

05/21/2012 14:52 003

168 **Instroom en capaciteit in de tbs-sector**

Onderzoek en beleid

Geregistreerde gegevens en
inzichten van deskundigen

Ed. Leuw



**Wetenschappelijk
Onderzoek- en
Documentatiecentrum**

1998

Exemplaren van dit rapport kunnen schriftelijk worden aangevraagd bij

Infodesk WODC, Kamer H 1418
Postbus 20301, 2500 EH Den Haag
Fax: (070) 3 70 79 48
E-mail: infodesk@wodc.minjust.nl

© 1998 WODC

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

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B 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, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Aan de totstandkoming van dit onderzoek hebben velen hun onmisbare medewerking verleend. Hierbij wil ik allen daarvoor bedanken.

De geïnterviewde deskundigen hebben zonder uitzondering royaal een deel van hun schaarse tijd ter beschikking gesteld en met openhartigheid hun inzichten aan de onderzoeker doen kennen. De begeleidingscommissie heeft veel tijdrovend werk verricht en heeft veel waardevolle suggesties gedaan. De gesprekspartners en de leden van de begeleidingscommissie worden met name genoemd in de bijlagen bij dit rapport. Op deze plek wil ik graag drs. J. van Emmerik voor zijn bijzondere medewerking bedanken. Hij was betrokken zowel bij de begeleidingscommissie als bij de geïnterviewde deskundigen. Daarnaast heeft hij namens het Meijers Instituut ook belangrijk materiaal ten behoeve van dit onderzoek ter beschikking gesteld.

De Districtspsychiatrische Diensten Amsterdam en Den Bosch in de personen van respectievelijk drs. E.E.M. Mol en dr. P.J.A. van Panhuis hebben het mogelijk gemaakt dat kon worden beschikt over geanonimiseerde registratiegegevens. Verder wil ik allen danken van de dienst Justitiële Inrichtingen die ten behoeve van dit onderzoek gegevens hebben opgespeurd en ter beschikking gesteld. Met name wil ik hierbij drs. A.A. van Gemmert noemen. Mijn collega P.P.J. Groen dank ik voor de door hem verrichte analyses van een belangrijk deel van de geregistreerde gegevens.

Inhoud

Gebruikte afkortingen

Samenvatting en conclusie 1

1 Inleiding 9

1.1 Achtergrond van het onderzoek 9

1.2 Indeling van het rapport 11

2 Doelstelling, probleemstelling en onderzoeksopzet 13

2.1 Doelstelling 13

2.2 Probleemstelling 13

2.3 Onderzoeksopzet 15

3 Context en samenhang van het capaciteitsprobleem 17

3.1 Positie van de tbs tussen medische zorg en justitiële repressie 18

3.2 Factoren voor de verklaring van de toenemende vraag naar tbs 18

3.2.1 De ontwikkeling van criminaliteit en 'gekte' 18

3.2.2 De ontwikkeling van selectieprocessen 19

3.2.3 Toedelingsprocessen rond 'gevaarlijke gekte' 20

3.2.4 Autonome en systeem-intrinsieke factoren 21

4 Instroom en capaciteit in historisch perspectief 23

4.1 De ontwikkeling van het schaarsteprobleem 23

4.2 De ontwikkeling van de (relatieve) omvang van de tbs-sector 25

4.2.1 De relatie tussen doelstelling van de maatregel en omvang van de tbs-sector 26

4.2.2 Groei en krimp in de tbs-sector 27

4.2.3 De gegevens 27

4.3 Samenvatting en conclusie 33

5 Een mogelijke toename van het aantal tbs-waardige delicten en delinquenten 35

5.1 De delicten 35

5.2 De delinquenten 37

5.3 Inzichten van deskundigen over de mogelijke toename van tbs-waardige delicten en delinquenten 40

5.4 Samenvatting en conclusie 44

6	De selectieprocessen	47
6.1	Beschrijving en analyse van het selectieproces	47
6.2	De geregistreerde gegevens	49
6.3	Inzichten van de deskundigen over het (justitiële) selectieproces	52
6.3.1	Consensus in het proces van tbs-oplegging	52
6.3.2	De waarde van de tbs voor de rechterlijke macht	53
6.3.3	Mogelijke toename door veranderende selectiecriteria bij tbs-oplegging	56
6.4	Samenvatting en conclusie	58
7	De tbs in relatie tot de GGZ	61
7.1	De geregistreerde gegevens	62
7.1.1	Civiele dwangopname	62
7.1.2	Kenmerken van de tbs-populatie	64
7.2	Meningen van deskundigen over de relatie tussen tbs en GGZ	65
7.2.1	Enkele fundamentele vragen over behandelbaarheid van de tbs-populatie	66
7.2.2	De oneigenlijkheid van 'psychotici' in tbs-inrichtingen	69
7.2.3	De wisselwerking tussen GGZ en tbs: falende preventie	72
7.2.4	Bevordering van de doorstroom uit de (intramurale) tbs	76
7.3	Samenvatting en conclusie	80

Summary 83

Literatuur 85

Bijlage 1: Samenstelling van de begeleidingscommissie 89

Bijlage 2: Respondenten 91

Gebruikte afkortingen

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BIBA	Bijzondere Individuele Begeleidings Afdeling
BZA	Bijzondere Zorg Afdeling
DPD	Districtspsychiatrische Dienst
GM	gevangenismaatregel
BOpz	Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis
FOBA	Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
hvb	huis van bewaring
IBA	Individuele Begeleidings Afdeling
IBO	Interdepartementaal Beleids Onderzoek
ibs	inbewaringstelling
ots	ondertoezichtstelling
ovj	officier van justitie
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
RC	rechter-commissaris
RM	rechterlijke machtiging
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen

05/21/2012 14:52 006

Samenvatting en conclusie

Vanaf 1994 is een ernstig capaciteitsprobleem ontstaan bij de uitvoering van de tbs-maatregel. Ondanks een substantiële uitbreiding van het aantal plaatsen in tbs-inrichtingen is recentelijk het aantal tbs-passanten sterk toegenomen.¹ Hetzelfde geldt voor de gemiddelde wachttijden voor opname in een tbs-inrichting. De capaciteit van de tbs is vanaf 1990 vrijwel verdubbeld tot bijna 800 plaatsen. In dezelfde periode is echter het aantal passanten bijna verzesvoudigd tot 170 personen. De gemiddelde wachttijd is opgelopen tot meer dan een jaar.

De snelle groei van het capaciteitstekort wordt zowel veroorzaakt door een vermeerderde vraag naar tbs als door een afname van het jaarlijkse aantal beëindigingen van de tbs. Met andere woorden, de stagnatie is een gevolg van toegenomen instroom en afgenomen uitstroom. In de laatste jaren is het aantal opleggingen gemiddeld meer dan het dubbele van het aantal beëindigingen van de tbs. Daar komt nog bij dat ook de doorstroom uit de tbs-inrichtingen (naar andere inrichtingen bij een nog lopende tbs) dreigt te stagneren. De intramurale behandelduur binnen de tbs-inrichting is de laatste jaren vrij sterk toegenomen. Wellicht wordt dit mede veroorzaakt door het feit dat tbs-gestelden, ook na een aanvankelijke behandeling in een tbs-inrichting, moeilijk geplaatst kunnen worden in reguliere GGZ-instellingen of binnen ambulante voorzieningen voor zorg en toezicht.

Deze ontwikkeling roept de vraag op of en in hoeverre er, rekening houdend met de wettelijke doelstellingen van de tbs, een overmatig gebruik wordt gemaakt van deze strafrechtelijke maatregel. Volgens een regelmatig gehoorde bedenking zou er sprake kunnen zijn van een oneigenlijk gebruik van de tbs, waarbij Justitie dreigt te gaan dienen als het 'vuilnisvat' van de psychiatrie. De vrees bestaat dat er maatschappelijke problemen op de tbs worden afgewenteld, waarvoor de primair op beveiliging tegen 'gevaarlijk en gestoord' crimineel gedrag gerichte maatregel niet is bedoeld. In het bijzonder zou de maatregel niet zijn bedoeld als een alternatieve toegang tot intramurale psychiatrische zorg voor moeilijk handelbare patiënten.

Allereerst kan binnen historisch perspectief worden gezien of er inderdaad aanwijzingen zijn van een overmatig beroep op de tbs. Gelet op de naoorlogse kwantitatieve trends van de tbr/tbs lijkt hiervan vooralsnog geen sprake, niet in absolute en zeker niet in relatieve aantallen ter beschikking gestelden. De ontwikkeling van de omvang van de tbs-populatie vertoont een golfbeweging. In het begin van de jaren zestig werd een hoogtepunt bereikt, met rond 1500 tbs-gestelden. Daarna daalde het

1 'Passanten' zijn in penitentiaire inrichtingen verblijvende ter beschikking gestelden voor wie nog geen plaats is in een tbs-inrichting.

aantal tbs-gestelden tot een minimum van tussen de 400 en 500 van 1975 tot 1985. Vanaf 1990 neemt het totale aantal tbs-gestelden weer toe tot bijna 1100 op dit moment.

Wanneer rekening wordt gehouden met de ontwikkeling van de aantallen gedetineerden, dan is er gerekend over langere termijn eerder sprake van een duidelijke *afname* van het *relatieve* aantal ter beschikking gestelden. In de jaren vijftig en zestig was meer dan 20% van het totale aantal gedetineerden ter beschikking gesteld. Vanaf 1980 zien we een geheel stabiele relatie waarbij de tbs-populatie 10% à 12% van het totale aantal gedetineerden uitmaakt. Tot dusver kan de recente groei van de tbs-populatie eerder worden gezien als een inhaalbeweging na het (relatieve) laagtepunt in de jaren tachtig, dan als overmatige groei. Wanneer de huidige trend van toename zich gaat voortzetten, dan zou dit uiteraard tot een andere beoordeling kunnen leiden.

De geconstateerde golfbeweging kan allereerst worden verklaard door veranderende definities van de doelgroep en de doelstelling van de tbs. Zowel formele legislatieve veranderingen als veranderende opvattingen in het juridische en forensisch psychiatrische denken spelen hierbij een rol. De aanvankelijke sterke (relatieve) afname van het aantal ter beschikking gestelden was allereerst het gevolg van sterkere (wettelijke) restricties voor de oplegging van tbs. Deze hebben ertoe geleid dat de maatregel in de laatste tien à vijftien jaar vrijwel uitsluitend wordt bestemd voor een meer exclusieve deelpopulatie van strafrechtelijk veroordeelden, i.c. de niet- of verminderd toerekeningsvatbare plegers van ernstige (seksuele) geweldsdelicten. In samenhang met deze aangescherpte toelatingscriteria voor de tbs is de doelstelling van de maatregel sterker toegespitst op beveiliging. En ten slotte wordt, parallel aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, meer prioriteit gegeven aan de rechtspositie van personen die tegen hun wil in verpleging/behandeling worden genomen. De (wettelijk) gedefinieerde doelgroep is kleiner en de (informele) doelstelling van de tbs is minder ambitieus dan enkele decennia geleden het geval was.

Dit alles is relevant voor de historische verklaring van de aanvankelijke sterke afname van de tbs-populatie. De vraag is nu welke factoren mogelijk een rol spelen bij de recente groei van het aantal ter beschikking gestelden, die is opgetreden ondanks de thans bestaande ingeperkte doelgroep en meer restrictieve doelstelling van de tbs.

De oplegging van tbs kan worden gezien als een sociaal proces dat zich afspeelt rond drie kernpunten: de doelstelling van de strafrechtelijke maatregel zoals wettelijk bepaald, de ontwikkeling van het aantal justitiabelen dat in principe voor toepassing van de maatregel in aanmerking komt (i.c. de ontwikkeling van het aantal 'gestoorde geweldplegers') en de selectieprocessen die een rol spelen bij de uiteindelijke oplegging van de maatregel. Logischerwijze zullen veranderende definities en veranderende feitelijkheden met betrekking tot deze drie kernpunten de ontwikkeling van de vraag naar tbs-capaciteit beïnvloeden.

In theorie kan de toegenomen *instroom* (het aantal opleggingen van tbs met last tot verpleging) worden verklaard door:

- een toename van het aantal ‘gestoorde en gevaarlijke’ plegers van (seksuele) geweldsdelicten;
- een verruiming van de criteria voor oplegging van de tbs;
- een grotere selectiecapaciteit in de voorfasen van de tbs-oplegging;
- een vermindering van de niet-justitiële alternatieven voor ‘gestoorde en gevaarlijke’ delinquenten.

De onderzoeksresultaten maken het waarschijnlijk dat de toegenomen instroom primair moet worden verklaard op grond van autonome maatschappelijke processen. Vooral de eerste en de laatste van de bovengenoemde factoren spelen hierbij een rol. Deze factoren worden vooral bepaald door maatschappelijke ontwikkelingen waarop door justitieel beleid weinig invloed kan worden uitgeoefend. Allereerst zijn er tal van aanwijzingen dat (ernstige) geweldpleging in recente jaren sterk is toegenomen. De geregistreeerde criminaliteitsontwikkeling vertoont wat dit betreft een duidelijk beeld. Voor de nabije toekomst is van belang dat vooral het aantal jeugdige geweldplegers een sterk stijgende tendens vertoont. Dit geldt zeker voor de ontwikkeling van het aantal tot intramurale opname leidende jeugdmaatregelen. De voorspellende betekenis van dit gegeven voor de toekomstige vraag naar tbs-capaciteit ligt voor de hand. Volgens de deskundigen hebben voortgaande individualisering, verzakelijking en het wegvallen van integratieve verbanden geleid tot een reële toename van ‘gestoord geweld’ in de samenleving. Een groter aanbod van delinquenten die in principe voor tbs in aanmerking komen, zou dan een vanzelfsprekende en onvermijdelijke consequentie hiervan zijn.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de groeiende instroom en zeker de stagnerende uitstroom mede wordt bepaald door de beperkte geschiktheid van de GGZ om voor ‘lastige’, bedreigende en niet-coöperatieve patiënten preventieve en curatieve functies te vervullen. Enkele deskundigen hebben in dit verband ook gewezen op het ontbreken van adequate signalerings- en interventiesystemen voor gedragsgestoordheid. Wellicht is daardoor in veel gevallen het (tbs-)delict tegelijkertijd de eerste duidelijke indicatie van gestoordheid. De GGZ is primair ingesteld op problemen die als klassieke (psychiatrische) ziekte kunnen worden gedefinieerd, of op zelf-geïndiceerde psycho-neurotische klachten. Zich ontwikkelende gedragsgestoordheid valt buiten deze voor GGZ-interventie meest in aanmerking komende probleemcategorieën.

De beperkte betekenis van de GGZ voor preventie en opvang van ‘gevaarlijk gestoord’ gedrag is daarnaast ook een gevolg van de afgenomen asielfunctie van de intramurale psychiatrie. Zeker voor agerende en niet voor behandeling gemotiveerde patiënten is in de GGZ minder plaats gekomen. Dit heeft tot gevolg dat een betrekkelijk grote groep chronische psychisch gestoorden met meervoudige psychosociale problematiek is ontstaan aan wie geen adequate zorg wordt verleend, of kan worden verleend. Uiteindelijk komt een aantal uit deze groep binnen het justitiële systeem

terecht. Zowel de toename van het aantal 'psychisch gestoorden' in het gevangeniswezen als de toegenomen instroom in de tbs is een reflectie hiervan. De betrekkelijke 'onvermijdelijkheid' van dit proces is waarschijnlijk mede een gevolg van het gegeven dat het justitiële systeem, anders dan de GGZ, niet de (betrekkelijke) vrijheid heeft om onhandelbare gestoorden buiten de deur te houden.

Het onderzoek heeft geen aanwijzingen opgeleverd dat de selectiecriteria voor tbs-oplegging zijn verruimd. Door de deskundigen wordt algemeen ontkend dat bijvoorbeeld sterkere medicaliseringstendensen bij de strafrechtstoepassing zouden leiden tot een groter beroep op de tbs-maatregel. Ook de ontwikkeling van het profiel van de tbs-populatie met betrekking tot de ernst van de gepleegde delicten en de aard van de gestoordheid wettigt bepaald niet de conclusie dat in de laatste jaren 'minder ernstige' gevallen in de tbs worden opgenomen. Verruiming van de selectiecriteria zou betekenen dat 'te lichte' gevallen in de tbs zouden worden opgenomen. Zowel uit inzichten van deskundigen als uit de typering van de tbs-populatie in de afgelopen decennia kan worden opgemaakt dat eerder het tegendeel het geval is. De tbs-populatie is sinds het vorige decennium zowel in omvang als in ernst van de problematiek (in termen van gepleegde criminaliteit en aard van de gestoordheid) toegenomen.

Beheersing van de instroom

Een verklarende factor voor de toegenomen instroom zou ten slotte ook kunnen zijn dat de kenmerken verminderde toerekeningsvatbaarheid en ernstig recidivegevaar meer worden gesignaleerd dan vroeger het geval was. Dit zou het gevolg kunnen zijn van een grotere forensisch psychiatrische selectiecapaciteit in de voorfasen van de tbs-oplegging. Er is inderdaad sprake van een sterk toegenomen signalering van 'psychische gestoordheid' door de in omvang sterk gegroeide Districtspsychiatrische Diensten. Overigens heeft de groei van de Districtspsychiatrische Diensten gelijke tred gehouden met de groei van het totale detentie-apparaat. Volgens de deskundigen heeft de in absolute zin sterk toegenomen forensisch psychiatrische selectiecapaciteit op zichzelf waarschijnlijk niet tot meer tbs-opleggingen geleid. Bij tbs gaat het immers vrijwel altijd om vrij extreme en opvallende delicten en delinquenten. Aangenomen wordt dat dergelijke gevallen ook zonder een uitgebreid en gevoelig registratiesysteem voor psychische gestoordheid niet onopgemerkt blijven.

