussen Tbs-klinieken en die vervolgvoorzieningen. Indien op deze punten vooruitgang zou kunnen worden geboekt, kan de toegespitste aandacht voor capaciteit en uitstroom volgens Groenhuijsen uiteindelijk een gunstig effect hebben op de behandelmogelijkheden in de Tbs. De ontwikkelingen van die samenwerking tussen

²⁷⁹ Volkskrant 1998; Limburger 1998

²⁸⁰ Van Emmerik 1999

²⁸¹ Van de Klippe & Van Ginneken, 2000

²⁸² Van Vliet 2000

²⁸³ Groenhuijsen 2000

onder meer de Tbs en de GGz staan centraal in hoofdstuk 4 en de stellingname van Groenhuijsen kan mede aan de hand van de gegevens nader worden belicht.

In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste geaggregeerde gegevens en aanbevelingen vanuit het onderzoek 'Ons kent ons...' beschreven. Dit onderzoek voerde ik in 2000 uit met Jean Pierre Wilken met als algemene doelstelling het op een systematische wijze documenteren van de bestaande (boven-)regionale samenwerkingsverbanden op het gebied van de forensische psychiatrie in Nederland teneinde aanzetten te geven voor modelontwikkeling om daarmee de samenwerking en efficiency van de forensische zorg te verbeteren. Het was in het bestek van dit onderzoek niet mogelijk het onderzoek 'Ons kent ons...' te herhalen. Het zou zeker de moeite waard zijn geweest dit wel te doen en het onderzoek uit 2000 als een nulmeting te beschouwen; dat zou een maximaal inzicht hebben gegeven in de stand van zaken en het tempo van de ontwikkelingen.

Op basis van de nieuwe informatie zijn er ten aanzien van de ontwikkeling van de samenwerking en circuitvorming wel enkele uitspraken te doen. Geconstateerd moet worden dat de toegang van Tbs-gestelden, ex-Tbs-gestelden, gedetineerden en justitiabelen in het algemeen tot de Algemene GGz onvoldoende vanzelfsprekend is. Samenwerking, circuitvorming, ketenvorming tussen justitiële en Algemene zorginstellingen is nog te veel afhankelijk van individuele professionals en te weinig geïnstitutionaliseerd. De gevraagde nazorgvoorzieningen hebben vaak niet de juiste 'zwaarte' om aan de vraag van de justitiële instellingen te kunnen beantwoorden. Het lage tempo waarin de samenwerking zich voltrekt en de beperkte mate waarin de Algemene GGz zich openstelt voor patiënten met een justitiële titel of ex-justitiëpatiënten lijkt er toe bij te dragen dat Tbs-klinieken, FPK's en FPA's hun eigen forensische nazorgcircuit aan het opzetten zijn.

Vooraf het onderzoek dat in het Hofressort 's Hertogenbosch werd gedaan en waarin de patiëntenlogistiek werd gevolgd geeft inzicht in uitvoeringsproblemen in de relatie tussen Tbs, Gevangeniswezen en GGz.

Daarbij zijn er sterke aanwijzingen dat de circuitvorming aan de uitstroom vanuit de Tbs-klinieken en het gevangeniswezen weinig bijdraagt. De rapportages van de IG, van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, de onderzoeksgegevens van Zwemstra en het vlak voor afronding van deze studie beschikbaar gekomen advies van de Interdepartementale Werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader (de commissie Houtman) geven aanleiding tot deze conclusie. Wat dit betreft kan worden gesteld dat de door Groenhuijsen gestelde hoge eisen aan de beschikbaarheid en de kwaliteit van vervolgvoorzieningen en aan de samenwerking nog maar nauwelijks wordt voldaan. Geconcludeerd moet worden dat er een kloof gaapt tussen de Tbs en de zorg en behandeling in de Algemene GGz.

Uitstroom vanuit het gevangeniswezen naar (gesloten) klinisch forensisch psychiatrische of algemeen psychiatrische voorzieningen is zeer gering (tenzij op basis van een door de strafrechter opgelegde maatregel (Tbs of art 37 Sr.). Ook de nog zeer kwetsbare en moeizame samenwerking tussen het Gevangeniswezen en de GGz roept de vraag op of hier in voldoende mate sprake is van doelgerichte sturing om deze kloof te overbruggen door middel van samenwerking en circuitvorming. Met name het gegeven dat de analyses van de commissie Houtman zoveel overeenkomst vertonen met hetgeen in de afgelopen jaren al eerder is gerapporteerd geeft aanleiding deze vraag negatief te beantwoorden.²⁸⁴ Gezien de

²⁸⁴ De kritiekpunten van de GGz-Nederland op het advies van de commissie Houtman zijn ten dele wel begrijpelijk. Financiering is tot nu toe niet het juiste sturingsmiddel in deze sector gebleken. Ook in het IBO-rapport 'Doelmatig behandelen' uit 1995 werd sterk de nadruk gelegd op het financieringssysteem en het aanbrengen van financiële

beperkte vooruitgang die in het kader van de circuitvorming wordt geboekt moet worden overwogen de pogingen te staken om via de huidige beleidslijnen tot nadere samenwerking te komen.

Hoofdstuk 5 geeft op basis van een dossieronderzoek van een nog beperkte onderzoekspopulatie inzicht in het traject dat Tbs-gestelden hebben afgelegd in de hulpverlening voorafgaande aan het uitgangsdeldict waarvoor zij een Tbs kregen opgelegd. Wat opvalt is dat binnen deze populatie een groot aantal Tbs-gestelden vóór het uitgangsdeldict contacten hebben gehad met de Algemene GGz, in iets mindere mate met de verslavingszorg en met plaatsingen in Justitiële Jeugdinstellingen of contacten met de jeugdzorg. De aangeboden zorg is te veel opgesplitst en de vraag is of kennis vanuit jeugdzorg, psychiatrie, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg voldoende bij elkaar wordt gebracht in een samenhangend en gedifferentieerd hulp- of behandeltraject. De contacten met de GGz duurden vaak meerdere jaren, er werden diagnoses gesteld, medicatie verstrekt en de justitiële voorgeschiedenis (die bijna altijd aanwezig is) was bekend bij de hulpverlening. Toch blijkt dat patiënten niet zijn over te dragen naar een meer passende voorziening waarvoor zij zijn geïndiceerd en dat patiënten die het contact verbreken vaak geen of nauwelijks nazorg kregen. De hypothese dat in de Tbs veelal mensen terecht komen die al eerder contact hadden met of behandeld werden in de GGz, en die daarna uit het zicht zijn geraakt van de hulpverlening kon dan ook uit dit onderzoek worden bevestigd. In het licht van deze bevestiging is het zeker begrijpelijk dat samenwerking van het forensische circuit met de Algemene GGz moeizaam tot stand komt, *nadat* patiënten een ernstig delict hebben gepleegd en een Tbs opgelegd hebben gekregen.

Er is in deze studie veel *niet* onderzocht. De geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en jeugdzorg vervullen ongetwijfeld ten aanzien van veel mensen, waaronder justitiabelen, hun functie uitstekend. Maar gezien de stand van zaken ten aanzien van de circuitvorming en het functioneren van de Algemene GGz ten aanzien van justitiabelen valt te concluderen dat een deel van de justitiabele patiënten soms veel en langdurig, zorg en behandeling krijgen in de Algemene GGz, de verslavingszorg en de jeugdzorg, maar dat betwijfeld moet worden of dit de juiste zorg en behandeling is. Dit blijkt uit het gegeven dat hun zorg en behandeling plotseling door de behandelaars of door de justitiabele patiënt kan worden beëindigd zonder dat er meer of minder gedwongen nazorg wordt geboden. Wanneer deze patiënten buiten het blikveld van de zorg terecht komen en een ernstig geweldsdeldict begaan, maken zij grote kans in de Tbs terecht te komen. Het functioneren van de GGz draagt vanuit dit gezichtspunt dan ook bij aan een toename van het aantal Tbs-gestelden.

prikkels om de doorstroom binnen en de uitstroom vanuit Tbs-klinieken naar vervolgvoorzieningen te bevorderen. Blijkens de analyses van de commissie Houtman, 10 jaar later, heeft dit nauwelijks resultaat opgeleverd.

Anderzijds is ook het verruimen van de capaciteit, zoals de GGz-Nederland voorstelt, niet de juiste oplossing voor de problematiek in dit grensgebied. Het ligt volstrekt niet voor de hand dat uitbreiding van capaciteit zal leiden tot ontwikkeling en uitvoering van het juiste zorgaanbod. Mijn onderzoek naar de vraag of er meer Tbs-en worden opgelegd door een falende GGz (hoofdstuk 5 van deze studie) toont in elk geval aan dat er nog forse blokkades liggen binnen de Algemene GGz voor het in voldoende mate bieden van de juiste zorg in justitieel kader aan een nog moeilijk te definiëren doelgroep.

De inhoud van het advies van de commissie Houtman, waarin nauwelijks nieuwe analyses op dit terrein worden gerapporteerd na onderzoek en analyses uit voorgaande jaren, roept daarnaast het beeld op van een weinig effectief overheidsbeleid op dit terrein.

De rol van de geestelijke gezondheidszorg (en andere zorg- en hulpverlenende instellingen) in zijn algemeenheid was niet het onderwerp van deze studie. Kan dan toch op basis van deze studie een uitspraak worden gedaan over het functioneren van deze organisaties?

In retrospectief kan mijns inziens worden vastgesteld dat deze organisaties ten aanzien van een groep justitiële patiënten op enig moment een afweging maken die uiteindelijk kan leiden tot een ernstig deraillement, een (of meer) ernstige delict(en) en uiteindelijk een Tbs. Het betreft wellicht een kleine groep, maar met zodanig grote gevolgen dat dit mijns inziens moet leiden tot bezinning ten aanzien van de attitude die ten aanzien van patiënten binnen de bedoelde organisaties bestaat.

6.3 ADVIEZEN VOOR DE PRAKTIJK EN VOOR VERDER ONDERZOEK

1. Gezien de stand van de ontwikkelingen van de forensische samenwerking en circuitvorming moet worden vastgesteld dat deze in onvoldoende mate beantwoordt aan de eis dat de forensische patiënt op het juiste moment kan beschikken over de juiste behandelvoorziening met het juiste beveiligingsniveau. Verdere pogingen om deze samenwerking en circuitvorming zich op organische wijze, vanuit de betrokken organisaties, te laten voltrekken zouden mijns inziens kunnen worden gestaakt.

Wanneer pogingen de circuitvorming tussen forensische en algemene psychiatrie nu te staken een te vergaande stap zou zijn is het ten minste noodzakelijk dit te doen in projectmatige vorm door de gewenste eindtermen van de forensische circuitvorming te formuleren, de tijdsduur waarin deze moeten zijn behaald en de mate van sturing, facilitering en financiering daarop af te stemmen. Onderzoek is nodig om deze ontwikkeling te volgen, te begeleiden en waar nodig bij te sturen en te beoordelen op zijn effectiviteit. Uitvoering van de adviezen van de commissie Houtman kunnen pas bijdragen aan een betere samenwerking wanneer de bij hen en de overheid overheersende gedachte wordt verworpen dat financiering en sturing als het ware synoniem zijn.

2. Intussen is het aan te bevelen, zoals door Zwemstra bedoeld en ook door de commissie Houtman wordt geadviseerd²⁸⁵, een zorgintensieve (nood)voorziening voor langdurende behandeling en chronisch verblijf met een landelijke functie te ontwikkelen om de schade voor patiënten en de samenleving zo veel mogelijk te beperken wanneer patiënten geen justitiële titel meer hebben en desondanks intensieve klinische zorg nodig blijven hebben.

3. Er bestaat vanuit de praktijk van de forensische samenwerking (en met name vanuit de Tbs en GGz) behoefte om, na beëindiging van een justitiële titel, in een aantal gevallen langdurig contact met patiënten of cliënten te blijven houden door middel van bemoeizorg.²⁸⁶ De reclassering wordt inmiddels sinds 1 januari 2004 niet meer gefinancierd om dergelijke contacten te onderhouden zonder justitiële opdracht of justitiële titel, hetgeen in het licht van de inzichten die dit onderzoek oplevert getuigt van niet onderbouwd beleid. Hier is mijns inzien plaats voor een tussenmaatregel in de vorm van een 'civil penal order',²⁸⁷ die in overleg met het OM kan worden uitgevoerd. Een dergelijke maatregel kan worden ontwikkeld en uitgevoerd door de reclassering, een forensische polikliniek of een andere passende organisatie en kan voor deze organisatie de legitimatie vormen om een vorm van bemoeizorg ten

²⁸⁵ Zie hoofdstuk 4

²⁸⁶ Dit geldt naast Tbs-gestelden eveneens voor nazorg aan veroordeelden tot een onvoorwaardelijke of voorwaardelijke gevangenisstraf, zeker wanneer in dat kader sprake is (geweest) van een vorm van behandeling of intensieve zorg.

²⁸⁷ Door Mr. Y. van Kuijk zo benoemd.

aanzien van een risicovolle groep ex-justitiabelen te vervullen. In het advies van de Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg²⁸⁸ worden in dit verband twee functies genoemd ten behoeve van de door hen genoemde 'psychisch gehandicapte', die ook met betrekking tot de bedoelde groep justitiabelen (met vaak ook psychiatrische stoornissen, verslavingsproblematiek en beperkte sociale vaardigheden) kunnen worden overwogen. Als eerste wordt genoemd de intermediair tussen de psychisch gehandicapte en organisaties en groeperingen in de samenleving. Deze intermediair biedt steun bij het leggen van contacten met werkgevers, verhuurders en dergelijke. De tweede professional is een dienstverlener vanuit de zorg, waarvan elke psychisch gehandicapte er een aan zijn zijde zou moeten hebben. Het is de casemanager, netwerker en steungever die dicht bij de cliënt en zijn cliëntensysteem staat, maar ook oog voor de samenleving heeft. Beide rollen zouden mijns inziens binnen deze context goed kunnen worden uitgevoerd. Verder onderzoek naar de wijze van uitvoering en effectiviteit van een dergelijke werkwijze is wenselijk. Onderzocht moet worden of Assertive Community Treatment (ACT) ook wel de 'ambulante kliniek' genoemd, hier als organisatievorm van het casemanagement kan worden toegepast. In elk geval moet casemanagement niet als standaardmethodiek worden ingezet, maar steeds worden aangepast aan de noden en behoeften van de doelgroep.²⁸⁹

4. Dat een aantal GGz-patiënten met justitiecontacten, een strafblad en (ernstige) gedragsproblematiek zonder de nodige nazorg en toezicht te krijgen het contact met de GGz verbreekt (of dat het contact met hen wordt verbroken) vraagt om de nodige aandacht²⁹⁰. Gezien de ernstige gevolgen die deze gang van zaken kan hebben is het onvoldoende hier te verwijzen naar de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Een dergelijke verwijzing moet worden gekwalificeerd als een vorm van geïnstitutionaliseerde verwaarlozing. Er kan overwogen worden in deze situaties aan medewerkers in de GGz een meldingsplicht op te leggen. Tenminste zo noodzakelijk is het echter dat medewerkers van de GGz zich van de ernst van dergelijke situaties bewust zijn en een attitude ontwikkelen waarbij het afbreken van dergelijke contacten wordt voorkómen, wordt voortgezet in de vorm van bemoeizorg of een ander passend aanbod. Dergelijke vormen van werken, zoals bedoeld onder 3., moeten worden ontwikkeld, begeleid en op hun effect onderzocht.

5. Verder onderzoek naar de mate waarin Tbs-gestelden afwijken dan wel zijn te onderscheiden van reguliere GGz-patiënten in ontwikkeling, pathologie, gedrag of andere kenmerken is dringend gewenst om tot een meer gerichte aanpak te komen van preventie van Tbs-opleggingen. Daarbij moet worden overwogen om, naast de justitiedossiers, ook de bijbehorende GGz-dossiers inhoudelijk te onderzoeken op het binnen de algemene GGz uitgevoerde zorgproces.

²⁸⁸ Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg 2002

²⁸⁹ Zie voor een actueel overzicht: Mulder & Kroon 2005; Zie ook: Draine & Solomon 1994, Don 2000

²⁹⁰ GGz wordt ook hier breed opgevat; inclusief verslavingszorg en jeugdzorg;

BIJLAGEN

BIJLAGE I LITERATUURONDERZOEK TBS EN GGZ

1. CONCLUSIES
2. BEGELEIDINGSCOMMISSIE
3. GEÏNTERVIEWDE DESKUNDIGEN

I. CONCLUSIES

I.1 WAT IS DE ONTSTAANSGESCHIEDENIS VAN DE TBS IN HOOFDLIJNEN?

De ontstaansgeschiedenis van de Tbs kan in het kader van dit literatuuronderzoek maar in beperkte mate worden beschreven. Gekozen is voor een beschrijving op hoofdlijnen, afgezet tegen enkele juridische en maatschappelijke ontwikkelingen.

Ontwikkelingen in het recht en in de psychiatrie maakten het in het begin van de twintigste eeuw mogelijk mensen die een delict hebben gepleegd en daarnaast gestoord en gevaarlijk zijn voor de omgeving geheel of gedeeltelijk uit te leiden uit het gevangeniswezen. Aanvankelijk gold dit uitsluitend voor hen die geheel ontoerekeningsvatbaar waren. Zij konden worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Later bestond ook de mogelijkheid personen te zien als 'gek en slecht in enige mate'. De psychopatenwetten en de invoering van de Tbr maakte het mogelijk hen in gesloten instituten te verplegen en behandelen.

In concluderende zin kan dan ook worden gesteld, dat vanuit deze ontwikkeling de sectoren Tbs, Algemene GGz en gevangeniswezen een gezamenlijk domein vormen.

I.2 WELKE ONTWIKKELINGEN HEBBEN ZICH VOORGEDAAN IN DE GGZ DIE VAN INVLOED ZIJN GEWEEST OP DE TBS? HOE HEBBEN GGZ EN TBS ELKAAR BEÏNVLOED? GEDACHT WORDT AAN BV. EXTRAMURALISERING VAN DE GGZ, DE ASIELFUNCTIE, HET SLUITEN VAN AFDELINGEN VOOR LANGDURIG VERBLIJF IN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN, VERSCHUIVINGEN IN DOELGROEPEN (MEER PSYCHOTICI IN DE TBS, MEER ALLOCHTONEN, VERSLAAFDEN, ZWAARDERE DELICTEN).

Vanuit de ontstaansgeschiedenis van de Tbs is er een voortdurende wederzijdse beïnvloeding van de GGz en de Tbs. De ontwikkeling van de Krankzinnigenwet naar de wet BOPZ blijkt een zekere invloed te hebben gehad op het opnamebeleid van de Algemene GGz. Een groot aantal Tbs-gestelden (circa 20%) heeft voor de Tbs-oplegging een civielrechtelijke opname gehad in de Algemene GGz, een nog groter aantal heeft ook een ambulante GGz-historie of anderszins tehuis- en hulpverleningservaring. Ook voor gedetineerden geldt, dat een groot aantal (56%) voorafgaande aan de strafoplegging ambulante en/of klinische ervaring heeft in de GGz.

Het is niet direct aanwijsbaar of dit (uitsluitend) een gevolg is van extramuralisering of een verminderde asielfunctie. Ook moet rekening worden gehouden met verschillen in opdracht tussen de verschillende sectoren, terwijl ook de veronderstelling wordt geuit dat het bij Tbs-gestelden in een aantal gevallen zou kunnen gaan om 'zorgwekkende zorgmijders' met stoornissen die het totstandkomen van een commitment van de patiënt aan de zorg, zoals deze binnen de Algemene GGz wordt geboden, belemmeren.

I.3 WAT IS DE HUIDIGE SITUATIE VAN HET INSTITUUT TBS, IN RELATIE TOT DE GGZ? IN HOEVERRE IS DE TBS GEÏSOLEERD DAN WEL VERBONDEN MET DE GGZ?

Tbs-klinieken hebben zich lange tijd ontwikkeld als naar binnen gerichte organisaties. Door ontwikkelingen in de Tbs, zoals de toename van nieuwe doelgroepen, de groei van het aantal Tbs-gestelden, toegenomen behandelduur en in het algemeen de beperktere mogelijkheden patiënten weer zelfstandig te laten reïntegreren in de samenleving, zijn er zowel op landelijk beleidsniveau als op lokaal niveau in het afgelopen decennium initiatieven ontwikkeld om te komen tot samenwerking. Deze samenwerking

(forensisch psychiatrische circuitvorming) heeft er in zekere mate toe geleid, dat Tbs-klinieken en Algemene GGz-voorzieningen regionaal met elkaar in gesprek zijn geraakt en er uitstroom is gaan plaatsvinden vanuit Tbs-klinieken naar de Algemene GGz. Tbs-klinieken positioneren zich de laatste jaren daarbij meer dan voorheen als een specialistisch onderdeel van de Geestelijke Gezondheidszorg, waarmee een ontwikkeling is ingezet om de Tbs-sektor als een onderdeel te zien van een keten van GGz-voorzieningen. Het gaat daarbij niet meer in de eerste plaats om de patiënt in de Tbs-kliniek, maar om het totaaltraject dat de patiënt dient te doorlopen.

Uit recent onderzoek blijkt dat de ontwikkeling van de forensische circuitvorming nog in een beginstadium verkeert. Beleidsmatige ondersteuning, formalisering van samenwerkingsafspraken en het verder creëren van draagvlak is daarbij noodzakelijk.

1.4 WAT IS DE RELATIE VAN TBS TOT GEESTELIJK GESTOORDEN IN HET GEVANGENISWEZEN?

Zoals eerder gesteld kunnen de sectoren Tbs, Algemene GGz en gevangeniswezen worden gezien als een gezamenlijk domein, omdat een groot aantal patiënten wisselend ervaring heeft met de verschillende onderscheiden sectoren. Uit onderzoek naar psychisch gestoorden in het gevangeniswezen blijkt dat de Individuele Begeleidings Afdelingen (IBA's) in penitentiaire inrichtingen, vanwege capaciteitsproblemen in de Tbs-klinieken, een groot aantal Tbs-passanten huisvesten waarvoor specifieke behandelprogramma's zijn en worden ontwikkeld. Daarnaast is er een ontwikkeling in gang gezet van behandeling van psychisch gestoorden in het gevangeniswezen. Hiertegen blijkt vanuit juridisch oogpunt geen bezwaar te bestaan; wel zijn er praktische beperkingen zoals de status van de penitentiaire inrichting en de strafduur van de individuele gedetineerde. Uitzonderingen daargelaten dient er overeenstemming te zijn tussen gedetineerde en behandelaar.

1.5 OP WELKE WIJZE WORDT SAMENGEWERKT TUSSEN TBS, GGZ EN GEVANGENISWEZEN?

Door forensische poliklinieken worden preklinische behandelingen ontwikkeld en uitgevoerd ten behoeve van Tbs-passanten, maar eveneens zijn er enkele experimentele projecten ten behoeve van gedetineerden die niet Tbs gesteld zijn, waarbij ook op beperkte schaal GGz-instellingen zijn betrokken. Uit het recente onderzoek naar de forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland blijkt onder meer, dat het gevangeniswezen in deze samenwerkingsverbanden nog maar nauwelijks aanwezig is.²⁹¹

1.6 IN HOEVERRE VERSCHILLEN DE PATIËNTENPOPULATIES VAN ELKAAR? KUNNEN DE POPULATIES 'GEMIXT' WORDEN (TBS-GESTELDEN EN BOPZ- PATIËNTEN)? OM HOEVEEL PERSONEN GAAT HET? (TBS-GESTELDEN, DELINQUENTEN MET PSYCHISCHE STOORNIS IN GEVANGENIS (AL DAN NIET IN SPECIALE AFDELING), BOPZ- PATIËNTEN)?

Er is geen eenduidig onderzoek beschikbaar over de overeenkomsten of verschillen van de verschillende patiëntenpopulaties. Wel blijkt uit het onderzoek, dat de populaties veelal wisselend ervaring hebben in de verschillende sectoren (zie ook 1.2.2). Een eventuele mix van de populaties vraagt echter om meer onderzoek, ook betrekking hebbend op de juridische aspecten, zoals deze eerder in de samenvatting en in hoofdstuk 3 van dit onderzoek zijn genoemd.

²⁹¹ Van Vliet & Wilken 2001

De plaatsing van de diverse populaties in de sectoren Tbs, Algemene GGz en gevangeniswezen vindt nu voornamelijk plaats op grond van de justitiële titels. Een dergelijke systematiek gaat uit van het nu bestaande aanbod aan voorzieningen (aanbodgericht). Er echter vanuit gaande, dat in zowel de Tbs-klinieken, de Algemene GGz als het gevangeniswezen zowel zorg, behandeling en beveiliging in verschillende mate worden geboden lijkt het zinvol om te onderzoeken of, los van de justitiële titels van de populaties, passende combinaties van patiënten zijn te maken. Hierbij zou kunnen worden bezien of het mogelijk is het noodzakelijke beveiligingsniveau, de noodzakelijke zorg en de noodzakelijke behandeling af te stemmen op de individuele patiënt en het aanbod hierop af te stemmen (vraaggericht).

Om hoeveel personen het gaat is maar ten dele bekend. Op dit moment bedraagt de capaciteit van de Tbs circa 1050 plaatsen. Het aantal gedetineerden met een psychische stoornis wordt geschat op 10–12% van de populatie (circa 1500), terwijl naar schatting 8% van de gedetineerden die contact heeft met de inrichtingspsycholoog detentieo geschikt is.

Voor wat betreft de omvang en samenstelling van de groep delictgevaarlijke psychisch gestoorden in het gevangeniswezen, BOPZ en Tbs zijn er daarnaast enkele ontwikkelingen gaande.

In de offerte voor een strategische verkenning over 'Asiel in de forensische psychiatrie' door het SCO-Kohnstamm Instituut van mei 2000 is naar mijn mening sprake van overlap met onder meer de hier genoemde onderzoeksvraag. Onder meer zal in het kader van die verkenning worden getracht te komen tot een operationele definitie voor de groep chronisch forensisch psychiatrische patiënten en de omvang van deze groep. Daarnaast is door de Commissie Beleidsvisie Tbs aan het SCO-Kohnstamm Instituut gevraagd een schatting te maken van het aantal gevaarlijke BOPZ-patiënten. De vraagstelling is als volgt:

'Tbs-gestelden hebben ernstige (gewelds)delicten gepleegd en hebben veelal psychotische stoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen. Velen van hen zijn voor hun opname in de Tbs opgenomen geweest in een GGz-instelling. Ook in de psychiatrische ziekenhuizen kunnen we patiënten met vergelijkbare stoornissen vinden die eveneens een gevaar zijn voor de maatschappij doordat ze vergelijkbare delicten zouden kunnen plegen. Soms wordt opgemerkt dat deze mensen per toeval in de Tbs dan wel in een psychiatrisch ziekenhuis terecht komen. Om te kunnen beoordelen of in de toekomst de voorzieningen meer geïntegreerd kunnen worden ingezet, is voor de commissie van belang om te weten hoe groot de groep voor de samenleving gevaarlijke geestelijk gestoorden onder de BOPZ is.'

Met de onderzoeker van het SCO-Kohnstamm Instituut werd afgesproken de vraag naar de samenstelling en omvang van deze groep door hen te laten beantwoorden.²⁹²

Naast dit onderzoek wordt in het kader van de evaluatie van de wet BOPZ afzonderlijk de rol van de wet BOPZ in de forensische psychiatrie bestudeerd, een onderzoek, dat ten dele het onderzoek van het SCO-Kohnstamm Instituut overlapt maar een andere tijdsfasering kent (tot 1 oktober 2001). De vraagstelling in het kader van de evaluatie van de wet BOPZ is:

- In welke mate worden forensisch psychiatrische patiënten (art. 15 PBW en art. 37 Sr.) opgenomen in BOPZ-instellingen en welke problemen doen zich daarbij voor?;
- In welke mate worden forensisch psychiatrische patiënten op grond van het gewijzigde art. 15, eerste lid van de wet BOPZ in BOPZ-instellingen opgenomen?;
- In hoeverre kunnen deze problemen worden toegeschreven aan de wettelijke regelingen?;
- Sluiten de wettelijke regelingen (wet BOPZ, PBW en Beginselenwet Tbs) goed op elkaar aan?²⁹³

²⁹² Het onderzoek met deze gegevens is in 2002 verschenen. Zie: Roede e.a., 2002

Bij dit onderwerp dienen de resultaten van het onderzoek van het Trimbos Instituut naar beheersproblemen in de (forensische) psychiatrie te worden betrokken.²⁹⁴

1.7 HOE VERHOUDEN DE VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN DE MINISTERS VAN VWS EN JUSTITIE T.A.V. GEESTELIJK GESTOORDEN ZICH TOT ELKAAR?

De verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de tenuitvoerlegging van de Tbs met verpleging heeft betrekking op het scheppen van de wettelijke kaders, de voorzieningen voor de tenuitvoerlegging, de beveiliging van de samenleving tegen het zich onttrekken aan de vrijheidsbeneming en de rechtspositie van de Tbs-gestelden. Voor de behandeling is de verantwoordelijkheid meer op afstand. De Minister ziet er op toe, dat de Tbs-gestelde de benodigde behandeling krijgt; de klinieken zelf zijn verantwoordelijk voor de behandeling. De inhoudelijke toetsing van de kwaliteit van de behandeling dient plaats te vinden volgens normen die in de brede kring van het veld van de Algemene GGz, mede tot stand komend onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS, gelden. Wel zou het ministerie van Justitie de voorwaarden moeten scheppen voor die toetsing en bewaken dat deze ook daadwerkelijk plaatsvindt. Hierbij hebben het ministerie van Justitie zelf en de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing een taak voor de dimensies beveiliging en rechtsbescherming. De oriëntatie van het Tbs-veld op het veld van de GGz zou vervolgens moeten leiden tot het doorwerken van ontwikkelingen en inzichten vanuit de GGz naar verpleging en behandeling in het Tbs-veld.