Met betrekking tot de instroom in de tbs lijkt een duidelijke conclusie mogelijk. De toegenomen instroom is het gevolg van toegenomen 'gestoord geweld' in de samenleving en van de beperkte preventieve/curatieve rol die de GGZ speelt (kan spelen) met betrekking tot gedragsgestoordheid. Wanneer de thans geldende (wettelijke) doelstellingen van de tbs-maatregel niet worden herzien, bijvoorbeeld door aanscherping van de selectiecriteria voor tbs-oplegging, dan valt op afzienbare termijn ook geen trendmatige vermindering van het aantal opleggingen te verwachten. Hierbij speelt ook een rol dat uit het onderzoek een sterke consensus in het proces

van tbs-oplegging naar voren komt. Vooral de rechters lijken sterk te hechten aan de beschikbaarheid van de tbs-maatregel om het dilemma tussen de proportionaliteit van de op te leggen straf en de noodzakelijk geachte beveiliging van de maatschappij te kunnen opheffen. Dit alles betekent dat er waarschijnlijk een geringe bereidheid bij de magistratuur zal bestaan om bij de oplegging van tbs rekening te houden met het bestaande tekort aan capaciteit voor de tenuitvoerlegging van de maatregel. Binnen het thans bestaande wettelijke kader van de tbs-maatregel lijken er in elk geval op kortere termijn weinig reële mogelijkheden te bestaan om de instroom in de tbs te beperken. De toegenomen vraag naar tbs kan worden begrepen als een product van drie factoren:

- de ontwikkeling van het aantal 'gevaarlijk gestoorde' geweldplegers;
- de beperkte preventieve/curatieve betekenis van de GGZ op dit gebied;
- de behoefte van de magistratuur om te beschikken over de tbs-maatregel.

Eerstgenoemde factor heeft sterk het karakter van een autonome maatschappelijke ontwikkeling. De beide andere factoren liggen sterk verankerd binnen de bestaande justitiële en volksgezondheidsinstituties.

*Uitgaande van de bestaande wettelijke doelstelling van de tbs-maatregel is de instroom in de tbs dus waarschijnlijk moeilijk beheersbaar. Dit maakt een adequate prognose van noodzakelijke tbs-capaciteit op middellange termijn des te belangrijker. De acute frictie tussen vraag naar en aanbod van tbs-capaciteit komt naar voren in het recentelijk toegenomen aantal tbs-passanten. Met betrekking tot de oplossing van dit capaciteitsprobleem dient rekening te worden gehouden met een moeilijk te vermijden traagheid die optreedt bij de aanpassing van het aanbod aan hoogwaardige specialistische voorzieningen aan een snel toegenomen vraag. Dit zou vooral consequenties moeten hebben voor de prognose van instroom en benodigde capaciteit op middellange termijn. De in het onderzoek naar voren gekomen verklaringen van de toegenomen instroom onderstrepen het belang van het mede hanteren van *inhoudelijke* factoren voor de prognose van noodzakelijke tbs-capaciteit. Met name de ontwikkeling van 'tbs-achtige' jeugdcriminaliteit en de ontwikkeling van de oplegging van jeugdmaatregelen zijn waarschijnlijk belangrijke variabelen voor de voorspelling van de toekomstige instroom in tbs. Het zou dan ook zeker sterke aanbeveling verdienen om prognoses van toekomstige capaciteitsbehoefte niet langer uitsluitend te baseren op bestaande trends in de oplegging en uitvoering van de tbs.*

Beheersing van de doorstroom en de uitstroom

Zoals gezegd, is de (waarschijnlijk moeilijk beheersbare) instroom in de tbs slechts één van de oorzakelijke factoren van het capaciteitsprobleem. Het is aannemelijk dat er op het gebied van de *uitvoering* van de tbs-maatregel veel meer mogelijkheden liggen voor beheersing van het capaciteitsprobleem. In het onderzoek is gebleken dat het tekort aan tbs-capaciteit in belangrijke mate mede wordt bepaald

door een sterk stagnerende doorstroom en uitstroom uit de (intramurale) tbs. De intramurale behandelingsduur is de laatste tien à vijftien jaar voortdurend toegenomen. Er kan worden aangenomen dat de grotere beveiligingsproblematiek ten gevolge van de 'zwaarder' wordende tbs-populatie hierbij een rol speelt. Uit vrijwel alle gesprekken met deskundigen blijkt bovendien dat er grote problemen bestaan bij de toegankelijkheid van alternatieve zorg- en begeleidingsmogelijkheden buiten het justitiële forensisch psychiatrische kader. Op deze punten liggen wellicht de meeste beleidsmogelijkheden voor het verminderen van de capaciteitsproblemen in de tbs. Dit zou voornamelijk zijn te bereiken door beperking van de (intramurale) behandelduur en door het vergroten van de tenuitvoerlegging van de tbs binnen de (reguliere) GGZ.

Enkele respondenten hebben gewezen op de noodzaak om het structurele langetermijndenken bij de intramurale behandeling binnen de tbs-instellingen te doorbreken. Dit zou bijvoorbeeld een omslag vergen in de behandelingsfilosofie waarbij eerder wordt ingezet op een pragmatisch 'handicapmodel' (het leren leven met de tekorten van de persoonlijkheid en het leren beheersen van de daarmee gepaard gaande risico's) dan op het meer ambitieuze 'groeimodel'. In dit verband wordt ook de vraag gesteld naar de mogelijkheid om behandeling te beëindigen indien er na een bepaalde termijn van behandeling geen vooruitzichten op succes zijn.

De discussie over capaciteitsproblemen van de tbs-instellingen staat de laatste tijd sterk in het teken van de vraag of een toenemend aantal ter beschikking gestelden niet 'net zo goed' in andere setting zou kunnen zijn opgenomen. Volgens velen geldt dit in elk geval voor de (beperkte) groep van ter beschikking gestelden bij wie geen grote beveiligingsproblemen een rol spelen. Het gaat dan met name om een aantal partner- en kinderdoders.

De belangrijkste aanleiding voor genoemde discussie is echter het in de laatste tien à vijftien jaar sterk toegenomen aantal tbs-gestelden met psychotische kenmerken. Een gangbare redenering gaat uit van het gegeven dat op dit moment ongeveer één derde deel van de tbs-populatie als 'primair psychotisch' wordt aangemerkt. Primair psychotische patiënten zouden in wezen niet binnen tbs-inrichtingen thuishoren, omdat deze instellingen per traditie vooral zouden zijn gericht op de behandeling van verminderd toerekeningsvatbare persoonlijkheidsstoornissen. De primair psychotherapeutisch en sociotherapeutische aanpak voor deze categorie patiënten wordt geacht minder geschikt te zijn voor patiënten met een 'psychotische' problematiek.

Uit het onderzoek is gebleken dat vooral op dit punt zeer uiteenlopende inzichten bestaan. Volgens sommigen zouden primaire psychotici na een korte periode en na goede instelling op medicatie zonder bezwaar kunnen doorstromen. Volgens anderen is dit niet mogelijk omdat er bij veel, wellicht de meeste, 'psychotische' tbs-gestelden ook symptomen van persoonlijkheidsstoornis aanwezig zouden zijn. Uit registratiegegevens van het Meijers Instituut blijkt dit inderdaad het geval te zijn. Er is vrijwel altijd sprake van meervoudige psychosociale problematiek, die

vaak mede wordt bepaald en verder gecompliceerd door verslavingsverschijnselen. Hierdoor zouden bij het primair 'psychotische' deel van de tbs-populatie na (medische) behandeling van de psychotische symptomen vaak gedragsproblemen verschijnen. Vooral om deze reden zouden ook de primaire psychotici binnen de tbs niet eenvoudig kunnen doorstromen naar een reguliere GGZ-instelling. Agerende patiënten veroorzaken beheersproblemen binnen de instellingen en vergen een specialistische benadering.

Om betere doorstroming en daarmee een kortere intramurale behandeling binnen de tbs-inrichting mogelijk te maken, zou waarschijnlijk meer forensisch psychiatrische specialisatie binnen de GGZ noodzakelijk zijn. Meer forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen zouden een oplossing kunnen bieden. Daarnaast zouden meer extramurale opvang-, begeleidings- en toezichtsvoorzieningen beschikbaar moeten zijn, zoals 'beschermd wonen'. Deze voorzieningen zouden in het verlengde van de tbs-inrichtingen kunnen worden georganiseerd en uitgebouwd. Bij de hoog gestelde doelstellingen van de tbs-maatregel in combinatie met een maatschappelijke ontwikkeling die kennelijk veel 'gestoord geweld' oplevert, lijkt verdere uitbouw van forensisch psychiatrische voorzieningen moeilijk te vermijden. De vraag blijft in hoeverre daarbij de bestaande grenzen tussen het justitiële en het volksgezondheidskader behouden moeten blijven.

Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

De tbs met last tot verpleging dient volgens de wettelijke bepalingen te worden uitgevoerd in een daartoe aangewezen tbs-inrichting. Vanaf het begin van de jaren negentig manifesteert zich voor deze inrichtingen een toenemend capaciteitstekort, dit ondanks een gelijktijdige sterke groei van het voorzieningenniveau. Eind jaren tachtig waren in dergelijke inrichtingen circa 420 tbs-plaatsen beschikbaar. Sindsdien is de capaciteit van deze gespecialiseerde forensisch psychiatrische voorziening met ruim 85% toegenomen tot bijna 800 plaatsen in 1997 (Ministerie van Justitie, 1997a).

De frictie tussen aanbod van en vraag naar tbs-capaciteit komt het meest klemmend naar voren in het aantal tot een tbs veroordeelde personen van wie de terbeschikkingstelling is 'gaan lopen', maar voor wie geen plaats is binnen een tbs-inrichting. Meestal gaat het om veroordeelden die het strafgedeelte van een gemengd vonnis (gevangenisstraf met tbs) achter de rug hebben. Het kan ook zijn dat de rechter geen gevangenisstraf, maar uitsluitend terbeschikkingstelling heeft opgelegd. In beide gevallen wordt de detentie dan in wezen niet (langer) gelegitimeerd door de opgelegde vrijheidsstraf. Aan de detentie ligt op dat moment een andere status ten grondslag. De gedetineerde wordt 'bewaard' tot het moment dat zijn verpleging/behandeling in een tbs-inrichting een aanvang kan nemen. In dergelijke gevallen wordt gesproken van tbs-passanten.

Eind jaren tachtig wachtten gemiddeld ongeveer 30 tbs-gestelden in een reguliere detentie-inrichting op opname in een tbs-inrichting. Inmiddels is dit aantal bijna verzesvoudigd en bedraagt het meer dan 170 personen (Ministerie van Justitie, 1997b). Daarnaast is ook de gemiddelde wachttijd per passant in dezelfde periode sterk toegenomen, tot langer dan een jaar.

De vraag naar tbs-capaciteit wordt mede, maar in veel mindere mate, bepaald door veroordeelden die op andere titel dan tbs-oplegging door de rechter voor opname in aanmerking komen. Primair gaat het dan om niet tot tbs veroordeelde personen bij wie zich gedurende de tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf ernstige psychische gestoordheid in combinatie met beveiligingsproblematiek voordoet. Deze veroordeelden komen ex art. 120 GM in aanmerking voor opname in een tbs-inrichting. De onmogelijkheid van plaatsing in een tbs-inrichting kan hier vooral leiden tot een beheersprobleem binnen de reguliere detentie-inrichting.

Naast het genoemde rechtmatigheidsprobleem zijn er ook andere negatieve consequenties verbonden aan het niet ten uitvoer kunnen leggen van de tbs. In veel gevallen verlenen de aard van het delict en de persoon van de veroordeelde een

klemmende urgentie aan de noodzaak van het doen aanvangen van de forensisch psychiatrische behandeling. In het recente verleden hebben vele passanten er (middels hun advocaten) op aangedrongen om de behandeling daadwerkelijk te starten. In enkele gevallen heeft dit geleid tot formele klachten bij de rechtbank of de Nationale Ombudsman. In het afgelopen jaar hebben enkele passanten in kort geding met succes een schadevergoedingsregeling afgedwongen. De Nationale Ombudsman heeft in 1996 een Openbaar Rapport uitgebracht waarbij een conclusie is bereikt ten aanzien van elf klachten over de niet-tijdige tenuitvoerlegging van de tbs. De Nationale Ombudsman beoordeelde in alle gevallen de klachten als gegrond en doet daarbij de volgende aanbevelingen:

- betrouwbaardere prognoses en op basis daarvan adequate capaciteitsuitbreiding;
- snelle effectuering van de noodzakelijk capaciteitsuitbreiding;
- schadebeperkende maatregelen ten aanzien van de groep passanten.

Het capaciteitstekort heeft aldus geleid tot een tamelijk geruchtmakend maatschappelijk probleem. Enerzijds valt het niet eenvoudig uit te leggen dat aan plegers van over het algemeen afschuwwekkende geweldsdelicten een financiële vergoeding wordt uitgekeerd. Anderzijds is ook duidelijk geworden dat sommige passanten sterk lijden onder het uitstel van hun opname ter behandeling. recentelijk hebben zeker twee passanten in detentie zelfmoord gepleegd. In beide gevallen is het uitblijven van behandeling als motief voor de suicide gegeven. Afgezien van dergelijke dramatische gevolgen wordt veelal ook gevreesd dat langdurig uitstel een negatief effect kan hebben op de behandelingsmogelijkheden.

De nu bestaande probleemsituatie met de tenuitvoerlegging van de tbs roept een aantal vragen op. Van fundamentele aard is de vraag in hoeverre een overmatig of mogelijk zelfs oneigenlijk gebruik van deze meest verreichende strafrechtelijke sanctie wordt gemaakt. Dit zou betekenen dat de tbs vaker wordt opgelegd dan gezien de (wettelijke) criteria en doelstellingen van de maatregel gerechtvaardigd is. Zo wordt de laatste tijd vanuit het justitie-apparaat soms de bedenking gehoord dat de tbs is gaan fungeren als 'het vuilnisvat van de psychiatrie'. Hiermee wordt bedoeld dat fundamentele maatschappelijke problemen zouden worden afgewenteld op 'justitie', een institutie die niet is bedoeld en ook niet bij machte is om adequate oplossingen te bieden voor ernstige psychosociale problemen in de samenleving. Bovengenoemde vraag naar de betekenis van de groei van het aantal tbs-opleggingen kan worden herleid tot een aantal concretere vragen. Deze hebben vooral betrekking op:

- de ontwikkeling van criminaliteit;
- de ontwikkeling van 'gevaarlijke gestoordheid';
- selectiecriteria;
- selectieprocessen;
- de in de maatschappij aanwezige alternatieven om 'gevaarlijk gestoord' gedrag te voorkomen en te beheersen.

De problematiek van (mogelijk overmatige) instroom in de tbs vormt een belangrijk onderdeel van het meer algemene capaciteitsprobleem in de tbs. Het capaciteitsprobleem kan worden begrepen als het resultaat van de vraag naar en het aanbod van tbs-voorzieningen. Instroom is daarbij niet meer dan één van de bepalende elementen. De betekenis van instroom voor het capaciteitstekort wordt bijvoorbeeld gerelativeerd naarmate minder mogelijkheid bestaat om tbs-gestelden op acceptabele wijze uit de tbs-instellingen te laten vertrekken.

1.2 Indeling van het rapport

Het rapport gaat in op alle aspecten van het capaciteitsprobleem. Het poogt een analyse te zijn van een in de laatste vijftien jaar toegenomen instroom in de tbs. Maar ook van de in dezelfde periode toegenomen behandelduur. Bij dit laatste punt komt de vraag naar de rol van andere voorzieningen – binnen de GGZ en het binnen het maatschappelijk werk – aan de orde.

In hoofdstuk 2 worden allereerst de probleemstelling en de gehanteerde onderzoeksmethoden gespecificeerd. In hoofdstuk 3 wordt een analytisch kader geschetst voor de samenhang en de mogelijke verklaringen van de verschillende elementen van instroom in en capaciteit van de tbs. Het belangrijke onderscheid tussen justitie-intrinsieke en autonome factoren voor de verklaring van instroom en capaciteit komt hierbij aan de orde.

De mogelijk overmatige aanwending van de tbs-maatregel kan alleen zinvol worden vastgesteld binnen de (historische) context van het totale strafrechtelijke systeem. In hoofdstuk 4 wordt daarom onderzocht in hoeverre de tbs-sector in vergelijking met de ontwikkelingen in het totale justitiële systeem, meer dan proportioneel is toegenomen.

In de hoofdstukken 5 en 6 ligt de nadruk op de verklaring van de (recente) ontwikkeling van de instroom in de tbs. Allereerst gaan we in op de vraag of en in hoeverre de toegenomen instroom kan worden verklaard door een mogelijke groei van de populatie van delinquenten die potentieel in aanmerking komt voor tbs-oplegging. In paragraaf 5.1 wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van ‘tbs-waardige’ delicten. We bezien in hoeverre er aanwijzingen zijn dat in de laatste decennia de delicten waarvoor tbs normalerwijze wordt opgelegd, in aantal zijn toegenomen; in paragraaf 5.2 doen we hetzelfde met betrekking tot de ontwikkeling van tbs-waardige delinquenten.

In hoofdstuk 6 komen de tot de oplegging van de maatregel leidende selectieprocessen aan de orde. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan een mogelijke verruiming van de criteria voor tbs-oplegging en aan een mogelijk toegenomen instroom ten gevolge van de uitbreiding van selectiecapaciteit in de voorfasen van de tbs-oplegging. Zowel de toenemende instroom als een eventuele stagnerende doorstroom en uitstroom zijn mogelijk een gevolg van de relatie tussen ‘volksgezondheid’ en ‘justitie’. De hiermee samenhangende vragen komen in hoofdstuk 7 aan de orde.

Doelstelling, probleemstelling en onderzoeksoptzet

De aanleiding voor het onderzoek wordt gevormd door de capaciteitsproblemen voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel, die in de laatste tien jaar steeds verder zijn toegenomen. Geconstateerd wordt dat enerzijds het aantal opleggingen van de tbs een stijgende lijn vertoont en dat anderzijds de gemiddelde behandelduur in tbs steeds langer lijkt te worden. Tot op zekere hoogte zijn dit onvoorziene ontwikkelingen. Volgens eerdere prognoses van het ministerie van Justitie zou er de laatste jaren van dit decennium een evenwicht van vraag en aanbod in de tbs-sector zijn bereikt (Nationale Ombudsman, 1996 p. 55). In het onderzoek wordt getracht deze problematiek gedetailleerder en binnen een (historische) context te beschrijven en zo mogelijk te verklaren.

2.1 Doelstelling

Getracht zal worden om op basis van de uitkomsten van dit onderzoek verklaringen te geven voor de ontwikkeling van het capaciteitstekort in de tbs-sector. Daarbij zal vooral worden gekeken naar de recente toename van het aantal tbs-opleggingen. Daarnaast wordt getracht om enige conclusies te bereiken met betrekking tot de vraag in hoeverre de capaciteitsproblematiek kan worden opgelost door:

- uitbreiding van de forensisch psychiatrische capaciteit, inclusief die van tbs-inrichtingen;
- selectievere oplegging van de tbs-maatregel;
- bevordering van de doorstroom of uitstroom uit de (intramurale) tbs.

Ten slotte zal worden gezien of op basis van de onderzoeksresultaten enige aanbeveling kan worden gedaan voor de verbetering van de prognose van de op middellange termijn noodzakelijke tbs-capaciteit.