1.8 WAT ZIJN STERKE EN ZWAKKE KANTEN VAN DE HUIDIGE SITUATIE? ZIJN ER BEPAALDE TRENDS TE ONDERKENNEN?

Hiervoor wordt verwezen naar de Trendanalyse ten behoeve van de commissie Beleidsvisie Tbs.²⁹⁵

1.9 WAT ZIJN BELEMMERINGEN IN DE HUIDIGE RECHTSPOSITIE, WET- EN REGELGEVING VOOR EEN GOEDE SAMENWERKING TUSSEN JUSTITIE EN GGZ?

Op grond van de gevonden gegevens ziet het er naar uit, dat wettelijke beperkingen in de samenwerking voornamelijk aanwezig zijn wanneer patiënten met een BOPZ-maatregel in een Tbs-kliniek geplaatst zouden worden. Hoewel de meeste Tbs-klinieken een BOPZ-status blijken te hebben en BOPZ-patiënten dus onder de rechtspositieregeling van de BOPZ in een Tbs-kliniek zouden kunnen verblijven, is het in verband met de behandeling en rechtspositionele ongelijkheid die zou ontstaan niet mogelijk BOPZ-patiënten in een Tbs-kliniek te plaatsen (hoewel dit desondanks enkele malen is gebeurd). De mogelijkheid om patiënten vanuit een Tbs-kliniek in een BOPZ-voorziening te plaatsen in het kader van artikel 14 van de Beginselenwet Tbs is wellicht niet voldoende bekend in de Tbs-sektor.

1.10 WAAR LIGGEN MOGELIJKHEDEN EN BEDREIGINGEN VOOR EEN BETER FUNCTIONEREN VAN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE?

Mogelijkheden voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie zijn vanuit dit onderzoek te

²⁹³ Dit onderzoek is in 2002 verricht door ZonMw. Zie: Beekman & Koenraadt, 2002

²⁹⁴ Van de Klippe & Van Ginneken 2000

²⁹⁵ Opgenomen als hoofdstuk 2 van het rapport van de Commissie. Ministerie van Justitie 2001

vinden in de ingezette weg van de forensisch psychiatrische circuitvorming, waarbij de Tbs wordt beschouwd als een bij de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg behorend onderdeel met daarin een eigen rol en deskundigheid.

Aan deze ontwikkeling zou ook het verdere onderzoek naar de mogelijkheid om te schakelen van een aanbodgerichte- naar vraaggerichte forensisch psychiatrische zorg, zoals genoemd onder 1.2.6, kunnen bijdragen.

Een bedreiging voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie ligt besloten in het niet goed regelen van de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de Tbs indien de Tbs een regulier onderdeel zou vormen van Geestelijke Gezondheidszorg.²⁹⁶

²⁹⁶ Bij de niet-justitiële Tbs-klinieken blijkt deze verantwoordelijkheid voor meer dan 100 Tbs-gestelden nu goed geregeld te zijn.

2. BEGELEIDINGSKOMMISSIE

Het *'Literatuuronderzoek Tbs & GGz*, dat in hoofdstuk 2 van dit boek is opgenomen, werd uitgevoerd van september tot en met december 2000 door Jaap A. van Vliet die daarbij werd begeleid door Prof. Dr. T.I. Oei, hoogleraar forensische psychiatrie aan de Universiteit van Tilburg.

Het onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie, samengesteld uit de Commissie 'Beleidsvisie Tbs in brede context', waarin zitting hadden:

- Mevr. Drs. M. Drost, destijds Geneesheer Directeur van het Pieter Baan Centrum te Utrecht
- Drs. O.R. de Lange, destijds senior Beleidsmedewerker Tbs bij de afdeling Dienst Preventie Jeugd en Sanctiebeleid, ministerie van Justitie,
- Prof. Dr. H.J.C. van Marle, destijds Hoogleraar forensische psychiatrie aan de universiteit Nijmegen en Psychiatrisch adviseur van het ministerie van Justitie
- Mevr. Drs. J.W. Plaisier, destijds Medewerker Externe Wetenschappelijke Betrekkingen van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie

De commissie had tot taak suggesties te doen met betrekking tot de keuze van literatuur en te interviewen deskundigen, het kritisch lezen en becommentariëren van geschreven teksten en de afstemming daarvan op de verschillende onderzoeksvragen.

3. GEÏNTERVIEWDE DESKUNDIGEN

Mevrouw Mr. E.M. Ballering, ministerie van VWS, Den Haag

Drs. J.L. van Emmerik, Dr. F.S. Meijerskliniek, Utrecht

Drs. E. Leuw, WODC, Den Haag

Mevrouw Drs. E.M. Noorlander, Tbs-kliniek De Kijvelanden en APZ-Delta, Poortugaal

Mevrouw Drs. V. Pachen, GGz-Nederland, Utrecht

Prof. Dr. B.C.M. Raes, Vrije Universiteit, Amsterdam

BIJLAGE 2 HET OMGEVINGSVELD VAN DE TBS-KLINIEKEN

1. AANBEVELINGEN
2. ONDERZOEKSGEGEVENS PER KLINIEK
3. TABELLEN
4. BEGELEIDINGSCOMMISSIE

1. AANBEVELINGEN

Kliniekniveau

1. Er wordt vanuit gegaan, dat het beleid van de Tbs-klinieken zelf — de zorgvisie — bepalend is voor een efficiënte doorstroom en een effectieve uitstroom van Tbs-gestelden. Per kliniek zal de zorgvisie in operationele termen nader moeten worden omschreven. Indicatoren daarbij zijn de interne organisatie van de behandeling en de behandelcultuur (de 'factor behandelaar') en de interactie en samenwerking met de relevante omringende voorzieningen. In de beschrijving moet als criterium gelden, dat eerst de inhoudelijke uitgangspunten worden geformuleerd, vervolgens de professionele activiteiten die nodig zijn om deze te realiseren en als laatste de voorzieningen die deze activiteiten uitvoeren.

De Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid zou bij deze ontwikkeling een stimulerende en ondersteunende rol kunnen vervullen.

2. De rol van de forensisch-psychiatrische poliklinieken in de uitstroom moet beter structureel worden geïntegreerd in het totale behandeltraject van Tbs-gestelden met de nadruk op de uitstroomfase en de fase van beëindiging van de verpleging onder voorwaarden. Het verdient aanbeveling om een inhoudelijk voldoende gedifferentieerd aanbod te doen in de uitstroomfase door naast of in plaats van het reguliere reclasseringsaanbod, de positie van de forensisch-psychiatrische poliklinieken te versterken door deze een reclasseringserkenning te geven.
3. Per kliniek zal inzicht moeten worden gegeven in het aantal patiënten, dat al te lang intramuraal is opgenomen. Daarvoor moet periodiek per kwartaal ten behoeve van het ministerie van Justitie een inventarisatie worden gemaakt van de patiënten aan de hand de indicatoren: noodzakelijke behandeling, noodzakelijke zorg en het vereiste beveiligingsniveau. Deze inventarisatie kan worden geënt op de in artikel 18 van de Beginselenwet Tbs voorgeschreven evaluatie van de verpleging en de behandeling.

Regionaal niveau

1. Het is noodzakelijk, dat Tbs-klinieken een flexibele toegang hebben tot vervolgvoorzieningen in met name de GGz. Het land zal daartoe moeten worden verdeeld in een aantal regio's waarbinnen een circuit als samenwerkings- en transitie-orgaan van de forensische psychiatrie en de GGz de verantwoordelijkheid heeft voor de totale forensisch-psychiatrische zorg. De tweezijdigheid zal moeten worden bereikt door de forensische psychiatrie ook een aanbod aan de GGz te laten doen. Deze circuitvorming zal zich in periode van twee jaar moeten voltrekken. In deze circuits kunnen de forensisch-psychiatrische poliklinieken als expertisecentrum en coördinatiepunt functioneren.

Aanbevolen wordt het aantal deelnemende instellingen te beperken tot die instellingen die bereid en gemandateerd zijn de noodzakelijke zorg te bieden en zich hierop in voldoende mate kunnen specialiseren.

Deelnemende instellingen moeten in elk geval zijn de forensisch-psychiatrische polikliniek, de Tbs-kliniek, een FPK, een FPA/APZ, een RIBW, gezinsvervangende zorg, thuislozenzorg, reclassering en verslavingszorg.

Taken van het forensisch-psychiatrisch circuit zijn: het geven van consult, probleemonderkenning, probleembepaling, indicatiestelling, zorgtoewijzing alsmede coördinatie en evaluatie van de zorg.

2. In de te ontwikkelen Regionale Indicatie Organen, die binnenkort de exclusieve toegang tot de GGz-instellingen zullen vormen, moet een forensisch-psychiatrische deskundige zitting hebben.

Landelijk niveau

1. Het verdient aanbeveling de aansturing van het veld van de forensische psychiatrie te bevorderen door de inmiddels ontstane samenwerking tussen de ministeries van VWS en Justitie te vertalen in een kader voor een geïntegreerde zorgvisie van beide ministers gezamenlijk. In dit kader zou een aantal hoofdlijnen kunnen worden vastgelegd voor de taakverdeling tussen Tbs en GGz.
2. Ten behoeve van het verder ontwikkelen van vervolgvoorzieningen wordt aanbevolen klinieken zelf vervolgplaatsen te laten ontwikkelen ten behoeve van patiënten met een gunstige prognose op behandeling en begeleiding; als experiment via inkoop van plaatsen, bij gebleken succes om te zetten in een structureel forensisch-psychiatrisch GGz-aanbod. Indicatiestelling en zorgtoewijzing vindt plaats via forensisch-psychiatrische circuits.
3. Daarnaast is het aan te bevelen, dat op centraal niveau door de ministeries van Justitie en VWS met het GGz-veld landelijk enkele voorzieningen worden ontwikkeld en aangeboden voor langdurende opname van chronische patiënten.
4. Met de koepel van de thuislozenzorg-organisaties moet worden onderzocht of het mogelijk is landelijk een begeleid wonen-voorzieningen te ontwikkelen met dagstructuur en werk ten behoeve van Tbs-gestelden met een zwakke sociale inbedding.
5. Na de uitbreiding van de FPA-plaatsen in 1998 zal minimaal een kwart van het totaal aantal FPA-plaatsen voor Tbs-gestelden moeten worden geoormerkt. Opnames in FPA's zullen meer dan nu het geval is vanuit de Tbs-klinieken of forensische-poliklinieken moeten worden gefaciliteerd.
6. De ontwikkelingen in het verloop van het proefverlof uit de Tbs duiden op een verhoudingsgewijze afname van het aantal verleende proefverloven, een verlenging van de gemiddelde duur van het proefverlof en een jaarlijks wisselend – maar gemiddeld hoog – aantal ingetrokken proefverloven. Het verdient aanbeveling naar deze ontwikkelingen nader wetenschappelijk onderzoek in te stellen.
7. Reclassering Nederland zal de door haar geclaimde positie in het Tbs-veld nader moeten expliciteren en een aanbod ontwikkelen in overleg met de Tbs-klinieken en uitgaande van de huidige stand van de ontwikkelingen in het Tbs-veld. Het is aan te bevelen, dat Reclassering Nederland haar aanbod in dit veld toespitst op die Tbs-gestelden, die zich met reclasseringsondersteuning in een zelfstandige leef-situatie kunnen staande houden.
8. Aanbevolen wordt aan het ministerie van Justitie (op landelijk niveau) en de klinieken (op regionaal niveau) in overleg te treden met de justitiële verslavingszorg (de reclasseringsfunctie van de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs). De doelstelling daarvan moet zijn om de mogelijkheid te openen vanuit deze organisatie trajecten te laten ontwikkelen voor gespecialiseerde transmurale, semi-murale en ambulante zorg ten behoeve van verslaafde uitstromende Tbs-gestelden. Deze trajecten moeten op kliniekniveau worden aangeboden.
9. Aanbevolen wordt aan het ministerie van Justitie (op landelijk niveau) en de klinieken (op regionaal niveau) in overleg te treden met de reclassering van het Leger des Heils. De doelstelling daarvan moet zijn om de mogelijkheid te openen deze organisatie trajecten te laten ontwikkelen waarin uitstroom naar laagdrempelige, RIBW-achtige woonsituaties van het leger des Heils kan plaatsvinden, geïntegreerd met semimurale trainingssituaties (onder meer gericht op arbeid en dagstructurering) en ambulante hulpverlening. Deze trajecten moeten op kliniekniveau worden aangeboden.
10. Het verdient aanbeveling nader te toetsen hoe het veld van de forensische psychiatrie wordt geregeld via wetgeving en of, en in welke mate, dit belemmerend is voor planning, afstemming en indicatiestelling binnen en tussen de verschillende onderdelen van de forensische psychiatrie. Daarbij moet nagegaan worden of wetgeving moet en kan worden gerepareerd of aangepast.

- ii. Samenwerking tussen Tbs-klinieken en samenhang binnen het Tbs-veld moet worden bevorderd. Een strakkere aansturing op hoofdlijnen vanuit het vanuit het ministerie van Justitie en een betere verantwoording op aspecten van efficiency en effectiviteit vanuit het Tbs-veld naar het ministerie kan daartoe een middel zijn. Door het ministerie zelf verzamelde gegevens en cijfermateriaal kunnen daarbij, meer dan nu gebruikelijk is, aanleiding zijn tot een dialoog over ontwikkelingen tussen het ministerie en de klinieken. Het verdient aanbeveling om in een of twee regio's op korte termijn een pilotproject op te zetten waarin de zorgvisie van de klinieken, de rol van de forensische poliklinieken en de circuitvorming integraal worden ontwikkeld ten behoeve van verdere implementatie.

2. ONDERZOEKSGEGEVENS PER KLINIEK

2.1 DE DR. S. VAN MESDAGKLINIEK

2.1.1 *Het uitstroombeleid*

De Van Mesdagkliniek heeft in de afgelopen 10 jaar een cultuurverandering doorgemaakt. De kern daarvan is, dat in de kliniek de delictgevaarlijkheid het centrale focus van het verplegings- en behandelingsbeleid vormt. Daarmee is het standpunt verlaten, dat de kliniek zich primair richt op persoonlijkheidsverandering van de Tbs-gestelde. Delictgevaar wordt daarmee nu gezien als een bio-psycho-sociaal fenomeen. De kliniek heeft het een en ander beschreven en georganiseerd volgens het zgn. 4-factorenmodel: persoonlijkheid en psychiatrisch toestandsbeeld, situationele gegevens, maatschappelijke inbedding en vaardigheden²⁹⁷. Het resocialisatieproces wordt hierin beschreven onder de noemer 'maatschappelijke inbedding'. Als beleidsuitgangspunten is onder meer beschreven:

- Primaire gerichtheid op het laten terugkeren van de patiënt naar de samenleving, eventueel in de vorm van een of andere tussenvoorziening. Dit binnen het grotere kader van vermindering van delictgevaarlijkheid en toetsing daarvan.
- Voorbereiding tot terugkeer in de samenleving wordt vorm gegeven door middel van een verblijf op de resocialisatieafdeling of in de Trans Murale Voorziening, waarin de patiënt geacht wordt actief te participeren in het resocialisatieproces.
- Eventuele nog aanwezige stoornissen in de persoonlijkheid of het psychiatrisch toestandsbeeld worden in deze fase opgevat als handicaps. De resocialisatie gaat uit van iemands restcapaciteit: wat kan hij, gegeven zijn beperkingen, nog wel?
- Ten aanzien van verlop wordt gewerkt van structurerend en directief naar een situatie waarin de activiteit van het personeel afneemt en de patiënt, met het personeel op de achterhand, steeds meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven neemt.
- Er worden zelfverzorgende activiteiten ontwikkeld en de patiënt wordt zo veel mogelijk gericht op activiteiten buiten de kliniek. Er wordt gewerkt aan de opbouw van een sociaal netwerk.
- Bij opname op de resocialisatieafdeling of de TMV moet een patiënt beschikken over een machtiging voor onbegeleid verlop; dit verlop wordt in de loop van het verblijf op de afdeling in het verlengde van het resocialisatieplan uitgebreid.
- Gedurende het resocialisatieproces neemt de reclassering geleidelijk een deel van de taken van de kliniekmedewerkers over.²⁹⁸

2.1.2 *Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom*

De Van Mesdagkliniek is één van de deelnemers aan het forensisch psychiatrisch zorgcircuit Noord Nederland, waarin een groot aantal instellingen in onder meer de GGz samenwerkt. Dit circuit tracht tot een integrale aanpak te komen van de behandeling en psychiatrische zorg van forensisch psychiatrische patiënten. Onder meer wordt met deelname aan het circuit beoogd om de uitstroom van patiënten vanuit de kliniek te kanaliseren en de continuïteit van de (na)zorg te garanderen. Met name het meldpunt en het consultatieteam is voor dit laatste van belang; als het grote winstpunt hiervan werd genoemd, dat men door deze samenwerking elkaar kent, waardoor er zaken gedaan kunnen worden. Het probleem

²⁹⁷ De Haas 1997, p 231

²⁹⁸ Mesdagkliniek 1997

was en is niet een onvoldoende deskundigheid in engere zin bij de onderscheiden instellingen, maar de afstemming tussen de verschillende functies.

Ten behoeve van een adequate uitstroom zijn er plaatsen ingekocht bij een RIBW en Begeleid Zelfstandig Wonen.²⁹⁹ Er bestaan daarnaast plannen om plaatsen in te kopen bij een thuislozeninstelling (De Gaarshof in Baarle Nassau) en een flatje op het terrein van het APZ Bloemendaal, met de mogelijkheid om van daaruit door te stromen naar een eigen flatje in Den Haag.

Het resocialiseren van patiënten in de regio van de kliniek wordt, gegeven de noodzakelijke nazorg, een goede zaak geacht, anderzijds liggen stigmatisering en overbelasting van voorzieningen in de regio op de loer. Daarnaast zullen niet alle patiënten in de regio Groningen willen of kunnen blijven. Dit betekent, dat er een landelijk netwerk moet worden opgebouwd met vervolgvoorzieningen. Daarbij wordt aangekend, dat de Tbs-klinieken in andere regio's elkaar hierbij zouden moeten helpen.

In het kader van spreiding van de mogelijkheden zullen vanuit de kliniek successievelijk de provincies Friesland en Drenthe nog worden 'doorgeploegd' op adequate voorzieningen.

Nog dit jaar wordt de mogelijkheid onderzocht van het opzetten van een ambulante woonbegeleiding door middel van een ambulant team, bij voorbeeld door uitbreiding van de taak van de casemanager TMV.

Voor met name uitstroom van psychotici dienen er meer gedifferentieerde uitstroommogelijkheden te komen. De psychosedivisie van de kliniek bedraagt nu ongeveer 60 patiënten en dit aantal zal nog groeien. De uitstroom van psychotici vraagt een geheel nieuw beleid; psychotici hebben de neiging tot hospitaliseren, waardoor binnen de kliniek niet te veel moet worden geboden in het kader van bezigheden. De nadruk zal meer moeten liggen op aanleren van medicatietrouw en zelfzorg en ontwikkeling van poliklinische nazorg.

In 1998 is men voornemens een woon- leef- en werkgemeenschap met 10 – 20 plaatsen te ontwikkelen, die een woonvoorziening moet bieden voor uitbehandelde patiënten, die vooralsnog geen andere perspectieven hebben. Aanvankelijk werd daarbij gedacht aan een woonboerderij, maar inmiddels leeft de gedachte een dergelijke voorziening aan te haken bij een bestaande voorziening. Eventueel wordt gedacht aan een 'medium long-stay' afdeling op het eigen terrein.

Ten slotte is in samenwerking met de FPK Assen recent een polikliniek geopend, die ook voor een aantal uitstromende patiënten een functie zal vervullen in de nazorg. Gestreefd wordt ook naar deeltijdbehandeling.

2.1.3 Concretisering van het uitstroombeluid

De plaatsing van patiënten vanuit de kliniek in de RIBW is tot op heden niet erg fortuinlijk verlopen. Op het moment van deze rapportage zijn er twee patiënten geplaatst, waarbij een patiënt na een verblijf van een weekend terug moest naar de kliniek. Ondanks de voorbereidingen, die al in 1993 in gang werden gezet, worden er verschillende problemen in de samenwerking geconstateerd, die in een evaluatieverslag uit november 1997 zijn beschreven. Interessante constatering daarbij zijn onder meer: 'De hele speciale voorbereiding en training van personeel (van de RIBW, jv) lijkt stigmatisering van de bewoners zeker niet verminderd te hebben en de vraag is of zo'n ingewikkeld voorbereidingstraject het niet alleen maar moeilijker maakt' en 'De belangrijkste doelstelling was a.h.w. de patiënten te laten integreren binnen de GGz. Gezien alle heisa die zich rond hen afspeelt bij plaatsing is de vraag of dit haalbaar is. Of de patiënt niet een vreemde eend in de bijt blijft waardoor mislukking van de plaatsing op de loer ligt'.

²⁹⁹ Zie: Mesdagkliniek 1997b

Aan de verhouding- en samenwerking met de RIBW is door de kliniek in de afgelopen jaren veel tijd en energie besteed. Er wordt daarbij door de kliniek een fundamenteel verschil geconstateerd tussen de benaderingen van GGz- en Tbs-sektor, waarmee een aantal beperkingen in de samenwerking is te verklaren. Zo werkt de RIBW fundamenteel toe naar zelfstandigheid van de patiënt op termijn, terwijl de 'Mesdagpatiënt' vaak gecontroleerd moet blijven worden en juist niet meer zelfstandiger worden. Daarnaast is de problematiek van de Tbs-gestelde afwijkend van die van de reguliere GGz-patiënten: in de RIBW zijn in het algemeen patiënten met uitsluitend AS I stoornissen aanwezig, bij de Tbs-patiënt, wordt gesteld, is daarnaast ook altijd AS II problematiek aanwezig.

Voor zover het chronisch psychotici in het Tbs-circuit betreft: deze zijn vaak al in de GGz opgenomen geweest, daar on(be)handelbaar gebleken, waarna een delict ze in de Tbs heeft doen belanden. Het ligt niet voor de hand, dat ze nu wel probleemloos in de reguliere GGz kunnen uitstromen.

Ten slotte wordt nog gesteld, dat het in de Tbs meestal zo is, dat de kliniek om hulp vraagt (toezicht en controle) en niet de patiënt. Dit, terwijl de RIBW en het Begeleid Zelfstandig Wonen juist willen aansluiten bij een hulpvraag van de patiënt zelf.

In de thuislozenzorg, i.c. De Gaarshof, heeft men incidenteel een patiënt geplaatst.

Hoewel er de behoefte is aan samenwerking met andere Tbs-klinieken in het kader van de uitstroom wordt het gebruik maken van elkaars resocialisatie-afdelingen als enigszins problematisch gezien; gesproken wordt dan over een te kort aan hechting in de andere kliniek, waardoor er onvoldoende basis zou kunnen zijn om daar adequaat gebruik van de mogelijkheden te maken.

Met de contactfunctionaris van de reclassering is er in het kader van (voorbereiding) proefverlof maandelijks overleg. De contactfunctionaris ziet met regelmaat alle patiënten op de resocialisatieafdeling en de TMV. Wanneer voor een patiënt proefverlof in zicht komt wordt de contactfunctionaris uitgenodigd in de teambespreking. In overleg wordt dan bepaald wanneer er contact wordt gelegd met een 'eigen' reclasseringswerker; dit is doorgaans 4 – 8 maanden van te voren. Deze gaat dan deel uitmaken van het behandelteam en leert onder meer de 'alarmsignalen' van de patiënt kennen.

Er is veel wisselwerking met de reclassering, waarbij ook afspraken worden gemaakt over de vraag wie welke rol op zich neemt. Zo wordt de reclassering, ondanks haar wettelijke taak in het proefverlof, bij opname van een patiënt in een intramurale vervolgvoorziening geïnformeerd, maar is een directe terugplaatsing vanuit de vervolgvoorziening in onderling overleg met de kliniek mogelijk. Ook wordt de reclassering door de kliniek in de gelegenheid gesteld een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt, waarbij de kliniek zo nodig de rol van 'boeman' op zich neemt, door de vervelende beslissingen voor zijn rekening te nemen.

2.1.4 Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten

De vraag of de kliniek een voldoende budget heeft om eigen voorzieningen te ontwikkelen of zich in te kopen is niet gemakkelijk te beantwoorden. Er is geen afzonderlijk eigen budget voor aanwezig. Inkoop van plaatsen gaat ten koste van eigen intramurale bedden. Daarnaast wordt een verschil geconstateerd tussen de rijks- en particuliere klinieken. De particuliere klinieken hebben meer financiële armslag, wordt gesteld. Dit geeft een ongelijke positie. Bij voorbeeld is gebleken, dat particuliere klinieken plaatsen in voorzieningen inkopen, die worden doorbetaald wanneer er geen patiënt in die voorziening is opgenomen. De rijksinrichtingen hebben hiervoor geen budget, zodat de mogelijkheden minder groot zijn. Men zou graag een aparte financiering zien voor ontwikkeling en inkoop van plaatsen.

Ten slotte wordt als een belemmering in de uitstroom gezien, dat het ministerie van Justitie soms te traag reageert op verlofaanvragen.

2.2 RIJKSINRICHTING VELDZICHT

2.2.1 *Het uitstroombelid*

In het jaarplan 1998 van Veldzicht wordt gewezen op onderzoeksgegevens van het Dr F.S. Meijersinstituut, waaruit blijkt, dat Veldzicht de meest vluchtgevaarlijke en de meest delictgevaarlijke patiënten van het Tbs-veld in huis heeft. Daaruit wordt onder meer geconcludeerd, dat Veldzicht het eindstation binnen de Tbs is geworden. 'De gewenste beveiliging van de maatschappij vraagt om een terughoudend en prudent beleid voor wat betreft vrijheden en overplaatsing van onze patiënten. (...) Kortom: Ook Veldzicht probeert patiënten door te laten stromen van gesloten naar open settings, maar er is ook een permanente stroom terug'³⁰⁰.

Binnen dit kader wordt door Veldzicht getracht in een vroegtijdig stadium van de behandeling relaties te leggen met instellingen waarheen patiënten mogelijk kunnen uitstromen. De vraag naar de mate waarin een patiënt als long-stay patiënt in de kliniek zal moeten blijven is een min of meer relatief gegeven en wordt voor een groot deel bepaald door ontbrekende structurerende omstandigheden buiten de kliniek. De ervaring binnen Veldzicht van de afgelopen jaren is, dat voor een aanzienlijk deel van de forensisch-psychiatrische patiënten de overgang van een langdurig gedwongen verblijf in een Tbs-kliniek naar een vrijwillige hulpverleningsinstantie of naar een ongeleid zelfstandig wonen te groot is. Veelal zullen patiënten aangewezen blijven op GGz-voorzieningen.

2.2.2 *Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom*

Wanneer doorstroom naar GGz-voorzieningen niet mogelijk is zullen veel patiënten na hun ontslag in situaties terecht komen, die een snelle recidive en heropname in een Tbs-kliniek bevorderen. Gebleken is, dat doorstroommogelijkheden voor patiënten naar de GGz nog onvoldoende zijn. Er zijn dan ook in die richting diverse ontwikkelingen in gang gezet.

Er is sprake van circuitvorming in de regio, waarin Veldzicht deelneemt. Op directieniveau is er overleg tussen Veldzicht, Oldenkotte, de RIBW en APZ Sint Franciscushof. Hier wordt op beleidsniveau en niet op individueel patiëntniveau overlegd.

Daarnaast is er een groeiende samenwerking met Oldenkotte en met name ook met de Forensisch Psychiatrisch en Psychotherapeutische poli- en dagkliniek De Tender, die deel uitmaakt van Oldenkotte. De Tender vervult binnen de regio een brugfunctie tussen het Tbs-circuit en de diverse (GGz)-instellingen in de regio. Daarvoor is een forensisch psychiatrisch circuit opgezet, waarbinnen het hoofd van De Tender voorzitter en contactpersoon is.

Veldzicht is medio 1997 met De Tender een samenwerkingsverband aangegaan inzake patiënten, die een resocialisatietraject doorlopen³⁰¹. Het zelf ontwikkelen van een poliklinisch- en dagbehandelingsaanbod voor deze categorie patiënten vond men niet geïndiceerd, daar een optimale samenwerking met De Tender in het kader van de bredere samenwerking in het forensisch-psychiatrisch zorgcircuit Oost-Nederland tot de mogelijkheden behoort. Veldzicht participeert daarbij via personele inzet in De Tender. De Tender voorziet in de resocialisatiefase van patiënten onder meer in een aanbod van specialistische therapievormen en gespecialiseerde nazorg, die het losmakingsproces van de patiënt met de kliniek faciliteert. Daarnaast zet De Tender expertise in ten behoeve van patiënten, die zijn opgenomen in RIBW's en in de resocialisatieafdeling van Veldzicht 'De Beuk'. Deze expertise bestaat deels in het coachen van medewerkers van de betreffende voorzieningen. Verwacht wordt, dat door deze interventies de kloof

³⁰⁰ Rijksinrichting Veldzicht 1997

³⁰¹ Projectaanvraag: Samenwerking resocialisatie 'Veldzicht' en polikliniek 'Oldenkotte', 12 december 1996

tussen justitie en GGz kan worden overbrugd en dat dit uiteindelijk tot een verkorting van de opname-duur zal leiden.

Ten slotte wordt het, in verband met het toegenomen aantal proefverloven vanuit Veldzicht, zinvol geacht de zorg voor deze doelgroep onder te brengen bij De Tender.

Met de RIBW voor Zwolle en omgeving zijn pogingen ondernomen om in samenwerking patiënten vanuit Veldzicht in de RIBW te plaatsen. Door het verschil in behandelklimaat tussen Veldzicht en de RIBW mislukten plaatsingen te vaak. Een en ander is uitvoerig geëvalueerd en er is gekozen voor een nieuwe opzet: in Zwolle wordt dit jaar een gezamenlijke experimentele 'aanleunwoning' voor vier Veldzichtpatiënten opgezet, waarin personeel van beide instellingen samenwerkt.

Met het APZ Groot Graffel (Spectrum Gelderland Oost) is een 'raamwerk samenwerking' opgezet, waarin is vastgelegd, dat de FPA twee patiënten per jaar in het kader van proefverlof zal opnemen en onder welke condities.

In verband met de vaak moeilijke toegankelijkheid en lange wachtlijsten voor de verstandelijk gehandicaptenzorg (zoals sociaal pedagogische diensten en SGLVG-instellingen) wordt in samenwerking met de Stichting Philadelphia Zorg een plan ontwikkeld tot het opzetten van een transcategoriale voorziening ter facilitering van de uitstroom van 3 à 4 verstandelijk gehandicapten in de regio. Het zelfde initiatief is overigens ook onderzocht bij de Pompekliniek, maar heeft daar niet tot uitvoering geleid, mede vanwege de te kleine omvang van de doelgroep daar.

Met de reclassering wordt samengewerkt in de persoon van een contactfunctionaris. Wanneer een patiënt wordt geplaatst in de resocialisatieafdeling De Beuk wordt deze aangemeld bij de reclassering, ter voorbereiding op het naderend proefverlof. Alle door- en uitplaatsingen worden echter door de kliniek geïnitieerd en uitgevoerd; de reclassering krijgt in de transmurale- en uitstroomfase van de kliniek een plaats toegewezen.

2.2.3 Concretisering van het uitstroombesleid

Naar verwachting zal in 1998 de Tbs van 6 à 7 patiënten uit Veldzicht worden beëindigd.

De samenwerking in de regio, en met name de positie van De Tender daarin, heeft in de transmurale fase en bij het proefverlof een belangrijke plaats gekregen. De Tender speelt een rol in begeleiding van Tbs-gestelden en in de coaching van medewerkers van voorzieningen en faciliteert als zodanig in veel gevallen de overgang van een patiënt vanuit de gesloten kliniek naar de meer vrije samenleving. De Tender heeft in die zin de positie van de reclassering als 'spin in het web' van forensische psychiatrie en GGz overgenomen. Een verminderde kennis en -netwerkvorming van de reclassering in het forensisch-psychiatrische veld en vaak een over-identificatie met de patiënten spelen hierbij een rol. Met name de transmurale voorzieningen vinden de rol van de reclassering in de begeleiding en controle verwarrend. In het totaal van de betrokken instellingen krijgt de reclassering dan vaak een plaats als de 'verslaggever te plaatse'. Gezien de minder positieve ervaringen met de reclassering als organisatie in de afgelopen jaren wordt veelal een rechtstreeks beroep gedaan op reclasseringswerkers in het land, die men al kent van eerdere contacten.

Na de evaluatie van de vele mislukte RIBW-plaatsingen van de afgelopen jaren is de verwachting dat in dit jaar een succesvolle uitstroom naar de nieuwe voorziening zal gaan plaatsvinden.

2.2.4 Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten

Er wordt een verschil geconstateerd in de budgettaire mogelijkheden tussen de rijks- en particuliere inrichtingen voor wat betreft de mogelijkheden om plaatsen binnen voorzieningen in te kopen. Daarbij

wordt overigens aangetekend, dat de samenwerking met Oldenkotte in dit opzicht wel positieve mogelijkheden biedt. De samenwerking in De Tender en het regionale forensisch-psychiatrisch zorgcircuit is daarvan een uiting, maar ook heeft Oldenkotte bij voorbeeld plaatsen ingekocht in De Gaarshof (thuislozeninstituut), waarvan Veldzicht gebruik kan maken.

Men is huiverig voor uitbreiding van specifieke forensisch-psychiatrische plaatsen, zoals in het kader van de FPA's gebeurt. Ervaring is dat er sprake is van een snelle volstroom en opnieuw ontstaan van wachtlijsten.

Als vertragend en belemmerend werden onder meer een aantal procedures genoemd. Bij voorbeeld de belemmeringen, die optreden bij overplaatsing van Veldzicht naar een andere Tbs-inrichting, waarbij het Meijers Instituut meer moest doen dan een marginale toetsing en er uiteindelijk veel tijd (en motivatie) onnodig verloren gaat. Daarnaast bleek een andere Tbs-inrichting in meerdere indicatiecommissies van FPA's te zijn vertegenwoordigd. Hiermee werden verzoeken tot opname niet bevorderd, maar zelfs geblokkeerd.

Met betrekking tot de doelgroep van Veldzicht, waarin zich relatief veel ouderen bevinden, zou een verkenning van de mogelijkheden om samen te werken met de RIAGG ouderenzorg aanbeveling verdienen.

2.3 CENRUM VOOR FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE BEHANDELING OLDENKOTTE

2.3.1 *Het uitstroombesleid*

De doelstelling van de Tbs wordt door Oldenkotte als hoofddoel van haar organisatie gezien, namelijk de beveiliging van de maatschappij: op korte termijn door de patiënten in te sluiten (verplegen) en op lange termijn door hen te behandelen³⁰².

Door het instellen in 1998 van kernteams rondom de behandeling van individuele patiënten is de verwachting, dat de behandeling efficiënter en effectiever zal gaan verlopen. Het invoeren van projectmatig werken hierin wil een meer bedrijfsmatige cultuur in de kliniek introduceren, waarin er, naast de behandelcultuur, oog is voor doelmatigheid, efficiency en kosten. Beveiliging is alleen nodig wanneer er sprake is van gevaar. Dit heeft als implicatie, dat, zodra het gevaar van een patiënt voor de maatschappij is geweken deze weer als 'gewoon' burger of als een regulier psychiatrisch patiënt moet worden behandeld. Van het forensische aspect mag alleen sprake zijn wanneer het om aantoonbaar of bewezen gevaarlijkheid gaat. Vermindering van gevaarlijkheid behoeft niet alleen te worden gevonden in de behandeling van de persoonlijkheid van de patiënt. Ontbrekende innerlijke structuur kan in veel gevallen ook van buitenaf, mits goed georganiseerd, worden aangebracht.

Dit betekent, dat het als een te gemakkelijke oplossing wordt gezien om binnen het Tbs-circuit de gehele eigen uitstroom- en nazorgvoorzieningen te organiseren. Dit werkt in het algemeen te stigmatiserend.

2.3.2 *Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom*

Het beleid van Oldenkotte is er op gericht doorstroom te bevorderen, zowel binnen de kliniek als naar organisaties buiten de kliniek. De ontwikkeling van forensisch-psychiatrische circuits is bij dit laatste een belangrijk hulpmiddel. Er zijn contacten met de thuislozenzorg (De Gaarshof in Baarle Nassau, twee plaatsen ingekocht), RIBW's Twente, Oost Gelderland en Zwolle, APZ Sint Franciscushof in Raalte, de FPA van het Spectrum Gelderland Oost in Warnsveld en het Leger des Heils; daarnaast landelijk met verschillende andere psychiatrische ziekenhuizen op indicatie.

³⁰² Oldenkotte 1997

Oldenkotte neemt deel aan drie forensisch psychiatrische circuits in de regio: Almelo, Zutphen en Zwolle. Dit verloopt in het algemeen via de polikliniek van Oldenkotte, De Tender in Deventer.

Vanuit De Tender zijn er daarnaast contacten met verschillende RIAGG's in de regio; er zijn ook psychotherapeuten vanuit RIAGG's, die met De Tender een samenwerkings- en opleidingsovereenkomst hebben en daar gedetacheerd therapieën verrichten.

In de regio is er, onder meer via De Tender, een intensieve samenwerking met de Rijksinrichting Veldzicht op gang gekomen.

Naast de al aanwezige resocialisatieafdelingen wil Oldenkotte in de regio een resocialisatieafdeling voor vrouwen openen.

Oldenkotte werkt ten slotte samen met Veldzicht en de Pompekliniek aan een gezamenlijk project met de Stichting Philadelphia Zorg om de uitstroom van verstandelijk gehandicapte Tbs-gestelden te bevorderen.

2.3.3 *Concretisering van het uitstroomebeleid*

Er wordt vanuit gegaan, dat circa 50% van de patiënten vanuit Oldenkotte na de behandeling direct zelfstandig gaat leven in de vrije samenleving.

Samenwerking binnen de forensisch-psychiatrische circuits vindt plaats op het niveau van casuïstiek. Zorg voor alle categorieën forensisch-psychiatrische patiënten wordt er gecoördineerd. Het hoofd van De Tender is daarbij zowel voorzitter als contactpersoon voor de verschillende deelnemende instellingen. De participerende instellingen hebben mandaat om zich aan binnen het circuit gemaakte afspraken te binden.

De Tender speelt zowel bij in- als uitstroom van patiënten een rol. In het Huis van Bewaring in Zwolle krijgen daar verblijvende passanten-Tbs een pre-behandeling, voorafgaand aan de instroom in de Tbs-kliniek. De kern daarvan is, dat patiënten al vertrouwd raken met behandeling in het Tbs-kader en dat er vanuit De Tender op een aantal criteria een inschatting kan worden gemaakt van de nog op te nemen patiënten. Er kan een eerste indicatie gesteld worden met betrekking tot de te verwachten behandelduur en het noodzakelijke zorgniveau. De observatieperiode, die anders zou plaatsvinden binnen de kliniek, kan daarmee goeddeels vervallen en dit kan de totale behandelduur verkorten.

In de uitstroombfase kan De Tender patiënten zowel door middel van dagbehandeling, poliklinische therapie als consult ondersteunen. Wanneer De Tender een deel van de intramurale behandeling kan overnemen is het mogelijk het proefverlof te vervroegen door onder meer een brugfunctie te vervullen tussen kliniek en vrije maatschappij. Nog beter zou het zijn, wanneer de patiënt, nog opgenomen in de kliniek, al therapie of begeleiding in De Tender zou kunnen krijgen om de overgang 'naar buiten' nog vloeiender te kunnen maken. Dit wordt echter vooralsnog onmogelijk gemaakt doordat in een dergelijk geval sprake is van een zgn. dubbelverstreking in het kader van de AWBZ.

De ervaringen met de FPA van het Spectrum Gelderland Oost (Warnsveld) worden teleurstellend genoemd. Men durft er niet goed forensisch-psychiatrische patiënten op te nemen; deze worden veelal niet als patiënt, maar als crimineel beschouwd, is de ervaring. Met andere FPA's is de ervaring niet uitsluitend negatief. Met de FPA Bloemendaal zijn expliciet positieve ervaringen opgedaan.

De rol van de reclassering in de uitstroom wordt in Oldenkotte in zijn algemeenheid als 'te gering' gekenschetst. Op landelijk niveau is, na de laatste reorganisatie, niet bekend welke positie de reclassering binnen de forensische psychiatrie wil innemen en er is in de werkpraktijk geen centrale aansturing zichtbaar. Er is uitsluitend sprake van bilaterale contacten, waarbij met sommige units goed is samen te werken, met andere helemaal niet.

Er wordt op gewezen, dat de reclassering in de uitstroombfase een ambulante controlefunctie zou kunnen uitoefenen. Deze functie is voor Oldenkotte overgenomen door De Tender. De reclassering zou een dergelijke functie afzonderlijk van de andere reclasseringsfuncties moeten organiseren om een betrouwbare partner in het forensisch-psychiatrische veld te kunnen zijn. Bij een goede organisatie van de controlefunctie kan een scheiding gemaakt worden met de behandel functie van de GGz, waarbij de GGz de behandel functie 'zuiver' kan houden. Dit zou de uitstroom naar de GGz weer kunnen bevorderen.

2.3.4 *Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten*

Als belangrijke algemeen knelpunt wordt genoemd het gebrek aan expertise en vertrouwen dat buiten het Tbs-circuit bestaat met betrekking tot Tbs-gestelden. Naast de rol, die De Tender op dit terrein speelt om de samenwerking met de GGz te bevorderen wordt het ook als noodzakelijk gezien, dat er vanuit het Tbs-circuit kennis en expertise wordt opgebouwd en overgedragen door middel van gezamenlijke opleidingstrajecten en stages. Vanuit de GGz-Nederland worden de behoeften en mogelijkheden op dit moment in kaart gebracht.

Met betrekking tot de GGz en verstandelijk gehandicaptenzorg wordt nog gewezen op de problemen om patiënten binnen te krijgen in voorzieningen buiten de eigen regionale circuits. Er is sprake van indicatiecommissies en wachtlijsten, waarin vaak moeilijk is door te dringen. De asiel functie van de algemeen psychiatrische ziekenhuizen is daarnaast zodanig verminderd, dat ook daarvoor sprake is van lange wachtlijsten.

De hiervoor genoemde problematiek met betrekking tot de reclasseringsfunctie vraagt om opheldering vanuit die organisatie. Er wordt op gewezen dat vanuit het directeurenoverleg van de Forensisch Psychiatrisch Instituten al eens is geopperd om de reclasseringsfunctie binnen de forensische psychiatrie vanuit de Tbs-klinieken te gaan organiseren.

2.4 DE DR. HENRI VAN DER HOEVENKLINIEK

2.4.1 *Het uitstroombeleid*

In de verschillende jaarverslagen heeft de kliniek verslag gedaan over ontwikkelingen in het uitstroombeleid. Het meest recent zijn in het jaarverslag over 1996³⁰³ en in de begroting 1998³⁰⁴ hoofdstukken opgenomen over bevordering van de uitstroom, transmuralisering en begeleiding tijdens proefverlof. Het uitstroombeleid van de kliniek is in de volgende punten samen te vatten:

- Het streven van de kliniek is er op gericht de intramurale behandelduur zo kort mogelijk te houden door de patiënten zo snel mogelijk over te plaatsen naar een transmurale kliniekplaats, gevolgd door een — eventueel langdurige — proefverlofperiode.
- De kliniek maakt geen uitdrukkelijke scheiding tussen 'behandeling' en 'resocialisatie'. Beide zijn voor wat betreft de methodiek te onderscheiden, maar voor wat betreft doel niet te scheiden: vanaf de eerste dag van de opname is de behandeling expliciet gericht op terugkeer in de samenleving.
- Voor dit streven is een nauwe samenwerking met niet-forensische voorzieningen vereist. Circuitvorming bevordert deze samenwerking.
- In het verleden werd daartoe de Stichting Gemeenschappelijke Belangen Forensische Psychiatrie Midden-Nederland opgericht, waarin forensische- en niet-forensische hulpverleningsinstanties in de regio Utrecht zijn vertegenwoordigd. Toch heeft de praktijk geleerd, dat nieuwe initiatieven op het

³⁰³ Hoeven Kliniek 1997

³⁰⁴ Hoeven Kliniek 1997b

gebied van de uitstroom levensvatbaarder zijn wanneer zij op een meer informele manier groeien vanuit concrete behoeften van twee of meer samenwerkende instanties.

- Er wordt gezocht naar mogelijkheden om structureel vorm te geven aan het streven om voor patiënten met psychotische problematiek een meer geleidelijke overgang vanuit de kliniek naar een plaats in de reguliere GGz mogelijk te maken. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten die relatief zelfstandig in de maatschappij zullen kunnen functioneren en diegenen, voor wie een chronische verblijfplaats binnen de intramurale GGz moet worden gevonden.
- Betrokkenheid van de kliniek bij begeleiding van patiënten met proefverlof is intensiever geworden. Oorzaken daarvan zijn de afgenomen deskundigheid en capaciteit van de reclassering voor wat betreft het Sociaal Psychiatrisch Werk, maar ook speelt een rol, dat in de dagelijkse praktijk geen duidelijke functie voor de reclassering is weggelegd in de begeleiding van patiënten die via een transmurale voorziening met proefverlof gaan. Deze extra belasting van de kliniek ten behoeve van patiënten met proefverlof zou in het tarief moeten worden verrekend.

2.4.2 *Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom*

Zoals in het voorgaande al werd genoemd gaat de Van der Hoeven Kliniek er vanuit, dat initiatieven ten behoeve van de uitstroom levensvatbaarder zijn wanneer ze groeien vanuit concrete behoeften van samenwerkende instanties. De nadruk ligt dan ook niet op het werken vanuit een formeel, georganiseerd forensisch psychiatrisch circuit.

Al eind jaren '80 is de kliniek gestart met de ontwikkeling van eigen kleinschalige transmurale voorzieningen³⁰⁵. Er werden twee woningen in Utrecht gekocht. In elk van deze woningen werden twee appartementen gecreëerd voor patiënten die de structuur en een beschermende en beveiligende kliniek-omgeving niet meer strikt nodig hebben. In deze voorzieningen, De Veerpont en De Wissel geheten, is sprake van begeleid wonen: er is geen 24-uurs begeleiding aanwezig, maar wel regelmatig contact tussen patiënten en behandelaars. De begeleiding vindt plaats vanuit het Brugteam.

Ten behoeve van de uitstroom of transmuralisering zijn of worden bij een aantal voorzieningen plaatsen ingekocht, terwijl met andere instanties volgens afspraken wordt samengewerkt. Het netwerk omvat psychiatrisch ziekenhuizen (FPA's), beschermende woonvormen (met name de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht, SBWU), woningcorporaties, de sociale werkvoorziening en de reclassering. Daarnaast zijn ook eigen voorzieningen opgezet, die een rol vervullen in de uitstroom, zoals de polikliniek en dagbehandeling De Waag en de transmurale afdelingen Vaart en Brugteam.

De eigen werkplaats wordt daarbij ook benut om de overgang van binnen naar buiten voor patiënten te bevorderen, maar er zijn van oudsher ook goede contacten met uitzendbureaus en werkgevers.

Voor verschillende categorieën patiënten zijn te onderscheiden uitstroomtrajecten ontwikkeld, een onderscheid dat in de behandeling overigens per afdeling niet wordt gemaakt. Intramuraal zijn de afdelingen niet gedifferentieerd naar te behandelen problematiek.

1. Long-stay patiënten. Wanneer tijdens de behandeling blijkt, dat een patiënt waarschijnlijk tot de categorie chronici zal gaan behoren wordt deze in een zo vroeg mogelijk stadium ter herselectie aangeboden. De gedachte hier achter is, dat met een patiënt waarmee de kliniek niet verder komt niet te lang moet worden voortgegaan. Herselectie biedt daarbij de mogelijkheid om de patiënt in een andere kliniek de mogelijkheid te geven tot een tweede kans ofwel tot de vaststelling te komen, dat deze chronisch zal moeten worden opgenomen in het Tbs-circuit.

³⁰⁵ Derks1991

2. Patiënten met nadruk op As I stoornissen (psychotici). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten, die chronisch (langer dan 2 jaar) in een APZ zullen moeten verblijven en patiënten, die op den duur relatief zelfstandig (beschermd) in de maatschappij zullen kunnen functioneren.
3. Patiënten met nadruk op As II stoornissen met beperkingen in het sociaal functioneren, die mogelijk via een beschermende woonvorm naar zelfstandig wonen kunnen worden gebracht.
4. Patiënten met perspectief op zelfstandig wonen in de maatschappij. Daarvan zullen sommigen, degenen met een goed netwerk, door de reclassering begeleid, meteen met proefverlof gaan. Anderen zullen via de transmurale teams Vaart en Brug naar een zelfstandig wonen worden begeleid.

2.4.3 *Concretisering van het uitstroombesleid*

Naar schatting zal in 1998 van circa 25 patiënten uit de Van der Hoeven Kliniek de Tbs worden beëindigd. Daarbij hecht de kliniek er aan, dat dit zo veel mogelijk conform advies van de kliniek gebeurt. Dan pas kan gesproken worden van een door de kliniek gepland proces, waarbij de verantwoordelijkheid voor de beëindiging niet wordt afgeschoven naar de rechterlijke macht.

Hierna volgt een nadere uitwerking van de onder 2. genoemde uitstroombesleidingen:

Ad. 1. - Hier vindt herselectie plaats via het Meijers Instituut.

Ad. 2. - Waar het gaat om de chronisch psychotische patiënten zal plaatsing in een FPA worden gerealiseerd. Een eerder gemaakte planning, waarbij in 1997 twee extra plaatsen zouden worden ontwikkeld in samenwerking met de FPA van de Rümke Groep kon (nog) niet worden gerealiseerd. Naar verwachting kan in 1998 overeenstemming worden bereikt over inkoop van 1 plaats in de FPA.

- Patiënten, die ondanks hun psychose, relatief zelfstandig in de maatschappij zullen kunnen functioneren worden geplaatst in een nieuw pand van de kliniek onder begeleiding van SBWU-medewerkers. Dit is een nieuwe samenwerkingsvariant met de SBWU. Deze plaatsing kan worden gevolgd door ofwel zelfstandig wonen, ofwel na 1 à 2 jaar plaatsing op een reguliere SBWU-plaats na indicatie door de regionale indicatiecommissie. In beide gevallen kan na verloop van tijd op advies van de kliniek de Tbs worden beëindigd.

Ad. 3. - Deze patiënten worden geplaatst op één van de vier ingekochte transmurale SBWU-plaatsen. Deze plaatsing kan worden gevolgd door ofwel een zelfstandige woonsituatie, ofwel, via de regionale indicatiecommissie, een plaatsing op een reguliere SBWU-plaats. In beide gevallen kan op advies van de kliniek na verloop van tijd de Tbs worden beëindigd.

Ad. 4. - Indien patiënten beschikken over een goed netwerk buiten de regio van de kliniek kan proefverlof onder begeleiding van de reclassering plaatsvinden. Dit proefverlof zal worden gevolgd door een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging of onvoorwaardelijke beëindiging van de maatregel.

- Voor de patiënten, die nog niet tot een volledig zelfstandig wonen in staat zijn zal, afhankelijk van hun niveau, begeleiding plaatsvinden vanuit de teams Vaart of Brug. Onder het regime van het Vaart-team (ca. 8 patiënten) woont de patiënt buiten de kliniek in een door de kliniek gehuurde of gekochte woning, werkt halve dagen in de werkplaats van de kliniek en heeft halve dagen een aanvullend behandelingsprogramma in de kliniek. Dit gedurende ongeveer een half jaar. Het vervolg kan zijn: overgang naar het brugteam of einde Tbs, eventueel via proefverlof of voorwaardelijke beëindiging van de verpleging.

Onder het regime van het Brug-team (ca. 8 patiënten) woont de patiënt in een door de kliniek gehuurde of gekochte woning en werkt buiten de kliniek. Eventueel vindt nog psychotherapie plaats in de Waag.

Begeleiding in de thuissituatie vindt plaats door medewerkers van het Brug-team. Na verloop van de nodige tijd zal de Tbs worden beëindigd, eventueel via proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging.

2.4.4 Nadere aanvullende opmerkingen

Ter nadere informatie over de wijze van samenwerken tussen de Van der Hoeven Kliniek en de SBWU op het terrein van beschermd wonen kan hier nog worden verwezen naar een lezing over deze samenwerking³⁰⁶, gehouden op het congres 'Gekte in het gevang' over de doorstroom van het gevangeniswezen naar de geestelijke gezondheidszorg. Hierin wordt gesteld, dat de plaatsingen in het algemeen succesvol verlopen. Het betreft hier het verloop van de plaatsingen op de vier ingekochte plaatsen ten behoeve van patiënten met overwegend As II stoornissen (patiëntgroep 3). Als geheim van het succes worden de volgende punten genoemd:

1. Spreidingsbeleid. Patiënten van de Van der Hoevenkliniek worden niet bij elkaar in de groep geplaatst.
2. Aard van de begeleiding. Begeleiders zijn zeer alert op signalen die wijzen op recidive/delictgevaar. Naast het geven van vertrouwen is er ook sprake van controle.
3. Samenwerking met de kliniek. Verantwoordelijkheden zijn duidelijk afgebakend in de respectievelijke fasen van Tbs, proefverlof en reguliere plaatsing. Er is ook een vaste contactpersoon bij de kliniek en behoefte van crisissituaties en een terugnamegarantie van de kliniek.

Het succes van deze plaatsingen is zodanig groot, dat er voldoende vertrouwen blijkt te zijn opgebouwd om een nieuw project van 4 plaatsen te starten. Het betreft plaatsen ten behoeve van patiënten met overheersend As I stoornissen.

2.5 DE PROF. MR. W.P.J. POMPEKLINIEK

2.5.1 Het uitstroombesleid

Sinds enkele jaren is de resocialisatie een volwaardig onderdeel van de behandeling geworden in de Pompekliniek. De toename van de uitstroom wordt veroorzaakt door een kritischer toetsing van de noodzaak van verblijf binnen de kliniek en door een toegenomen creativiteit van de medewerkers om doorstroom op gang te brengen³⁰⁷. Er bestond tot voor kort binnen de kliniek een cultuur waarbinnen het lang vasthouden van patiënten niet slecht werd gevonden. Terwijl jarenlang alles voor patiënten was geregeld wordt er nu aan gewerkt dat de patiënt, onder begeleiding, zijn zaken in de maatschappij regelt. In een steeds vroeger stadium van de behandeling worden aspecten van resocialisatie meegenomen. Op dit moment wordt er in de kliniek gewerkt vanuit de visie, dat de Tbs gedeeltelijk buiten de muren van het forensisch-psychiatrisch instituut ten uitvoer gelegd kan worden. De afdeling Resocialisatie en Nazorg, die vorm geeft aan de overgang van patiënten van kliniek naar de maatschappij, is gegroeid en zal in de komende jaren nog verder uitgroeien.

2.5.2 Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom

De Pompekliniek heeft enkele jaren geleden het initiatief genomen voor de opzet van een forensisch-psychiatrisch zorgcircuit, waarin met GGz-instellingen, reclassering, maatschappelijke opvang, politie en justitie wordt samengewerkt. Dit circuit is in twee niveaus georganiseerd: een directeurenoverleg en

³⁰⁶ Mulder 1997

³⁰⁷ Pompekliniek 1997

een werkgroep. Het directeurenoverleg heeft de functie van beleidsondersteuning en vergadert enkele malen per jaar. De werkgroep (1 maal per maand) bestaat uit 'veldwerkers' van de deelnemende instellingen en functioneert als platform waarin knelpunten op individueel patiëntniveau worden besproken. Het voorzitterschap van de werkgroep berust bij de psychiater, hoofd polikliniek en dagbehandeling Kairos.

De directie ziet samenwerking in forensisch-psychiatrisch circuits als de toekomst, waarbij het land wordt opgedeeld in 6 – 8 regio's. In elke regio neemt de GGz in samenwerking met Justitie de verantwoordelijkheid voor de forensisch psychiatrische zorg. De ervaring is, dat deze opvatting steeds verder doordringt, ook vanuit de GGz-partners naar het Tbs-veld. Daarbij is er behoefte aan wederkerigheid in het verlenen van diensten aan elkaar.

KAIROS vervult in een aantal gevallen een functie in de transmurale- en resocialisatiefase.

De plannen van de kliniek om samen met het Psychiatrisch Centrum Nijmegen (PCN) een FPA op te zetten zijn niet overgenomen door het ministerie van VWS. In plaats daarvan is aanvankelijk uitbreiding gegeven aan de FPA van het Van Gogh-instituut, welke 14 plaatsen uiteindelijk aan De Gelderse Roos (psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze) zijn toegekend. De Pompekliniek wil dat minimaal twee Tbs-gestelden vanuit die kliniek in deze FPA geplaatst kunnen worden. De kliniek wil daar een terugnamegarantie tegenover stellen. Daarnaast is deze FPA ook van belang voor plaatsing van moeilijke patiënten door de forensische polikliniek KAIROS.

In de RIBW Nijmegen en Rivierenland zijn door middel van een samenwerkingsovereenkomst twee plaatsen ingekocht in de locatie Malden.

Bij De Hulsen, een centrum voor dak- en thuislozen in Nijmegen, zijn twee plaatsen ingekocht ten behoeve van chronici. Ook hiervoor is een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. In de werkplaats van De Hulsen, dat grenst aan het terrein van de Pompekliniek, kunnen meerdere patiënten met voldoende verlofmogelijkheden uit de kliniek, dagelijks werken.

Via de woningstichting heeft de kliniek in de regio een aantal huizen gehuurd, waarin patiënten met woonverlof verblijven, onder directe begeleiding van de kliniek.

De samenwerking met de reclassering verloopt goed. Er zijn protocollen opgesteld voor de samenwerking reclassering-KAIROS en de samenwerking bij woonverlof en proefverlof. Als regel geldt, dat de reclassering bij woonverlof geen functie vervult, maar pas bij een aanstaand proefverlof bij de patiënt wordt geïntroduceerd.