2.2 Probleemstelling

Centraal staat de vraag of de toegenomen instroom het gevolg is van veranderingen binnen het justitiële systeem zelf, of dat er meer tbs wordt opgelegd ten gevolge van maatschappelijke ontwikkelingen die buiten het justitiële systeem liggen.

In het eerste geval kan worden gedacht aan veranderende selectieprocessen bij de oplegging van tbs. In het laatste geval zou de toename van de vraag naar tbs eerder worden verklaard door een toename van het aantal delicten en delinquenten waarvoor de tbs primair is bedoeld.

05/21/2012 14:52 013

Voor de analyse van het capaciteitsprobleem is naast de instroom ook de doorloop-snelheid binnen het tbs-systeem van belang. Om deze reden worden in dit onderzoek ook aspecten van de doorstroom en de uitstroom uit de tbs betrokken. Onder uitstroom verstaan we de beëindiging van de (intramurale fase) van de tbs en onder doorstroom wordt verstaan de (intramurale) voortzetting van de tbs binnen een andere institutionele setting. Uitstroom is aan de orde indien tbs-gestelden de kliniek verlaten omdat de tbs-maatregel is opgeheven of omdat er proefverlof is verleend. Van doorstroom is sprake wanneer de tbs binnen een andere setting dan de tbs-inrichting wordt voortgezet.² Hierbij kan worden gedacht aan de volgende voorzieningen:

- (gesloten) intramurale voorzieningen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), zoals een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) of Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA);
- *halfway settings*, zoals bij een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) of soortgelijke voorzieningen van de tbs-inrichting zelf.

Doorstroom en uitstroom uit de tbs zijn sterk afhankelijk van de toegankelijkheid van GGZ-instellingen. Om deze redenen heeft de probleemstelling van dit onderzoek ook betrekking op de relaties tussen de GGZ-sector en de tbs-sector. Tot op zekere hoogte is de toegankelijkheid van GGZ-instellingen voor 'gevaarlijke en gestoorde' delinquenten ook bepalend voor de instroom in de tbs. De tbs-maatregel is bedoeld voor plegers van ernstige delicten die op basis van 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' 'verminderd of ontoerekeningsvatbaar' worden verklaard en bij wie een reëel gevaar voor recidive wordt verondersteld. Dit betekent dat in principe zowel de GGZ als justitie verantwoordelijk kunnen zijn voor de zorg-, behandelings- en beveiligingsfuncties ten aanzien van deze groep. Tbs-gestelden waren vaak al eerder patiënten bij de GGZ en na de tbs krijgen ze vaak opnieuw met de GGZ te maken. Voor de verklaring van ontwikkelingen in de tbs-sector dienen daarom ook de ontwikkelingen bij de GGZ in aanmerking te worden genomen.

Bovenstaande in aanmerking genomen worden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd.

- In hoeverre is (in historisch perspectief) sprake van 'overmatige' groei van de tbs-sector binnen het justitiële systeem?
- Hoe heeft zich in de afgelopen decennia de instroom, doorstroom en uitstroom ontwikkeld?
- In hoeverre kan de toegenomen instroom worden verklaard door veranderende selectieprocessen bij de oplegging van tbs?

2 Deze doorstroom geschiedt binnen het wettelijke kader van een proefverlof.

- In hoeverre kan de toegenomen instroom worden verklaard door een (relatieve) toename van het aantal delicten waarvoor en delictplegers voor wie de tbs-maatregel bestemd is?
- In hoeverre is sprake van stagnerende doorstroom en uitstroom en welke verklaringen kunnen daarvoor worden gegeven?
- In hoeverre beïnvloeden ontwikkelingen bij de GGZ de toegankelijkheid van deze sector voor de tbs-populatie en in hoeverre zijn deze daarbij van invloed op met name de doorstroom en uitstroom uit de tbs?

2.3 Onderzoeksopzet

Er zijn bij dit onderzoek drie soorten van gegevensbronnen benut:

- 1 literatuur over ontwikkelingen in de tbs en de GGZ;
- 2 verschillende registraties van ontwikkelingen binnen de tbs, alsmede registraties van relevante criminaliteits- en gezondheidszorgontwikkelingen;
- 3 open interviews gehouden met achttien deskundigen in het veld van tbs-oplegging en uitvoering.

De onder (3) genoemde groep respondenten was als volgt verdeeld:

- forensische psychiatrie:
 - directie/staf tbs (6 respondenten);
 - GGZ (2 respondenten);
 - DPD (2 respondenten);
- rechtbank:
 - rechter/RC (4 respondenten);
 - ovj's (2 respondenten);
- beleid:
 - Volksgezondheid (1 respondent);
 - Justitie (1 respondent).

Bij de weergave van de resultaten van de interviews is getracht om de context van de argumenten die door de respondenten naar voren worden gebracht, zoveel mogelijk tot zijn recht te laten komen. Om deze reden zijn in dit verslag langere fragmenten uit de interviews tussen aanhalingstekens weergegeven. Het gaat dan niet om een letterlijke weergave van het gesprokene, maar wel om een zo nauwkeurig mogelijke inhoudelijke weergave van de meningen en inzichten van de respondenten. Waar dit voor een beter begrip van de citaten van belang, is wordt vermeld uit welke categorie van respondenten het citaat afkomstig is: (forensische) psychiatrie, rechtbank, of beleid.

Alle bij dit onderzoek betrokken personen fungeren als belangrijke beslissers bij de dagelijkse toepassing van de maatregel, ofwel zijn betrokken bij het overheidsbeleid dat wordt gevoerd ten aanzien van 'geestelijk gestoorden' die mogelijk gevaar voor de samenleving opleveren. Getracht wordt om op basis van de gevoerde gesprekken

een inzicht te geven in de mogelijke betekenis van de groeiende instroom in de tbs en de direct daarmee verbonden knelpunten in de uitvoering van de tbs-maatregel. Instroom is aan de orde gesteld als een aspect van de ontwikkeling van de tbs-maatregel, waarvoor ook doorstroom en uitstroom van belang zijn.

Bij alle gesprekken is uitgegaan van een mogelijk onderscheid tussen een autonome en een systeem-intrinsieke toename van de vraag naar tbs-capaciteit. In hoeverre is de groeiende instroom een gevolg van een toenemend aantal gestoorde (en gevaarlijke) plegers van delicten in de samenleving? Of zou deze toename goeddeels kunnen worden toegeschreven aan veranderende selectieprocessen? Daarnaast werd bij de gesprekken aandacht besteed aan het mogelijke onderscheid tussen institutionele selectieprocessen, dat wil zeggen selectieprocessen zoals die binnen het strafrechtelijk systeem in het proces van justitiële afdoening worden gehanteerd, en selectieprocessen die deel uitmaken van een globale maatschappelijk-culturele ontwikkeling. Het gaat dan om een proces van verschuivende maatschappelijke aandacht voor bepaalde typen van criminaliteit en maatschappelijke problemen. De vraag is dus in hoeverre de toename van de instroom in de tbs dient te worden verklaard door 'objectieve' feitelikheden of door verschuivende definities.

Context en samenhang van het capaciteitsprobleem

Alvorens meer gedetailleerd in te gaan op de verschillende deelaspecten van de in hoofdstuk 2 genoemde vragen, zullen we eerst trachten de context en de samenhang van de verschillende elementen van het capaciteitsprobleem aan te geven.

Het schaarsteprobleem van de tbs kan worden beschreven als een product van drie factoren:

- de capaciteit van verpleeg-/behandelvoorzieningen;
- de instroom in de tbs;
- de doorstroom en uitstroom uit de (intramurale) tbs.

De ontwikkelingen met betrekking tot deze factoren worden op verschillende wijze bepaald. De beschikbaarheid van voorzieningen is uiteraard vooral een product van beleidskeuzes en gestelde prioriteiten binnen de ministeries van Justitie en VWS. Alhoewel tbs-capaciteit het resultaat is van beleidsbeslissingen, betekent dit niet dat beleidsbeslissingen het capaciteitsprobleem op *korte* termijn kunnen verhelpen. Er bestaat onvermijdelijk een betrekkelijk lange periode tussen het moment van beslissing om tbs-capaciteit uit te breiden en het moment van daadwerkelijke ingebruikname van de voorziening. Dit zal zeker gelden voor de ontwikkeling van nieuwe tbs-inrichtingen. Een specialistische forensisch psychiatrische voorziening zoals een tbs-inrichting is uiteraard niet op afroep beschikbaar.³ Dit harde feit onderstreept het belang van adequate prognoses van de behoefte aan tbs-capaciteit op de middellange termijn. Binnen dit tijdsbestek kunnen in principe vraag en aanbod goed op elkaar worden afgestemd.

De beide andere aan het capaciteitsprobleem bijdragende elementen, instroom en uitstroom, zijn producten van veel complexere processen. De in de tbs-wetgeving vastgelegde doelgroep en doelstelling van de tbs dient als randvoorwaarde. Aan de hand van deze randvoorwaarde wordt bepaald wie tot de tbs mag/moet worden toegelaten en van wie de (intramurale) tbs mag/moet worden beëindigd. Binnen het kader van de door politiek en beleid bepaalde randvoorwaarde (i.c. de tbs-wetgeving) zullen instroom en uitstroom echter (goed)deels worden bepaald door autonome maatschappelijke ontwikkelingen. Het begrip autonoom wil hier zeggen dat dergelijke ontwikkelingen door beleid niet of nauwelijks te sturen zijn. Het ligt in elk geval buiten de competentie van *justitieel* beleid om invloed uit te oefenen op

3 De ontwikkeling van de jongste tbs-inrichting, De Kijvelanden, heeft in totaal ongeveer zes jaar in beslag genomen.

fundamentele maatschappelijke spanningen en tegenstellingen die tot op zekere hoogte zowel aan criminaliteit als aan geestelijke gestoordheid ten grondslag liggen. In paragraaf 3.2 komen we hierop terug.

3.1 Positie van de tbs tussen medische zorg en justitiële repressie

De tbs-maatregel is gepositioneerd op het raakvlak van twee probleemgebieden, het strafrecht en de (geestelijke) volksgezondheid. Dit komt tot uiting zowel in de wettelijk vastgelegde doelstelling van de maatregel als in de wettelijk vastgelegde populatie die voor toepassing van de maatregel in aanmerking komt. Deze populatie, de doelgroep van de tbs, wordt gedefinieerd aan de hand van de criteria voor oplegging van de maatregel. De tbs is (wettelijk) bestemd voor personen die (1) 'ernstige'⁴ misdrijven hebben begaan, die (2) op grond van een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' verminderd of ontoerekeningsvatbaar zijn, en bij wie (3) een groot risico van recidive wordt verondersteld. Deze criteria voor opname in tbs vloeien voort uit de belangrijkste doelstelling van deze strafrechtelijk maatregel: beveiliging van de samenleving.

In de tbs-maatregel wordt de beveiligingsfunctie gerealiseerd door zowel verpleging als behandeling.⁵ Bij verpleging wordt beveiliging eenvoudigweg gerealiseerd door de tbs-gestelde binnen de muren van de inrichting te houden. Behandeling heeft daarentegen een veel ambitieuzere doelstelling, namelijk om middels een therapeutisch veranderingsproces dusdanige verbetering van het psychosociale functioneren van de ter beschikking gestelde te bewerkstelligen, dat het delictgevaar niet langer maatschappelijk onaanvaardbaar is.

3.2 Factoren voor de verklaring van de toenemende vraag naar tbs

3.2.1 *De ontwikkeling van criminaliteit en 'gekte'*

Logischerwijze zal de vraag naar tbs-voorzieningen in relatie staan tot zowel het aantal personen dat vanwege het plegen van een delict in aanmerking komt voor een vrijheidsstraf, als het aantal personen dat ten gevolge van een geestelijke stoornis in aanmerking komt voor intramurale psychiatrische behandeling/verpleging. In de afgelopen 20 jaar is de gevangenis capaciteit ongeveer verdrievoudigd. Anderzijds is er ook sprake van een algehele toename van het beroep op intramurale GGZ-voorzieningen. Het indexcijfer voor intramurale opnamen in de GGZ is gestegen van 100 in 1988 tot 160 in 1993 (Jaarboek GGZ 1995/96). We kunnen dus vaststellen dat zich in de laatste decennia een sterke groei heeft voorgedaan bij de twee voor de tbs

4 In casu misdrijven waarop een maximale strafbedreiging staat van vier jaar of meer.

5 In de Memorie van Toelichting van de Beginselenwet wordt 'verpleging' gehanteerd als koepelbegrip voor zowel intramurale verzorging als psychiatrische behandeling.

relevante populaties. Alleen al op logische gronden mag worden aangenomen dat daarmee ook de overlappende groep van beide populaties, die voor de tbs bij uitstek relevant is, in omvang zal zijn toegenomen.

Zoals in hoofdstuk 4 zal blijken, gaat het in de praktijk bij de huidige tbs-populatie vrijwel uitsluitend om plegers van ernstige (seksuele) geweldsdelicten.⁶ Uit onderzoek blijkt dat tbs-gestelden een deelverzameling vormen uit enerzijds een *pool* van veelvuldig recidiverende plegers van (gewelds)misdrijven en anderzijds uit een *pool* van geestelijk gestoorden die incidenteel tot een ernstig (seksueel) geweldsdelict is gekomen (Leuw, 1995). Ten dele correspondeert dit met het diagnostische onderscheid tussen persoonlijkheidsgestoorden (vroeger 'psychopaten' geheten) en psychotici. Simplificerend kunnen we stellen dat er binnen de tbs-populatie twee belangrijke groepen zijn te onderscheiden. Enerzijds zijn er de veelvuldige plegers van (gewelds)delicten, die op basis van een persoonlijkheidsstoornis ongevoelig blijken voor de gangbare justitiële interventies. Anderzijds is er een beperktere groep van 'niet-criminele' psychisch gestoorden die incidenteel een excessief geweldsdelict hebben gepleegd.

De verhouding tussen verstokte (seksuele) geweldsdelinquenten en incidentele 'gevaarlijke gekken' in de tbs-populatie komt wellicht tot uiting in het gegeven dat ongeveer een derde van de tot tbs veroordeelden niet eerder voor een misdrijf werd veroordeeld, terwijl een ongeveer even grote groep tbs-gestelden al minimaal vijf veroordelingen had opgelopen. In elk geval is duidelijk dat de tbs-populatie, met verschillende accenten, zowel hoort bij de wereld van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) als bij de wereld van de strafrechtspleging.

Dit gegeven impliceert dat een toenemende vraag naar tbs-voorzieningen zowel door een toenemend aantal plegers van misdrijven als door een toenemend aantal geestelijk gestoorden kan worden verklaard.

3.2.2 *De ontwikkeling van selectieprocessen*

De mogelijke groei van de populaties waaruit tbs-gestelden worden gerekruteerd, vormt dus een voor de hand liggende verklaring van het toenemende aantal tbs-opleggingen. Daarnaast kunnen echter ook andere factoren een rol spelen. Toename van het aantal tbs-opleggingen kan eveneens worden verklaard door mogelijk veranderende (i.c. ruimer wordende) selectieprocessen bij de oplegging van tbs. Het is denkbaar dat onder invloed van de groeiende aandacht voor psychische stoornissen bij justitiabelen een tendens tot sterkere medicalisering bestaat. Op deelgebieden kunnen ook specifiekere processen een rol spelen. Zo worden wellicht in de laatste tijd de grenzen voor tbs-oplegging voor seksuele (gewelds)delicten ten aanzien van kinderen ruimer getrokken.

6 Daarnaast bestaat ongeveer 10% van de tbs-populatie uit brandstichters.

Veranderende selectieprocessen kunnen echter ook het (onbedoelde) gevolg zijn van organisatorische factoren in het voortraject. Het is bijvoorbeeld de vraag in hoeverre de sterke uitbreiding van de DPD hier een rol zal hebben gespeeld. In hoeverre leidt uitbreiding van de productie van forensisch psychiatrische rapportage en advisering tot een autonome stijging van het aantal tbs-opleggingen?

3.2.3 Toedelingsprocessen rond 'gevaarlijke gekte'

Er is ten slotte nog een derde verklaring denkbaar voor de grotere vraag naar tbs-voorzieningen. Het gaat dan niet om de mate waarin het desbetreffende problematische verschijnsel zich *voordoet* of de mate waarin het als problematisch wordt *aangemerkt*, maar om de toedeling van de problematiek naar type maatschappelijke institutie. Globaal genomen wordt sociaal problematisch gedrag uitbesteed aan instellingen op drie gebieden: volksgezondheid, maatschappelijk welzijn en justitie. Bij de voor de tbs relevante problematiek is dan vooral de verhouding tussen justitiële en volksgezondheidsinstellingen in de bemoeienis met 'gestoord en gevaarlijk' gedrag van belang. Wat zijn de consequenties van de mogelijk verschuivende grenzen tussen de GGZ en de justitiële instellingen? Uit 'het veld' en uit publicaties komt herhaaldelijk naar voren dat lastige en 'bedreigende' patiënten de laatste jaren moeilijker toegang krijgen tot de commune GGZ (Kerkhof, 1992; Beyaert, 1993; Schnabel, 1995; Jansen, 1996; Janssen en Medema, 1996). In de intramurale GGZ is de laatste jaren meer nadruk gelegd op verdunning, het verlagen van de muren tussen de maatschappij en het psychiatrische ziekenhuis en terugkeer in de maatschappij. Toenemende kleinschaligheid van behandelsettings is een aspect van deze ontwikkeling. Juist binnen kleinschalige behandelsettings zal de aanwezigheid van 'lastige' en agerende patiënten vaak als groot probleem worden ervaren: '(...) psychiatrische ziekenhuizen [hervormden zich] tot moderne en meer open instituten met veel aandacht voor kortdurende behandelingen en ambulante voorzieningen, bepaald ongeschikt dus voor het type patiënt dat thans ter beschikking wordt gesteld' (Niemantsverdriet, 1995). Dit alles resulteert in een vermindering van de asielfunctie van de intramurale GGZ: het bieden van langdurige opvang en verzorging voor personen die zich niet zelfstandig in de maatschappij staande kunnen houden.

Ontwikkelingen binnen de GGZ hebben mede een vermindering van de capaciteit van gesloten afdelingen tot gevolg gehad. Nog niet lang geleden was het APZ vrijwel per definitie een hoogdrempelige, sterk van de maatschappij geïsoleerde instelling. Op dit moment is niet meer dan 6% van de totale intramurale GGZ-populatie opgenomen in een beveiligde, gesloten setting (Nijsen en Schene, 1996). Mede omdat de beheersing van 'gevaarlijke' patiënten een minder acceptabele en minder goed uitvoerbare functie van de GGZ is geworden, hebben psychiatrische ziekenhuizen minder dan vroeger een asielfunctie.