2.5.3 Concretisering van het uitstroombeleid

Volgens het jaarplan 1998 wil de kliniek in dit jaar 12 patiënten met proefverlof laten gaan, 3 maal te bezoeken om beëindiging van de maatregel, 6 patiënten door te plaatsen van gesloten naar open afdelingen en 3 patiënten te laten uitstromen naar GGz-voorzieningen. Er zijn 15 – 19 open plaatsen gerealiseerd, zowel in eigen beheer als ingekocht.

De werkgroep van het zorgcircuit is gestart met het bespreken van knelpunten en het verkennen van mogelijkheden tot samenwerking. Daarnaast worden inmiddels knelpunten op individueel patiëntniveau besproken en wordt behandeling en begeleiding waar nodig op elkaar afgestemd.

De functie, die KAIROS vervult in de transmurale- en resocialisatiefase, waaronder het proefverlof, zou nog kunnen worden uitgebreid. Het blijkt, dat van de ca. 200 patiënten, die KAIROS op dit moment in behandeling heeft, er ongeveer 5 in die fase vanuit de kliniek in KAIROS worden behandeld.

In relatie met de FPA's wordt als knelpunt genoemd, dat het tot nu toe erg moeilijk is gebleken om hier patiënten te plaatsen. In het Van Gogh-instituut, de regionale FPA voor de kliniek, is dit nog nooit mogelijk gebleken.

Ook de samenwerking met de RIBW verloopt moeizaam. De ingekochte plaatsen kunnen worden bezet zonder gebruik te maken van de reguliere indicatiecommissie. Deze plaatsen zijn gesitueerd in een extra-structureerde RIBW, waar 5 patiënten zijn opgenomen en meer personeel dan gebruikelijk aanwezig is. Er wordt vanuit de kliniek extra formatie ingezet om deze RIBW te begeleiden en controle te houden op de daar opgenomen patiënten.

Een knelpunt doet zich voor, wanneer, bij ingang van een proefverlof, overgang naar een reguliere forensische RIBW plaats moet worden gerealiseerd. Er moet dan door de reguliere indicatiecommissie worden geïndiceerd. De ervaring tot nu toe is, dat deze de patiënten vanuit de kliniek niet geschikt acht voor opname op een reguliere plaats en dus uit de RIBW moeten verdwijnen.

Twee door de RIBW aangevraagde extra forensische plaatsen zijn dan ook niet toegekend door VWS, daar de eerste twee niet als zodanig worden gebruikt.

Samenwerking met De Hulsen verloopt voorspoedig. De Hulsen heeft een lange ervaring met opnemen van Tbs-gestelden uit meerdere klinieken in het land in het kader van proefverlof. Er verblijven op basis van het contract maximaal twee patiënten in het kader van woonverlof. Zij werken in de werkplaats van De Hulsen, die een organisatorisch onderdeel vormt van de sociale werkvoorziening in Nijmegen.

De door de kliniek betaalde dagvergoeding wordt gebruikt voor noodzakelijk extra overleg en inzet extra deskundigheid. De Hulsen ervaart de ondersteuning en het overleg met de kliniek als goed: zo nodig is er direct overleg mogelijk en wanneer er zich een crisissituatie voordoet is directe terugplaatsing gegarandeerd.

De Hulsen is bereid om onder de goede financiële condities meer patiënten op te nemen en eventueel een begeleide woonvoorziening op te zetten met de Pompekliniek.

2.5.4 Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten

Het eigen budget voor inkoop van voorzieningen wordt als voldoende gekwalificeerd.

Met betrekking tot de GGz bestaat de indruk bij de Pompekliniek, dat samenwerking met de Tbs-klinieken door VWS te weinig wordt afgedwongen, zoals blijkt uit de moeizame samenwerking met de RIBW en de FPA. Er is bij de GGz nog te veel weerstand tegen de categorie Tbs-gestelden.

Van het permanent overleg tussen de ministeries van VWS en Justitie ziet men te nog weinig resultaat. Er wordt onvoldoende ingespeeld op vragen en knelpunten die in het veld leven en er zou daarop meer gezamenlijk beleid moeten worden gemaakt.

De uitgebreide formatie van psychiaters in de kliniek wordt mede in relatie tot de uitstroom als positief ervaren; psychiaters zijn netwerkers, die soms op bilateraal, niet geformaliseerd niveau, een plaatsing kunnen realiseren.

2.6 TBS-KLINIEK DE KIJVELANDEN

2.6.1 Het uitstroombesleid

De kliniek, die in 1996 de eerste bewoners heeft laten instromen, heeft in het jaarplan 1996 de algemene beleidsvoornemens verwoord. Het uitstroombesleid heeft daarin een duidelijk omschreven, geïntegreerde plaats gekregen.

Rehabilitatie wordt richtinggevend genoemd voor de behandeling. Tbs is geen diagnose; het gevaar moet worden afgewend, het plegen van delicten moet worden voorkómen. Deze uitgangspunten impliceren, dat het in de kliniek niet uitsluitend gaat om psychotherapeutische behandeling van de persoonlijkheid van de Tbs-gestelde. Acceptatie van tekortkomingen en gebreken en nadrukkelijke ontplooiing van positieve, gezonde kanten van de bewoner wordt als een goede benadering van de doelgroep gezien. 'Leidend principe is dat alle inspanningen in de kliniek erop gericht zijn om het vertrek naar buiten mogelijk te maken en dat activiteiten, gericht op rehabilitatie en resocialisatie van de bewoner daar een wezenlijke bijdrage in leveren. Daartoe is het van belang zoveel mogelijk en al vanaf de binnenkomst van de bewoner activiteiten aan te bieden in het behandelprogramma van de kliniek, waarin dit doel tot uitdrukking wordt gebracht. Zelfs al vóór de opname is bij intakegesprekken deze opstelling een leidraad. Dat heeft mede tot gevolg dat opnamevoorwaarden zo concreet en zo toetsbaar mogelijk worden geformuleerd.'³⁰⁸

De bedoeling van de behandeling, door middel van een individueel behandelplan, is om te bereiken, dat de bewoner op een moment de verantwoordelijkheid voor zijn leven weer op zich neemt, waarbij uit feiten moet blijken, dat hij een strategie heeft ontwikkeld om recidive te voorkómen. Het verlofbeleid wordt daarbij gehanteerd om de ontwikkeling van de bewoner te ondersteunen, als uiting, dat je zaken met hem kunt doen. Verlof dus niet als 'koekjestrommel', om de bewoner iets te geven in de hoop dat hij mee gaat doen met de behandeling.

2.6.2 *Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom*

Transmurale voorzieningen in allerlei differentiaties worden gezien als een noodzakelijke voorwaarde om bewoners weer terug de vrije maatschappij in te krijgen. Transmurale voorzieningen bevorderen de uitstroom, verkorten de intramurale behandelingsduur en vergemakkelijken de overgang naar GGz-voorzieningen. Wanneer er in de uitstroomfase voor een bewoner samenwerking of overdracht naar een andere (GGz-)voorziening nodig is moet je met een goed verhaal komen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de bewoner. Zoals werd gesteld: 'je moet met een goede film komen'. Voor het maken van zo'n film is een verblijf op- en het opdoen van ervaringen met de bewoner in een tussenvoorziening van belang.

In samenwerkingsrelaties met- en deskundigheid van andere instellingen moet daarnaast blijvend worden geïnvesteerd. Een middel daartoe is de ontwikkeling van regiovorming op landelijk niveau, waarbij de Tbs-kliniek als expertisecentrum voor de forensische psychiatrie functioneert, ook consultatief ten behoeve van andere instellingen in die regio.

Voor ontwikkeling van een regionaal forensisch-psychiatrisch netwerk, waarin nu circa 20 instellingen zijn samengebracht, heeft De Kijvelanden samen met de Districts Psychiatrische Dienst het initiatief genomen.

Met de RIBW PameijerKeerkring is een samenwerkingsovereenkomst gesloten ten behoeve van vier landelijke boventallige RIBW-plaatsen, bestemd voor het hele land. Daarnaast is er overeenstemming met de PameijerKeerkring om vier plaatsen in te kopen, bestemd voor De Kijvelanden.

Met het APZ Delta is een nauwe samenwerking en het voornemen is om hier 2 – 4 plaatsen in te kopen. Intensivering van de contacten met De Gaarshof in Baarle Nassau (thuislozenzorg) moet leiden tot inkoop van 2 plaatsen. Gezien de kenmerken van de populatie Tbs-gestelden is men voornemens eveneens plaatsen in te kopen bij instellingen voor alternatieve opvang.

³⁰⁸ Kijvelanden 1996

Bij woningverenigingen wil men enkele plaatsen verwerven voor patiënten met woonverlof, die geen 24 uren toezicht meer nodig hebben. De ingekochte plaatsen staan ook open voor patiënten, die zich vanuit andere klinieken in de regio van De Kijvelanden zullen vestigen.

Voor de erkenning van een voorziening voor poliklinische- en deeltijdbehandeling voor de regio is bij het ministerie van VWS een aanvraag ingediend. Samenwerking met collega-instellingen elders in het land in één voorziening per regio is hier de aangewezen weg.

2.6.3 Concretisering van het uitstroombeleid

Gezien het nog maar korte bestaan van de kliniek heeft er nog nauwelijks daadwerkelijk uitstroom plaatsgevonden.

Naast een in voldoende mate afgenomen kans op recidive wordt het betrekken van de belangen van slachtoffers in de resocialisatie van wezenlijke betekenis geacht. Het nemen van verantwoordelijkheid door de bewoner voor zijn delict is daarvan een uitdrukking, maar ook de vraag wat de resocialisatie van deze bewoner op deze plaats (geografisch of in een vervolgvoorziening) betekent voor het slachtoffer of een groep slachtoffers wordt bij de beslissing over resocialisatie betrokken.

Met de reclassering is afgesproken twee maal per jaar een beleidsoverleg te hebben op directieniveau. De dagelijkse contacten vinden plaats via een contactfunctionaris van de reclassering, die zich regelmatig op de hoogte stelt van de stand van zaken met betrekking tot de behandeling van individuele bewoners.

Een van de bewoners gaat binnenkort voor behandeling naar de verslavingsafdeling De Keet van het APZ Delta in het kader van vooreerst woonverlof, later proefverlof.

In het algemeen wordt voor een adequate behandeling en voorspoedige uitstroom een goede betrekking en -onderhandelingspositie van de kliniek met de bewoner als basisvoorwaarde gezien.

2.6.4 Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten

De vraag of de kliniek voldoende eigen budget heeft voor het ontwikkelen en/of inkopen van voorzieningen kan voornamelijk positief worden beantwoord; het open gefinancierde tarief is in het algemeen voldoende.

Knelpunten met betrekking tot de uitstroom worden op de volgende aspecten genoemd:

De beperking van de duur van het woonverlof tot 3 maanden, zoals in de nieuwe Tbs-wetgeving is vastgelegd wordt te beperkt geacht. Daarnaast zou ook de mogelijkheid om, met een regelmatige toetsing, het proefverlof voor een kleine groep bewoners 'eindeloos' te kunnen laten duren moeten worden opengesteld. Ook ten opzichte van vervolgvoorzieningen zou dit nu en dan een extra garantie geven.

Hoewel het regel en noodzakelijk is om aan vervolgvoorzieningen een terugnamegarantie van de bewoner te bieden is dit voornamelijk in de praktijk moeilijk uitvoerbaar. Gezien de druk op de capaciteit van de kliniek kunnen nu geen (reserve-)bedden worden vrijgehouden.

2.7 HOEVE BOSCHOORD

2.7.1 Het uitstroombeleid

Hoeve Boschoord is een door het ministerie van VWS erkend expertise- en behandelcentrum voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG) en beweegt zich op het grensvlak van gehandicaptenzorg, psychiatrie en justitie. In die hoedanigheid worden in Hoeve Boschoord terbeschikking gesteld met een beperkte intelligentie verpleegd en behandeld.

Er wordt voor deze groep patiënten specialistische hulp geboden, waarbij de nadruk er op ligt hen bewust te maken van hun eigen mogelijkheden en deze mogelijkheden te ontwikkelen.

Gedurende het proces van verzelfstandiging wordt met de patiënt samen gewerkt aan het bewust worden van de valkuilen, die er zijn op de weg naar een zo volledig mogelijk herstel. Terugvalpreventie is daarbij een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Na afloop van de intramurale behandeling zijn patiënten vanuit Hoeve Boschoord veelal aangewezen op vervolgvoorzieningen, zoals vormen van begeleid zelfstandig wonen of meer bescherming biedende woonvormen in de gehandicaptenzorg of psychiatrie.³⁰⁹

In een in 1997 afgerond onderzoek naar de vijf SGLGV-behandelcentra in Nederland wordt een aantal problemen genoemd met betrekking tot de door- en uitstroomproblematiek, die nog een oplossing vereisen:

- Doorstroming stagneert vooral door een gebrek aan geschikte vervolgarrangementsen en door de huiver om mensen met het etiket 'zeer problematisch' op te nemen;
- Met name voor de groep zeer problematische cliënten blijkt dat de reguliere vervolgmogelijkheden niet altijd die begeleiding en structuur kunnen bieden die deze uitbehandelde cliënten nodig blijken te hebben;
- Wanneer de afronding van een behandelperiode niet zorgvuldig plaats vindt, kan dat het resultaat van de behandeling ernstig negatief beïnvloeden. Voor een optimaal resultaat van een behandelperiode is, naast het behalen van de behandoelen, een zorgvuldige afronding essentieel;
- Het behandelcentrum kan de overgang tussen de behandelperiode en de vervolgsituatie soepeler laten verlopen door structureel nazorg te bieden en dan bij voorkeur nazorg op maat.³¹⁰

2.7.2 *Circuïtvorming ter bevordering van de uitstroom*

Ter bevordering van de mogelijkheden de patiënten te kunnen laten uitstromen heeft Hoeve Boschoord, naast de klinische behandeling, in het kader van zorgvernieuwingsprojecten mogelijkheden ontwikkeld om de overgang van de intensieve begeleiding op de resocialisatieafdeling naar de reguliere zorg geleidelijk te laten verlopen. Dit gebeurt aan de hand van de door de behandelaars ingeschatte betrouwbaarheid van de patiënt. Daarbij is onder meer aandacht voor ambachtelijke scholing en training, zodat de mogelijkheid wordt geboden vanuit een beschermde omgeving een plaats op de arbeidsmarkt te verwerven.

Als laatste stap is er de mogelijkheid, onder enige begeleiding, zelfstandig wonen in de omgeving van de kliniek.

Voor Tbs-gestelden zijn er, apart op het terrein gesitueerd, binnen het instituut twee afdelingen waar Tbs-gestelden zijn geplaatst. Het betreft patiënten, voor wie op grond van hun problematiek vooralsnog geen vervolgvoorziening beschikbaar is en voor wie verdere behandeling in een traag tempo verloopt. De aanpak vanuit Hoeve Boschoord blijft gericht op verdere ontwikkeling tot maximale zelfstandigheid en het voorkómen van recidive.

Voor de uitstroom is een goede overdracht, met aandacht voor de risico's van terugval van belang. Vervolgvoorzieningen kunnen een beroep doen op crisisinterventie vanuit Hoeve Boschoord en er is altijd (ook als de Tbs of SGLVG-indicatie niet meer aanwezig zijn) een terugnamegarantie van toepassing.

In samenwerking met het APZ-Drenthe heeft Hoeve Boschoord een gespecialiseerde poliklinische functie ontwikkeld (het poli-ambulant-team), die naast de mogelijkheid van ambulante behandeling, consult

³⁰⁹ Boschoord 1997

³¹⁰ Ten Wolde 1997

en advies, de mogelijkheid biedt om in de nazorgfase te worden betrokken. Hierdoor kan in een aantal gevallen de opnameduur worden bekort.

In het kader van de uitstroom wordt met verschillende reguliere instellingen samengewerkt. Op het terrein van de verstandelijk gehandicaptenzorg is er een intensieve samenwerking met de andere SGLVG-behandelcentra, waarheen patiënten soms kunnen uitstromen.

Er is een samenwerkingsovereenkomst met de RIBW in Meppel, waar drie patiënten vanuit de resocialisatieafdeling van Hoeve Boschoord op reguliere plaatsen kunnen worden geplaatst. Plaatsing gebeurt volgens de reguliere indicatiecriteria. Bij de indicatie kan de ondersteuning die vanuit Hoeve Boschoord wordt geboden worden meegewogen.

Bij Tbs-gestelden blijkt het Tbs-stempel soms een belemmering om een patiënt te kunnen onderbrengen in een vervolgvoorziening. Dan is het soms effectiever om eerst de Tbs te laten beëindigen en de patiënt via een SGLVG-indicatie en plaatsing in een open afdeling te laten uitstromen.

Naar in maart 1998 bekend is geworden heeft Hoeve Boschoord door het ministerie van VWS acht long-stay plaatsen toegekend gekregen, die zijn gesitueerd binnen een gehandicapten-voorziening (De Zeilen) in de provincie Groningen. Deze plaatsen zullen alleen beschikbaar komen voor patiënten, die in Hoeve Boschoord zijn uitbehandeld. Ook (ex-)Tbs-gestelden zullen voor deze voorziening in aanmerking komen. Daartegenover staat, dat De Zeilen voor al haar patiënten gebruik kan maken van de expertise van Hoeve Boschoord. Op vergelijkbare wijze zullen ook in de provincies Friesland en Drenthe dergelijke voorzieningen worden opgezet.

De positie van de reclassering is voor Hoeve Boschoord van marginale betekenis. Patiënten met een Tbs worden regelmatig bezocht door een contactfunctionaris van de reclassering, maar de ervaring is, dat de reclassering geen netwerk heeft, waardoor uitstroom zou kunnen worden bevorderd. Daarnaast speelt een rol, dat de reclassering geen achterland heeft in de zin van toegang tot intramurale voorzieningen. Hierdoor worden voortdurend zaken gedaan tussen verschillende intramurale voorzieningen onderling, zonder dat de reclassering hierbij wordt betrokken.

2.7.3 Concretisering van het uitstroombesleid

Het mogelijke aantal uit te plaatsen Tbs-gestelden vanuit Hoeve Boschoord is afhankelijk van de gecreëerde en eventueel nog te creëren context buiten de inrichting. Daarbij moet worden gedacht aan het aantal prikkels, dat de patiënt opdoet, het niveau van begeleiding en het vertrouwen, dat er in de begeleiding is. In die zin is de uitstroombesluiting mede afhankelijk van de wisselwerking tussen het Tbs-veld en de betrokken omgeving. Vanuit Hoeve Boschoord wordt in de samenwerking steeds getracht win-win-situaties te creëren, waarbij de betrokken instellingen belanghebbend worden. De hierboven genoemde long-stay voorziening is hier een voorbeeld van.

Vanuit Hoeve Boschoord is een patiënt met proefverlof in een andere SGLVG-inrichting geplaatst. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een gezinsvervangend tehuis in de noordelijke regio, waar, onder gezamenlijke verantwoordelijkheid met Hoeve Boschoord, een patiënt in het kader van woonverlof onder voorwaarden is geplaatst. Bij deze patiënt is van een intramurale periode van slechts circa 9 maanden sprake geweest. Verdere intramurale behandeling werd niet zinvol geacht.

Bij de RIBW-plaatsingen worden verschillende begeleidingsstijlen geïntegreerd. De RIBW werkt met name vanuit het rehabilitatiemodel, Hoeve Boschoord vanuit controle en rekening houdend met de beperkingen van de patiënten.

Groepsleiders vanuit de resocialisatieafdeling in Wilhelminaoord werken met begeleiders van de RIBW drie dagdelen per week samen. Er is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de RIBW 24

uur per dag een beroep kan doen op medewerkers van Hoeve Boschoord of het poli-ambulant-team. Stelregel is, dat de betreffende vervolgvoorziening geen twijfel mag hebben aan de betrouwbaarheid van Hoeve Boschoord. Om groepsleiders vanuit de genoemde verschillende invalshoeken met elkaar te laten samenwerken zijn het feitelijk opdoen van ervaring in elkaars organisatie en gerichte scholing noodzakelijk.

In een in het najaar van 1997 verschenen analyse van het samenwerkingsproject met de RIBW worden de belangrijkste uitgangspunten, die de samenwerking een succes maken, verslag gedaan.³¹¹

2.7.4 Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten

Het wordt voor de doelgroep van Hoeve Boschoord van groot belang geacht om met ex-patiënten preventief contact te blijven houden. Hoeve Boschoord kan dan fungeren als het thuisfront, dat zij vaak elders ontberen. Dit betekent, dat zij bij dreigende problemen contact kunnen opnemen met Hoeve Boschoord, waar hun achtergrond bekend is en waar niet afwijzend wordt gereageerd, zoals bij veel reguliere voorzieningen zou gebeuren.

Deze wijze van contact houden is effectief, weinig arbeidsintensief, kost weinig (hoewel niet gesubsidiëerd) en wordt veel toegepast.

2.8 FORENSISCH PSYCHIATRISCHE KLINIEK DE GROTE BEEK

2.8.1 Het uitstroombesleid

Bij veel patiënten is, gezien de opnametitel, al voor de opname bekend dat zij weer moeten worden uitgeplaatst naar de regio van herkomst. Dit betekent, dat in de FPK al voor de opname begint met het plaatsen van de behandeling in het perspectief van de uitstroom. Er wordt een hypothese gesteld, welke bij elke patiënt-evaluatie (elke 8 weken) wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Beveiliging wordt gevonden in het de patiënt leren zijn gedrag te controleren. Daarbij moeten diens mogelijkheden worden uitgeprobeerd. Wanneer men meent, dat het recidiverisico van de patiënt kan worden ingeschat kan de patiënt al snel weer stap voor stap naar buiten. Waar nodig zullen patiënten blijvend moeten leren leven met hun handicaps/beperkingen en deze moeten leren accepteren. Dit vormt een wezenlijk onderdeel van de behandeling.

Er wordt vanuit gegaan, dat klinische behandeling niet te lang moet duren; daarna is er veelal sprake van hospitalisatie.

2.8.2 Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom

In de regio van de kliniek, Eindhoven en omstreken, is (nog) geen forensisch psychiatrisch netwerk aanwezig. Dit zal op korte termijn op initiatief van de GGzE wel worden opgezet. Als uitgangspunt voor de uitstroom geldt echter wel, dat patiënten uit de kliniek uiteindelijk altijd buiten de regio, bij voorkeur in de regio van herkomst, worden geplaatst.

Het verzorgingsgebied van de kliniek bestrijkt de gehele zuidelijke helft van het land; een groot deel van de patiënten komt uit de Randstad. Ter begeleiding en controle van de Tbs-patiënten in de regio Rotterdam heeft de kliniek daar een eigen polikliniek geopend, nu nog bestaande uit een psycholoog, maar nog uit te breiden met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De opening van deze polikliniek is het gevolg van onvoldoende vertrouwen in die regio werkzame GGz-instellingen en reclassering, die op hetzelfde terrein werkzaam zijn. Deze polikliniek valt onder de noemer van het Forensisch Psychiatrisch

³¹¹ Ten Wolde & Van der Zweep, 1997

Netwerk West in de Rotterdamse regio. Coördinatie met de nog te openen polikliniek van De Kijvelanden zal nog bilateraal tussen beide klinieken worden besproken.

Vanuit de kliniek wordt het standpunt uitgedragen, dat het opzetten van regionale forensisch-psychiatrische netwerken en circuits een hulpmiddel is om de mogelijkheden van de algemene GGz toegankelijk te maken voor de forensische psychiatrie. Daarbij moet het land worden afgedekt met een aantal circuits met in elk circuit een minimaal vastgesteld aantal functies. Wanneer het mogelijk is in dat verband bindende afspraken met elkaar te maken levert dat meer op dan in diverse sectoren een specifiek hulpaanbod ten behoeve van forensisch-psychiatrische patiënten te organiseren.³¹²

2.8.3 *Concretisering van het uitstroomebeleid*

Op de in totaal 120 patiënten (waarvan circa 76 Tbs-gestelden) heeft de kliniek een formatie van 8 maatschappelijk werkers/sociaal psychiatrisch verpleegkundigen om de relatie met 'buiten' te onderhouden.

De kliniek heeft een permanent aantal van circa 20 Tbs-gestelden met proefverlof, die bijna allemaal, soms langdurig, in een GGz-voorziening zijn geplaatst. Door de specifieke patiëntenpopulatie van de kliniek is de aansluiting met de algemene GGz relatief gemakkelijk. Voor die sector blijft echter het omgaan met patiënten met de veel voorkomende combinatie van As I en As II stoornissen met verslavingsproblematiek ingewikkeld. De voorbereiding tot de uitplaatsing vergt veel onderhandelen en investeren in relaties, voor elke patiënt opnieuw. Belangrijk gegeven daarbij zijn het opbouwen van vertrouwen bij de externe relaties (nakomen van gemaakte afspraken) en het geven van terugplaatsingsgaranties. Het moet zodoende de ontvangende partij mogelijk gemaakt worden om een patiënt op te nemen; het is goed belang bij elkaar te krijgen. Daarbij moet ook geïnvesteerd worden in opbouw van de deskundigheid en in de angsten en fantasieën van de ontvangende partij, werd gesteld.

Naast dit onderhandelen is het soms ook noodzakelijk en mogelijk bij andere organisaties een beroep te doen op hun verantwoordelijkheidsgebied. Bij voorbeeld: een patiënt behoort tot een bepaalde regio of valt binnen bepaalde vastliggende indicatiecriteria.

2.8.4 *Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten*

Met betrekking tot de verhouding GGz – Tbs werden nog de volgende opmerkingen gemaakt:

Het Tbs-circuit gaat nog te veel uit van sturing van de GGz door middel van hun aanbod. Met alleen maar het aanbieden van patiënten kom je er echter niet meer binnen bij een GGz, die werkt met zorg op maat, vermaatschappelijking en een verminderde asiel functie. Wellicht moet de asiel functie vanuit de optiek van het Tbs-circuit weer enigszins terugkomen, maar voor de GGz is dit geen aantrekkelijk gebied, gezien de patiëntenpopulatie, die voor dergelijke voorzieningen in aanmerking komt. Er moet door het Tbs-circuit dan ook zwaar worden geïnvesteerd om hierbinnen een plaats te krijgen.

Daarnaast blijft het een vraag of de GGz wel voor de hele Tbs-populatie, met name de patiënten met overheersende As II-problematiek, het juiste circuit is.

De Tbs-klinieken maken onvoldoende gebruik van elkaars kennis in de eigen regio's. Het lijkt er op, dat elke kliniek meent alles zelf het beste te kunnen organiseren. Dit heeft tot gevolg, dat het voorkomt, dat klinieken uit andere regio's patiënten aanmelden bij instellingen waarmee de Tbs-kliniek in die regio een samenwerkingscontract heeft afgesloten. Dit betekent, dat er bij die instelling soms meer aanvragen voor opname liggen, dan je regionaal kunt overzien. Geconstateerd wordt, dat coördinatie binnen het Tbs-circuit, zowel regionaal als landelijk volledig ontbreekt.

³¹² De Kuiper 1997

Naast de klacht vanuit het Tbs-circuit, dat de GGz (te) veel patiënten vanuit de Tbs afwijst is het goed om zicht te krijgen op de vraag of alle aanmeldingen wel juiste aanmeldingen zijn, passend binnen het *verzorgingsgebied* of het *zorgniveau van die instelling*.

2.9 FÖRENSISCH PSYCHIATRISCHE KLINIEK APZ-DRENTHE

2.9.1 *Het uitstroombesleid*

De kliniek is uitdrukkelijk een instelling, die onderdeel is van de Geestelijke Gezondheidszorg. Gesteld wordt, dat er een principieel verschil is tussen een VWS-FPK en een justitiële Tbs-kliniek: 'In een Tbs-kliniek worden patiënten primair opgenomen op grond van een specifieke juridische maatregel vanwege het uitgesproken maatschappelijk gevaar'.³³ Dit betekent, dat een Tbs-gestelde in een Tbs-kliniek kan verblijven, uitsluitend vanuit het oogpunt van beveiliging en zonder dat behandeling plaats vindt. De FPK gaat er vanuit, dat gevangenhouding binnen een therapeutisch milieu 'uiterst problematisch' is in een instelling voor volksgezondheid en daar dan ook niet hoort plaats te vinden.

De FPK hanteert de juridische status van de patiënten niet als behandelcriterium; patiënten worden behandeld voor hun stoornis en daaraan worden de behandelvoorwaarden aangepast. Met name bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt een minimale bereidheid tot behandeling gevraagd, ook wanneer hij of zij Tbs-gesteld is. Deze bereidheid zal zeker in aanvang voortkomen uit externe drang, zoals een opgelegde maatregel. Verblijf en behandeling mogen in een FPK echter niet ontkoppeld worden. Dit heeft tot gevolg, dat sommige patiënten op momenten, dat zij niet voor behandeling kiezen (tijdelijk) teruggeplaatst zullen moeten worden naar het gevangeniswezen. Gedwongen verblijf van een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis in een VWS-kliniek, uitsluitend ter afwijking van maatschappelijk gevaar is, zo wordt gesteld, meestal zinloos en contraproductief. Deze opvatting vraagt van het Tbs-circuit (en in het bijzonder het Meijers Instituut) en het gevangeniswezen een flexibiliteit, die aan die systemen niet 'eigen' zijn. Toch wordt gemeend, dat het voor de positie van de kliniek en voor de voortgang van een effectieve behandeling van belang is, dat deze opstelling van de FPK wordt gelegitimeerd.