De recentelijk ingevoerde BOPZ-wetgeving kent in vergelijking tot de Krankzinnigenwet hogere drempels voor civiele dwangopname. Dit wordt ook wel gezien als indicatie voor een mogelijke ontwikkeling waarbij het strafrecht gaat dienen als opvang voor een groep die in het APZ te veel problemen zou opleveren. In een recentelijk verschenen proefschrift wordt in dit verband gesproken van de 'new chronics' (Van Panhuis, 1997). Het gaat om patiënten die op de been worden gehouden door pillen en kortdurende opnamen. Vaak leiden zij een zwerfend en marginaal bestaan in de maatschappij. Verslaving is in deze gevallen een veelvoorkomende complicerende factor. Ondanks veelvuldige terugval verzetten deze patiënten zich tegen langdurige behandeling/verpleging. Maar ook is deze groep door *acting out* gedrag bewerkelijk en onaantrekkelijk voor hulpverleners. Volgens de auteur komen juist uit deze groep veel patiënten in de tbs terecht. Hij typeert deze gang van zaken als 'misbruik van een strafrechtelijke maatregel voor het oplossen van GGZ-problematiek'.

3.2.4 Autonome en systeem-intrinsieke factoren

Uitgaande van het bovenstaande kunnen we in theorie vier oorzakelijke factoren ter verklaring van de toegenomen instroom in de tbs specificeren:

- toename van het aantal 'gestoorde en gevaarlijke' delinquenten;
- verruiming in de praktijk van de criteria voor het opleggen van tbs;
- méér aandacht voor de kenmerken stoornis en toerekeningsvatbaarheid binnen het strafrechtelijke systeem;
- afname van de alternatieve, niet-justitiële mogelijkheden voor verpleging/ behandeling van 'gestoorde en gevaarlijke' delinquenten.

Het lijkt zinvol om hierbij een onderscheid te maken tussen autonome en systeem-intrinsieke factoren voor de toename van tbs-opleggingen. Van de vier genoemde factoren kunnen de tweede en de derde als systeem-intrinsiek worden aangemerkt. De mogelijke verruiming van de in de opleggingspraktijk gehanteerde criteria en de vergroting van de *pool* van als 'gestoord' *aangemerkte* delinquenten waaruit tbs-gestelden worden geselecteerd, zijn beide factoren die voornamelijk binnen het justitiële systeem worden bepaald. Op deze punten zouden mogelijke ingrepen om de stroom opleggingen te verminderen daarom ook min of meer zelfstandig door 'justitie' kunnen worden ingevoerd. Dit laatste geldt uiteraard niet voor de andere twee factoren: de mogelijke toename het aantal 'gestoorde en gevaarlijke' delinquenten en van de ontwikkeling van buiten-strafrechtelijke alternatieven voor 'gestoorde en gevaarlijke' delinquenten.

We gaan kort in op de betekenis van deze tweedeling in autonome en systeem-intrinsieke factoren. Een mogelijk sterkere medicalisering van het justitiële selectieproces ten aanzien van sommige typen delicten/delinquenten (de systeem-intrinsieke factoren) zou betekenen dat er medio jaren negentig personen in de tbs worden opgenomen die medio jaren tachtig tot een gewone gevangenis-

straf zouden zijn veroordeeld. Het is denkbaar dat in de afgelopen tien jaar bij de oplegging van de tbs-maatregel behandelingsargumenten relatief zwaarder zijn gaan wegen in vergelijking tot beveiligingsargumenten. Met andere woorden, er zou zich in dit geval een verschuiving in de primaire functies van de tbs-maatregel hebben voorgedaan. Terugdringen van de instroom zou dan 'eenvoudig' kunnen worden bereikt door terug te keren tot de kernfunctie van de tbs-maatregel, namelijk het beveiligen van de samenleving tegen (seksuele) geweldsdelinquenten die op grond van een geestelijke stoornis een ernstig veiligheidsrisico vormen.

Het is echter ook heel goed mogelijk dat de groei van de instroom moet worden begrepen als het onverkorte gevolg van de toename van het aantal 'gestoorde en gevaarlijke' delinquenten in onze samenleving. Dit zou dan impliceren dat bij ongewijzigde doelstellingen van de tbs-maatregel de groei van het aanbod als een 'onvermijdelijk' *fact of life* moet worden beschouwd. Vanuit dit perspectief zou de recente toename van de instroom wellicht dus eerder als 'matig' of 'vanzelfsprekend' kunnen worden beoordeeld. De primaire conclusie zou dan zijn dat de maatschappelijke ontwikkeling kennelijk leidt tot een toename van de behoefte aan hoogdrempelige en sterk beveiligde forensisch psychiatrische instellingen. In dit laatste geval ligt het voor de hand om bij de beheersing van de vraag naar tbs-voorzieningen minder te denken aan vermindering van de instroom dan bijvoorbeeld aan het bevorderen van de doorstroom naar GGZ-voorzieningen.

Instroom en capaciteit in historisch perspectief

De instroom in de tbs-inrichtingen in een gegeven jaar wordt primair bepaald door het aantal door de rechter opgelegde tbs-maatregelen. Uit gegevens van de dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie blijkt dat in de periode van 1990 tot 1994 ongeveer 85% van de tbs-gestelden in een tbs-inrichting verblijft op titel van de door de rechter opgelegde tbs-maatregel. De resterende tbs-capaciteit wordt voornamelijk in beslag genomen door tot gevangenisstraf veroordeelde personen die in het kader van een gevangenisstraf (art. 47/120 GM) (tijdelijk) hun detentie in een tbs-inrichting volbrengen. Het betreft personen voor wie specialistische zorg en beveiliging noodzakelijk is vanwege zich tijdens de gevangenisstraf manifesterende gestoordheid en gevaarlijkheid.

4.1 De ontwikkeling van het schaarsteprobleem

Zoals gezegd, is schaarste het resultaat van enerzijds de toegenomen vraag naar voorzieningen voor de uitvoering van de tbs, i.c. de toename van het aantal tbs-opleggingen, en anderzijds het aantal *beschikbare* plaatsen in tbs-inrichtingen. Het aantal beschikbare plaatsen is een functie van zowel de totale capaciteit van het stelsel van tbs-inrichtingen als van de eerder genoemde uitstroom en doorstroom uit de inrichtingen. Het aantal 'passanten' vormt de meest expliciete kwantificering van de schaarste. We schetsen met betrekking tot de genoemde variabelen in kort bestek de cijfermatige ontwikkeling van de tbs in de laatste decennia.

In het standaardwerk over de historische ontwikkeling van de tbr en tbs laat Hofstee (1987) zien dat acute schaarste van tbs-voorzieningen in de naoorlogse periode al eerder is voorgekomen. Volgens departementale schattingen zijn er aan het eind van de jaren veertig ongeveer 60 passanten. In het begin van het volgende decennium is dit aantal snel opgelopen tot circa 200. 'Sommigen hadden zelfs langer dan een jaar (!) op plaatsing in een tbr-inrichting moeten wachten, waarmee de ernst van de toenmalige situatie is gegeven' (p. 285). De overeenkomst met de huidige periode strekt zich ook uit tot het feit dat enkele in een huis van bewaring gedetineerde passanten in kort geding invrijheidsstelling dan wel een directe opname ter behandeling probeerden af te dwingen. Het klinkt op dit moment niet minder vertrouwd dat de rechter het falen van de overheid om voldoende capaciteit voor de uitvoering van de tbr te realiseren, ten principale aan de kaak stelde, maar de eis van de passanten niet wilde honoreren omdat er hard werd gewerkt aan noodvoorzieningen.

05/21/2012 14:52 018

Tabel 1: Ontwikkeling van het aantal passanten en gemiddelde wachttijden per peildatum

jaar	aantal passanten	gem. wachttijd per passant (in dagen)	totale wachttijd (in jaren)*
1980	10		
1981	5		
1982	10		
1983	7		
1984	11		
1985	19		
1986	20		
1987	34		
1988	21		
1989	27		
1990	28	175	13
1991	26	126	9
1992	37	168	17
1993	52	175	25
1994	83	230	52
1995	134	320	117
1996	158	374	162
1997	170		

* aantal passanten • gemiddelde wachttijd / 365.

Bron: beleidsinformatie DJI.

De parallel met 45 jaar later gaat verder met de instelling in 1952 van een overheidscommissie die zich moest bezighouden met de capaciteitsbehoefte voor de uitvoering van tbr. Helaas lijkt de historische overeenkomst vooralsnog niet op te gaan voor de sterke daling tot circa 35 passanten die ruim een jaar later optrad, na de effectuering van uitbreiding van de tbr-capaciteit (Hofstee, 1987, p. 297).

In het begin van de jaren zestig werd een nieuw hoogtepunt bereikt in de ontwikkeling van het aantal passanten. Hofstee vermeldt een tussen 120 en 165 variërend aantal in 1960 en 1961. Vanaf deze periode lijkt er gedurende langere tijd een goede afstemming te hebben bestaan tussen de kwantitatieve vraag naar en het kwantitatieve aanbod van tbr-voorzieningen. Vanaf 1963 daalt het aantal passanten per peildatum van ongeveer 60 tot niet meer dan tussen de 10 en 20 in de jaren zeventig en tachtig (Hofstee, 1987, p. 558).

Zoals uit tabel 1 blijkt, heeft zich in de laatste jaren van het huidige decennium een ware trendbreuk voorgedaan. Vanaf het jaar 1992 neemt de schaarste aan tbs-capaciteit zeer scherp toe. We geven een overzicht van recente gegevens met betrekking tot aantallen passanten en gemiddelde wachttijd per peildatum.

In de laatste kolom zijn de gegevens met betrekking tot aantallen passanten en gemiddelde wachttijd met elkaar vermenigvuldigd. Het product is uitgedrukt in jaren. In de laatste kolom staat dus het totale aantal jaren vermeld dat de groep passanten op de peildatum van het betreffende jaar aan wachttijd achter de rug heeft. Omdat het gegeven in de tweede kolom alleen de gemiddelde wachttijd tot op het peilmoment aangeeft, biedt dit een geflatteerd beeld van de werkelijke wachttijden bij de uiteindelijke opname in de tbs-inrichting. Het lijkt in elk geval duidelijk dat er (afgezien van de periode van wederopbouw van vlak na de oorlog) in de recente jaren een historisch dieptepunt is bereikt met betrekking tot de benodigde capaciteit voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel.

4.2 De ontwikkeling van de (relatieve) omvang van de tbs-sector

De ontwikkeling van de omvang van de tbs-sector kan op verschillende manieren worden benaderd. Als maten voor de omvang zijn allereerst de begrippen capaciteit en populatie van belang. In engere zin bestaat de capaciteit van de tbs-sector uit het totale aantal bedden in de particuliere en rijksinrichtingen die per wet voor de uitvoering van de maatregel zijn aangewezen. In ruimere zin kunnen ook de forensisch psychiatrische inrichtingen binnen de GGZ (FPK's⁷ en FPA's) tot de tbs-capaciteit worden gerekend. Deze inrichtingen hebben echter een meer algemene bestemming en zijn niet bij uitstek bedoeld voor de uitvoering van de tbs-maatregel. Naast de facilitaire capaciteit is ook de tbs-populatie bepalend voor de omvang van de tbs-sector. De tbs-populatie bestaat uit het aantal personen met een lopende tbs per peildatum. Eventueel kan het deel van de populatie dat met proefverlof is, hierbij worden onderscheiden. Tbs-gestelden met proefverlof leggen geen beslag op de (intramurale) tbs-voorzieningen.

Zoals gezegd, wordt de omvang van de tbs-populatie zowel bepaald door de instroom, het aantal opleggingen binnen een bepaalde periode, als door het tempo van de uitstroom. Voor een inzicht in de kwantitatieve ontwikkeling van de tbs-sector is het daarom zinvol om de gegevens over capaciteit, populatie, instroom en uitstroom in onderlinge samenhang te bezien. De relatie tussen tbs-capaciteit en tbs-populatie is hierbij in meerdere opzichten van belang. Bij evenwicht tussen populatie en capaciteit zal er waarschijnlijk weinig aanleiding bestaan om het stelsel *in kwantitatieve zin* aan te passen. Wanneer het evenwicht sterk is verbroken, dan liggen dergelijke aanpassingen wel voor de hand. Zoals we hierna zullen zien, zijn er in de recente ontwikkeling van het tbs-stelsel verschillende perioden van evenwicht en van groei en krimp aan te wijzen.

7 FPK's hebben voor een gedeelte van hun populatie ook een aanwijzing als 'echte' tbs-inrichting en tellen voor dat aantal bedden mee bij de tbs-capaciteit in engere zin.

4.2.1 *De relatie tussen doelstelling van de maatregel en omvang van de tbs-sector*

Naarmate de beoogde populatie van 'gestoorde delinquenten' ruimer wordt gedefinieerd, zal in principe aan meer veroordeelden tbs worden opgelegd. Indien daarentegen de doelstelling van de tbs wordt beperkt, dan valt daarmee een kleinere groep veroordeelden onder de reikwijdte van de maatregel. De ontwikkeling van deze, de populatie definiërende, randvoorwaarde is de uitkomst van zowel een formeel juridisch proces van wetgeving als van een, informeler, proces van rechts-toepassing. Het gaat dus zowel om de voortschrijdende legislatieve aanpassingen van de tbs-wetgeving, als om interpretaties van de bestaande wetgeving die bij de voornaamste actoren uiteindelijk de uitkomst van het beslissingsproces over oplegging van de tbs bepalen. Volgens Kelk (1995) werkt de maatschappelijke ontwikkeling, de 'heersende sociaal-cultureel bepaalde normen' uiteindelijk door bij het rechterlijke oordeel over de vraag of aan de wettelijke criteria voor tbs-oplegging is voldaan. In de praktijk gaan informele maatschappelijke ontwikkelingen veelal vooraf aan veranderende wetgeving.

Zoals vele auteurs al hebben aangegeven, wordt in de recente geschiedenis van de tbs een duidelijke formele zowel als informele ontwikkeling zichtbaar van de doelstelling en reikwijdte van de tbr/tbs (Van Zeijst, 1993; Zomer, 1993; Niemantsverdriet, 1995). Gerekend vanaf de jaren vijftig is er sprake van een proces van beperking van de doelgroep van de tbr/tbs-maatregel. Uitgedrukt in alledaagse termen kan deze het best worden getypeerd als een inperking van de relevante doelgroep van de maatregel van 'gestoorde delinquenten' tot 'gevaarlijke en gestoorde delinquenten'. Nog in de jaren zeventig bestond de tbr-populatie voor een belangrijk deel uit personen die geen (ernstig) geweldsdelict hadden gepleegd, maar op basis van hun (gestoorde) persoonlijkheid oncorrigeerbaar en onaan-spreekbaar voor justitie waren (Barneveld, 1991; Van Emmerik, 1993; Van Zeijst, 1993). Sindsdien werd tbs-oplegging in toenemende mate gereserveerd voor plegers van ernstige (seksuele) geweldsdelicten van wie een herhaling van geweldscriminaliteit wordt gevreesd. In de wetswijziging van 1988, waarbij tbr veranderde in tbs, werd deze de facto ontwikkeling van de doelgroep van de maatregel goeddeels ook in de wet vastgelegd.

Parallel aan de (in)formele beperking van de reikwijdte van de tbs-maatregel heeft in dezelfde periode ook een beperking van de doelstelling van de behandelings-interventie als zodanig een rol gespeeld. Hierbij is een verschuiving van een meer ambitieuze therapeutische doelstelling ('genezing' van de gestoordheid) naar het meer pragmatische doel van het controleerbaar en voorspelbaar maken van het gevaarsrisico aan de orde. Over de eerste naoorlogse periode wordt opgemerkt dat '(...) het aantal tbr-stellingen aanvankelijk tot ongekende hoogte steeg, mede dankzij een sterk behandelingsoptimisme' (Van Zeijst, 1993). In duidelijke tegenstelling hiermee stelt een hedendaagse tbs-behandelaar voorop dat behandeling in tbs niet

primair is gericht op de psychiatrische symptomen van het ziektebeeld, maar op de 'gevaarlijke manifestaties van de psychische stoornis' (Zomer, 1993).

Zowel de verandering van doelgroep als de verandering van doelstelling van de interventie hebben ertoe geleid dat vanaf het begin van de jaren zeventig de tbs steeds meer is gaan fungeren als ultimum remedium bij ernstige gevaarsdreiging.

4.2.2 *Groei en krimp in de tbs-sector*

De bovengeschetste ontwikkeling van doelgroep en doelstelling van de maatregel is waarschijnlijk de voornaamste verklaring voor de globale trend in tbs-capaciteit en tbs-populatie vanaf het eind van de jaren vijftig tot aan het begin van het huidige decennium. We zien in deze periode een gestage afname. In de jaren vijftig werd jaarlijks aan tussen de 300 en 400 veroordeelden tbr opgelegd. Vanaf 1960 zien we een regelmatige daling tot een gemiddelde van rond de 90 tbs-opleggingen in de jaren 1986-1990 (Barneveld, 1991).