De reguliere uitstroom van de FPK is georganiseerd in een rehabilitatie- en een resocialisatie afdeling. Bij rehabilitatie gaat het om de verwerving van betekenisvolle sociale posities, sociale integratie, destigmatisering en emancipatie. Resocialisatie houdt in, dat de patiënt ondersteund wordt terug te keren in een sociale setting, die zo dicht mogelijk in de buurt komt van het normale maatschappelijke verkeer. Men spreekt van resocialisatie naar zelfstandig wonen, naar begeleid wonen, een RIBW, een sociowoning, een open, besloten of gesloten verblijfsafdeling. Niet de behandeling of genezing van de totale persoon of persoonlijkheidsstoornis is daarbij aan de orde, maar het handicapmodel, waarin wordt gewerkt aan acceptatie door de patiënt van zijn beperkingen. Met name het delictgevaar wordt een beperkende factor genoemd bij de mate waarin de maatschappelijke integratie kan plaatsvinden.³⁴

2.9.2 *Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom*

De afdeling De Sluis is een rehabilitatieafdeling, waar veelal patiënten met chronisch psychotische problematiek zijn opgenomen. Uitstroom vindt plaats naar zowel afdelingen voor long-stay als naar vormen van meer of minder zelfstandig wonen.

De afdeling Het Diep is een resocialisatieafdeling, waarin de onthechting van de kliniek en het zich invoegen in de samenleving wordt bevorderd. Deze afdeling zal een plaats gaan krijgen buiten de kliniek

³³ FPK APZ-Drenthe 1997

³⁴ FPK APZ-Drenthe 1997

en zal worden ondergebracht in een aparte cluster met een 'RIBW-achtige' structuur. Deze plaatsen zullen dan worden gefinancierd volgens het open tarief.

In de eigen polikliniek en de inmiddels met de Van Mesdagkliniek geopende polikliniek in Groningen kunnen onder meer patiënten worden behandeld, die in het kader van proefverlof of anderszins integreren in de vrije maatschappij. Uitbreiding van de mogelijkheden van de polikliniek met deeltijdbehandeling wordt gezien als een hulpmiddel om klinische opnames te voorkomen en opnameduur te verkorten. De poliklinieken zijn GGz-voorzieningen en de opzet is deze te zijner tijd te laten integreren in functies van Multi Functionele Eenheden (MFE's).

Als een belangrijk deel van de oplossing voor de uitstroombroblematiek van de Tbs-sector wordt het deel uitmaken van GGz-netwerken gezien. De FPK is deelnemer in het Forensisch Psychiatrisch Netwerk voor het Hofessort Leeuwarden en fungeert als meldpunt voor deelnemende instellingen. (zie ook bij de beschrijving van de Van Mesdagkliniek)

De tendens binnen de Tbs-sector om plaatsen in te kopen in GGz-voorzieningen wordt niet direct als een effectief middel gezien om de uitstroom te bevorderen. Dit levert een nieuw probleem op; daarmee wordt in feite een gespecialiseerde GGz-voorziening gecreëerd en wordt de grens van de inrichting verder naar buiten verschoven. De daadwerkelijke uitstroom wordt daarmee in tijd vooruit geschoven.

2.9.3 Concretisering van het uitstroombelid

De FPK heeft voor wat betreft de uitstroom geen directe capaciteitsproblemen. Meestal is het mogelijk om patiënten op de gewenste plek in een vervolgvoorziening te krijgen. Een probleem dat daarbij wel een rol speelt zijn de wachtlijsten die voor de meeste voorzieningen van toepassing zijn en waardoor een patiënt vaak te lang op een te dure behandelplaats in de FPK moet blijven. Het naar buiten plaatsen van de resocialisatieafdeling verbetert in dit opzicht de brugfunctie van de FPK naar reguliere vervolgvoorzieningen.

2.9.4 Nadere aanvullende opmerkingen en knelpunten

Als het grote probleem bij de uitstroom vanuit de Tbs-sector wordt gezien, dat de behandeling (nog) te weinig is gericht op rehabilitatie en resocialisatie en dat daarentegen de nadruk wordt gelegd op de behandeling en genezing van de (persoonlijkheids-)stoornis van de patiënten. Een reden daarvoor is te vinden in het gegeven, dat behandelaars en de Minister worden aangesproken op de veiligheid van de samenleving en niet op kwaliteit van behandeling en resocialisatie, waardoor de invalshoek van de Tbs uiteindelijk de detentiefunctie is.

Als een handicap in de relatie van de forensische psychiatrie met de GGz wordt niet zozeer gezien het spreken van verschillende 'talen'. De weerstand van de GGz is eerder een gevolg van de emotie van de individuele behandelaar, waardoor samengaan vaak onmogelijk wordt. Veel behandelaars zien het vanuit hun eigen emotie als onmogelijk om zowel slachtoffers als daders te behandelen. Dit wordt dan naar buiten gebracht in termen als: 'ik wil niet, dat slachtoffers en daders elkaar in de wachtkamer tegenkomen.'

2.10 HET DR. F.S. MEIJERSINSTITUUT

2.10.1 Het uitstroombelid

Het Meijers Instituut is in het Tbs-veld niet te beschouwen als een behandelkliniek, maar vervult hierin een aantal specifieke taken. Van de 62 klinische plaatsen waarover het Meijers Instituut beschikt zijn er 14

aan te merken als behandelplaatsen. Deze worden met name gebruikt voor crisisinterventie, directe uitstroom naar GGz-voorzieningen of voor doorstroom naar Tbs-klinieken, wanneer geconcludeerd moet worden, dat terugplaatsing van de Tbs-passant naar een Huis van Bewaring ham of haar ernstige schade berokkent. Gezien de functie die het Meijers Instituut heeft is er wel sprake van een uitstroombelief, omschreven als 'doorstroombelief naar vervolgvorzieningen en ontwikkelen van netwerken'.³¹⁵ Hierin wordt geformuleerd:

Er wordt naar gestreefd waar mogelijk plaatsing in GGz-voorzieningen te realiseren. Onder verantwoordelijkheid van het Instituut zijn doorgaans circa 20 Tbs-gestelden met proefverlof, zodat voor deze groep geen Tbs plaatsen of passantenplaatsen nodig zijn.

- Netwerkontwikkeling vindt vooral plaats met betrekking tot de samenwerking met de Tbs-klinieken inzake ontwikkelingen in het behandelaanbod, behandeladviezen, crisisinterventies en herselectie; daarnaast ook ten behoeve van de eigen uitstroom. Beleid zal in 1998 nader gestalte krijgen.

Met betrekking tot het uitstroombelief uit de Tbs in het algemeen bestaan er in het Meijers Instituut opvattingen, die op deze plaats niet onvermeld kunnen blijven:

- De indruk bestaat, dat de diverse klinieken niet optimaal aan bevordering van doorstroom en -uitstroom werken. Het Meijers Instituut zou 'strakker' willen indiceren. Zo ziet men bij voorbeeld meerdere malen mogelijkheden om patiënten rechtstreeks op een resocialisatieafdeling te plaatsen (en dus de reguliere behandelafdelingen over te slaan). Klinieken accepteren dergelijke indicaties doorgaans niet, en willen hun eigen behandelbeleid bepalen. Er is dienaangaande te veel autonomie en zelfbepaling bij de klinieken. Het Meijers Instituut wil graag inhoudelijk onderhandelen met de klinieken en verwacht daarbij een krachtiger steun van het ministerie van Justitie dan nu.
- Uitbreiding van de rechtstreekse uitstroom vanuit het Meijers Instituut stagneert. Dit wordt gezien als ten dele een gevolg van de capaciteitsuitbreiding van de andere klinieken. Zo werden recent enkele extra psychoseafdelingen binnen de Tbs-klinieken geopend. Deze moesten snel en volledig worden bezet. Hierbij werd bij de selectie in een aantal gevallen niet meer gekozen voor directe doorstroom naar een GGz-voorziening, maar werd uit beleidsoverwegingen geplaatst binnen het Tbs-circuit. Deze patiënten blokkeren dan weer voor langere tijd een behandelplaats.
- Er wordt te weinig coördinatie gezien met betrekking tot de uitbreiding van Tbs-plaatsen. Dit gebeurt te veel bilateraal tussen ministerie en afzonderlijke klinieken en er is te weinig duidelijk aan hoeveel plaatsen voor welke categorieën patiënten behoefte is.
- Naast de mogelijkheden, die worden gezien om de uitstroom te bevorderen, wordt nog gesteld, dat het ministerie voorzichtig moet zijn met het werken met financiële prikkels hierbij. Mogelijk werkt dit ten dele wel, maar daarnaast moet het risico worden vermeden, dat klinieken onder financiële druk lastige patiënten voor herselectie aanbieden, waardoor onverantwoorde situaties kunnen ontstaan.

Daarnaast wordt het middel van sturen op budgetten schromelijk overschat. Budgetkorting leidt tot doorstroomvertraging.

- Men is van mening, dat het ministerie te veel tijd nodig heeft om te komen tot beslissingen in het kader van vrijhedenbeleid van individuele Tbs-gestelden. Hierdoor zitten patiënten vaak langer dan nodig op een te dure plaats.

³¹⁵ Meijersinstituut 1997

2.10.2 *Circuitvorming ter bevordering van de uitstroom*

Gedurende circa 1 jaar loopt er vanuit het Meijers Instituut een samenwerkingsproject met de Stichting Langeveld, een APZ in Noordwijkerhout. Hiermee is een contract afgesloten voor twee plaatsen; de bedoeling is dit project uit te breiden.

Op deze plaatsen worden patiënten geplaatst, die nog niet zijn geïndiceerd voor proefverlof, maar waarvan de verwachting is, dat dit binnen een jaar is te realiseren. Plaatsing gebeurt in het kader van woonverlof. Na een jaar volgt uitstroom in proefverlof of doorstroom naar een reguliere plaats. De plaatsen worden boven de sterkte gefinancierd en er wordt uitsluitend betaald wanneer de plaatsen bezet zijn; dit om te voorkomen, dat niet-geïndiceerde patiënten zouden worden geplaatst.

De plaatsen zijn gelokaliseerd op een 'gewone' (niet gesloten) afdeling voor verblijfspsychiatrie, er gelden geen specifieke indicaties, er wordt gewerkt op geleide van afspraken: de situatie moet hanteerbaar zijn. Er geldt een terugnamegarantie. De kosten voor deze bedden zijn verhoudingsgewijs zeer laag.

Er wordt in de eigen regio, gezien de specifieke functie van het Instituut, niet samengewerkt in een forensisch psychiatrisch circuit. Wel is er sprake van een landelijk netwerk waar het mogelijk is om patiënten rechtstreeks in GGz- of andere voorzieningen te plaatsen. Daarbij wordt met de reclassering samengewerkt indien patiënten met proefverlof in GGz-voorzieningen zijn geplaatst. Enkele patiënten werden in dit kader rechtstreeks vanuit het Instituut in een FPA opgenomen.

Met de verslavingsreclassering wordt samengewerkt wanneer patiënten in een verslavingskliniek zijn opgenomen; met RIAGG's wordt incidenteel samengewerkt.

3. TABELLEN

TABELLEN PATIËNTEN AANGEMELD EN GEPLAATST IN 1996 EN 1997

1. Per kliniek en per type vervolgvoorziening
2. Leeftijd en geslacht
3. Leeftijd en instelling waar opgenomen
4. Recidief risico bij plaatsing
5. Aangemeld, geaccepteerd en op wachtlijst: huidig recidief risico
6. Aangemeld, geaccepteerd en op wachtlijst: wachttijd
7. Aangemeld en afgewezen: redenen van afwijzing
8. Uitstroom naar vervolgvoorzieningen per kliniek ten opzichte van de capaciteit, percentueel

1. Patiënten aangemeld en geplaatst in 1996 en 1997 per kliniek en per type vervolgvoorziening.

	FPK	FPA	APZ	Versl. klin.	RIB W	BZ W/ AW	Pens.	GVZ	Amb. Hulp v	Over.	Totaal
Mesdagkliniek		1	2		2	2					7
Veldzicht	1	3	2		4			1			11
Oldenkotte			5		4		2				11
V.d Hoevenkl.		6		1	9						16
Pompekliniek	2			1	3		2		1		9
Kijvelanden											
Boschoord							1	4	1		6
FPK Grote Beek		5	9		5		1	1		5*	26
FPK APZ-Dr.			2		1			1		7**	11
Meijers Inst.		6	7				1	3			17
Totaal	3	21	27	2	28	2	7	10	2	12	114

* = Meijers Instituut 2 personen; Van Mesdagkliniek 3 personen

** = Meijers Instituut 4 personen; HvB 1 persoon; andere Tbs-kliniek 2 personen.

Aangezien het hier interne doorplaatsingen binnen het Tbs-circuit betreft (herselecties) en geen uitstroom (naar de GGz) worden deze getallen in het totaaloverzicht (bijlage 2) buiten beschouwing gelaten.

2. Leeftijd en geslacht

Leeftijd \ Geslacht	+68 jaar	58-67 jaar	48-57 jaar	38-47 jaar	28-37 jaar	18-27 jaar	Totaal
Man	2	1	10	37	37	9	96
Vrouw	-	-	-	1	2	2	5
Totaal	2	1	10	38	39	11	101

3. Leeftijd en instelling waar patiënt opgenomen werd

leeftijd	+68 jaar	58-67 jaar	48-57 jaar	38-47 jaar	28-37 jaar	18-27 jaar	totaal
FPK			1	1		1	3
FPA		1	1	7	8	4	21
APZ	2		3	10	11	1	27
Versl.Kl				1	1		2
RIBW			3	13	9	3	28
BZW/AW			1		1		2
Pension				4	3		7
GvZ			1	1	6	1	9
Amb. hv				1		1	2
Overige							101

4. Recidieve risico bij plaatsing

risico	onb. of N.R.	niet	gering	redelijk	groot	totaal per inst.
FPK			1	2		3
FPA	17		4			21
APZ	19	1	7			27
Versl.Kl	1		1			2
RIBW	14		10	4		28
BZW/AW			2			2
Pensioen	2		2	2	1	7
GvZ	3		6			9
Amb. hv			1	1		2
Overige						
Totaal per categorie	56	1	34	9	1	101

N.R.=Non respons

5. Aangemeld, geaccepteerd en op wachtlijst: huidig recidief risico

risico	onb.	niet	gering	redelijk	groot	totaal
FPK			1			1
FPA			1			1
APZ	1		2		1	4
Versl.Kl						
RIBW			1	1		2
BZW/AW						
Pensioen						
GvZ			1	4	1	6
Amb. Hv						
Overige						
Totaal per categorie	1		6	5	2	14

Omvang wachtlijst op 1 januari 1998: 14 personen

6. Aangemeld, geaccepteerd en op wachtlijst: wachttijd

Wachttijd	onb.	0-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	12-18 mnd	18-24 mnd	> 24 mnd	totaal wacht
FPK		1						1
FPA			1					1
APZ	2					2		4
Versl.Kl								
RIBW	1				1			2
BZW								
Pensioen								
GvZ		3	2			1		6
Amb. hv								
Overige								
Totaal	3	4	3	1	3			14

7. Aangemeld en afgewezen: redenen van afwijzing

Instelling Reden van afw.	FPK	FPA	APZ	Versl. klin.	RIB W	BZW	pensi	GvZ	Amb. hulp /recl	totaal per reden
1.	2	2	3							7
2.		1						1		2
3.			1		4					5
4.			1							1
5.			3		1					4
6.										0

Toelichting:

1. geen reden bekend
2. geen geschikte voorziening aanwezig
te zorgintensief; geen capaciteit
3. geen psychiatrische stoornis
4. geen motivatie cliënt/cliënt wil zelf niet
5. angst voor recidief/risico wordt te groot geacht
6. overige

Niemand aangemeld en afgewezen: v.d. Hoevekliniek, Oldenkotte, FPK Eindhoven

In totaal 19 personen werden aangemeld en afgewezen (15) of trokken zichzelf terug (4)

8. Uitstroom naar vervolgvoorzieningen per kliniek ten opzichte van de capaciteit, procentueel:

	Capaciteit	Aantal uitstroom	Percentage (uitstr./cap.x 100%)
Mesdagkliniek	162	7	4
Veldzicht	114	11	10
Oldenkotte	108	11	10
Van der Hoevenkl.	104	16	15
Pompekl.	112	9	8
De Kijvelanden	92	0	0
Hoeve Boschoord	48	6	13
FPK Grote Beek	76	21	28
FPK Drenthe	15	4	26
Meijers Instituut	64	17	27
Totaal	895	102	13

4. BEGELEIDINGSKOMMISSIE

Het onderzoek '*Morgen gaat het beter, beter, beter...*' naar de uitstroom uit de Tbs-klinieken, in aangepaste vorm opgenomen in hoofdstuk 3 van dit boek, werd uitgevoerd van medio september 1997 tot en met juni 1998 door Jaap A. van Vliet. Op 24 april 1998 vond een bespreking plaats van het conceptrapport met een "klankbordgroep" bestaande uit de volgende personen:

- Drs. L.H. Erkelens, destijds waarnemend plaatsvervangend directeur JJI/Tbs Ministerie van Justitie
- Drs. A. Zaalberg, destijds beleidsonderzoeker afdeling beleidsinformatie Ministerie van Justitie
- Drs. H.L. Wiertsema, Algemeen Directeur Dr. Henri van der Hoevenkliniek, Utrecht
- Drs. C. de Vries, destijds directeur selectie Dr. F.S. Meijers Instituut, Utrecht
- Drs. H.E. de Kuiper, destijds Circuitmanager Zorg GGzE, Eindhoven

BIJLAGE 3 WORDEN ER MEER TBS-EN OPGELEGD DOOR EEN FALENDE GGZ?

1. TABEL ONDERZOEK NAAR DE BEHANDELING VAN STRAFZAKEN BIJ VERDACHTEN MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK DOOR HET GERECHTSHOF TE ARNHEM IN 2004 EN 2005

Nr.	Geslacht + leeftijd	Straf blad	Delictcategorie										Rapport				Anamnese			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	psa	pso	rec	advies	G	V	J	
In Nederland geboren																				
1	M; 68	J								v/a			a	a	a	Verminderd toerek./ Tbs m. voorw	n	n	n	
2	M; 24	J	v/a														j	j	j	
3	M; 44	J	v								v/a						o	j	o	
4	M; 20	J				v						a	v	v			o	o	j	
5	V; 22	J	v				a						v				o	o	j	
6	V; 48	J				a	v		v								o	o	o	
7	M; 32	J	v/a											a	Werkstraf + SOV	j	j	j		
Niet in Nederland geboren																				
8	M; 33	J			v/a		v			v				v			n	j	n	
9	V; 26	N				a		a	a				a			Voll. toerek.	n	n	n	
10	M; 47	N								a				a	a	Gev. straf	n	j	n	
11	M; 24	J		v/a			v						a	a			o	j	o	
12	M; 29	J	v/a				a								a	Voortzetten beh. APZ	o	o	o	
13	M; 39	J				a	v/a	v			v		v				o	j	j	

Delictcategorieën:

- Diefstal Sr. 310 e.v.
- Vernieling Sr. 350
- Valsheid in geschrifte Sr. 225
- (Bedreiging met) openlijk geweld Sr. 285
- Mishandeling Sr. 141
- (Poging tot) moord; doodslag Sr. 287; 288
- Brandstichting Sr. 157; 158
- Zeden Sr. 242 (verkrachting); 244 (binnendringen ben 12 jr.); 245 (binnen dringen tussen 12 en 16 jr.); 246 (feitelijke aanranding); 247 (ontucht met bewusteloze, onmachtige, gestoorde of kind)
- Wegenverkeerswet (rijden onder invloed of zonder rijbewijs)
- Vuurwapenwet (het voorhanden hebben van een vuurwapen)

v = verleden; a = actueel

Rapport

Psa.: psychiater ; Pso.: psycholoog; Rec.: reclassering

Anamnestiche gegevens

- G : Eerdere contacten met de geestelijke gezondheidszorg of zwakzinnigenzorg
 V : Eerdere ernstige verslavingsproblematiek
 J : Lang en/of problematisch verleden in jeugdinrichting (bv. opname JJI of PIJ-maatregel)

j = ja; n = nee; o = onbekend

Gering strafbaar feit

ALGEMENE SAMENVATTING

Hoofdstuk 1

Dit hoofdstuk bevat een persoonlijke verantwoording voor de keuze van het onderwerp van deze studie. Deze wordt voor een belangrijk deel bepaald door mijn ervaringen in de praktijk van het ambulante reclasseringswerk voor psychisch gestoorde delinquenten in de destijds nog gespecialiseerde reclasseringafdeling voor Sociaal Psychiatrisch Werk. De ervaring was dat het voor onze cliënten moeilijk was om vanuit het justitiële systeem in te stromen in het systeem van de Algemene GGz. Vanuit deze praktijk trachtte ik zicht te krijgen op de gecompliceerde relatie tussen de strafrechtstoepassing en de algemene geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast bleek het noodzakelijk om oplossingen die op dit terrein voor individuele patiënten werden gevonden te generaliseren tot oplossingen voor grotere groepen patiënten. Dit leidde onder meer tot de ontwikkeling van de eerste forensisch poliklinische functie in Nederland.

Aan de hand van drie case-beschrijvingen wordt vervolgens een eerste verkenning gedaan over de relatie justitie en algemene zorg als probleem in de laatste 15 jaar. Het betreft stuk voor stuk justitiabelen met een psychische stoornis die met politie en justitie in aanraking komen en overlast veroorzaken, maar die binnen de reguliere kaders niet die zorg en behandeling kunnen krijgen die voor hen, op advies van psychiater, psycholoog en/of reclassering door de rechter noodzakelijk wordt geacht. De kans dat deze justitiabelen pas de noodzakelijke zorg krijgen nadat zij een delict hebben gepleegd en zijn veroordeeld, in een aantal gevallen zelfs tot een Tbs, is groot. Er is dan al veel schade aangericht.

Aan de hand van een aantal, in dit hoofdstuk kort beschreven hoofdstukken, wordt in het vervolg van deze studie het complexe krachtenveld van justitie en zorg verkend.

Hoofdstuk 2

Tbr en Tbs

Sinds de invoering van de maatregel Tbr, later Tbs, is er regelmatig toenadering, maar ook verwijdering geweest tussen de circuits van justitie – de Tbs-klinieken en het gevangeniswezen – en Algemene GGz. De discussie heeft zich veelal toegespit op knelpunten in de relatie.

Uit diverse onderzoeksgegevens blijkt dat de populaties van de deze circuits een overlap met elkaar vertonen. Veel Tbs-gestelden en gedetineerden hebben, vóór oplegging van de maatregel of straf, een verleden in de hulpverlening of in de Algemene GGz. Deels is dit te verklaren uit maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de emancipatiebeweging in de GGz in de jaren '60 en '70, die leidde tot een forse toename van het aantal psychotici in de Tbs. Maar ook de 'opdracht' van de verschillende systemen kan hierbij een rol spelen, zoals de 'opdracht' van de Algemene GGz om patiënten te genezen of te rehabiliteren.

Met het ontstaan van de Tbr werd de mogelijkheid ingevoerd mensen, die een ernstig delict hebben gepleegd en daarnaast gestoord en gevaarlijk zijn voor de omgeving, verminderd of geheel ontoerekeningsvatbaar te verklaren. Zij konden volgens de Tbs-wetgeving worden verpleegd en behandeld in gesloten instituten om zodoende het gevaar op korte en op langere termijn te verminderen. De maatregel was en is bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen herhaling van ernstige agressieve delicten.

Grensverkeer en circuitvorming

Vooral de stagnatie in het grensverkeer tussen de circuits was en is veelal aanleiding tot kritiek en discussie, evenals de vaak negatieve beeldvorming over en weer tussen de circuits, betrekking hebbend op de sectoren als geheel, de binnen de sectoren te situeren patiënten, de professionals, de (be-) handelwijzen en veiligheidsvoorzieningen. Daarnaast zijn er vooral in het laatste decennium ontwikkelingen gaande

waarbij er een toenadering plaatsvindt tussen de genoemde sectoren.

Sinds 1991 zijn er, geïnitieerd door onder meer de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, in het hele land initiatieven ontwikkeld om te komen tot samenwerkingsvormen tussen Justitie en algemene GGz in de vorm van forensisch psychiatrische netwerk- en circuitvorming. Deze ontwikkelingen zijn in diverse onderzoeken en beleidsnota's terug te vinden. Effecten in de zin van een grotere efficiency en effectiviteit zijn in onderzoek nog niet terug te vinden; de ontwikkeling van circuitvorming zal door de betrokken ministeries nog sterker moeten worden gestuurd.

Bij plaatsing van patiënten in een Tbs-voorziening of een BOPZ-voorziening is het uitgangspunt dat de rechtspositie de status van de inrichting volgt waarin de patiënt is geplaatst.

Juridisch zijn er mogelijkheden (art. 14 Beginselenwet Tbs) om patiënten met een Tbs-maatregel op te laten nemen in de Algemene GGz. Het opnemen van patiënten met een BOPZ-maatregel in Tbs-klinieken stuit echter op bezwaren; dit is in de Beginselenwet Tbs uitgesloten met als oogmerk BOPZ-patiënten niet te willen stigmatiseren als 'justitiepatiënten'. Het is van de wetgever uitdrukkelijk de bedoeling geweest om in Tbs-klinieken niet te komen tot een vermenging van deze populaties, ook omdat dit tot een ongelijkwaardigheid zou kunnen leiden waar het de interne rechtspositie van de opgenomen patiënten betreft.

Psychische stoornissen in detentie

Van de omvang van het aantal gedetineerden met psychische stoornissen zijn in de laatste decennia verschillende schattingen gemaakt. Op basis van het literatuuronderzoek lijkt een schatting van 10 – 12% van de gedetineerdenpopulatie realistisch te zijn, terwijl volgens de laatste onderzoeksgegevens circa 8% van de gedetineerdenpopulatie detentieongeschikt zou zijn. Dat wil zeggen dat zij naar verwachting bij verblijf in een penitentiaire inrichting hardnekkige of blijvende schade zullen oplopen of dat hun geestelijke of lichamelijke toestand het hen onmogelijk maakt er te functioneren.

Door capaciteitsproblemen in de Tbs-klinieken is er een groot aantal Tbs-passanten die nog verblijven in penitentiaire inrichtingen. Op de Individuele Begeleidings Afdelingen (IBA's) is één op de vijf gedetineerden een Tbs-passant, waarmee deze afdelingen als een pré-Tbs-inrichting gebruikt lijken te worden. Het grote aantal passanten was aanleiding om vanuit forensische poliklinieken gerichte preklinische behandeling te initiëren, welke behandeling succesvol blijkt te zijn.

Het grote aantal psychisch gestoorde in detentie is tevens aanleiding geweest om behandeling in detentie mogelijk te maken. Hoewel dit in het verleden beleidsmatig niet mogelijk was, is hiertegen wettelijk geen bezwaar. Uitsluitend praktische beperkingen kunnen hier een rol spelen, zoals de duur van de gevangenisstraf en de duur van het verblijf van een gedetineerde in een inrichting.

Vooral is behandeling gewenst van de groep gedetineerden die lijdt onder hun stoornis en de groep die een zo groot recidiverisico met zich meebrengt dat zij een maatschappelijk gevaar vormen wanneer behandeling achterwege zou blijven.

Over de wijze waarop behandeling zou kunnen worden verricht en welke behandelingsprogramma's effectief zijn, zijn nog weinig Nederlandse onderzoeksgegevens bekend.

Tbs en verslaving

Een kernprobleem in de behandeling van Tbs-gestelden is de verslavingsproblematiek. Alcoholverslaving blijkt in circa 50% voor te komen ten tijde van het delict waarvoor Tbs wordt opgelegd; in 40% speelt het gebruik van softdrugs en in ruim 25% speelt het gebruik of verslaving aan harddrugs een rol. In het bijzonder alcoholverslaving en het gebruik van alcohol tijdens de tenuitvoerlegging van de Tbs blijkt

een belangrijke voorspeller voor ernstige recidive tijdens (proef)verlof.

Tot voor kort werd verslaving gezien als een in de behandeling secundair probleem, dat als zodanig niet behandeld behoefde te worden, maar met de behandeling van de 'onderliggende' problematiek zou verdwijnen. Inmiddels is duidelijk, dat verslaving, eenmaal ontstaan, een probleem is geworden met een eigen etiologie en symptomatologie, een eigen prognose en eigen behandelmethoden. Daartoe zijn op verschillende plaatsen specifieke behandelprogramma's ontwikkeld. Ten opzichte van de wijze waarop verslavingsproblematiek wordt behandeld in de Algemene GGz kent de behandeling van verslavingsproblematiek in de Tbs-setting een aantal beperkingen, dat worden gekenmerkt door de wijze van probleemdefiniëren, het hanteren van verantwoordelijkheid, de therapeutische attitude en dergelijke.

De verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de tenuitvoerlegging van de Tbs met verpleging heeft betrekking op het scheppen van de wettelijke kaders, de voorzieningen voor de tenuitvoerlegging, de beveiliging van de samenleving tegen het zich onttrekken aan de vrijheidsbeneming en de rechtspositie van de Tbs-gestelden. Voor de behandeling is de verantwoordelijkheid meer op afstand. De Minister ziet er op toe, dat de Tbs-gestelde de benodigde behandeling krijgt; de klinieken zelf zijn verantwoordelijk voor de behandeling. De inhoudelijke toetsing van de kwaliteit van de behandeling dient plaats te vinden volgens normen die in de brede kring van het veld van de Algemene GGz, mede tot stand komend onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS, gelden. Wel zou het ministerie van Justitie de voorwaarden moeten scheppen voor die toetsing en bewaken dat deze ook daadwerkelijk plaatsvindt. Hierbij hebben het ministerie van Justitie zelf en de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing een taak voor de dimensies beveiliging en rechtsbescherming. De oriëntatie van het Tbs-veld op het veld van de GGz zou vervolgens moeten leiden tot het doorwerken van ontwikkelingen en inzichten vanuit de GGz naar verpleging en behandeling in het Tbs-veld.

De groei van de Tbs-sektor — de opnamecapaciteit en de groei van het personeelsbestand — in de afgelopen jaren heeft er toe bijgedragen dat er in de Tbs-klinieken een aantal probleemsituaties aan het licht zijn gekomen. Mede in verband daarmee heeft de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg recent een meer actieve bemoeienis gekregen met de zorg en behandeling in Tbs-klinieken.

Overleg en coördinatie tussen de ministeries van VWS en Justitie vindt op drie niveaus plaats: tussen de Directeuren Generaal, in een Permanent Overleg en in een 'projectbureau' dat als opdracht heeft actiepunten nader uit te werken. Er vindt wederzijdse beïnvloeding plaats en de uitvoering van de Kabinetsstandpunten over de Interdepartementale Beleidsonderzoeken 'Doelmatig behandelen' en 'Over stromen' worden door het Permanent Overleg getoetst. Concrete resultaten van het overleg zijn een betere afstemming en bewaking van de ontwikkelingen in het gezamenlijke domein.

Hoofdstuk 3

Omvang van de uitstroomproblematiek

Gebleken is, dat het Tbs-veld in de jaren '90, naast de al aanwezige intramurale voorzieningen, ook transmurale voorzieningen is gaan ontwikkelen. De achtergrond hiervan is de veranderde samenstelling van de Tbs-populatie, waarvan een groeiend deel niet meer rechtstreeks vanuit de klinieken — al dan niet met proefverlof — terug kon keren in een zelfstandige leefsituatie. De transmurale voorzieningen maken het mogelijk patiënten via een meer of minder beschermende of gecontroleerde tussenfase terug te geleiden naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan in de maatschappij. Het proefverlof is in deze gevallen vaak een fase, die pas op grond van de in de transmurale voorziening opgedane ervaringen kan worden ingegaan. Een deel van de toename van de gemiddelde duur dan de Tbs is waarschijnlijk aan deze ontwikkelingen toe te schrijven. Daarnaast zijn er aanwijzingen, dat er verhoudingsgewijs ten opzichte van

de toegenomen capaciteit van de Tbs-klinieken minder Tbs-gestelden met proefverlof gaan en dat de gemiddelde duur van het proefverlof toeneemt.

In de praktijk wordt de term 'doorstroom' vaak gebruikt als 'uitstroom' wordt bedoeld. In dit onderzoek is de term 'doorstroom' steeds gebruikt wanneer sprake is van overgang van een patiënt van de ene naar de andere afdeling binnen hetzelfde instituut. Van 'uitstroom' is sprake wanneer de patiënt overgaat van de ene soort voorziening naar de andere- en/of de verpleging wordt beëindigd.

Teneinde de omvang van de problematiek te kunnen bepalen werd uitstroom uit de Tbs gedefinieerd als de fase, die volgt op de intramurale fase en bevat daarmee de transmurale fase en de fase waarin Tbs-gestelden terugkeren in een zelfstandige leefsituatie waarbij de verpleging intramuraal is beëindigd. Het verblijf van Tbs-gestelden in een resocialisatieafdeling van de kliniek wordt daarmee tot de intramurale fase gerekend.

Op grond van beperkt beschikbare onderzoeksgegevens werd er vanuit gegaan, dat circa 54 % van de Tbs-gestelden na behandeling of verpleging in een Tbs-kliniek zal zijn aangewezen op een meer of minder langdurig verblijf in een vervolgvoorziening, circa 33 % zal zich, al dan niet met (reclasserings-)begeleiding, zelfstandig in de samenleving kunnen staande houden en circa 13 % zal 'long-stay' in het Tbs-circuit moeten verblijven.

Wanneer er van wordt uitgegaan, dat de uitstroom uit de Tbs jaarlijks ongeveer gelijk moet zijn aan de instroom betekent een en ander, dat van het totaal aantal van 200 Tbs-gestelden er circa 100 per jaar moeten uitstromen naar een vervolgvoorziening. Gezien het gegeven, dat deze plaatsingen gemiddeld langer dan een jaar duren alvorens doorstroom naar een reguliere plaats of uitstroom naar een zelfstandige woonvoorziening mogelijk is is de inschatting, dat er ten behoeve van de uitstroom voor de klinieken minimaal 150 plaatsen in vervolgvoorzieningen in de GGz of elders nodig zijn. Een conclusie is dan ook, dat op korte termijn het aantal permanent ten behoeve van Tbs-gestelden beschikbare plaatsen in vervolgvoorzieningen van verschillend zorgniveau en zorgzwaarte minimaal zal moeten worden verdubbeld om tot een effectief uitstroombesluit te komen. Wanneer dit niet gebeurt en de klinieken er niet in slagen patiënten versneld naar transmurale voorzieningen te laten uitstromen zal er een ernstige stagnatie optreden in het gehele Tbs-systeem.

In de huidige praktijk wordt in een aantal gevallen plaatsen ingekocht binnen reguliere voorzieningen. Dit schept een weinig flexibele situatie en moet worden beschouwd als een experimenteerfase, die bij gebleken succes zal moeten worden omgezet in een forensisch-psychiatrisch GGz-aanbod, dat door middel van daarvoor geëigende indicatieprocedures toegankelijk is.

Volgvoorzieningen

De meeste beschikbare vervolgvoorzieningen bevinden zich binnen het GGz-circuit of zijn in eigen beheer door klinieken opgezet. Het meest werd in 1996 en 1997 gebruik gemaakt van de RIBW (28 %), het APZ (27 %) en de FPA (21 %) en gezinsvervangende zorg (10 %). Incidenteel werden patiënten geplaatst in een verslavingskliniek, beschermd zelfstandig wonen, een pension en de thuislozenzorg.

Met betrekking tot de verschillende voorzieningen kunnen de volgende conclusies worden samengevat:

- Plaatsing in een FPK werd, behalve als het een proefverlofplaatsing betrof, niet als uitstroom in de zin van de eerder genoemde definitie opgevat, omdat de FPK vanuit de Tbs-sektor als een eerste-linjevoorziening moet worden aangemerkt, van een gelijke zwaarte als de Tbs-klinieken.

- Het APZ heeft zich de laatste jaren ontwikkeld tot een belangrijke uitstroomb voorziening voor Tbs-gestelden. De verminderde asielfunctie van het APZ leidt evenwel tot een knelpunt ten aanzien van de uitstroombmogelijkheden.
- Naar het functioneren van de FPA wordt op dit moment vanuit het ministerie van VWS een onderzoek ingesteld, dat medio 1998 zal worden afgerond.³¹⁶ De verwachting is, dat dit onderzoek onder meer inzicht zal geven in het functioneren van de FPA ten behoeve van het Tbs-veld. Gebleken is, dat de ervaringen van de Tbs-klinieken met de FPA niet overwegend positief of negatief zijn. Een en ander blijkt afhankelijk te zijn van de regionale omstandigheden.
- Naar het functioneren van de RIBW in het kader van opname van Tbs-gestelden is een onderzoek ingesteld. In tegenstelling tot de verwachtingen blijkt uit het onderzoek, dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis in het algemeen geen belemmering behoeft te zijn voor een succesvolle plaatsing in een RIBW. Een goede samenwerkingsrelatie, goede voorbereiding van de plaatsingen en deskundigheidsbevordering over en weer blijken belangrijke voorwaarden voor succes te zijn, die in dezelfde mate gelden voor de samenwerking van Tbs-klinieken met ander soorten voorzieningen.
- Het *gezinsvervangend tehuis* blijkt, meer dan werd verwacht, voor een beperkte groep uitstromende Tbs-gestelden beschikbaar te zijn.
- Met de *thuislozenzorg* bestaan er samenwerkingsverbanden, die echter in de uitstroombcijfers niet tot uitdrukking komen. De thuislozenzorg is een laagdrempelige voorziening met een duidelijke structuur en beperkte, maar heldere verwachtingen ten aanzien van het gedrag van de Tbs-gestelde. De verwachting is, dat het gebruik van deze voorzieningen voor een groep Tbs-gestelden met een beperkte sociale inbedding kan worden uitgebreid.
- Enkele klinieken maken gebruik van *zelf ontwikkelde transmurale voorzieningen*. Dit is dan ingekaderd in een totaaltraject, dat de patiënt doorloopt van binnenkomst in de kliniek tot de overgang naar een reguliere voorziening of een zelfstandige leefsituatie.

Het hebben van een wederzijds — materieel of immaterieel — belang voor Tbs-kliniek en vervolgvoorziening is een wezenlijke factor om te komen tot samenwerking. De kwaliteit van samenwerking komt tot uitdrukking in goed afgestemde verwachtingen over en weer, het erkennen van elkaars positie en werkwijze, deskundigheidsbevordering over en weer, een goede voorbereiding van de plaatsing, permanente beschikbaarheid van de kliniek of forensische polikliniek voor overleg en een terugplaatsgarantie in geval van calamiteiten. Met betrekking tot de terugplaatsgarantie kon worden opgemerkt, dat deze door de klinieken wel wordt afgegeven, maar dat door de overbezetting van de Tbs-klinieken op dit moment deze in de praktijk nauwelijks uitvoerbaar is.

Overige betrokken voorzieningen

In de uitstroombfase spelen, naast de Tbs-klinieken en de vervolgvoorzieningen, ook de reclassering, forensisch-psychiatrische poliklinieken en de forensisch-psychiatrische circuits een rol.

- De *reclassering* heeft vanuit de Tbs-wetgeving een formele functie in de uitstroomb. Deze werd bijna geheel door Reclassering Nederland uitgevoerd. Geconstateerd is, dat alle Tbs-klinieken in de uitstroombfase met de reclassering samenwerken. Vanuit de meeste klinieken werd echter de rol van de reclassering als te marginaal omschreven. De communicatie tussen reclassering en Tbs-veld over vraag en aanbod is in de afgelopen jaren onvoldoende gebleken. Dit vond zijn oorzaak in een reorganisatie van de Nederlandse reclassering in 1995, waardoor de werkzaamheden op het terrein van de forensische psychiatrie in onvoldoende mate zijn ontwikkeld en er een kloof is ontstaan tussen de

³¹⁶ Wilken e.a. 1999

door de reclassering gewenste positie en de door de klinieken ervaren en gewenste realiteit. Klinieken hebben veelal de verminderde aanwezigheid van de reclassering gecompenseerd door gebruik te maken van eigen voorzieningen, zoals een brugteam of een forensische polikliniek. Ten behoeve van de facilitering van de fase van beëindiging van de verpleging onder voorwaarden zou naast de expertise van de reclasseringsinstellingen de specifieke deskundigheid van de forensisch psychiatrische poliklinieken op een gelijkwaardig niveau moeten worden aangeboden door deze poliklinieken een reclasseringserkenning te verlenen.

- De *forensisch psychiatrische poliklinieken* bieden een bijna landelijk dekkend gespecialiseerd aanbod aan therapie en training. In een aantal gevallen is de forensisch psychiatrische polikliniek expliciet betrokken in de uitstroomb fase van Tbs-gestelden uit de kliniek. Dit gebeurt zowel op individueel patiëntniveau als in begeleiding en coaching van medewerkers van vervolgvoorzieningen. Het betrekken van de poliklinieken bij de uitstroom heeft als doel het verkorten van de intramurale behandelduur en het faciliteren van de overgang van patiënten van de gesloten behandelsituatie naar een meer vrije leefsituatie. De wijze waarop een en ander wordt vorm gegeven is regionaal verschillend; niet steeds maakt de functie van de polikliniek structureel onderdeel uit van het totale behandeltraject.
- *Forensisch-psychiatrische circuitvorming*, waarin organisaties vanuit de forensische psychiatrie en de algemene geestelijke gezondheidszorg samenwerken, is op diverse plaatsen in het land tot stand gekomen. Er is evenwel nog geen sprake van een landelijk dekkend netwerk van circuits. Ook zijn de circuits los van elkaar ontwikkeld, waardoor per regio een verschillend aanbod is ontstaan. In het algemeen is de functie van de circuits beperkt tot het niveau van consult over individuele patiënten.

Belemmeringen en kansen

De Tbs-klinieken en GGz-voorzieningen zijn in de afgelopen jaren op diverse plaatsen naar elkaar zijn toegegroeid. Toegenomen samenwerking met verschillende soorten GGz-voorzieningen en in forensisch-psychiatrische circuits is daarvan een zichtbaar resultaat. Daarnaast is gebleken, dat er nog verschillende knelpunten, gevoeligheden en negatieve beelden over en weer bestaan, die belemmerend zijn voor verdere ontwikkeling van een efficiënte samenwerking. Deze worden in het verslag aangemerkt als aandachtspunten bij verdere ontwikkeling van de samenwerking.

Verschillen in wetgeving tussen de sectoren justitie en geestelijke gezondheidszorg werden tijdens het onderzoek vanuit de Tbs-klinieken niet als belemmerende factor genoemd. Gezien het gegeven, dat aan planning, afstemming en indicatiestelling binnen en tussen de sectoren deels ook wettelijke regelingen ten grondslag liggen is het mogelijk, dat deze aanleiding kunnen geven tot problemen in de flexibiliteit van de samenwerking. Een nadere toetsing hiervan verdient aanbeveling.

Een belangrijk — door klinieken in samenspraak met het ministerie van Justitie rechtstreeks beïnvloedbaar — punt van aandacht is de zorgvisie van de klinieken. Aan de hand van de verzamelde informatie is als hypothese daarbij geformuleerd, dat naarmate Tbs-klinieken een meer samenhangend zorgbeleid ontwikkelen waarin binnen een geïntegreerde visie behandeling en rehabilitatie hand in hand gaan dit tot een effectievere interne doorstroom en een efficiëntere uitstroom zal leiden, omdat voortdurend de mogelijkheden van en de voorwaarden waaronder een Tbs-gestelde buiten de kliniek kan verblijven worden getoetst. Deze hypothese impliceert, dat er planmatig en procesmatig wordt gewerkt aan de behandeling en dat in relatie hiermee voortdurend de mogelijkheden van externe organisaties worden getoetst en bewerkt om in de behandeling te worden betrokken. Deze wisselwerking zou moeten leiden tot betere prognoses en planning met betrekking tot de te verwachten uitstroom.

Geconstateerd is, dat de aansturing door het ministerie van Justitie op het niveau van de individuele Tbs-gestelde zeer gedetailleerd is. Dit ligt gelet op de wetgeving en gezien de verantwoordelijkheid van het ministerie voor de beveiliging van de samenleving voor de hand. Daarnaast blijkt dat de aansturing van het Tbs-veld als totaal als te gering wordt ervaren. De verantwoordelijkheid van het ministerie voor de efficiency en effectiviteit van de tenuitvoerlegging van de Tbs in totaal zou een strakkere aansturing op planning en kwaliteit van- en verantwoording vanuit het Tbs-veld rechtvaardigen. Indicatoren daarvoor zijn onder meer de in het onderzoek genoemde uitstroombcijfers per kliniek en de geconstateerde gebrekkige samenwerking tussen de Tbs-klinieken.

Daarnaast zou de aansturing van het forensisch psychiatrische veld bevorderd kunnen worden, wanneer de samenwerking tussen de ministeries van Justitie en VWS in het 'permanent overleg' zich zou kunnen vertalen in een kader voor een geïntegreerde zorgvisie op de forensische psychiatrie van beide voor de forensische psychiatrie verantwoordelijke ministers gezamenlijk.

Hoofdstuk 4

Ons kent ons...

Dit hoofdstuk bevat een onderzoek over de stand van zaken ten aanzien van de forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland. In 2001 hebben Wilken en ik een landelijk onderzoek afgerond naar de stand van de circuitvorming in 2000 onder de titel 'Ons kent ons...'. In hoofdstuk 4 zijn de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit dit eerdere onderzoek samengevat. In de eerste plaats worden enkele definities gegeven voor verschillende niveaus van samenwerking waaraan de praktijksituaties zijn getoetst. Op dat moment kon worden geconcludeerd dat de forensische psychiatrie in de loop der jaren geïsoleerd was komen te staan van haar professionele omgeving, maar dat daarin een voorzichtige kentering gaande leek te zijn. Verschillende justitiële en niet-justitiële instellingen trachtten elkaar te vinden al vervulde de Algemene GGz hier slechts incidenteel een voortrekkersrol. Met name het gevangeniswezen, waarin een toenemend aantal psychisch gestoorden verbleef, was in de samenwerkingsverbanden nog maar nauwelijks vertegenwoordigd.

Veel samenwerking werd georganiseerd vanuit persoonlijke betrokkenheid van individuele professionals. De betrokkenheid die hieruit sprak was een sterke kant van de samenwerking, maar ook maakte het de samenwerking kwetsbaar in zijn continuïteit.

Gebleken is dat de samenwerking vooral professionals bij elkaar bracht waardoor men elkaar beter kende en gemakkelijker tot overleg kwam. Over de logistieke processen van plaatsing en overplaatsing van patiënten kon weinig worden gezegd; er werd hiervan geen registratie bijgehouden. Desondanks waren respondenten er in het algemeen van overtuigd dat door de samenwerking sneller oplossingen werden gevonden voor patiënten.

5 jaar na Ons kent ons...

Het tweede deel van het hoofdstuk bevat een literatuuronderzoek naar samenwerking tussen forensische psychiatrie en Algemene GGZ. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan onderzoeken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, samenwerking in de Hofreestsort Arnhem en Den Bosch, gevangeniswezen en GGZ en aan het recent verschenen advies van de Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader, de commissie Houtman genoemd.

Geconcludeerd wordt dat er ten aanzien van de samenwerking in de afgelopen 5 jaar te weinig vooruitgang is geboekt. Het is opvallend dat de forensische sector meer en meer eigen oplossing voor uitstromende patiënten gaat creëren, los van de Algemene GGZ. Daarnaast lijkt het er op dat in de circuitvor-

ming in het bijzonder de Tbs-klinieken weinig te winnen hebben. Overleg in circuitverband betreft voornamelijk moeilijke en/of gestoorde patiënten of cliënten, maar in het algemeen geen Tbs-gestelden die bijten de Tbs-kliniek moeten worden geplaatst.

Vervolgens valt het op dat de commissie Houtman analyses maakt van het veld van de 'zorg in justitieel kader' die weinig nieuws laten zien ten opzichte van jaren eerder uitgevoerde onderzoeken en gemaakte analyses. Onder meer is er volgens de commissie sprake van te weinig capaciteit, samenhang en sturing. De commissie beveelt aan jaarlijks een budget voor justitiegebonden zorg op te nemen op de justitiebegroting. Daarbij is het teleurstellend, gezien de eerdere analyses, dat de commissie er vanuit gaat dat sturing via de financiering tot een beter resultaat zal leiden.

Hoofdstuk 5

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van dossieronderzoek dat ik heb verricht bij het gerechtshof en de Penitentiare Kamer van het gerechtshof in Arnhem. Aanleiding was de vraag van de vice-president van dit hof of er meer Tbs-en worden opgelegd door het disfunctioneren van de GGz. De invalshoek was om te bezien welke hulpverlening vanuit de Algemene GGz was geboden voordat een Tbs aan de betreffende justitiabele werd opgelegd. Het onderzoek leverde onder meer de volgende gegevens op:

Nog betrekkelijk kort geleden was de betekenis van verslaving als stoornis nog niet erkend en verslavingsbehandeling binnen de Tbs-behandeling nog nauwelijks ontwikkeld. Over de betekenis van verslaving bij Tbs-gestelden, voor en tijdens het uitgangsdeldict, maar ook in het kader van recidive is de afgelopen jaren het een en ander aan onderzoeksgegevens bekend geworden. Wanneer verslaving in de voorgeschiedenis aanwezig is, is deze meestal al op jeugdige leeftijd ontwikkeld. Intensief gebruik van alcohol cq. alcoholverslaving is volgens de meest frequent voorkomende vorm van verslaving tijdens het delict, gevolgd door softdrugs. Ruim een kwart heeft volgens deze gegevens harddrugs gebruikt of is daaraan verslaafd. Gokken en medicijnverslaving komen relatief beperkt voor. Ruim tweederde van de populatie is aan één of meer middelen verslaafd of gebruikt intensief. De relatie tussen voorgaand gebruik en het onder invloed zijn gedurende het uitgangsdeldict zeer sterk. Daarnaast blijkt dat door alcoholgebruik van de Tbs-gestelde tijdens de tenuitvoerlegging van de Tbs de kans op recidive tijdens verlof significant toeneemt.

Uit mijn onderzoek blijkt dat de contacten met de GGz, voordat het uitgangsdeldict werd gepleegd, veelal jarenlang hebben geduurd. Dit was deels al bekend vanuit eerder onderzoek. Veel Tbs-gestelden hebben echter te maken gehad met opnames in jeugdinstellingen, met vrijwillige en onvrijwillige opnames in GGz-instellingen dan wel ambulante contacten met GGz-instellingen. Wat daarbij in het algemeen opvalt, is dat bij het afbreken van behandelingen door de Algemene GGz of door de patiënt, voorafgaande aan de Tbs-oplegging, geen of beperkte nazorg wordt gegeven. Terwijl contacten soms jaren duren, opnames plaatsvinden, diagnoses worden gesteld, vaak medicatie wordt verstrekt en de voorgeschiedenis, ook de justitiële, bekend moet worden verondersteld, wordt de patiënt die de behandeling afbreekt niet meer actief benaderd. Een conclusie is dat Tbs-gestelden voorafgaande aan het delict waarvoor de Tbs werd opgelegd in het algemeen veel zorg hebben gekregen maar dat betwijfeld moet worden of dit de juiste zorg was. Vraag en aanbod sluiten niet op elkaar aan en deze patiënten kunnen hierdoor in een klimaat terecht komen waarin zij naar het plegen van een ernstig delict kunnen toegroeien waardoor zij uiteindelijk in de Tbs terecht kunnen komen.

Er is geen eerder onderzoek bekend waarin een relatie is gelegd tussen dergelijke opnames of ambulante contacten met het uiteindelijk plegen van een Tbs-waardig delict. Er is een correlatie tussen de hulpverleningshistorie en delictgedrag. Een causaliteit kon echter (nog) niet worden aangetoond. Wel is het

mogelijk om aan de hand van het onderhavige onderzoek dieper in te gaan op het gebruik van alcohol en drugs (vóór en tijdens het delict) en op de aard van het contact tussen de GGz en de Tbs-gestelde voorafgaande aan diens uitgangsdelict.

De hypothese dat in de Tbs veelal mensen terecht komen die al eerder contact hadden met of behandeld werden in de GGz, en die daarna uit het zicht zijn geraakt van de hulpverlening kon dan ook uit dit onderzoek worden bevestigd. In het licht van deze bevestiging is het zeker begrijpelijk dat samenwerking van het forensische circuit met de Algemene GGz moeizaam tot stand komt, *nadat* patiënten een ernstig delict hebben gepleegd en een Tbs opgelegd hebben gekregen.

Hoofdstuk 6

Dit hoofdstuk bevat een aantal conclusies en aanbevelingen met betrekking tot het geheel van het onderzochte terrein.

Ontwikkelingen in het recht en in de psychiatrie maakten het in het begin van de twintigste eeuw mogelijk mensen die een delict hebben gepleegd en daarnaast gestoord en gevaarlijk zijn voor de omgeving geheel of gedeeltelijk uit te leiden uit het gevangeniswezen. Aanvankelijk gold dit uitsluitend voor hen die geheel ontoerekeningsvatbaar waren. Zij konden worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Later bestond ook de mogelijkheid personen te zien als 'gek en slecht in enige mate'. De psychopatenwetten en de invoering van de Tbr maakte het mogelijk hen in gesloten instituten te verplegen en behandelen. In die zin kan dan ook worden gesteld, dat vanuit deze ontwikkeling de sectoren Tbs, Algemene GGz en gevangeniswezen een gezamenlijk domein vormen; tussen de organisaties binnen dit domein moet regelmatig grensverkeer van patiënten mogelijk zijn.

In de afgelopen decennia zijn de verschillende sectoren uit elkaar gegroeid en was grensverkeer nauwelijks mogelijk. Door de groei, medio jaren '90, van het aantal Tbs-opleggingen ontstond vanuit de Tbs-sektor, het gevangeniswezen en het ministerie van Justitie de noodzaak toegang te verkrijgen tot instelling van de Algemene GGz. Om dit mogelijk te maken werd veel geïnvesteerd in samenwerkingsverbanden en forensische circuitvorming, gericht op een betere patiëntenlogistiek tussen de sectoren.

In de praktijk blijkt het moeilijk om op deze wijze vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen. Circuitvorming, waarvan al rond 1990 werd vastgesteld dat deze zou moeten worden ontwikkeld, blijkt op dit moment te weinig resultaten op te leveren. Nog te veel is samenwerking en patiëntenlogistiek afhankelijk van incidenteel zich voordoende mogelijkheden. Er zijn in het deze studie sterke aanwijzingen gevonden dat circuitvorming aan de uitstroom van Tbs-gestelden vanuit Tbs-klinieken en het gevangeniswezen te weinig bijdraagt. De vraag is ook of er wel sprake is van doelgerichte sturing op deze ontwikkelingen.

Gebleken is dat veel Tbs-gestelden voorafgaande aan de Tbs-oplegging vaak langdurig en intensief contact hebben gehad met de Algemene GGz, verslavingszorg en jeugdzorg. Een van de redenen waardoor de uitstroom vanuit de justitiële instellingen naar de Algemene GGz bemoeilijkt wordt is het gegeven dat deze instellingen moeite blijken te hebben met een groep patiënten die later deels in de Tbs terecht blijkt te komen. Wanneer zij zich niet volgens verwachting gedragen wordt vanuit de organisaties het contact verbroken, soms ook verbreken patiënten zelf het contact, waarna deze instellingen geen dwingend aanbod doen of komende problemen signaleren. Het is vanuit deze bevindingen dan ook de vraag waarom de Algemene GGz-instellingen en andere algemene zorginstellingen bereid zouden zijn patiënten uit de Tbs-klinieken op te nemen, dat wil zeggen: nadat zij een ernstig delict hebben gepleegd en een Tbs hebben opgelegd gekregen.

Vanuit deze bevindingen en conclusies wordt geadviseerd dat de pogingen om tot samenwerking te komen, volgens de huidige beleidslijn van de circuitvorming, te staken. Daarnaast is het nodig om op korte termijn een zorgintensieve voorziening voor langdurige behandeling en chronisch verblijf met een landelijke functie te ontwikkelen om de schade te beperken van patiënten die op dit moment nergens terecht kunnen.

Er is behoefte vanuit de praktijk aan de mogelijkheid om patiënten en cliënten, na afloop van de justitiële titel, nog te kunne blijven begeleiden. Hier wordt voorgesteld een 'civil penal order' als tussenmaatregel in het leven te roepen die in overleg met het OM kan worden uitgevoerd.

Het wordt vervolgens aanbevolen te overwegen om een meldingsplicht in te stellen voor medewerkers van de Algemene GGz wanneer de hulpverlening wordt beëindigd van patiënten met een strafblad en bij de GGz bekend agressief gedrag. Deze patiënten lopen namelijk een groot risico in een klimaat terecht te komen waarin een ernstig delict wordt gepleegd wat kan leiden tot het opleggen van een Tbs.