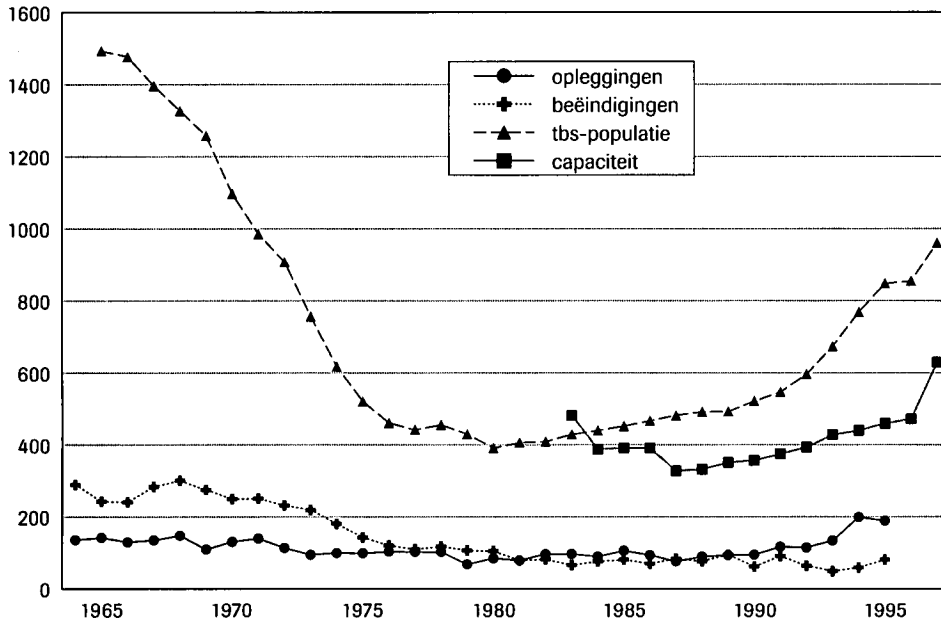
Uitgaande van reikwijdte en doelstelling van de tbs-maatregel als randvoorwaarde spelen verschillende mechanismen een rol in de relatie tussen tbs-capaciteit en tbs-populatie. In de praktijk tenderen deze mechanismen vooral tot herstel van een situatie van verbroken evenwicht. Zo zal, net zoals bij andere vergelijkbare (intra-murale) voorzieningen op het vlak van justitie en volksgezondheid (gevangnissen, ziekenhuizen enzovoort), een tendens bestaan van volledige benutting van de beschikbare faciliteiten. Hier gaat het dus om de notie van het aanbod dat de vraag oproept. In de afgelopen jaren is echter eerder het omgekeerde aan de orde geweest. De tbs-populatie overtreft in toenemende mate de tbs-capaciteit. De aandrang uit de samenleving tot uitbreiding van de capaciteit bevordert het herstel van evenwicht. Maar dit geldt evenzeer voor de voor de hand liggende mogelijkheid dat het tekort aan tbs-capaciteit een matigende invloed heeft op de instroom doordat opleggers van de tbs rekening gaan houden met de 'onmogelijkheid' om de maatregel binnen een redelijke termijn ten uitvoer te leggen. In hoofdstuk 6 zullen we op basis van interviews met de opleggers bezien of er aanwijzingen zijn dat een dergelijk proces bij de instroom in tbs inderdaad een rol speelt.

4.2.3 *De gegevens*

Kerngegevens over de ontwikkeling van de tbs-sector zijn vermeld in figuur 1. Het gaat om de volgende vier gegevens: de jaarlijkse aantallen opleggingen en beëindigingen van de maatregel tbs met verpleging, het aantal lopende tbs'en (inclusief tbs-gestelden met proefverlof) en vanaf 1983 de totale capaciteit van de *justitiële* tbs-inrichtingen per peildatum. Allereerst wordt duidelijk dat over langere termijn de ontwikkeling van de aantallen tbs-indicatoren een golfbeweging te zien geeft. Na een naoorlogse fase van opbouw van tbs-capaciteit werd in het begin van de jaren zestig een tot dusver niet overtroffen hoogtepunt bereikt van rond de 1500

053212012
1412
020

Figuur 1: Ontwikkeling van de tbs-sector sinds 1964



ter verpleging/behandeling opgenomen ter beschikking gestelden. Vanaf midden jaren zestig voltrekt zich in een periode van ongeveer tien jaar een scherpe daling van het aantal tbs-gestelden. Van 1976 tot 1985 is de tbs-populatie vrijwel stabiel op het tot dusver laagste niveau, van ongeveer 450 tbs-gestelden. Van 1985 tot 1990 zien we een geleidelijke stijging tot ruim 500 tbs-gestelden. Vanaf 1991 ten slotte manifesteert zich de eerdergenoemde trendbreuk. We zien een snelle stijging van het aantal lopende tbs'en tot 961 in 1997.

In het onderzoeksrapport van de Nationale Ombudsman (1996) wordt geconstateerd dat door het ministerie van Justitie opgestelde prognoses van de noodzakelijke tbs-capaciteit tot 1993 betrekkelijk adequaat waren. Vanaf 1994 echter blijven ze duidelijk achter bij de uiteindelijk gerealiseerde capaciteitsbehoefte. Voor een belangrijk deel wordt dit verklaard door de plotselinge (en daarom uiteraard moeilijk voorspelbare) scherpe toename van het aantal opleggingen in 1994.

Uit figuur 1 wordt duidelijk dat er bij de samenhang van capaciteit en populatie traagheidseffecten optreden. De vermindering van (justitiële) tbs-capaciteit in de eerste helft van de jaren tachtig is kennelijk een vertraagde reactie op de sterk dalende tendens (populatie en opleggingen) tussen 1965 en 1975. De sterke toename van de capaciteit vanaf 1995 is gerealiseerd *nadat* opleggingen en tbs-populatie

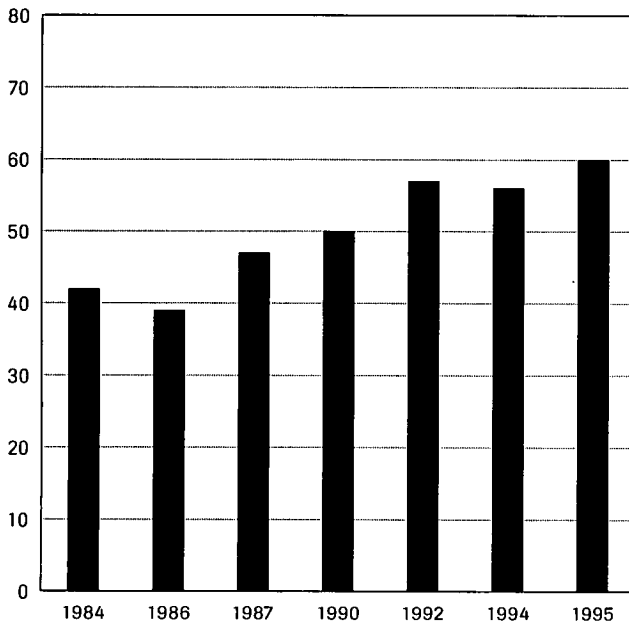
alweer een aantal jaren waren gestegen. Een soortgelijk traagheidseffect treedt op in de relatie tussen opleggingen en beëindigingen enerzijds en populatie anderzijds. Zo is bijvoorbeeld het relatief lage aantal tbs-gestelden in de eerste helft van dit decennium een erfenis van het relatief lage aantal opleggingen in de laatste helft van de jaren tachtig. De betekenis van deze traagheid is uiteraard dat fricties tussen vraag en aanbod moeilijk te vermijden zijn in een systeem waarbij de vraag naar capaciteit op korte termijn sterk kan fluctueren, terwijl het aanbod aan capaciteit slechts relatief traag en geleidelijk veranderbaar is. Uit figuur 1 kunnen we ook zien dat er van 1976 tot 1990 betrekkelijke stabiliteit in het tbs-systeem heerste. Het aantal opleggingen en beëindigingen hield elkaar min of meer in evenwicht. In een dergelijke situatie volstaat de bestaande tbs-capaciteit doordat nieuwkomers de plaats van de vertrekkers kunnen innemen.

Vanaf 1991 zien we dat het evenwicht in het tbs-systeem doorbroken raakt. Het aantal tbs-opleggingen gaat in toenemende mate het aantal beëindigingen overtreffen. Vanaf 1994 komt een jaarlijkse netto toename van meer dan 100 tbs-gestelden voor. Op dit moment is uiteraard niet duidelijk wanneer deze tot verdere stijging van de totale tbs-populatie leidende trend ten einde zal komen. We zullen later wel proberen om hierover verwachtingen te formuleren op basis van de interviews en van trends in de ontwikkeling van criminaliteit.

Uiteraard speelt de uitstroom uit de intramurale tbs een belangrijke rol bij het toenemende jaarlijkse tekort aan tbs-capaciteit. De ontwikkeling van behandelduur sinds 1984 is in figuur 2 samengevat. We zien sinds het eind van de jaren tachtig een sterke toename van de gemiddelde (mediane) behandelduur. Deze neemt toe van ongeveer 3,5 jaar medio jaren tachtig tot 5 jaar in het huidige decennium. Het is duidelijk dat capaciteitstekort net zo goed wordt veroorzaakt door een stagnerende uitstroom, als door een toegenomen instroom.

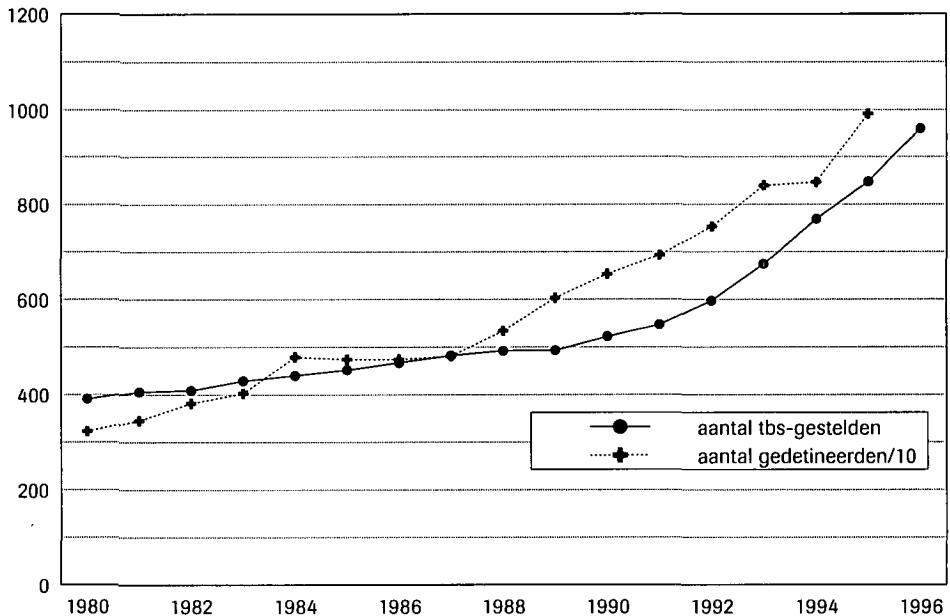
Zoals gezegd, vormt de tbs-sector geen op zichzelf staand systeem. Het maakt deel uit van twee meeromvattende systemen, het (intramurale) strafrechtelijke systeem en het (intramurale) GGZ-systeem. De belangrijkste externe functie van het tbs-systeem ligt in de tenuitvoerlegging van een strafrechtelijke interventie die detentie behelst. Om deze reden dient het tbs-systeem dus allereerst te worden beschouwd als een subsysteem van het gevangeniswezen. Een bepaald deel van de populatie van strafrechtelijk veroordeelden komt in aanmerking voor de tenuitvoerlegging van verwijdering uit de maatschappij in een tbs-inrichting. (Kwantitatieve) ontwikkelingen van de tbs-sector moeten worden begrepen binnen het perspectief van soortgelijke ontwikkelingen in het strafrechtelijke systeem, i.c. de ontwikkeling van de omvang van de detentiepopulatie.

De vraag of er nu (relatief) 'veel' of 'weinig' tbs-gestelden zijn, kan dus niet buiten de context van het strafrechtelijke systeem worden beantwoord. Dit is temeer het geval waar er redenen zijn om aan te nemen dat tendensen van zowel criminaliteits-

Figuur 2: Intramurale behandelduur in maanden (mediaan)

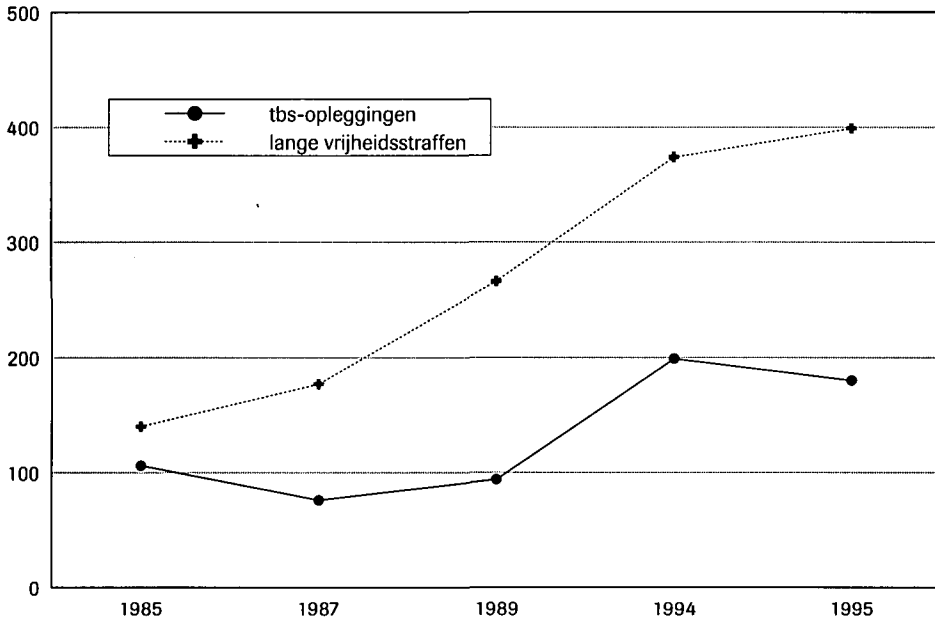
ontwikkeling als de sociale controle van criminaliteit op vergelijkbare wijze de reguliere detentie-populatie en de tbs-populatie zullen beïnvloeden. Het gevangeniswezen en, als onderdeel daarvan, de tbs-sector breiden zich uit of krimpen in ten gevolge van enerzijds de criminaliteitsontwikkeling in de samenleving en anderzijds veranderende denkbeelden over de wenselijkheid en noodzaak van detentie als sanctie- en controlemiddel. We bezien allereerst de samenhang tussen de ontwikkeling van de detentiepopulatie en de tbs-populatie.

Zoals bekend, is in Nederland het aantal gedetineerden per peildatum in de laatste dertig jaar zeer sterk toegenomen. Lange tijd was in Europa Nederland het land met verreweg het geringste relatieve aantal gedetineerden. Vanaf het eind van de jaren tachtig treedt een scherpe en tot nu toe nog steeds doorgaande stijging op. Op dit moment is de Nederlandse gevangenis capaciteit ongeveer op gelijk niveau met die van andere West-Europese landen (DJI, 1996). In 1975 bestond de gevangenispopulatie uit ongeveer 2500 personen. Tot het eind van de jaren tachtig zien we een geleidelijke stijging tot rond de 5000 gedetineerden. Vanaf 1988 neemt de gevangenispopulatie snel toe tot omstreeks de 10.000 op dit moment.

Figuur 3: Samenhang tbs-populatie en gedetineerdenpopulatie


Het is zinvol om hieraan de ontwikkeling van het aantal tbs-gestelden te relateren. In 1975 waren er ruim 500 tbs-gestelden. In dat jaar was de relatieve omvang van de tbs-populatie dus ruim 20% van de gedetineerdenpopulatie in het reguliere gevangeniswezen. Voor de voorafgaande periode vanaf 1960 gelden nog veel hogere percentages. In figuur 3 bezien we meer gedetailleerd de samenhang tussen beide gegevens vanaf 1980 tot eind 1995. Globaal genomen is het *relatieve* omvang van de tbs-populatie *gedaald* tot rond de 10% van de in het reguliere gevangeniswezen gedetineerde populatie. In figuur 3 is de gevangenispopulatie per peildatum door 10 gedeeld. We zien dat er sinds 1980 in wezen weinig is veranderd in de (kwantitatieve) relatie tussen gevangenispopulatie en tbs-populatie. Ondanks de reeds vermelde sterke stijging van het aantal tbs-gestelden vanaf het begin van dit decennium blijkt uit figuur 3 dat dit zeker geen onevenredige toename is in vergelijking tot het aantal gedetineerden. Eerder het omgekeerde is het geval. Vanaf 1990 blijft de toename van het aantal tbs-gestelden achter bij de toename van de totale gevangenispopulatie.

Een specifieke indicatie omtrent een mogelijk onevenredige aanwending van de tbs-maatregel kunnen we vinden in de vergelijking van opgelegde 'lange vrijheidsstraffen' en opgelegde tbs'en. De lange vrijheidsstraf zal in veel gevallen het

Figuur 4: Tbs-opleggingen en oplegging lange vrijheidsstraf*

* Vier jaar of langer.

alternatief zijn voor een tbs en omgekeerd zal bij een bepaald aantal zaken waarin een langdurige vrijheidsstraf is opgelegd, tbs een mogelijk alternatief zijn geweest.⁸ Onder deze aannamen zou bijvoorbeeld toenemende medicalisering zichtbaar moeten worden in een in vergelijking tot langdurige vrijheidsstraf relatief sterker toenemend aantal tbs-opleggingen.

In figuur 4 zijn beide ontwikkelingen tegenover elkaar afgezet. 'Lange vrijheidsstraf' is gedefinieerd als een gevangenisstraf van vier jaar of langer. Uit deze grafiek blijkt dat in de laatste tien jaar het aantal lange gevangenisstraffen sterker is toegenomen dan het aantal tbs-opleggingen. In elk geval is er ook hier geen aanwijzing te vinden dat er in genoemde periode binnen het justitiële systeem een *relatief* groter gebruik wordt gemaakt van de tbs-maatregel. De in beeld gebracht ontwikkeling zou eerder op het tegendeel duiden.

8 Uit gegevens van het onderzoek 'Duur en volume' (Grapendaal e.a., 1997) blijkt dat de sterke toename van het aantal langdurige vrijheidsstraffen binnen de in figuur 4 genoemde periode *niet* wordt veroorzaakt door opiumwetdelicten.

4.3 Samenvatting en conclusie

Binnen het historische perspectief van de naoorlogse ontwikkeling is op dit moment geen sprake van een bijzonder sterke aanwending van de strafrechtelijke maatregel van terbeschikkingstelling. In vergelijking tot de groei van de detentiecapaciteit is de *relatieve* omvang van de tbs-sector eerder afgenomen dan toegenomen.

Het jaarlijkse aantal opleggingen, zowel als de omvang van de populatie van ter beschikking gestelden, geeft sinds de jaren vijftig een duidelijke golfbeweging te zien. Ten dele reflecteert deze ontwikkeling veranderende opvattingen over het doel en de reikwijdte van de tbr/tbs. Ook veranderingen in de afweging tussen individuele zelfbeschikking en de legitimiteit van onvrijwillige psychiatrische opname spelen hierbij een rol.

Behandelingsoptimisme en een ruime definitie van 'gestoord en gevaarlijk' hebben geleid tot een historisch groot aantal tbr-gestelden tot aan het begin van de jaren zestig. Sindsdien hebben meer restrictieve tendensen in de bepaling van de doelgroep en de doelstelling van de tbr/tbs geleid tot een historisch kleine tbs-populatie tussen 1975 en 1985. Vanaf 1985 is de tbs-populatie weer geleidelijk toegenomen. Vanaf het begin van het huidige decennium is de groei van de tbs-sector versneld. Hierbij speelt zowel de toename van het aantal opleggingen als de stagnerende uitstroom uit de tbs een rol. Het aantal opleggingen is vergeleken met tien jaar geleden ongeveer verdubbeld tot circa 200 per jaar. In dezelfde periode is het jaarlijkse aantal beëindigingen van de tbs hierbij sterk achtergebleven. Dit wordt vooral verklaard door een voortdurend langer wordende (intramurale) behandelduur.

Deze ontwikkelingen in de tbs-sector hebben in de laatste tien à vijftien jaar geresulteerd in een sterke toename van het capaciteitstekort voor tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. De toenemende schaarste blijkt vooral uit de sterke groei van het aantal 'tbs-passanten'. Vanaf 1990 is dit aantal verzesvoudigd tot circa 170 in 1997. Bovendien is de gemiddelde wachttijd voor opname in een tbs-inrichting in dezelfde periode meer dan verdubbeld. Per peildatum hebben de tbs-passanten in 1997 gemiddeld een jaar wachttijd erop zitten.

De grote schaarste in de tbs-sector kan primair worden gezien als een gevolg van de in relatie tot het totale justitiële systeem achtergebleven capaciteitsontwikkeling. Tot aan het jaar 1993 werd de behoefte aan tbs-voorzieningen betrekkelijk adequaat voorspeld⁹ (Werkgroep Prognose Sanctiecapaciteit, 1997). Daarna heeft zich een onvoorziene trendbreuk in het aantal opleggingen gemanifesteerd. Deze onderstreept de noodzaak van de aanpassing van prognosemodellen.

9 De sterke toename van de het capaciteitstekort vanaf 1995 was in eerste instantie het gevolg van een vertraagde realisatie van de capaciteitsuitbreiding. De volledige bezetting van de nieuwe tbs-inrichting De Kijvelanden was oorspronkelijk voorzien in 1994. Uiteindelijk zal deze in 1998 worden gerealiseerd.

Een mogelijke toename van het aantal tbs-waardige delicten en delinquenten

Het is denkbaar dat er sterke fluctuaties optreden in de vraag naar intramurale tbs-voorzieningen, terwijl de wettelijk vastgelegde doelgroep en doelstelling van de tbs en de opleggingspraktijk ongewijzigd blijven. Op basis van de gehouden interviews willen we laten zien in hoeverre volgens inzichten van de tbs-deskundigen de toename van tbs-oplegging samenhangt met globale maatschappelijke ontwikkelingen. Zijn er volgens de deskundigen redenen om aan te nemen dat 'gestoorde gewelddadigheid' een in ernst en vóórkomen toenemend verschijnsel is? We bezien eerst of de trend in geregistreerde criminaliteit een mogelijke verklaring voor de toename van de instroom in tbs kan bieden. Daarna gaan we in op de door de respondenten veronderstelde achtergronden van deze ontwikkeling.

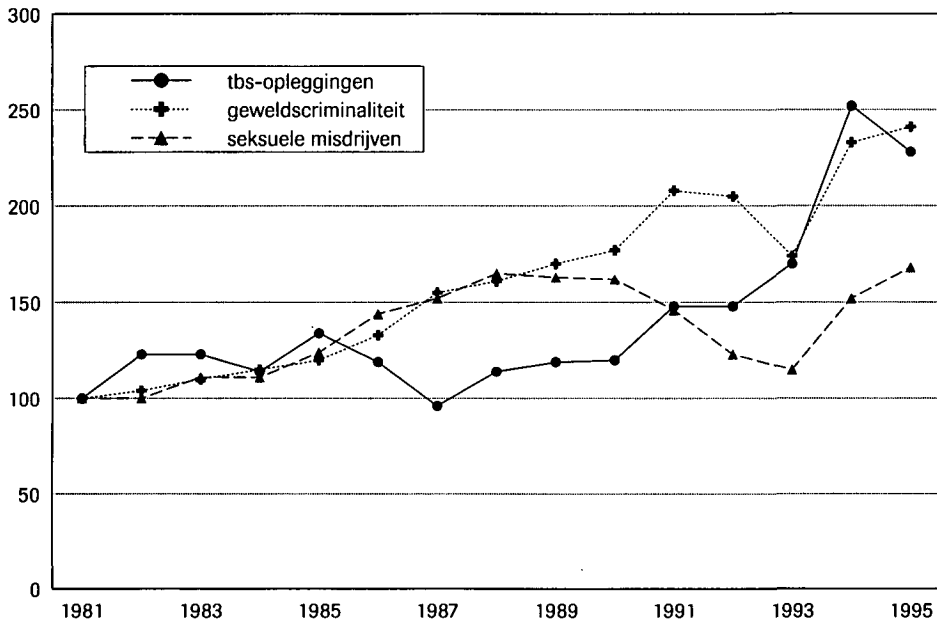
5.1 De delicten

Uit onderzoek naar kenmerken van de (huidige) tbs-populatie blijkt dat de maatregel vrijwel zonder uitzondering is opgelegd voor één van de volgende delicttypen (Leuw, 1995; Meijers Instituut, 1996):

- levensdelicten;
- ernstige geweldsdelicten;
- vermogensdelicten met een ernstige geweldscomponent;
- seksuele geweldsdelicten;
- seksuele delicten met kinderen als slachtoffer;
- brandstichting.

In figuur 5 geven we een eerste indicatie van de relatieve ontwikkeling van de oplegging van tbs en van de voor tbs relevante criminaliteit over de jaren 1981 tot en met 1995. Het jaar 1981 wordt gebruikt als indexjaar voor de aantallen tbs-opleggingen, seksuele geweldsdelicten en 'ernstigere' niet-seksuele geweldsdelicten. Deze aantallen delicten konden bij benadering worden gereconstrueerd uit de CBS-gegevens. De in de figuur gerepresenteerde 'ernstigere' geweldsdelicten bestaan uit de optelling van de door het CBS gehanteerde categorieën 'tegen leven en persoon' gerichte delicten en diefstal met geweld. Van deze optelling is vervolgens de categorie 'eenvoudige mishandeling' afgetrokken. Over de jaren zijn deze gegevens niet strikt vergelijkbaar omdat de CBS niet altijd dezelfde definities heeft

Figuur 5: De ontwikkeling van tbs-oplegging en (seksuele) geweldsdelicten van 1981 tot 1995 (afdoening rechtbank in eerste aanleg)*



* Indexjaar 1981 = 100.

toegepast. Uit de figuur blijkt dat over deze periode de toename van tbs-opleggingen sterk samenhangt met de toename van de beide voor de tbs-maatregel relevante categorieën delicten: sinds 1981 zijn zowel de tbs-opleggingen als het aantal door de rechter afgedane zaken terzake van niet-seksuele geweldsdelicten met een factor van ongeveer 2,5 toegenomen. Ook de ontwikkeling van seksuele geweldsdelicten vertoont een dergelijk beeld. We kunnen dit alles opvatten als een eerste aanwijzing dat de toename van het aantal tbs-opleggingen in elk geval deels wordt verklaard door de ontwikkeling van de criminaliteit.

In tabel 2 geven we een meer gedetailleerde vergelijking van de ontwikkeling van enkele gespecificeerde typen (seksuele) geweldscriminaliteit. Ook deze cijfers zijn gebaseerd op de eerste afdoening voor de rechtbank.

Het blijkt dat in de periode van 1985 tot 1995 ernstige geweldscriminaliteit ('ernstig letsel of dood') meer dan verdubbeld is. Dit gegeven is zeker opvallend in het licht van het feit dat de algehele criminaliteitsontwikkeling in de genoemde periode nauwelijks een stijgende tendens te zien geeft. Het totale aantal voor de rechter gebrachte misdrijven steeg van 1985 tot 1995 met niet meer dan 12%. Bij de sterke relatieve toename van seksueel geweld ten aanzien van minderjarigen speelt

Tabel 2: Aantallen (seksuele) geweldsdelicten in 1985, 1990 en 1995 (afdoeningen in eerste aanleg)

delicttype	1985	1990	1995
zware mishandeling	725	1096	1236
diefstal met geweld	1495	2096	3432
geweldsdelicten met ernstig letsel of dood	1205	1761	2748
seksueel geweld	626	676	769
idem t.a.v. minderjarigen	76	130	353
brandstichting	470	530	588

wellicht vooral de toegenomen aandacht voor dit delict en de mogelijke afname van het taboe om slachtofferschap te erkennen een rol.

Vooraf voor de toekomstige ontwikkeling van de instroom in tbs zijn gegevens over jeugdcriminaliteit en in het bijzonder over geweldscriminaliteit onder jeugdigen van veel belang. Sterke toename van (ernstige) geweldscriminaliteit onder jeugdigen vormt een voor de hand liggende aanwijzing voor de te verwachten groei van de voor de tbs relevante doelgroep op de kortere termijn. De gemiddelde leeftijd bij tbs-oplegging ligt rond de 26 jaar (Meijers Instituut, 1997). Dit betekent dat een groeiende *pool* van jeugdige geweldplegers na niet meer dan tien jaar zal bijdragen aan een (toenemende) vraag naar tbs. Politiegegevens ('gehoorde verdachten tussen de 12 en 17 jaar') laten van 1980 tot 1990 een geleidelijke toename zien van geweldpleging door jeugdigen, waarna een veel sterkere toename vanaf 1990 tot 1996 optreedt. In 1996 werden ruim 2,5 keer zoveel jeugdigen verhoord als verdachte van een geweldsdelict als in 1985 (respectievelijk circa 7950 en circa 3050; Ministerie van Justitie, 1995).

5.2 De delinquenten

In de nota *Werkzame Detentie* (1993-1994) wordt gesproken van een 'zorgwekkende toename van het aantal geestelijk gestoorden binnen het gevangeniswezen'. Ook de voorzitter van de commissie van gevangenisdirecteuren spreekt zich tegenover de Nationale Ombudsman in deze zin uit. Hij gaat ervan uit dat er 10% à 12% psychisch gestoorden in detentie zitten (Nationale Ombudsman, 1996). In een recent onderzoek van het Trimbos Instituut werd aan gevangenispsychologen gevraagd wie van de hen bekende gedetineerden 'bijzondere zorg' nodig zou hebben in verband met geestelijke stoornissen. Volgens het oordeel van de ondervraagden zou ongeveer 15% van de gedetineerden in het 'standaardregime' meer zorg nodig hebben (Schoenmaker en Van Zessen, 1997).

Of er werkelijk sprake is van een *toename* van het probleem in de laatste vijftien jaar blijkt niet zonder meer uit de rapportages van verschillende onderzoekscommissies. In de rapportage van de Werkgroep Forensische Zorg (1996) worden vier rapporten

over onderzoek naar psychische gestoordheid onder gedetineerden aangehaald. Deze rapporten beslaan een periode van 1983 tot 1994. In alle gevallen wordt ernstige psychiatrische gestoordheid waarbij opname in een (gesloten) psychiatrische inrichting zou zijn geïndiceerd, verondersteld bij ongeveer 3% van de gedetineerdenpopulatie. Volgens het recente onderzoek van het Trimbos Instituut zou het gaan om 4%. Daarnaast zou rond de 10% van de gedetineerdenpopulatie in aanmerking komen voor een speciaal regime¹⁰ vanwege psychische gestoordheid. Met betrekking tot het criterium acute gestoordheid zijn er dus geen aanwijzingen van recente (sterke) *relatieve* toename binnen het gevangeniswezen.

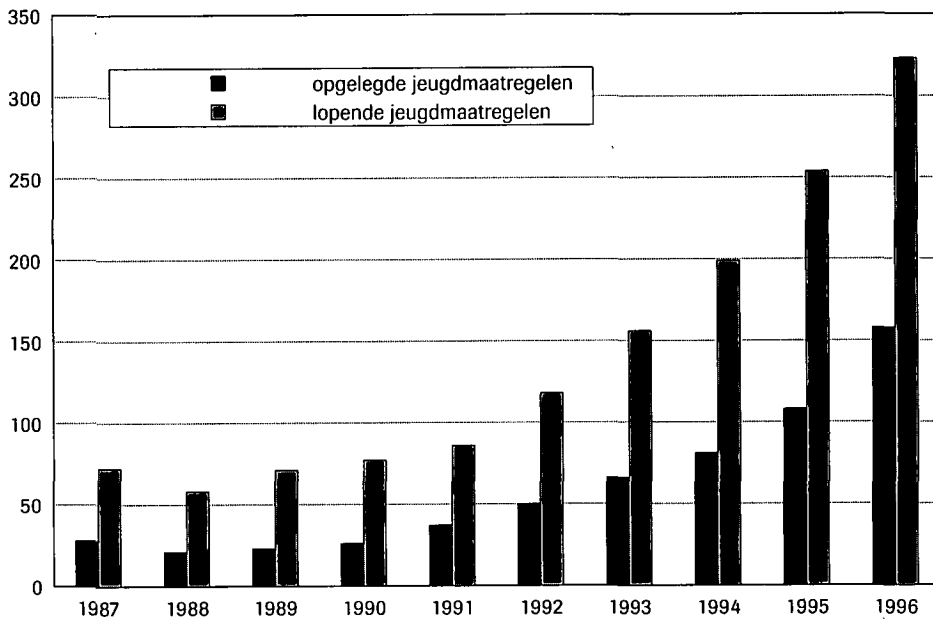
Op basis van andere prevalentiecriteria kunnen echter ook andere conclusies worden getrokken. Zo vonden Bulten e.a. (1992) in een jeugdgevangenis bij 80% symptomen van psychische stoornis in het voorafgaande jaar. Een bijna even hoog percentage (71%) 'enige psychisch stoornis in het laatste jaar' wordt gevonden in bovengenoemde onderzoek van het Trimbos Instituut (Schoenmaker en Van Zessen, 1997). Daarnaast is ook harddruggebruik (-verslaving) in de laatste decennia een sterk toegenomen kenmerk van de gedetineerdenpopulatie. En ten slotte blijkt uit een onderzoek binnen een IBA dat bijna de helft van deze gedetineerden met psychische stoornissen tbs-achtige delicten heeft gepleegd (Mertens, 1993).

Al met al zouden deze gegevens met betrekking tot het gevangeniswezen erop wijzen dat er naar schatting bij 1000 gedetineerden (10% van de gevangenispopulatie) betrekkelijk ernstige psychische gestoordheid voorkomt. Binnen dit deel van de gedetineerdenpopulatie schuilt mogelijk een betrekkelijk groot potentieel voor de tbs.

Een indicatie van de ontwikkeling van het aantal 'gestoorde geweldplegers' kan ook worden ontleend aan de toepassing van jeugdmaatregelen in de laatste decennia. In de sfeer van het jeugdrecht is het onderscheid tussen civielrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen minder relevant dan bij maatregelen ten aanzien van volwassenen. Jeugdigen die strafbare feiten plegen, komen vaak door middel van een civielrechtelijke maatregel, de ondertoezichtstelling (ots), in een jeugdinrichting terecht. De ontwikkeling van de populatie van jeugdinrichtingen is ongetwijfeld zeer van belang als 'voorspeller' van de toekomstige instroom in de tbs. Zo blijkt uit onderzoek naar de populatie van tbs-gestelden dat meer dan 40% als minderjarige in één of meerdere tehuizen heeft gezeten (Meijers Instituut, 1996). Verwacht mag worden dat *relatief* veel¹¹ jeugdigen aan wie een maatregel is opgelegd, later in aanmerking kunnen komen voor tbs. Jeugdmaatregelen zijn vooral van belang als voorspeller van tbs omdat (ernstige) gedragsgestoordheid mede een indicatie is

10 IBA, BIBA, FOBA.

11 Voor alle duidelijkheid, in *absolute* zin zal het ongetwijfeld nog steeds gaan om niet meer dan een zeer kleine proportie van alle jeugdigen die een maatregel wordt opgelegd.

Figuur 6: Opleggingen en lopende strafrechtelijke jeugdmaatregelen van 1987 tot 1996

voor het opleggen van de maatregel (Boendermaker, 1995). Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Wet BOPZ voor volwassenen, waarbij een veel grotere nadruk ligt op psychotische symptomen als basis voor oplegging van de maatregel (Janssen e.a., 1995).

Sinds medio jaren tachtig is het aantal ots'en gestegen van ongeveer 3200 tot ongeveer 4800. Dit is een toename van rond 50%. De meest verreikende interventie, de strafrechtelijke jeugdmaatregelen, geeft een veel stormachtiger ontwikkeling te zien. Deze voor de toekomstige vraag naar tbs waarschijnlijk zeer relevante indicator is scherp gestegen vanaf het eind van het vorige decennium. De ontwikkeling van jaarlijks opgelegde strafrechtelijke jeugdmaatregelen en van de populatie met lopende jeugdmaatregelen is in figuur 6 in kaart gebracht. De relatieve toename van het aantal lopende strafrechtelijke *jeugd*maatregelen is nog veel sterker dan bij de tbs het geval is.

Op basis van dezelfde redenering als werd gevolgd bij de in paragraaf 5.1 geconstateerde sterke toename van het aantal jeugdige geweldsdelinquenten mag worden verondersteld dat de sterke groei van het aantal psychosociaal zeer problematische jeugdgedelinquenten op een termijn van ongeveer tien jaar zal kunnen bijdragen aan een toename van de instroom in de tbs.

05/21/2012 14:52 026

5.3 Inzichten van deskundigen over de mogelijke toename van tbs-waardige delicten en delinquenten

Komen er in de samenleving meer uitingen van ‘gestoord geweld’ voor dan ‘vroeger’ het geval was, of zijn er ook andere belangrijke verklaringen van de toegenomen instroom mogelijk? Bij alle met de deskundigen gevoerde gesprekken is ingegaan op de vraag of de gebleken toename van het aantal tbs-opleggingen wordt gezien als symptoom of gevolg van een meer globale maatschappelijke ontwikkeling. In dit geval werd ook gevraagd naar de mogelijke verklaringen van dit veronderstelde maatschappelijke verschijnsel.

Inzichten met betrekking tot dit punt zijn van fundamenteel belang voor de consequenties die het toenemende aantal tbs-opleggingen zou moeten hebben. Voor zover de toename een globale maatschappelijke ontwikkeling reflecteert, zou dit bij *ongewijzigde doelstellingen* van de tbs-maatregel vrijwel onvermijdelijk dienen te leiden tot een verdere uitbouw van de forensisch psychiatrische voorzieningen. Zo ligt het voor de hand dat rechters zich bij het opleggen van de tbs-maatregel minder zullen aantrekken van de schaarste van tbs-voorzieningen indien zij menen te reageren op toenemend ‘gestoord geweld’ in de samenleving. Anderzijds liggen aanpassingen binnen het bestaande systeem meer voor de hand naarmate de toename van de vraag naar tbs meer wordt toegeschreven aan andere, bijvoorbeeld systeem-intrinsieke, factoren.