Ten slotte is het van belang in het verlengde van het voorgaande verder onderzoek te doen naar de vraag in welke mate Tbs-gestelden afwijken dan wel zich onderscheiden van patiënten die wel binnen de Algemene GGz kunnen worden behandeld. Dit kan leiden tot de ontwikkeling van een aanpak die het opleggen van Tbs-maatregelen voorkomt.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Achterberg 1988

G. Achterberg, *Verzamelde gedichten*, Amsterdam, E. Querido 1988

Baan 1957

P.A.H. Baan, Een blik in de toekomst, *Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, gedenkboek 1907 – 1957*, Amsterdam 1957

Baartmans 1999

W. Baartmans, Duaal casemanagement in het Forensisch Psychiatrisch Circuit Ede, *Reclassering 2*, SRN, Den Bosch mei 1999

Beekman & Koenraadt 2002

J.E. Beekman & F. Koenraadt, *Evaluatie. Wet bijzondere opnemng in psychiatrische ziekenhuizen. Deelonderzoek 9: De Wet Bopz in de forensische psychiatrie*, ZonMw, Den Haag 2002

Beyaert 1996

F.H.L. Beyaert, De chronisch psychiatrische patiënt als delinquent, *Sancties*, afl. 3, 1996

Blankstein 1993

J.H. Blankstein, De interne rechtspositie van terbeschikkinggestelden, *Overheid en patiënt*, Gouda Quint, Arnhem 1993

Boschoord 1997

Hoeve Boschoord, *Behandelcentrum Hoeve Boschoord, De opwaartse spiraal*, Boschoord 1997

Bulten e.a. 1992

B.H. Bulten, J. van Limbeek, L. Wouters, P. Geerlings & W. van Tilburg, *Psychische stoornissen in detentie. Een onderzoek naar de prevalentie van psychische stoornissen bij gedetineerden van de Jeugdgevangenis Nieuw-Vosseveld*, Nijmegen 1992

Bulten 1998

B.H. Bulten, *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*, Kluwer, Deventer 1998

Bulten & Dhondt 2000

B.H. Bulten & J. Dhondt, Forensisch gedragskundig onderzoek in het Gevangeniswezen, T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000, Actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Gouda Quint, Deventer 2000

Canton & Van Kordlaar 2003

W.J. Canton & W.F. van Kordelaar, Rapportage pro Justitia. State-of-the-art-artikel, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45 10 2003

Canton 2004

W.J. Canton, *Gerapporteerd... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd*, Breda 2004

Carpay e.a. 2000

M.M.L. Carpay, M.J.A. Hulst & T.F.J.J. van Iersel, Het slechten van de barrières tussen Justitie en Geestelijke Gezondheidszorg, T.I. Oei en M.S. Groenhuisen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000, actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Gouda Quint, Deventer 2000

College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2005

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Evaluatie nieuwe GGz-voorzieningen. Signaleringsrapport, uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Rapportnummer 579, 2005

Commissie Van der Horst 1970

Commissie Van der Horst, *Nota over de terbeschikkingstelling van de regering*, Den Haag 1970

Daniëls & Van Vliet 1991

D. Daniëls & J.A. van Vliet, Met een open deur. Advisering en tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling met aanwijzingen. *Sancties* 3 1991

Derks 1991

F.C.H.Derks, Forensisch-psychiatrische woonbegeleiding, *Maandblad Geestelijke Volkgezondheid*, 1991 p. 1221 e.v.

Doelmatig behandelen 1995

Doelmatig behandelen, *Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening*, Den Haag 1995

Don 2000

H-M. Don, *Casemanagement binnen het Project Domus. De methodiek beschrijving* (niet gepubliceerd), Reclassering Leger des Heils Eindhoven 2000

Dröes 1996

J. Droës, Rehabilitatie en behandeling gaan hand in hand, *Ypsilon Nieuws*, juni 1996

Droës 2000

J. Droës, Wonen en rehabilitatie, Pieters G. en van der Gaag M. (red), *Rehabilitatie strategieën*, Houten/Diegem 2000

Draine & Solomon 1994

J. Draine & P. Solomon, Jail recidivism and the intensity of case management services among homeless persons with mental illness leaving jail, *The Journal of Psychiatry & Law*, 1994 Vol.22, nr. 2 p.245 - 261

Drost 1998

M. Drost, Extramuraal forensisch psychiatrische voorzieningen - een kort overzicht, *Reader Ambulante Psychiatrie in Detentie*, Hoofdstuk 9, Den Haag 1998

Van Emmerik 1985

J.L. van Emmerik, *Tbr en recidive. Een beschrijving van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1974 - 1979*, Staatsuitgeverij, Den Haag 1985

Van Emmerik 1995

J.L. van Emmerik, Kenmerken van ter beschikking gestelden: een follow up, *Sancties*, afl. 5 1995

Van Emmerik 1999

J.L. van Emmerik, De last van het getal. Een overzicht in cijfers van de maatregel Tbs, *Justitiële Verkenningen* Nr. 4 1999

Van Emmerik & Diks 1999a

J.L. van Emmerik & G.J.M Diks, *De terbeschikkingstelling in maat en getal. deel A: Populatiebeschrijving. Een overzicht van 1995 t/m 1997 (concept)*, Dr. F.S. Meijers Instituut, Utrecht 1999

Van Emmerik & Diks 1999b

J.L. van Emmerik & G.J.M. Diks, *De terbeschikkingstelling in maat en getal. deel B: De Tbs-klinieken. Een overzicht van kliniepopulaties (concept)*, Dr. F.S. Meijers Instituut, Utrecht 1999

Van Emmerik & Brouwers 2001

J.L. van Emmerik m.m.v. M. Brouwers, *De terbeschikkingstelling in Maat en Getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995 - 2000*, DJI, Den Haag 2001

Felsö & Theewes 2002

F.A. Felsö en J.J.M. Theewes (2002), *De vraag naar Tbs. Haalbaarheidsstudie naar een voorspelmodel voor de vraag naar Tbs*, WODC, Den Haag 2002

FPK APZ-Drenthe 1997

FPK APZ-Drenthe, *Behandelnota*, Assen 1997

Franke 1990

H. Franke, *Twee eeuwen gevangen. Misdaad en straf in Nederland*, Aula, Utrecht 1990

Gelderlander 2000

De Gelderlander, *Sluiting dreigt voor tbs-kliniek Oldenkotte; directeur ontslagen*, 23.12.2000

Gelderlander 2003

De Gelderlander, *Door falen zorg meer Tbs'ers*, 24.12.2003

GGz-Nederland 2005

GGz-Nederland, *Tbs ter discussie*, Amersfoort 22 augustus 2005

GGz-Nederland & DJI 2005

GGz-Nederland, *Informatie vanuit de voorbereidingsbijeenkomst 'Samenwerking GGz en GW' 24 februari 2005*, Amersfoort 2005

De Goei 1993

L. de Goei (red.), *Aan de andere kant. De grenzen van GGz en forensische psychiatrie*, NcGv Utrecht 1993

Groen & Drost 2003

H. Groen & M. Drost (2003), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht 2003

Groenhuijsen 2000

Forensisch psychiatrisch strafrecht anno 2000. Inleidiende aantekeningen, actualiteit en het bredere perspectief, T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000, actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Gouda Quint, Deventer 2000

De Groot 1997

M.F.M. de Groot, *Nieuwe wetgeving over terbeschikkingstelling*, ministerie van Justitie, Den Haag

De Haas 1997

O.P. de Haas, Het 4-factorenmodel als basis voor de verpleging en behandeling binnen de Dr. S. van Mesdagkliniek, *Psychiatrie en justitiabelen*, Arnhem 1997

Haffmans 1984

Ch.Haffmans, *Terbeschikking gesteld. Geschiedenis, oplegging en executie van een strafrechtelijke maatregel*, Arnhem 1984

Ten Have 1998

M. ten Have, *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1998*, Trimbos Instituut, Utrecht 1998

Ten Have 2004

M. ten Have, *Care Service Use for mental Health Problems in the General Population: Trends and Explanations*, Trimbos Instituut, Utrecht 2004

Haveman e.a. 1986

M.J. Haveman, N.W. Poelijoe en E.S. Tan, *Vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen, Verslag van een landelijk substitutie-onderzoek*, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1986

Hazeu 1988

W. Hazeu, *Gerrit Achterberg. Een biografie*, AP Open Domein nr. 18, Amsterdam 1988

Hilterman 1999

E.L.B. Hilterman, *Tijdens de oefening terug naar af. Een onderzoek naar de voorspelling van recidive door ter beschikking gestelden tijdens verlof*, (doctoraal scriptie) KUN, Nijmegen 1999

Hilterman 2000

E.L.B. Hilterman, *Tijdens de oefening terug naar af. Een onderzoek naar de predictie van ernstige recidive door Tbs-gestelden tijdens verlof*, *Tijdschrift voor criminologie*, jaargang 42/3 2000

Hilterman 2001

E.L.B. Hilterman, *Statische vergelijking van tijdens verlof recidiverende en niet-recidiverende Tbs-gestelden*, *Proces* Nr 7/8 2001

Van Hoek & Mastenbroek-Osté 2000

D.J. van Hoek & J.A. Mastenbroek-Osté, *Visiedocument FPA*, GGz Nederland, Utrecht 2000

Van der Hoevenkliniek 1997

Dr. Henri van der Hoevenkliniek, *Jaarverslag 1996*, Utrecht 1997

Van der Hoevenkliniek 1997b

Dr. Henri van der Hoevenkliniek, *Begroting 1998*, Utrecht 1997

Hofstee 1987

E.J. Hofstee, *Tbr en Tbs. De Tbr in rechtshistorisch perspectief*, Goude Quint, Arnhem 1987

Hutschemakers 1996

C. Hutschemakers, *Beroepenstructuur GGz*, Trimbos Instituut, Utrecht 1996

Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg 1997

Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg, *Modelprocedure 'indicatiestelling in de GGz'*, Utrecht 1997

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Het algemeen toezicht op de justitiële Tbs-inrichtingen in 2000*, IG, Den Haag 2000

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Tbs-klinieken in beweging. Samenvattende rapportage van de algemeen-toezichtbezoeken in 2003 aan de negen Tbs-klinieken*, IG, Den Haag 2003

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2004

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Klinische forensische psychiatrie, brugfunctie of zelfstandig circuit? Rapportage van het toezicht op de forensisch psychiatrische klinieken en de forensisch psychiatrische afdelingen*, IG, Den Haag 2004

Interdepartementale Werkgroep Zorg in Strafrechtelijk Kader 2005

Interdepartementale Werkgroep Zorg in Strafrechtelijk Kader, *Advies Besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader*, ministerie van Financiën, Den Haag 2005

Janssen 1998

M. Janssen, *Dwang in Amsterdam. Eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam'*, Trimbos Instituut, Utrecht 1998

Janssen & Van Beuzekom 1999

M.G.P. Janssen en C.T.W. van Beuzekom, *Behandeling van verslavingsproblematiek bij forensisch psychiatrische patiënten*, Houten 1999

De Jonge & Knol

H. de Jonge en T. Knol, *Passanten in behandeling; mogelijkheden en consequenties. Sancties nr. 3* 2000

Kabinetstandpunt Doelmatig behandelen 1997

Kabinetstandpunt Doelmatig behandelen 1997, ministerie van Justitie, Den Haag

Kelk 1995

C. Kelk, *De plaats van de toerekeningsvatbaarheid in ons strafrecht, Toerekeningsvatbaarheid*, Gouda Quint, Arnhem, p. 15 - 52 1995

Van de Klippe & Van Ginneken 2000

C.J. van de Klippe & P.P.J.N. van Ginneken, *Beheersproblemen bij forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGz*, Trimbosinstituut, Utrecht 2000

Kloek 1968

J. Kloek, *Dialogo met de criminele psychopaat*, Aula, Utrecht 1986

Kolk-Heijne 2000

H. Kolk-Heijne, *Bespreking: Behandelen in de gevangenis van P.C. Vegter, Sancties nr. 3* 2000

Königel 1997

R.J.L.B. Königel, *Netwerk en werkorganisatie voor de hulpverlening aan forensisch psychiatrische cliënten in GGz/justitieverband*, RIAGG Veluwevallei 1997

Kroon 1996

H. Kroon, *Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*, NcGv, Utrecht 1996

Krul-Steketee 1996

J. Krul-Steketee, Ontwikkelingen in de Tbr/Tbs in de afgelopen vijf en twintig jaar, *Trema* nr 9 1996

De Kuiper 1997

H. E. de Kuiper, Schets van de huidige voorzieningen in de forensische psychiatrie, *Gekte in het gevang, verslag van de lezingen gehouden op de najaarsconferentie 1997 van het Trimbosinstituut*, Trimbosinstituut, Utrecht 1997

Van Kuijk & Vegter 1999

Kuijk, Y.A.J.M. van en P.C. Vegter, De Tbs in de rechtspraak, *Justitiële Verkenningen*, 4 99, Den Haag

Kijvelanden 1996

De Kijvelanden, *Jaarplan 1996*, Poortugaal 1996

Van der Laan 2004

G. van der Laan, De metamorfose van de reclassering als teken des tijds, *Proces* 2004/6

Laeven & Van Vliet 2000

A.M.W. Laeven & C. van Vliet, *Behandelduur gemeten. Methodieken voor het berekenen van de gemiddelde behandelduur van Tbs-gestelden*, Utrecht 2000

De Lange 2000

O.R. de Lange, *Beleidsvisie Tbs, een startnotitie*, ministerie van Justitie, Den Haag 2000

Leenaars & De Kuiper 1997

P.E.M. Lenaars & A.M.J. Kuiper (1997), Psycho-medische zorg en het psycho-medisch overleg, T.I. Oei en A.M. van Kalmthout, *Psychiatrie en Justitiabelen*, Gouda Quint, Deventer 1997

Lehnecke 2004

K.M. Lehnecke, *De rol van moeder-zoon symbiose in perversie en zedendelinquentie. Een wetenschappelijke verantwoording over de mogelijke gevolgen van een symbiotische moeder-zoonrelatie die niet door vader wordt beëindigd*, WLP, Nijmegen 2004

Leuw 1993

E. Leuw, *De Tbs met aanwijzing. De toepassing van en professionele oordelen over een strafrechtelijke maatregel*, WODC O&B 127, Arnhem 1993

Leuw 1995

E. Leuw, *Recidive na ontslag uit de Tbs*, Gouda Quint, Arnhem 1995

Leuw 1999a

E. Leuw, *Recidive na de Tbs. Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*, WODC, Den Haag 1999

Leuw 1999b

E. Leuw, Behandelen, E. Lissenberg, S. van Ruller en R. van Swaaningen (red), *Tegen de regels*, Nijmegen 1999

Limburger 1998

De Limburger, *Doorstroom van tbs'ers slecht*, 5 november 1998

Van de Lindt 2000

S. van de Lindt, *Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders*, Assen 2000

Maas 2000

M.C.J. Maas, *Aspecten van de juridische positie van onvrijwillig en vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten* (doctoraalscriptie KUB), Eindhoven 2000

Mastebroek-Osté 2000

J.A. Mastebroek-Osté, *Forensische psychiatrie, positie, uitgangspunten, toekomstvisie*. GGZ Nederland, Utrecht 2000

Van Marle 1996

H.J.C. van Marle, *Gevraagd: een Tbs in beweging*, *Proces* april 1996 p. 71 e.v.

Van Marle 1998

H.J.C. van Marle, *De bedwongen populariteit van de Tbs*, *Recht door de eeuw*, Deventer 1998

Van Marle 2000

H.J.C. van Marle, *Straffen en behandelen: living apart together*, *Tijdschrift voor sociaal pedagogische hulpverlening SPH* 2000 nr. 33

Mesdagkliniek 1997

Dr. S. van Mesdagkliniek, *Divisieplan Maatschappelijke Inbedding*, Groningen 1997

Mesdagkliniek 1997b

Dr. S. van Mesdagkliniek, *Vervagend grensverkeer, eindrapportage van de projectgroep samenwerking RIBW-Groningen en Dr. S. van Mesdagkliniek*, Groningen 1997

Mesdagkliniek 2000

Dr. S. van Mesdagkliniek, *Organisatieplan*, Groningen 2000

Mesdagkliniek 2001

Dr. S. van Mesdagkliniek, *Jaarverslag 2000*, Groningen 2001

Meijersinstituut 1997

Dr. F.S. Meijersinstituut, *Jaarplan 1998*, Utrecht 1997

Ministerie van Financiën 2004

Ministerie van Justitie, *Startnotitie Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*, Den Haag 2004

Ministerie van Financiën 2005

Ministerie van Financiën, *Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*, Den Haag 2005

Ministerie van Justitie 1991

Ministerie van Justitie, *Tbs, een bijzondere maatregel*, Den Haag 1991

Ministerie van Justitie 1994

Ministerie van Justitie, *Rapport van de deelprojectgroep Psychisch gestoorde gedetineerden*, Den Haag 1994

Ministerie van Justitie 1995

Ministerie van Justitie, *Jaarcijfers Tbs 1990 - 1994*, Den Haag 1995

Ministerie van Justitie 1995

Ministerie van Justitie, *Blijvend delictgevaarlijk?, verslagbundel studiedagen Tbs 1995*, Den Haag 1995

Ministerie van Justitie 1996

Ministerie van Justitie, *Jaarcijfers Tbs 1990 - 1995*, Den Haag 1996

Ministerie van Justitie 1996

Ministerie van Justitie, *Feiten in Cijfers*, Den Haag 1996

Ministerie van Justitie 1997

Ministerie van Justitie, *Jaarplan DJI 1997*, Den Haag 1997

Ministerie van Justitie 1997

Ministerie van Justitie, *Feiten in Cijfers*, Den Haag 1997

Ministerie van Justitie 1997

Ministerie van Justitie, *Planning en Control. Kengetallen 1994 tot en met 1996*, Den Haag 1997

Ministerie van Justitie 1997

Ministerie van Justitie, *Vraag en aanbod in de sector Tbs*, Den Haag 1997

Ministerie van Justitie 1998

Ministerie van Justitie, *Rapport van de commissie 'Zorg voor vóórt-durend delictgevaarlijke Tbs-verpleegden'*, Den Haag 1998

Ministerie van Justitie 2000a

Ministerie van Justitie, *Plan van aanpak Toekomst Tbs, de weg naar een effectieve forensische behandeling*, DJI, Den Haag 2000

Ministerie van Justitie 2000b

Ministerie van Justitie, *Toekomst Tbs, de weg naar een effectieve forensische behandeling. Verbetertraject Tbs Terecht, plannen van aanpak van de deelprojecten*, DJI, Den Haag 2000

Ministerie van Justitie 2000c

Ministerie van Justitie, *Brief dd. 15 juni van de Minister van Justitie aan de voorzitter van de Tweede Kamer m.b.t. behandeling van psychisch gestoorden in detentie(5031655/00/DJI)*, Den Haag 2000

Ministerie van Justitie 2000d

Ministerie van Justitie, *Voortgangsrapportage januari 2000 t/m april 2000*, DJI, Den Haag 2000

Ministerie van Justitie 2000e

Ministerie van Justitie, *Plan van aanpak Toekomst Tbs, de weg naar een effectieve forensische behandeling*, Den Haag, DJI 2000

Ministerie van Justitie 2001

Ministerie van Justitie, *Veilig en wel. Een beleidsvisie op de tbs*, Den Haag 2001

Ministerie van Justitie 2001b

Ministerie van Justitie, *Toegang Tbs. Verbetertraject Tbs Terecht*. Den Haag, DJI 2001

Ministerie van Justitie 2004

Ministerie van Justitie, *Concept Anvb betreffende wijziging van het reglement verpleging Ter beschikking gestelden (RvT) en Nota van Toelichting o.a. in verband met proefverlof*, Den Haag 2004

Ministerie van Justitie 2005a

Ministerie van Justitie, *Feiten in Cijfers*, www.dji.nl

Ministerie van Justitie 2005b

Ministerie van Justitie, *Brief aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten Generaal d.d. 25 augustus 2005 naar aanleiding van de Motie Van de Beeten, kenmerk 536768/05*, Den Haag 2005

Ministerie van VWS 1998

Ministerie van VWS, *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999*, Den Haag 1998

Ministerie van VWS 2000

Ministerie van VWS, *Brief dd. 25 augustus 2000 van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal m.b.t. ontslagregeling in de wet BOPZ (GVM/GGz/2087210)*, Den Haag 2000

Mol & Stalman 2000

E. Mol & P. Stalman, *Ketens uit de kast. Netwerkvorming in de forensische psychiatrie*, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 12/2000

Moolenaar & Huijbregts 2003

D.E.G. Moolenaar & G.L.A.M. Huijbregts, *Sanctiecapaciteit 2007; een beleidsneutrale prognose*, WODC O&B 208, Den Haag 2003

Mooij 1998

A. Mooij, *Psychiatrie, recht en de menselijke maat. Over verantwoordelijkheid*, Boom, Amsterdam/Meppel 1998

Mulder & Kroon 2005

C.L. Mulder & H. Kroon, *Assertive Community Treatment, Cure & Care*, Nijmegen 2005

Mulder 1997

E. Mulder, *Plaatsing (ex)Tbs-gestelden, Gekte in het gevang, verslag van de najaarsconferentie 1997 van het Trimbosinstituut*, Trimbosinstituut, Utrecht 1997

Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

Nationale Raad voor de Volksgezondheid *Advies Forensische Psychiatrie en haar Raakvlakken deel 1*, Publikatie 6/'91, Zoetermeer 1991

Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991b

Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Symposium Forensische Psychiatrie: Ver van huis?. Eenzijdige benadering werkt vertekenend*, *Voorraad* 6/7, juni 1991

Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1992

Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Forensische Psychiatrie en haar Raakvlakken deel 2*, Publikatie 15/'92, Zoetermeer 1992

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1991

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), *Aan de andere kant, documentatie voor de najaarsconferentie over de grenzen van GGz en forensische psychiatrie*, Utrecht 1991

Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen 1989

Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen, *Link en leip. Reclassering tussen strafrecht en geestelijke gezondheidszorg*, 's-Hertogenbosch 1989

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen 1991

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen (NVBW) *Forensisch psychiatrische patiënten en de regionale instellingen voor beschermd wonen*, Houten 1991

Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg 1996

Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg (NEVIV), *Justitie en Zorg, een plan van aanpak*, Utrecht 1996

Noorlander 1993

E.A. Noorlander 1993, Verslavingsbehandeling in Tbs-kader, *Overheid en patiënt*, Gouda Quint Arnhem 1993

Noorlander 2000

E.A. Noorlander, Verslavingsbehandeling in een Tbs setting, Voordracht psychiatrisch juridisch gezelschap 6 maart 1999, F. Koenraadt (red.) *Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie*, Gouda Quint, Deventer 2000

Nijdam 1997

J.R. Nijdam, J.R., Forensisch psychiatrische zorg gezien vanuit de GGz, *Sancties*, afl. 5, 1997 p. 284 - 293

Nuy 1998

M. Nuy, *De odyssee van thuislozen*, SWP, Utrecht 1998

Oei 2000

T.I. Oei, De gereguleerde toekomst van Tbs: problemen en oplossingen, *Delikt en Delinkwent* 30, afl. 4 2000

Oei 2004a

T.I. Oei, De ontleding van de forensische psychiatrie door de generalist. Bespreking van het boek Tussen wet en wetmatigheid, *Rechtsgeleerd magazijn Themis*, 165(6), p. 311-316 2004

Oei 2004b

T.I. Oei, Wet en wetmatigheid. De forensische psychiatrie in sociaal perspectief. Bespreking van het boek Tussen wet en wetmatigheid. De forensische psychiatrie in sociaal perspectief, *Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging voor Psycho-analyse*, 7(7), p. 179-183 2004

Oei 2005a

T.I. Oei, De terbeschikkingstelling. Van een bijzondere maatregel tot een gewone maatregel? *Justitiële Verkenningen* 1/2005

Oei 2005b

T.I. Oei, Forensisch psychiatrische aspecten en de 'state of the art' van Pro Justitia rapportage, *Strafblad*, 3, 5, 2005, p. 465-487

Oldenkotte 1997

Oldenkotte, *Jaarplan 1998*, Rekken 1997

Oosterhof e.a. 1999

S.I. Oosterhof (red), *Préklinische interventies bij Tbs-wachtenden in de P.I.* Zwolle. Een evaluatie van het Tenderproject, Utafiti, Nijmegen 1999

Otter & Kaiser 2000

M. Otter & L.H.W.M Kaiser, *Duaal casemanagement: een duale oplossing?* Evaluatieonderzoek forensisch psychiatrisch circuit Veluwe-vallei, de Gelderse Roos, Wolfheze 2000

Over Stromen 1998

Over Stromen 1998, *Interdepartementaal beleidsonderzoek in, door- en uitstroom bij de Tbs*, ministerie van Justitie, Den Haag 1998

Van de Paal e.a. 2001

J.H.C. van de Paal, J.A. van Vliet & H-M. Don, Sociaal uitgesloten. De aanpak van het Leger des Heils, *Justitiële Verkenningen*, Den Haag, augustus 2001

Van Panhuis 1997

P.J.A. van Panhuis, *De psychotische patiënt in de Tbs. Van kwaad tot erger*, Arnhem 1997

Philpse & Verhagen 2000

M.W.G. Philipse & M.F.M. Verhagen, Voor relativering vatbaar. Een reactie op De Ruiter (2000), *De psycholoog*, december 2000

Philipse 2005

M.W.G. Philipse, Stoornis en delictgevaar. Spraakverwarring in de Tbs, *De psycholoog*, september 2005

Plempers 1998

E.M.T. Plempers, *Terug in de maatschappij; plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten in RIBW's*, Verwey Jonker Instituut, Utrecht 1998

Plempers 2001

E.M.T. Plempers, *Ambulante Forensische Psychiatrie. Onderzoek Forensisch Psychiatrische Poli- en dagklinieken*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2001

Pompe & Kempe 1962

W.P.J. Pompe & G.Th. Kempe, Ontstaan, ontwikkeling en toepassing der psychopatenwetten, *Klinisch-psychiatrisch onderzoek van delinquenten*, p. 11 – 49, Assen 1962

Pompekliniek 1997

Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek, *Jaarplan 1998*, Nijmegen 1997

Proces 2004

Proces Nr. 2004/6, *Themanummer Reclassering*, BJU, Den Haag 2004

Provincie Gelderland 2003

Provincie Gelderland, *Geboeide zorg. Ketens bouwen in de forensische psychiatrie. Deelrapport 1*, WZC-reeks, Arnhem 2003

Provincie Gelderland 2004a

Provincie Gelderland, *Geboeide zorg. Ketens bouwen in de forensische psychiatrie. Deelrapport 2*, WZC-reeks, Arnhem 2004

Provincie Gelderland 2004b

Provincie Gelderland, *Reizen in fragmenten. Een rondrit door het forensisch circuit. Verslag van een Forensische Tourtocht op 28 mei 2003*, WZC-reeks, Arnhem 2004

Provincie Gelderland 2004c

Provincie Gelderland, *Circuitvorming in het hofressort Arnhem, 'Forensische Psychiatrie' Verslag conferentie 3 november 2004*, Provincie Gelderland, Arnhem 2004

Provincie Gelderland 2005a

Provincie Gelderland, *Geboeide zorg. Ketens bouwen in de forensische psychiatrie. Deelrapport 3*, WZC-reeks, Arnhem 2005

Provincie Gelderland 2005b

Provincie Gelderland, *Geboeide zorg. Ketens bouwen in de forensische psychiatrie. Deelrapport 4*, WZC-reeks, Arnhem 2005

Raes 1999a

B.C.M. Raes, *Oratio pro domo? De maatregel Tbs, de fundamenten en het gebouw, Justitiële verkenningen 4* 1999

Raes 1999b

B.C.M. Raes, Inleiding, B.C.M. Raes en F.A.M. Bakker (red.), *De psychiatrie in het Nederlandse recht*, Gouda Quint, Deventer 1999

Raes e.a. 2001

B.C.M. Raes, A.G. Miedema & L.J. Paesen, *De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg, Tijdschrift voor Psychiatrie*, januari 2001

Rapportage van de Werkgroep Forensische Zorg 1997

Werkgroep Forensische Zorg, *Het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg*, Den Haag 1997

Commissie Psychiatrische/Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen 1983

Rapport van de Commissie Psychiatrische/Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen, Den Haag 1983

Ridder-Padt 2004

M.S.H. Ridder-Padt, Nieuwe perspectieven voor de aan het strafrecht gerelateerde hulpverlening, *Proces* 2004/6

Roede e.a. 2002

E. Roede, I. Breetvelt & A. Nijssen, *De asielbehoefte voor blijvend gevaarlijke en gestoorde patiënten en delinquenten in Nederland. Kerngegevens blijvend gevaarlijke psychisch gestoorde delinquenten en patiënten*, SCO-Kohnstamm Instituut, Amsterdam 2002

De Ruiter 2000

C. de Ruiter, *Voor verbetering vatbaar* (oratie), Amsterdam, Vossiuspers AUP 2000

Rijksinrichting Veldzicht 1997

Rijksinrichting Veldzicht, *Jaarplan 1998*, Balkbrug 1997

Schepers 2000

P.C.R.M. Schepers, Forensische behandeling binnen een Huis van Bewaring, *Proces* maart/april 2000

Schnitzler 1984

J.G. Schnitzler, *Het forensisch-psychiatrisch ziektecriterium in de civiele rechtspraak en de strafrechtspraak* (oratie), Den Haag 1984

Schoemaker & Van Zessen 1997

C. Schoemaker & G. van Zessen, *Psychische stoornissen bij gedetineerden, een verkennend onderzoek in het Penitentiair Complex Scheveningen*, Trimbosinstituut, Utrecht 1997

De Smidt en Van Emmerik 1994

R.E. de Smidt & J.L. van Emmerik, *Werkzame detentie. Rapport van de deelprojectgroep psychisch gestoorde gedetineerden*, DJI, Den Haag 1994

Smilde 1993

J. Smilde, *Enige opmerkingen over de relevantie van de forensische psychiatrie, Overheid en patiënt. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Gouda Quint, Arnhem 1993

Soetenhorst-de Savornin Lohman 1985

J. Soetenhorst-de Savornin Lohman, *Samenhang in de hulpverlening aan justitie-cliënten*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk 1985

Stegeman 1998

J.H. Stegeman, *Reclasseringsaanbod psychisch gestoorde justitiabelen*, het Sociaal Psychiatrisch Werk, *Reader Ambulante Psychiatrie in Detentie*, Hoofdstuk 10, Den Haag 1998

Stegeman 2000

J.H. Stegeman, *Reclassering, het kompas binnen de forensische psychiatrie*, T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000, actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Deventer 2000

Stegeman 2003

J.H. Stegeman, *Reclasseringtaken voorafgaande aan vonniswijzing*, Hoofdstuk 12 in: H. Groen en M. Drost (red.), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht 2003