Vrijwel alle gesprekspartners menen dat de toename van het aantal tbs-opleggingen in de laatste tien jaar bovenal een autonoom karakter heeft. Toename van het aantal opleggingen van de tbs wordt primair gezien als een gevolg van een maatschappelijk proces waarbij het aantal gestoorde en gevaarlijke delictplegers toeneemt en dus niet of veel minder als consequentie van veranderende selectieprocessen. De toenemende vraag naar tbs zou daarom eerder *structureel* (een gevolg van fundamentele maatschappelijke ontwikkelingen) dan *conjunctureel* (een tijdelijke toename op grond van min of meer toevallige omstandigheden) van aard zijn.

In vrijwel alle gesprekken met de deskundigen worden globale sociaal-economische en culturele factoren aangewezen, die hebben geleid tot een sterk *sociaal gelokaliseerde* concentratie van psychosociale problemen. Het algemene beeld zou zijn dat zich aan de rand van een voor de meerderheid niet ongunstige maatschappelijke ontwikkeling een sterk contrast aftekent van marginale groepen die vrijwel buiten elk (conventioneel) sociaal netwerk komen te vallen.

In menig opzicht wordt de ontwikkeling van ‘gestoord geweld’ dus gezien als een aspect van maatschappelijke tweedeling. Volgens deze in de groep respondenten vrij algemeen gedeelde visie is sprake van een maatschappij-brede ontwikkeling die bij bepaalde kwetsbare groepen en individuen tot een toename van psychosociale problemen leidt. Commercialisering, verzakelijking en ‘verharding’ van de maatschappij creëert een nog steeds sterker wordende tweedeling tussen ‘winners’ en ‘losers’. Binnen sommige regionen van de samenleving wordt in

deze visie een opstapeling van problemen in de hand gewerkt. Sociale problemen, werkloosheid, gezinsproblemen, lichamelijke en geestelijke gezondheid en criminaliteit vormen daarin één complex. Dit zou bijvoorbeeld ook kunnen blijken uit het feit dat een groot deel van de tbs-populatie ook veel 'gewone criminaliteit' in de voorgeschiedenis heeft en dezelfde kenmerken van lage sociale positie vertoont als de doorsneegebetende. Veel tbs-gestelden zijn net als de 'gemiddelde' gedetineerde werkloos, slecht opgeleid en sociaal weinig geïntegreerd. De groei van de tbs-sector past als een begrijpelijk en min of meer vanzelfsprekend fenomeen, binnen deze veronderstelde trend van groeiende sociaal gelokaliseerde marginalisering.

Daarnaast spreken enkele respondenten echter ook van een incidentele ontwikkeling die dus eerder als *conjunctureel* moet worden aangemerkt. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan specifieke delictcategorieën, zoals bij de plotselinge toename van gezinstragedies waarbij de partner en/of de kinderen worden gedood. Het zou dan eerder gaan om een toevallige golf van imitaties, dan dat er sprake is van een echte trend in de samenleving. Ongelukkige persoonlijke en (gezins)omstandigheden zijn van alle tijden. Zoals één van de respondenten het uitdrukte, hebben deze tragedies waarschijnlijk niets te maken met een wel eens veronderstelde 'verloedering van de maatschappij'.

Factoren ter verklaring van de toename van (pathologisch) geweld
'Gestoord geweld' wordt gezien als een symptoom van enkele samenhangende ontwikkelingen. Toenemende individualisering als dominante sociaal-culturele trend heeft een grotere kans op onthechting en marginaliteit binnen sociaal kwetsbare groepen ten gevolge. Vooral binnen gemarginaliseerde groepen bestaat het gevaar dat zich een verruwing van de normen voor geweld voordoet. Aan de andere kant impliceert voortschrijdende individualisering ook dat er een afnemende tolerantie bestaat in de maatschappij voor alle gedrag dat inbreuk maakt op het zelfbeschikkingsrecht van individuen. In deze zin is er ook minder tolerantie van onaangepast gedrag van gestoorden dat gevaar oplevert. Het is aannemelijk dat beide tendensen, onthechting enerzijds en afnemende tolerantie voor 'storend' gedrag anderzijds, elkaar versterken.

Psychische labiliteit en gedragsstoornissen worden gezien als complicerende factoren die tot op zekere hoogte worden opgeroepen en verergerd door deze meer algemene maatschappelijke ontwikkeling. Er wordt geconstateerd dat er de laatste tien à vijftien jaar sprake is van zowel een toename van ernstige geweldsdelicten als van personen met psychische stoornissen binnen justitie. Wellicht zijn dit beide autonome ontwikkelingen, die deels hand in hand gaan.

De maatschappelijke ontwikkeling die leidt tot een toename van 'gestoord geweld' werd door een respondent als volgt uitgedrukt.

'Er ontstaan marginale groepen, die buiten elk (conventioneel) sociaal netwerk komen te vallen. Jongeren voor wie geen duidelijke plaats in de maatschappij is. Ze volgen geen onderwijs meer, hebben geen gestructureerde dagbesteding.

05
21
2012
4:52
027

Familie- of buurtverbanden functioneren voor hen niet meer. Het gebruik van middelen is een zeer veel voorkomende complicerende factor. Er ontstaan zo min of meer marginale (jeugd)culturen met een problematische en vaak sterk gewelddadige inslag. Het oplossen van problemen en conflicten gaat, als ware het “normaal”, gepaard met een hoog niveau van geweld.’ (fp)¹²

Het ligt voor de hand dat er een relatie bestaat tussen het vrij algemeen veronderstelde proces van tweedeling in ‘winners’ en ‘losers’ en het vóórkomen van ‘geestelijke gestoordheid’. De grenzen tussen psychische en sociale pathologie zullen, vooral bij gedragsstoornissen vaak niet zo duidelijk zijn. In een interview met ‘Vrijspraak’ (oktober 1996) stelt Van Marle het volgende.

‘De groep eenzamen, geestelijk gestoorden en drank- en druggebruikers dijt uit door het ontbreken van sociale vangnetten als kerk en buurtgemeenschappen, maar ook door de steeds meer op het individu gerichte economie.’

Door enkele respondenten wordt gesteld dat er op microniveau een duidelijk verband is tussen sociaal gelocaliseerde onthechting en verruwing enerzijds en symptomen van gestoord gedrag anderzijds. Vooral de psychisch kwetsbaren binnen deze gemarginaliseerde delen van de samenleving lijken sterk te zijn voorbestemd tot sociaal disfunctioneren. Gedacht wordt aan kinderen van jonge alleenstaande moeders, kinderen van verslaafden of van ouders die zelf grote psychosociale problemen hebben. Aldus draagt de recente maatschappelijke ontwikkeling bij tot ernstiger symptomatologie van persoonlijkheidsgestoordheid.

‘Binnen enkele delen van de samenleving vindt een verruwing plaats met betrekking tot de normen voor “antisociaal” gedrag. Bijvoorbeeld onder sommige groepen jongeren moet je op dit moment erg ver gaan om verzet en rebellie te kunnen uitdrukken. Toenemend geweld rond voetbal is ook een uiting daarvan. Er bestaat groepspressie om daden van autonomie en macht te stellen. De persoonlijkheidsgestoorde heeft een drang om daar weer bovenuit te willen gaan. Als bijvoorbeeld de “normale” kinderen winkeldiefstal plegen om mee te doen, dan moeten (sociaal) problematische kinderen daar weer bovenuit gaan. Je moet als jongere verder gaan dan vroeger om je te kunnen onderscheiden. Aldus krijg je, met name bij mensen bij wie elementen van persoonlijkheidsgestoordheid een rol spelen, een escalatie van geweld en antisocialiteit.’ (fp)

De typerende interactie tussen problematische sociale en psychische ontwikkelingen leidt in laatste instantie tot een groter beroep op forensisch psychiatrische voorzieningen.

‘Duurzame verwaarlozing en het ontbreken van een netwerk doet problematiek bij psychotische aanleg zeer verergeren. Dergelijke figuren raken gaandeweg steeds meer onthecht van elk verband. Middelengebruik gaat dan vaak een grote

12 Waar dit voor een beter begrip van de citaten van belang is, wordt vermeld uit welke categorie van respondenten het citaat afkomstig is (zie paragraaf 2.3): fp = staf/behandelaars uit de (forensische) psychiatrie, rb = rechtbank, bl = beleid.

rol spelen. Bij de meer agerende types zie je dan dat er onvoorspelbaar gewelddadig en antisociaal gedrag kan ontstaan. Voor de gewone GGZ zijn ze een probleem vanwege deze antisociale neigingen. In de tbs bereiken deze figuren dan een soort eindbestemming, waar ze misschien niet waren terechtgekomen als er eerder adequate opvangmogelijkheden voor hen waren geweest.' (fp)

Het allochtone element

De meeste respondenten geven aan dat de toename van het aandeel van allochtone minderheden in de Nederlandse samenleving één van de verklarende factoren vormt bij de ontwikkeling van het aantal 'gestoorde geweldplegers'. Maatschappelijke marginaliteit en isolement zijn reeds eerder genoemd als algemene verklarende factoren. Uiteraard spelen deze juist bij etnische minderheden een belangrijke rol. Allochtonen verkeren vaak in moeilijke maatschappelijke omstandigheden, waardoor ze ook psychisch onder druk komen te staan. Daarnaast worden ook tegenstrijdigheden in allochtone socialisatieprocessen binnen de Nederlandse samenleving en 'cultuurconflicten' en misverstanden veel genoemd als verklaring voor het toenemende allochtone element binnen het (commune) strafrecht en (daarmee) binnen de forensische psychiatrie. Mogelijk hebben deze factoren tezamen reeds geleid tot een zich in de tbs-populatie manifesterende toename van patiënten uit minderheidsgroepen (Meijers Instituut, 1996). Gezien het vooralsnog groeiende aantal allochtonen in de Nederlandse samenleving valt te verwachten dat dit ook de toekomstige ontwikkeling van de tbs-populatie zal blijven beïnvloeden.

Eén van de mogelijke verklaringen voor het (lichtelijk toenemende) allochtone element in de tbs-populatie zou kunnen zijn dat er vaak veel meer (extreme) gewelddadigheid bestaat in de landen waaruit veel immigranten naar Nederland komen. Gezien cultureel bepaalde verwachtingen zouden wellicht sommige allochtone daders in hun eigen cultuur minder snel als gestoord zijn aangemerkt. Uit deze veronderstelling volgt dat allochtone geweldplegers wellicht deels op basis van een cultureel misverstand als 'gestoord' worden aangemerkt en daarmee ook eerder voor forensisch psychiatrische interventie in aanmerking komen. Over het belang van dit punt voor de ontwikkeling van de tbs-populatie lijken echter duidelijk verschillende meningen te bestaan. Volgens anderen is het niet waarschijnlijk dat bij allochtone tbs-gestelden een geheel verschillende interpretatie van gestoord gedrag een belangrijke rol speelt. In de meeste gevallen waarin tbs aan de orde komt, is het geweld zo extreem en bizar geweest dat het volgens hen onwaarschijnlijk is dat dergelijk gedrag vanuit het allochtone culturele perspectief niet als 'gestoord' zou zijn aangemerkt.

Enkele respondenten menen dat zowel cultureel gedetermineerde misverstanden als de door een 'cultuurschok' versterkte stoornissen een toenemende allochtone vertegenwoordiging in de forensische psychiatrie met zich meebrengen. Door aanpassingsproblemen worden mogelijke gestoorde elementen in de persoonlijkheid geactiveerd en uitvergroot. Gevoeligheden en kwetsbaarheden, bijvoorbeeld in

de huwelijksrelatie, kunnen er dan toe bijdragen dat 'de stoppen doorslaan' en er extreem gewelddadig gedrag ontstaat. Ter illustratie dient het volgende voorbeeld van een Marokkaanse man in de tbs die meende dat hij zijn vrouw moest doden om zijn manlijke waardigheid te kunnen handhaven. Die man was werkloos en leefde sterk geïsoleerd in Nederland. Zijn vrouw had goed Nederlands geleerd en was veel beter in staat om zich hier te redden en initiatieven te ontplooiën. Toen zijn vrouw pogingen ging doen om werk buitenshuis te vinden, voelde de man zich zeer bedreigd. Hij ontwikkelde de dwanggedachte dat hij zijn vrouw moest doden omdat zij hem niet wilde gehoorzamen.

5.4 Samenvatting en conclusie

De tbs wordt de laatste tien à vijftien jaar vrijwel uitsluitend opgelegd aan 'geestelijk gestoorde' plegers van ernstige (seksuele) geweldsdelicten. Vermeerderde instroom in de tbs kan (deels) het gevolg zijn van een globale toename van het aantal 'tbs-achtige' delicten en van het aantal 'gevaarlijke' en niet of verminderd toerekeningsvatbare delinquenten.

Uit de geregistreerde criminaliteitscijfers blijken duidelijke aanwijzingen dat er, met name vanaf 1985, veel meer geweldscriminaliteit voorkomt. Seksuele geweldscriminaliteit met meerderjarigen als slachtoffer vormt een uitzondering op deze trend. Dit delict is in genoemde periode niet sterk toegenomen. Dit gegeven komt ook tot uiting in de *relatieve* afname van het aantal seksuele delinquenten onder de tbs-populatie.

Voor de toekomstige ontwikkeling van 'tbs-achtige' criminaliteit is met name de scherpe stijging van het aantal jeugdige plegers/verdachten van geweldscriminaliteit van belang. Dit aantal is verdrievoudigd sinds 1985 (Ministerie van Justitie, 1995). Deze gegevens zijn vooral veelzeggend tegen de achtergrond van de betrekkelijke stabilisering van de globale criminaliteitscijfers in dezelfde periode. Criminaliteit lijkt een sterker gewelddadig karakter te krijgen, en lijkt daardoor in principe meer relevant te zullen worden voor tbs-oplegging.

Naast de aard van de gepleegde delicten duiden ook aanwijzingen van toenemende psychopathologie binnen de gevangenisbevolking op een groter wordende *pool* van delinquenten waaruit de tbs-populatie wordt gerekruteerd. Vrij recentelijk is sprake van een nog steeds toenemende zorg over het vóórkomen van 'geestelijke gestoordheid' in het gevangeniswezen. Als reactie op (wellicht) toenemende psychische problematiek zijn er meer gespecialiseerde detentievoorzieningen gecreëerd. Recent onderzoek wijst uit dat een meerderheid van de gevangenisbevolking lijdt of recentelijk heeft geleden aan 'symptomen van psychische stoornis'. Bij ongeveer 10% van de gevangenisbevolking zou dit zodanig ernstig zijn dat speciale zorg noodzakelijk is. Volgens deze zelfde onderzoeken zou een meerderheid van de gevangenispopulatie enigerlei symptoom van geestelijke stoornis vertonen.

Vooraf voor de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar tbs is de sterke toename van het aantal opgelegde (civiel- of strafrechtelijke) jeugdmaatregelen van belang. In een periode van minder dan tien jaar is dit ongeveer verdrievoudigd. 'Geestelijke stoornis' binnen de populatie van (jeugd)delinquenten lijkt een toegenomen en wellicht nog steeds toenemend fenomeen te zijn. De grotere vraag naar tbs zal mede hierdoor worden bepaald.

Dit beeld wordt zonder meer bevestigd door de met deskundigen uit het tbs-veld gevoerde gesprekken. Volgens hen reflecteert de toename van het aantal tbs-opleggingen vooral een toename van het aantal gestoorde geweldplegers. Het meer vóórkomen van dit type delinquenten wordt gezien als gevolg van een maatschappelijke ontwikkeling. Voortgaande individualisering en verzakelijking leidt tot het wegvallen van beschermende en gedragsregulerende sociale verbanden. De contrasten tussen 'winners' en 'losers' in de samenleving nemen toe. De symptomatologie van zowel 'psychisch labielen' als van gedragsgestoorden wordt hierdoor uitvergroet. In de sterk problematische, onthechte en gemarginaliseerde segmenten van de samenleving bestaat een verruwing van geweldsnormen. Bij dit alles werkt het problematische gebruik van alcohol en drugs vrijwel altijd een escalatie van de stoornis en het delinquente gedrag in de hand. Ook de toegenomen aanwezigheid van allochtone minderheden in Nederland leidt tot een toename van forensisch psychiatrische problematiek. Deels kunnen hiervoor dezelfde verklaringen in termen van onthechting en marginalisering worden gegeven. Bij allochtonen spelen echter ook cultuurconflict en daarmee gepaard gaande misverstanden een rol bij het vóórkomen van gestoord en gewelddadig gedrag.

De selectieprocessen

Zoals gezegd, dient de verklaring van de (toenemende) instroom in de tbs niet alleen te worden gezocht bij de ontwikkeling (groei) van voor deze maatregel relevante populaties. Bij een constant blijvend aanbod van 'gestoorde geweldsdelinquenten' kan toename of afname van de instroom het gevolg zijn van veranderende selectieprocessen. Wanneer er meer vissen worden gevangen, dan kan dit, bij gelijkblijvende visstand, worden verklaard door het gebruik van fijnmaziger netten (de criteria) of door het gebruik van grotere netten (de uitbouw van selectiecapaciteit). Er dient dus te worden onderscheiden tussen inhoudelijke en procesmatige determinanten van selectie.

Inhoudelijke determinanten van selectieprocessen zijn enerzijds de wettelijk vastgelegde criteria voor tbs-oplegging (de formele doelgroep en de doelstelling van de tbs-maatregel) en anderzijds (informeel) de interpretatie die door de opleggers van de tbs aan deze wettelijke vereisten wordt gegeven. Bij dit laatste spelen persoons- en 'mode'gebonden determinanten van het selectieproces een rol. Formele en informele elementen bepalen tezamen de inhoudelijke criteria bij tbs-oplegging. Mogelijk wordt de recente toename van het aantal tbs-opleggingen (deels) veroorzaakt door een ruimere toepassing van deze inhoudelijke criteria.

Het is echter evenzeer denkbaar dat ten gevolge van organisatorische ontwikkelingen in het justitiële voortraject van tbs-oplegging meer personen in aanmerking komen voor forensisch psychiatrisch onderzoek en daarmee uiteindelijk voor de mogelijke oplegging van een tbs-maatregel. We kunnen dan eerder spreken van procesmatige factoren die toename van het aantal opleggingen van tbs in de hand werken. Om hierin inzicht te verwerven en de mogelijkheden voor onderzoek te overwegen, is het van belang om summier de gang van zaken in de verschillende fasen in het selectieproces bij oplegging van tbs te schetsen. We zullen hierbij aandacht besteden aan eventuele recente veranderingen.