Stichting Reclassering Nederland 1996

Stichting Reclassering Nederland, *Gemotiveerd kiezen, Strategisch meerjarenplan 1996-1999*, Den Bosch 1996

Stichting Reclassering Nederland 1997

Stichting Reclassering Nederland, *Notitie Terugkoppeling presentaties (nieuwe) Tbs-wetgeving*, Den Bosch 1997

Stichting Reclassering Nederland 1999

Stichting Reclassering Nederland, *Beleidskader Sociaal Psychiatrisch Werk Stichting Reclassering Nederland*, De Bosch 1999

Stikker 2005

T.E. Stikker, *Handboek wetgeving forensische psychiatrie*, Den Haag Sdu 2005

Stuurgroep Resultaten Scoren 2004

Stuurgroep Resultaten Scoren, *Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen*, GGZ-Nederland, Amersfoort 2004

Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg 2002

Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg, *Erbij horen, commissie Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg*, Amsterdam 2002

Trimbosinstituut 1997

Congresbundel Najaarsconferentie Trimbosinstituut, *Gekte in het gevang. De doorstroom van het gevangeniswezen naar geestelijke gezondheidszorg*, Utrecht 1997

TK 1993 – 1994

Tweede Kamer, *Kamerstuk 23 445, nr. 8*

TK 1994 – 1995

Tweede Kamer, *Kamerstuk 23 445, nr. 9*

TK 1995 – 1996

Tweede Kamer, *Kamerstuk 24 400 VI, nr 20*

TK 2001 – 2002a

Tweede Kamer, *Kamerstuk 24 587, nr. 7*

TK 2001 – 2002b

Tweede Kamer, *Kamerstuk 24 587, nr 75*

Veilig behandeld 2003

Veilig behandeld, *Veilig behandeld in behandelcircuits voor forensische psychiatrie. Positiebepaling en actieplan van Forensisch Psychiatrische Klinieken voor de jaren 2003 – 2008*, Amsterdam, Assen, Eindhoven 2003

Vegter 1999

P.C. Vegter, *Behandelen in de gevangenis*. (oratie), Arnhem 1999

Verhagen & Philipse 1995

M.F.M. Verhagen & M.W.G. Philipse (1995), Het voorspellen van het risico van delicttherhaling in de Tbs, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37/7 1995

Verwey-Jonker Instituut 1997

Verwey-Jonker Instituut, *Evaluatie-onderzoek RIBW's (conceptversie)*, Utrecht 1997

Volkskrant 1998

De Volkskrant, *Ex-tbs'er blijft vaak onnodig lang in kliniek*, 4 november 1998

Volkskrant 2000

De Volkskrant, *Tbs-klinieken na problemen onder de loep inspectie*, 1 augustus 2000

Van Vliet 1989a

J.A. van Vliet, Tbs, proefverlof en recidive. Een reclasseringsvisie, *Proces*, november 1989

Van Vliet 1989b

J.A. van Vliet, Onbegonnen werk?, *Link en leip. Reclassering tussen strafrecht en geestelijke gezondheidszorg*, 's-Hertogenbosch 1998

Van Vliet 1990

J.A. van Vliet, Hulpverleners in samenwerking. Een reclasseringsvisie. *Proces* nr. 3, maart 1990

Van Vliet 2000

J.A. van Vliet, Het omgevingsveld van de Tbs-klinieken, T.I. Oei en M.S. Groenhuisen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000, actuele ontwikkelingen in breed perspectief*, Deventer 2000

Van Vliet 2001

J.A. van Vliet, Tbs-klinieken zijn nog te veel naar binnen gericht, In: *De Gelderlander* 9 januari 2001

Van Vliet 2004

J.A. van Vliet, Tussen welzijn, wet en wetenschap. Over sturing in de reclassering, *Proces* 2004/6

Van Vliet & Wilken 2001

J.A. van Vliet & J.P. Wilken, *Ons kent ons... de praktijk van samenwerking in de forensische zorg*, SWP, Amsterdam 2001

De Vrucht 2000

D.F.R. de Vrucht, *Psychisch gestoorde in detentie. Kenmerken van de groep psychisch gestoorde gedetineerden die bekend zijn bij de psycholoog in de inrichting*, DJI, Den Haag 2000

Wartna e.a. 2004

B.S.J. Wartna, N.J. Baas & E.M.Th. Beenackers, *Beter anders en goedkoper. Een literatuurverkenning ten behoeve van het traject Modernisering Sanctietoepassing*, WODC, Den Haag 2004

Wartna e.a. 2005

B.S.J. Wartna, S. el Harbachi & L.M. van der Knaap, *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*, Boom/WODC, Den Haag 2005

Weijers 2001

I. Weijers, De Misdadiger. Toerekeningsvatbaarheid en behandeling, in: *Met zachte hand. Opkomst en verbreiding van het psychologisch perspectief*, De Tijdstroom, Leusden 2001

Werkgroep Forensische Zorg 1996

Werkgroep Forensische Zorg, *Het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg*, Den Haag 1996

Werkgroep vervolgvorzieningen 1993

Werkgroep vervolgvorzieningen, *Wordt vervolgd...*, Den Haag 1993

Wilken 1994

J.P. Wilken, *Grensgang. De plaats van de Forensisch Psychiatrische Afdeling in het veld van de forensische en reguliere psychiatrie*, Nzi Utrecht 1994

Wilken e.a. 1999

Wilken, J.P., J. Klamer en J Bröker, *Grensstroom. Een onderzoek naar cliëntstromen en kenmerken van forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen in het veld van GGz en Justitie*, Storm, Bilthoven 1999

WODC 1991

WODC, *Justitiële Verkenningen 8 - 91: themanummer Geestelijke Volksgezondheid en Justitie*, Den Haag 1991

Ten Wolde 1997

Anke C. ten Wolde, *Een blik in de spiegel, een samenvatting van het onderzoek naar de vijf SGLVG-behandelcentra in Nederland*, Vledder 1997

Ten Wolde & Van der Zweep 1997

Wolde, Anke C. ten & A. van der Zweep (1997), *Triangel. Een analyse van een samenwerkingsproject voor moeilijk plaatsbare cliënten door RIBW-Drenthe en Hoeve Boschoord*, Vledder 1997

Wolf 1995

J. Wolf, *Zorgvernieuwing in de GGz. Evaluatie van achttien zorgvernieuwingsprojecten*, NcVg, Utrecht 1995

Ykema-Weinen 2005

P. Ykema-Weinen, *Evaluatie werking protocol 'Samenwerking tbs-klinieken en Stichting Reclassering Nederland'*, GTP International BV, Amsterdam 2005

Zwemstra, J.C. 2004

J.C. Zwemstra, *Grensverkeer van forensisch psychiatrische patiënten tussen het justitiële en GGz-domein*, in: *Sancties*, 2004/6

ZAKENREGISTER

aanbodgericht	24, 25, 131, 134		
acceptatieplicht	98, 99		
ADHD	5, 32, 113		
alcoholverslaving	41, 42, 104, 111, 113, 114, 172, 178		
algemeen maatschappelijk werk	49, 50, 62		
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)	24, 25, 30, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58,		
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	35, 39, 61, 98, 99, 147		
ambulantisering	94		
antipsychiatrie	21		
APZ-Drenthe	58, 70, 72, 74, 77, 78, 79, 156, 160		
asielfunctie	14, 16, 57, 79, 80, 81, 103, 105, 130, 159, 175		
Assertive Community Treatment (ACT)	126		
Beginselenwet Verpleging Terbeschikking-gestelden	37, 38, 39, 132, 133, 138, 172		
behandelcultuur	35, 44, 76, 78, 138, 146		
beheers(baarheids)problemen	16, 24, 33, 121, 122, 133		
bemoeizorg	92, 125, 126		
best-practice	96		
Bijzondere Zorg Afdeling (BZA)	31, 32		
BOPZ	13, 14, 21, 22, 35, 37, 38, 40, 98, 130, 131, 132, 133, 172		
Boschoord, Hoeve	69, 71, 76, 77, 155, 156, 157, 158, 165, 167		
bovenregionale samenwerking	29, 50		
brugfunctie	91, 96, 100		
CAD	63, 64, 139		
capaciteitsprobleem	95, 97, 131, 161, 172		
capaciteitsuitbreiding	28, 29, 47, 83, 162		
casemanagement	23, 24, 86, 126		
casemanager	23, 24, 126, 142		
Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing	35, 133, 173		
Centrum voor Maatschappelijke Opvang	5		
Civil Penal Order	125, 180		
cliënttraject	87		
codificatie	17, 18		
College Bouw Ziekenhuis- voorzieningen	92, 94, 123		
Commissie Beleidsvisie Tbs/commissie Kosto	2, 7, 8, 9, 13, 14, 85, 121, 132, 133		
Commissie besturing en financiering van zorg in justitieel kader/commissie Houtman	3, 91, 97, 100, 101, 123, 124, 125, 177, 178		
Commissie Forensisch Psychiatrische Zorg (CFPZ)	64, 65		
consultatieteam	70, 87, 88, 141		
contactfunctionaris Tbs-kliniek	63, 65, 110, 143, 145, 155, 157		
contractrelatie	99		
crisisinterventie	32, 156, 162		
crisisopvang	32, 87, 90		
crossovermeeting	60, 121		
culpa in causa principe	42		
dadergericht strafrecht	18		
delictgevaarlijk	28, 75, 76, 80, 82, 83, 94, 132, 141, 144, 151, 160		
depressieve stoornis	32, 113, 115, 116		
deraillement	103, 119, 125		
detentiefunctie	75, 81, 161		
detentieschade	33		
Diagnose Behandel Combinatie (DBC)	99		
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)	2, 14, 28, 47, 52, 96, 100		
Directie Preventie, Jeugd en Sancties (DPJS)	13, 135		
doding	110		
Domus, project	33, 86		
draaideur/patiënt/probleem	94, 103		
DSM-classificatie	31		
duaal casemanagement	23, 24, 71, 72, 86		
dwangverpleging	15, 37		
Eerste Kamer	97, 98, 191		
eindvoorziening	99		
Erasmusuniversiteit	36		
extramuralisering	14, 16, 130		
factor behandelaar	75, 138		
financiële prikkels	27, 70, 162		
Forensisch Psychiatrisch Netwerk (FPN)	65, 70, 71, 93, 158, 161		

Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA)	27, 29, 54, 57, 58, 69, 86, 91	inrichtingspsycholoog	31, 32, 33, 132
Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD)	4, 32, 33, 86, 89, 90, 92, 118	Inspectie voor de Gezondheidszorg (IG)	10, 28, 35, 37, 39, 91, 100, 138, 173, 177
Forensisch Psychiatrische Eenheid (FPE)	90	Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt)	35
Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK)	15, 29, 39, 54, 58, 71, 86, 89, 91	Interdepartementaal Beleids Onderzoek (IBO)	27, 29, 63
Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (FOBA)	32, 33	interne rechtspositie	38, 39, 40, 81, 94, 172
FPC	23, 24	intramurale behandeling	12, 17, 82, 147, 154, 156, 157
Franse Revolutie	18	jeugdreclassering	93
Gaarshof, de	67, 142, 146, 154	jeugdzorg	93, 104, 111, 119, 124
gedetineerdenpopulatie	30, 32, 172	JJI/TBS	28, 47, 168
Gelderse Roos, de	152	Justitiële Jeugd Inrichting (JJI)	28, 47, 93, 113, 124
gezinsvervangend tehuis (GVT)	50, 61, 138, 157, 174, 175	Justitiële Verslavings Zorg (JVZ)	64, 66, 67, 139
GGz-Nederland	59, 60, 64, 96, 99, 100, 148	Kairos	62, 70, 152
Gogh Instituut, Van grensverkeer	152, 153, 22, 24, 25, 93, 122, 171, 179	Kijvelanden, de	44, 67, 71, 76, 78, 136, 153, 165
groepstherapie	34	krankzinnigengesticht	19
Groot Batelaar	65, 71, 91	Krankzinnigenwet	19, 20, 21, 121, 130
Groot Graffel (Spectrum Gelderland Oost)	145, 146, 147	Leger des Heils	5, 33, 63, 64, 65, 67, 86, 139, 146
Grote Beek, de	44, 58, 71, 73, 78, 79, 158	long-stay	54, 68, 72, 94, 142, 144, 149, 157, 160, 174
handicap	32, 75, 77, 141, 158, 161	medisch noodzakelijke zorg	33
handicapmodel	77, 160	Meijersinstituut, Dr. F.S.	41, 55, 71, 73, 77, 83, 84, 105, 114, 136, 146, 150, 160, 161, 165, 168
herselectie	83, 149, 150, 162, 165	meldingsplicht	126, 180
Hoevenkliniek, Van der	44, 55, 66, 68, 70, 73, 76, 78, 148, 151, 167, 168	Mesdagkliniek	37, 67, 68, 70, 73, 74, 75, 78, 141, 165, 167
Hospital and Community Psychiatry (HCP)	23	modelontwikkeling	85, 123
Hulsen, de	67, 68, 152, 153	motie Van de Beeten	97
IBS	21	Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV)	1, 15, 25, 71, 72, 85, 172
indicatiestelling	4, 5, 26, 27, 28, 29, 32, 50, 65, 69, 70, 71, 72, 83, 87, 99, 138, 139, 176	nazorg	26, 34, 41, 45, 54, 65, 77, 96, 100, 116, 117, 118, 123, 124, 126, 142, 144, 146, 151, 156, 157, 178
Individuele Begeleidings Afdeling (IBA)	32, 41, 93, 94, 131, 132, 172	Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen (NFR)	1
		netwerkvorming	64, 65, 67, 86, 145
		Nieuwe Richting (in het recht)	18, 19
		Oldenkotte	65, 67, 68, 70, 73, 76, 78, 144, 146, 165
		overbezetting	60, 175

Parlementair onderzoek Tbs	3	resocialisatieafdeling	53, 55, 56, 68, 77, 83, 141, 143, 147, 156, 160, 174
pathologie	26, 41, 42, 93, 100, 103, 105, 118, 119, 126	resocialisatiefase	52, 144, 152
Penitentiaire Beginselen Wet (PBW)	40, 95, 95, 132	RIAGG	1, 23, 27, 64, 69, 71, 112, 113, 115, 116, 146, 147, 163
Penitentiaire Kamer	12, 51, 80, 108, 109, 116, 178	RIBW	27, 50, 54, 59, 68, 72, 80, 86, 92, 138, 142, 152, 157, 160, 165, 174, 175
Permanent Overleg (PO)	27, 37, 79, 83, 84, 153, 173, 177	Rijks Psychiatrische Inrichting (RPI)	80
pervasieve ontwikkelingsstoornis		Rijks Universiteit Groningen	36
NOS	5112, 113, 169	Rijksasiel	20
PIJ-maatregel	112, 113, 169	RIO	72, 138
plaatsingssystematiek	85, 96	risicotaxatie	34, 90
Pompekliniek	1, 67, 68, 69, 70, 75, 76, 78, 80, 83, 93, 145, 151, 165	Rümke Groep	150
Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS)	32	SCO-Kohnstamm Instituut	132
preklinisch hulpaanbod	30	SGA-klniek	50
preklinische behandeling	34, 131, 172	SGLVG	4, 5, 71, 116, 117, 145, 155, 156, 157
preklinische interventie	33, 34, 85	Sociaal Psychiatrisch (reclasserings)Werk (SPW)	1, 50, 62, 63, 64, 67, 149, 171
Pro Justitia (PJ) Rapportage	12, 109, 115, 116	Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU)	149, 150, 151
probleembepaling	26, 69, 138	Stichting Philadelpia Zorg	68, 145, 147
probleemonderkenning	138	Stichting Reclassering Nederland (SRN)	63, 64, 67, 110
proefverlof	20, 28, 38, 41, 45, 49, 56, 59, 63, 67, 76, 82, 139, 143, 145, 147, 157, 159, 161, 173	Stopwet	20
Provincie Gelderland	85, 92, 93, 96, 145, 146, 147	strafrechtstoepassing	1, 35, 103, 133, 171, 173
Psychiatrisch Centrum Nijmegen (PCN)	152	Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg	125, 126
psycho educatie	55	Tbr/Terbeschikkingstelling van de Regering	10, 19, 20, 21
Psycho Medisch Overleg (PMO)	32	Tbs-oplegging	7, 8, 9, 11, 16, 27, 36, 47, 55, 85, 103, 106, 109, 110, 111, 112, 117, 126, 130, 178, 179
Psychopathenwetten	20, 121	Tbs-passant	30, 33, 34, 55, 122, 131, 162, 172
psychotici	14, 17, 21, 80, 130, 142, 150, 171	tehuiservaring	16, 104, 112
Raad voor de Kinderbescherming	93, 113	Tender, de	62, 70, 71, 144, 145, 146, 147, 148
Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)	103, 106	Terugdringen Recidive (TR)	34, 96
Rechterlijke Machtiging (RM)	21, 38	terugplaatsgarantie	50, 60, 68, 96
Recidive Inschattings Schalen (RISc)	34	thuisloenzorg	51, 56, 72, 73, 138, 139, 143, 146, 154, 174
recidiverisico	33, 77, 88, 158, 172	Trimbos Instituut	86, 122, 133
reclassering	12, 34, 40, 45, 50, 54, 62, 66, 69, 82, 86, 89, 93, 96, 104, 106, 109, 115, 117, 119, 125, 138, 141, 143, 147, 151, 155, 157, 163, 169, 171, 175	Tweede Kamer	19, 37, 95
Reclassering Nederland (RN)	63, 64, 66, 67, 139, 175	uitgangsdelict	12, 42, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 119, 124, 178, 179
regionalisering	94		
regiovorming	71, 154		
rehabilitatie	23, 58, 60, 74, 76, 77, 78, 154, 157, 160, 161, 176		

vangnetconstructie	92
Veldzicht, Rijksinrichting	65, 67, 70, 76, 78, 82, 83, 144, 165, 167
vermaatschappelijking (van de psychiatrie)	5, 16, 80, 94, 100, 105, 159
Verslavings Begeleidings Afdeling (VBA)	41
verslavingsreclassering	45, 107, 163
verslavingszorg	64, 66, 67, 96, 104, 111, 112, 113, 119, 124, 126, 138, 139, 179,
vervolgplaats	74, 122, 139
vóórtdurend delictgevaarlijk	82
voorwaardelijke veroordeling	1, 20
vraaggericht	23, 132, 134
vrijhedenbeleid	41, 48, 162
warme overdracht	95
Werkgroep Forensische Zorg	30, 33, 57, 64, 95, 96

Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO)	40, 44
Wetboek van Strafrecht	19, 81, 110
Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC)	1, 2, 7, 8, 14, 25, 104, 135, 136
WZV-regio	72
zorgbehoefte	90, 96
zorgniveau	31, 32, 50, 74, 80, 147, 160, 174
zorgproces	126
zorgsystemen	47, 49
zorgtoewijzing	26, 69, 70, 72, 138, 139
zorgvisie	28, 74, 78, 84, 138, 140, 176, 177
zorgwekkende zorgmijder	16, 105, 130
zorgzwaarte	49, 54, 74, 174

PERSONENREGISTER

Achterberg, G.	10, 17, 48	Kaiser, L.H.W.M.	16, 24, 86, 88
Baan, P.A.H.	15, 36	Kempe, G.Th.	17, 18, 19
Baartmans, W.	88, 90	Klippe, C.J.	24, 122, 133
Balkema, J.P.	51, 82	Kloek, J.	10
Ballering, E.M.	136	Knol, T.	34
Beekman, J.E.	133	Koenraad, F.	133
Beuzekom, C.T.W. van	43, 44	Kolk-Heijne, H. van der	33
Beyaert, F.H.L.	54, 66, 80	Königel, R.J.L.B.	24, 88
Blankstein, J. H.	43, 44	Kordelaar, W. F. van	12
Bulten, B.H.	31, 32, 34, 103, 105, 118	Kosto, A.	2, 7, 9, 13, 14, 18, 37, 85
Canton, W.J.	12	Kroon, H.	24, 86, 126
Carpay, M.M.L.	24, 86, 88	Krul-Stekete, J.	20, 21
Daniëls, D.	1	Kuijck, Y.A.J.M. van	10, 11, 95, 103, 125
Derks, F.C.H.	149	Kuijper, A.M. de	31, 32
Dhondt, J.	32, 34	Kuiper, H.E. de	168
Diks, G.J.M.	16, 41, 114	Laan, G. van der	117
Dittrich, B.O.	30, 95	Laeven, A.W.M.	17
Don, H.M.	23, 24, 86, 126	Lange, O.R. de	13, 14, 135
Donker, M.	80	Leenaars, P.E.M.	31, 32
Draine, J.	126	Lehnecke, K.M.	118
Droës, J.	105	Leuw, E.	1, 36, 136
Drost, M.	61, 135,	Lindt, S. van de	92
Emmerik, J.L. van	16, 17, 31, 36, 41, 47, 53, 54, 55, 105, 110, 112, 114, 122, 136	Maas, M.C.J.	21
Erkelens, L.H.	168	Marle, H.J.C. van	17, 21, 23, 36, 37, 80, 82, 103, 119, 135
Felsö, F.A.	104, 105, 119	Mastenbroek-Osté, J.A.	15
Franke, H.	17	Mol, E.	88
Ginneken, P.A.J.N. van	24, 122, 133	Montesquieu	17
Goudsmit, W.	36	Mooij, A.	17, 18, 19, 20
Groenhuijsen, M.S.	2, 122, 123	Moolenaar, D.E.G.	47, 55
Groot, M. de	40, 81	Mulder, C.L.	126
Haas, O.P. de	141	Mulder, E.	28, 151
Haffmans, Ch.	17, 18, 19, 20	Noorlander, E.A.	42, 43, 44, 45, 67, 113
Have, M. ten	16, 36, 104	Nuy, M.	105
Hazeu, W.	10, 17	Oei, T.I.	2, 7, 33, 36, 103
Hilterman, E.L.B.	41, 42, 114, 116	Oosterhof, S.I.	34
Hofstee, E.J.	1, 17	Otter, M.	16, 24, 86, 88
Houtman, W.A.J.J.	91, 97, 101, 123, 124	Paal, J.H.C. van de	33
Huijbregts, G.L.A.M.	47, 55	Pachen, V.	136
Hutschemakers, C.	36	Panhuis, P.J.A. van	31, 105
Janssen, M.	43, 44	Philipse, M.W.G.	6, 36, 118
Jonge, H. de	34	Pinel	18
		Plaisier, J.W.	135
		Plemp, E.M.T.	1, 28, 59, 62, 93
		Pompe, W.P.J.	17, 18, 19

Raes, B.C.M.	15, 16, 25, 105, 136	Verhagen, M.F.M.	36
Rider-Padt, M.S.H.	117	Vliet, C. van	17
Roede, E.	132	Vliet, J.A. van	1, 9, 16, 23, 26, 29, 36, 55, 62, 85, 104, 117, 122, 133
Ruiter, C. de	35, 36	Vries, C. de	168
Schepers, P.C.R.M.	33	Vrugt, D.F.R.	16, 31, 32
Schnitzler, J.G.	15	Wartna, B.S.J.	6
Schoemaker, C.	31	Wiertsema, H.L.	168
Smidt, R.E. de	31	Wilken, J.P.	9, 16, 23, 24, 26, 29, 57, 58, 59, 85, 104, 131, 175
Smilde, J.	1, 15	Wolde, A.C. ten	60, 93, 156, 158
Solomon, P.	126	Wolf, J.	22, 23
Sorgdrager, W.	38	Ykema-Weinen, P	110
Stalman, P.	88	Zaalberg, A.	168
Stegeman, J.H.	63, 66	Zessen, G. van	31
Stikker, T.E.	37	Zweep, A. van der	60, 93, 158
Theewes, J.J.M.	104, 105, 119	Zwemstra, J.C.	93, 94, 95, 100, 123, 125
Tuinen, K. van	79		
Valk, T.J. van der	64		
Vegter, P.C.	32, 33, 40, 41, 95, 103, 118		

DANKWOORD

Ik dank

- Mijn promotor Prof. Dr. T.I. Oei. Hij benaderde mij om het onderwerp van deze studie uit te werken in dit proefschrift en bleef gedurende de afgelopen jaren steeds opgewekt vertrouwen uitstralen in de goede afloop van dit project. Met plezier denk ik terug aan de vele malen dat wij elkaar op verschillende plaatsen troffen en over verschillende onderdelen van deze studie hebben gesproken en hij steeds weer suggesties deed voor verdere studie en onderzoek.
- Mijn promotor Prof. Mr. M.S. Groenhuisen. In een later stadium raakte hij betrokken bij mijn onderzoek. Hij was geïnteresseerd en zeer overtuigd van het belang van het onderwerp van dit proefschrift. Ook hij straalde het vertrouwen uit dat alle onderdelen van deze studie uiteindelijk tot een boek en een promotie zouden leiden.
- Dr. R.C. Hoekstra, destijds afdelingspsychiater op afdeling Noord 3 van de Van Mesdagkliniek met wie ik als afdelingshoofd dagelijks intensief samenwerkte. Hij was geen gemakkelijk mens en zeer omstreden. Maar hij heeft mij veel bijgebracht over het gedrag van de meest eigenaardige patiënten. En hij was er als hij er moest zijn.
- Dr. J. Smilde, die jaren geleden voorzitter was van de commissie Forensische Psychiatrie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Met hem heb ik onder meer in die tijd een aantal keren gesproken over forensische psychiatrie en Algemene GGz. Hij heeft mij zeer geïnspireerd.
- Drs. H.L. Wiertsema, algemeen directeur van de Van der Hoevenkliniek, die op het juiste moment in mijn leven vertrouwen bleek te hebben in mijn capaciteiten. Dat heeft mij geholpen vertrouwen in mijzelf te behouden.
- Drs. J.P. Wilken, onderzoeker en directeur van STORM-rehabilitatie, met wie ik doorgaans in goede harmonie samen in 2000 en 2001 het onderzoek deed naar de samenwerking in de forensische zorg en een waardevol congres over dat onderwerp organiseerde.
- Mr. Y.A.J.M. van Kuijck, onder meer vice-president van het Gerechtshof in Arnhem en Prof. Mr. P.C. Vegter, onder meer voorzitter van de Penitentiaire Kamer, die zeer betrokken zijn bij het onderwerp van deze studie. Zij en hun medewerkers hebben mij gastvrij ontvangen en het mij mogelijk gemaakt om bij het Gerechtshof in Arnhem een dossieronderzoek te doen waardoor een aantal stellingen op het terrein van forensische psychiatrie en Algemene GGz kon worden getoetst.
- De leden van de leescommissie, mevrouw Dr. L.H.W.M. Kaiser (De Gelderse Roos), Prof. Mr. Th. De Roos (Universiteit van Tilburg), Prof. Mr. P.C. Vegter (Radboud Universiteit) en Mr. Dr. M. Otte (Gerechtshof Amsterdam).
- Ingeborg Dagmar. Samen met onze vriend Jacquo van Remmen heb je een paar jaar geleden besloten dat ik dit proefschrift nu toch echt moest gaan schrijven. Het heeft meer tijd gekost en meer van ons gezin gevraagd dan jullie toen hadden kunnen vermoeden.
- Mijn drie zonen, Wouter, Michiel en Bastiaan, die misschien wel te veel met mijn passie voor dit onderwerp zijn geconfronteerd.
- Mijn oud-medewerkers, onder andere van het vroegere SPW-team in Arnhem, die steeds met professionaliteit en een grote mate van creativiteit bijdroegen aan de reïntegratie van vele Tbs-gestelden en andere moeilijke, gestoorde en vaak zeer boeiende cliënten. Ik heb veel van hen geleerd en we hebben veel gelachen.
- Nog vele anderen die ik niet bij naam zal noemen omdat ik dan onrecht zou doen hen die ik vergeet te noemen.

CURRICULUM VITAE

Jaap Adolph van Vliet werd in 1949 geboren in Hilversum als tweede zoon van Jan van Vliet, orthopedagoog en Mr. Adolphina Jakoba Stoppendaal, maatschappelijk werker.

Na de middelbare school studeerde hij maatschappelijk werk aan Academie De Horst in Driebergen en aan de Voortgezette Opleiding in Groningen.

Hij werkte vanaf 1973 in het Algemeen Maatschappelijk Werk in Hoogezand-Sappemeer en in de voogdij en gezinsvoogdij in Groningen. In 1979 begon hij zijn werkzaamheden in de forensische sector, eerst als afdelingshoofd in de Dr. S. van Mesdagkliniek in Groningen en later als bureauhoofd Sociaal Psychiatrisch Werk bij de reclassering in Arnhem.

Van 1997 tot 2001 werkte hij als zelfstandig adviseur en onderzoeker. In die periode was hij onder meer twee jaar als adviseur en secretaris van de Raad van Bestuur betrokken bij de totstandkoming van Forensisch Psychiatrisch Instituut De Rooyse Wissel in Venray en verrichtte hij enkele onderzoeken waarvan er twee deel uitmaken van dit proefschrift.

Sinds 2001 werkt hij bij Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering, achtereenvolgens als unitmanager in Arnhem en Amsterdam en als beleidsmedewerker marketing en kwaliteit.

Daarnaast nam hij in 1990 mede het initiatief tot de oprichting van de Vereniging voor Ambulante Forensische Psychiatrie (AFP), waarvan hij eerst voorzitter en later algemeen bestuurslid was. Hij is redactielid van het tijdschrift voor de strafrechtspleging *Proces* en publiceert regelmatig over onderwerpen op het grensvlak van justitie en zorg.

Bibliotheek K. U. Brabant



17 000 01515982 6