6.1 Beschrijving en analyse van het selectieproces

Voor het proces van oplegging van de tbs bestaat een deels formeel vastgelegde procedure. In laatste instantie beslist de rechter over de vraag of de wettelijke criteria voor oplegging van de 'terbeschikkingstelling met last tot verpleging' zijn vervuld.

De eerste signalering van de noodzaak van psychiatrisch onderzoek kan voortkomen uit contacten van de verdachte met de reclassering. Daarnaast vloeit vroege signalering van psychosociale problemen voort uit de consulterende functie die de Districtspsychiatrische Dienst (DPD) in het huis van bewaring uitoefent. Het is dus

05
2
4
2
0
1
2
4
5
2
0
3
0

denkbaar dat de reclassering of de DPD in de eerste stadia van het selectieproces de aanvoer van nieuwe kandidaten voor tbs-oplegging bepalen.

In het voortraject naar tbs-oplegging is een sleutelrol weggelegd voor de rechter-commissaris (RC). Deze functionaris is de belangrijkste beslisser met betrekking tot de vraag of er een forensisch psychiatrisch onderzoekproces in gang moet worden gezet, dat uiteindelijk kan leiden tot de oplegging van tbs. De RC kan in het kader van het gerechtelijke vooronderzoek een psychiatrisch onderzoek van de verdachte gelasten. Het is mogelijk dat dit ambtshalve en op eigen initiatief van de RC geschiedt. Maar ook de andere bij het gerechtelijk vooronderzoek betrokken partijen, de officier van justitie (ovj) en de (advocaat van) de verdachte, kunnen hier invloed op uitoefenen. De ovj beschikt over de mogelijkheid om forensisch psychiatrisch onderzoek te vorderen. Maar ook in dit geval beslist de RC. De RC kan rechtstreeks een deskundige met het onderzoek belasten, of hij stelt de uitvoering van forensisch psychiatrisch onderzoek onder regie van de DPD.

Op dit moment is er landelijk sprake van een toenemende centrale regisserende rol van de DPD bij de productie van rapporten Pro Justitia. Dit biedt de mogelijkheid voor een betere standaardisering van het rapport en garanderen van kwaliteit. Bij de DPD worden kwaliteitscriteria voor rapportage ontwikkeld waaraan de rapporten kunnen worden getoetst. De centrale rol van de DPD betekent in veel gevallen dat de RC de rapportage uitbesteedt aan DPD, terwijl de RC ook vertrouwt op het oordeel van de DPD over de kwaliteit van de rapportage. Het is hierbij de vraag in hoeverre de RC ook de noodzaak voor het instellen van forensisch psychiatrisch onderzoek door de DPD laat bepalen. Volgens de landelijke coördinator voor de DPD's op het ministerie van Justitie lopen enkele arrondissementen duidelijk voorop bij het centraal stellen van de DPD voor de productie van rapportages Pro Justitia. Dit geldt bijvoorbeeld voor de arrondissementen Amsterdam, Rotterdam en Den Bosch. In arrondissementen zoals Assen en Leeuwarden is het nog veeleer de RC die zelfstandig beslist over de noodzaak, de uitbesteding en de beoordeling van forensisch psychiatrische rapportage.

De uiteindelijke beslissing over het al of niet opleggen van een tbs wordt genomen door de rechtbank. De rechter kan hiertoe beslissen al of niet op vordering van de ovj. De rechter dient echter wel te beschikken over Pro Justitia rapportage. De wet schrijft voor dat er dubbele (psychologische en psychiatrische) rapportage beschikbaar is, die is uitgebracht door (minimaal) twee door justitie erkende deskundigen. In deze rapportage wordt, op basis van de criteria toerekenbaarheid, stoornis en gevaar voor herhaling, geconcludeerd met betrekking tot de noodzaak van oplegging van de maatregel. Deze procedure impliceert dat formeel gesproken de rechter en de psychiatrisch deskundigen de feitelijke beslissers zijn over tbs-oplegging. Alle andere partijen in het strafrechtelijke proces dat uiteindelijk leidt tot tbs-oplegging (politie, reclassering, RC, ovj, advocaat) spelen een rol, maar kunnen formeel geen doorslaggevende invloed uitoefenen op het opleggen van de maatregel.

Tabel 3: Aantallen DPD-rapportages en tbs-opleggingen van 1991 tot 1994

	1991	1992	1993	1994
DPD-rapportages	1609	1846	2065	2509
tbs-opleggingen	117	117	134	199

In laatste instantie bepaalt de rechter op grond van 'eigen interpretatie' en beïnvloed door heersende sociaal-cultureel bepaalde normen in hoeverre aan het gevaars- en het toerekeningsvatbaarheidsprincipe is voldaan (Kelk, 1995). Het staat de rechter dus uiteindelijk vrij om te beoordelen in hoeverre de specifieke daad aan de verdachte moet worden toegerekend. De gediagnosticeerde mate van toerekeningsvatbaarheid is niet meer dan één element in een dergelijke afweging. 'Toerekeningsvatbaarheid is een forensisch psychiatrisch begrip en behoort tot het domein van de psychiater. Het toerekenen komt de rechter toe en is een juridische daad' (Krul-Steketee en Zeegers, 1993; Eizenga, 1994).

Voor een analyse van eventuele veranderende criteria voor tbs-oplegging betekent dit dat er moet worden onderscheiden tussen:

- de conclusie van de deskundigen met betrekking tot stoornis, gevaar en toerekeningsvatbaarheid;
- het al of accepteren van deze conclusie door de rechter;
- de uiteindelijke conclusie van de rechter om de schuld aan het delict al of niet (volledig) aan de verdachte toe te rekenen.

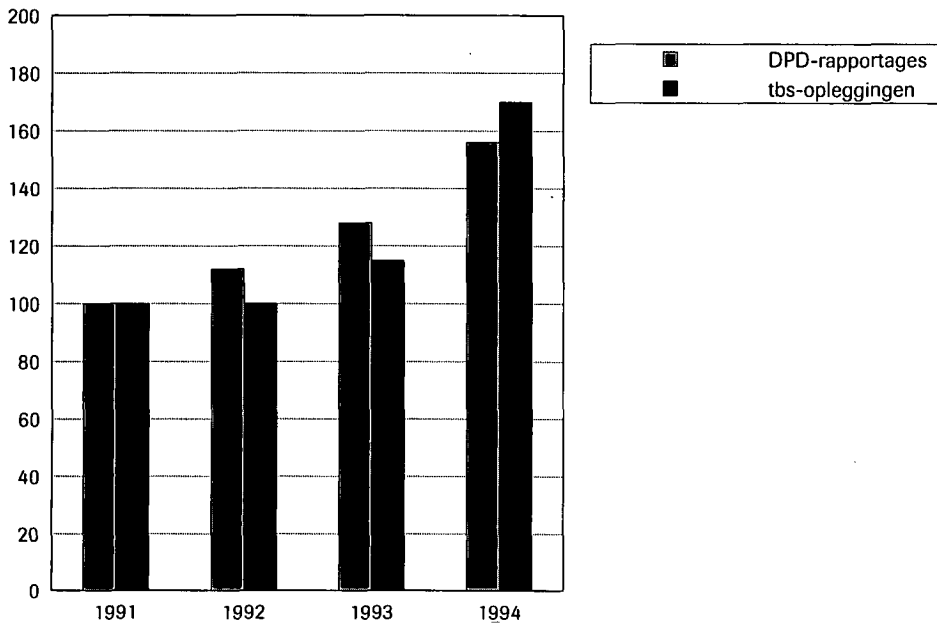
6.2 De geregistreerde gegevens

In tabel 3 en de bijbehorende figuur 7 is de relatie in beeld gebracht tussen de ontwikkeling van de aantallen DPD-rapportages Pro Justitia en de oplegging van tbs. Eerstgenoemde gegevens zijn gebaseerd op de beschikbare jaarrapportages¹³ van 12 arrondissementen over de jaren 1991-1994. De figuur laat zien dat er een sterke samenhang bestaat tussen de totale productie van forensisch psychiatrische rapportage en de oplegging van tbs.

Voor tbs-oplegging is sinds de wetwijziging van 1988 dubbele rapportage van een psychiater en een psycholoog wettelijk voorgeschreven. In speciale gevallen kan worden besloten tot klinische rapportage. Deze geschiedt doorgaans in het Pieter Baan Centrum (PBC). Er bestaan nog geen formele en geëxpliciteerde criteria voor de al of niet klinische uitvoering van het onderzoek. Voor opname voor klinisch onderzoek in het PBC is een daartoe strekkend psychiatrisch advies noodzakelijk.

13 De zogeheten briefrapporten zijn hier niet meegerekend.

Figuur 7: Ontwikkeling relatieve aantallen DPD-rapportages en tbs-opleggingen van 1991 tot 1994*



* Indexjaar 1991 = 100.

De mogelijkheden tot klinische observatie zijn vergroot door beschikbaarheid van (nieuwe) FPA's en FPK's. In de praktijk wordt hiervan echter weinig gebruikgemaakt. De ernst van de stoornis en het gevaar van ernstige recidive zijn in de praktijk belangrijke criteria voor klinische in plaats van ambulante rapportage. Daarnaast zijn er nog enkele methodische criteria, bijvoorbeeld wanneer inzicht in groepsdynamische aspecten van het gedrag van de verdachte is vereist. Ook sterk geruchtmakende zaken zullen waarschijnlijk eerder in het PBC terechtkomen. In tabel 4 zijn de ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar met betrekking tot de door het PBC verrichte rapportage en advies samengevat.

Het forensisch psychiatrische onderzoeksproces in het PBC is al langere tijd sterk gestandaardiseerd. Omdat het gaat om een intramurale setting, is ook de capaciteit van deze instelling aan een harde limiet gebonden. Ondanks deze beperking blijkt het aantal PBC-rapportages geleidelijk toe te nemen. In het PBC wordt de laatste jaren over rond 230 verdachten advies uitgebracht. De proportie adviezen tot oplegging van tbs is sinds de jaren tachtig gestegen van ongeveer een derde tot rond de helft.

Van 1987 tot en met 1996 zijn door het PBC in totaal 848 adviezen uitgebracht voor oplegging van een tbs met verpleging. Het aantal tbs-opleggingen in dezelfde

Tabel 4: Rapportage en advies van het Pieter Baan Centrum van 1987 tot 1996

jaar	ontoereken- baar	(zeer) sterk verminderd toerekenbaar	overigen	totaal	tbs-advies	
	%	%	%		n	%
1987	11,1	52,9	36,0	189	59	31,2
1988	12,6	51,8	35,6	191	74	38,7
1989	11,8	50,7	37,4	203	78	37,4
1990	8,4	47,6	44,0	191	59	30,9
1991	12,1	40,5	47,4	190	60	31,6
1992	9,2	52,2	38,6	184	80	43,5
1993	8,9	55,2	35,9	192	82	42,7
1994	6,3	64,6	29,1	223	140	62,8
1995	5,4	66,1	28,6	224	116	51,8
1996	6,7	59,2	34,0	238	100	42,0

periode bedroeg 1287. Ervan uitgaande dat het PBC-advies in verreweg de meeste gevallen door de rechter wordt gehonoreerd, betekent dit dat er gemiddeld over deze periode ongeveer twee derde van de tbs-opleggingen door middel van advisering door het PBC tot stand komt. Ondanks de betrekkelijk sterke toename van het aantal opleggingsadviezen van het PBC in de afgelopen tien jaar is zeker geen sprake van een grotere *relatieve* bijdrage van het PBC in de latere jaren. Eerder het tegendeel blijkt het geval. Vanaf het begin van dit decennium zien we over het algemeen een groter aandeel van ambulante advisering bij het tot stand komen van de tbs-oplegging. Dit zal te maken hebben met het feit dat bij een groter wordend aanbod van potentiële tbs-gevallen, ambulante advisering de beperkte capaciteit van het PBC moet compenseren. Het jaar 1994 is, zeker ook wat het PBC betreft, uitzonderlijk. In dat jaar zien we een sterke relatieve toename van het aantal opleggingsadviezen, zowel met betrekking tot de trend in het PBC zelf als in vergelijking met het totale aantal in 1994 opgelegde tbs'en. Het lijkt erop dat het PBC sterk heeft bijgedragen aan de incidentele (en op grond van het beschikbare materiaal niet verklaarbare) uitschieter wat betreft instroom in het jaar 1994.

Op basis van CBS-gegevens over de jaren 1990-1995 met betrekking tot vonnissen in eerste aanleg kan worden nagegaan in hoeverre er *statistische* samenhang bestaat tussen de eis van de ovj en het rechterlijke oordeel. Deze samenhang geeft enig inzicht in de mate van consensus in het beslissingsproces bij de magistratuur. Helaas is het materiaal, vooral met betrekking tot de eis van de ovj, te onvolledig om op dit punt een trendanalyse over deze periode mogelijk te maken. In plaats daarvan hebben we de samenhang vastgesteld tussen eis en vonnis over alle gevallen waarin een eis of vonnis tot tbs-oplegging aan de orde was, en er bovendien over zowel

Tabel 5: Samenhang tussen eis en vonnis bij tbs-oplegging (n=589)

	rechter vonnist tbs	rechter vonnist geen tbs
ovj eist tbs	74%	14%
ovj eist geen tbs	12%	

de eis als de uitspraak informatie beschikbaar was. Op grond van bovengenoemde voorwaarden konden in het CBS-materiaal 589 gevallen worden geïdentificeerd. Wanneer we de samenhang tussen de eis van de ovj en de uitspraak van de rechter bezien (tabel 5), blijkt dat in bijna drie kwart van de gevallen rechter en ovj het met elkaar eens zijn dat tbs dient te worden opgelegd.

6.3 Inzichten van de deskundigen over het (justitiële) selectieproces

Net zoals bij de strafrechtelijke oplegging van detentie in het algemeen geldt ook voor de tbs dat, los van de criminaliteitsontwikkeling, de reacties van het strafrecht-systeem kunnen worden bepaald door de beschikbare capaciteit, de veranderende 'waardering' van sociaal gedrag, en het al of niet in de mode zijn van bepaalde interventiemodaliteiten. Meer forensisch psychiatrische deskundigen binnen het strafrecht zullen naar verwachting meer forensisch psychiatrische problematiek aanwijzen. Het is in combinatie daarmee ook heel goed denkbaar dat magistraten (ovj's zowel als rechters) meer voorkeur ontwikkelen voor een behandelingsaanpak van delinquenten.¹⁴ Toenemende medicalisering van problemen binnen het justitiële apparaat zou in theorie heel goed tot een structurele stijging van het aantal tbs-opleggingen kunnen leiden. We zullen zien in hoeverre dit volgens de geïnterviewde deskundigen een aannemelijke verklaring is. Maar eerst geven we een korte beschrijving van een volgens de respondenten, i.c. volgens de geïnterviewde leden van de rechterlijke macht, typerend aspect van het proces van tbs-oplegging.

6.3.1 Consensus in het proces van tbs-oplegging

Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de bij de procedure betrokken partijen sterk zijn geneigd om elkaar te volgen in het gefaseerde proces dat uiteindelijk tot het rechterlijke oordeel leidt. De praktijk in de strafrechtelijke selectieprocedure wordt door een lid van de rechterlijke macht als volgt omschreven.

14 Met betrekking tot verslaafde delinquenten lijkt een dergelijke ontwikkeling zich ook in werkelijkheid voor te doen: in Rotterdam is in 1996 een experiment voor de strafrechtelijke opvang van verslaafde veelvuldige delictplegers gestart. In de drugsbeleidsnota Continuïteit en Verandering (1995) wordt de ontwikkeling van een speciale strafrechtelijke maatregel aangekondigd, gericht op overlast veroorzakende drugsverslaafden.

'Het proces dat uiteindelijk tot tbs leidt, begint bij de psychiatrische rapportage. In het geval van advisering over tbs zijn er vrijwel altijd overduidelijke aanwijzingen in de aard en de toedracht van het delict. Het komt wel voor dat de politie al in een zeer vroeg stadium aangeeft dat er door een psychiater naar de zaak moet worden gekeken. Normaal gesproken is de officier degene die op basis van de stukken het initiatief neemt om een psychiatrische advisering in gang te zetten. Soms komt de RC er als eerste mee, bijvoorbeeld wanneer er een jonge en onervaren officier optreedt, die niet ziet wanneer rapportage noodzakelijk is. De formele opdracht tot advisering gaat uit van de RC. Dit heeft ook te maken met de betaling, die in dat geval door de rechtbank en niet door het parket wordt gedaan. Wanneer de RC zou weigeren een psychiatrisch onderzoek te doen instellen, dan moet de ovj "zelf" betalen. In de praktijk komt het echter niet of nauwelijks voor dat de RC een verzoek om advisering niet honoreert. De realisatie van de Pro Justitia rapportage wordt uitbesteed aan de DPD. Die onderhoudt daartoe contact met de individuele, zelfstandig gevestigde of aan instellingen verbonden, psychiaters en psychologen die het deskundigenonderzoek Pro Justitia uitvoeren. De instelling van een tweede adviseur geschiedt normaal gesproken nadat de eerste deskundige een advies tot tbs-oplegging heeft uitgebracht.'

Volgens de respondenten bestaat de situatie dat vrijwel elk verzoek van één van de partijen om een forensisch psychiatrisch onderzoek in te stellen, wordt gehonoreerd. Het lijkt typerend voor het proces van tbs-oplegging dat de aanbeveling die in de voorgaande schakel wordt gedaan, vrijwel altijd door de volgende wordt opgevolgd. Volgens de meeste respondenten is dit ook het geval in de relatie tussen vordering van de ovj en uitspraak door de rechter. Deze visie wordt bevestigd door de in tabel 5 vermelde gegevens over de feitelijke samenhang van de eis en het vonnis in zake tbs-oplegging. Meest beslissend voor de oplegging van de tbs is uiteraard de selectie in de latere fasen van het justitiële proces. Ook hier zal de rechter volgens de respondenten vrijwel altijd het advies van forensisch psychiatrisch deskundigen volgen.

'Alleen bij hoge uitzondering zou ik geneigd zijn om niet het advies van de deskundigen op te volgen. Zeker als het PBC adviseert tot tbs-oplegging dan is dit vrijwel altijd beslissend. Het komt soms wel voor dat je vraagt om nadere advisering. Bijvoorbeeld als conclusies niet duidelijk worden gedekt door de inhoud van het rapport. De rechter ziet de verdachte vaak niet eerder dan op de zitting. Je moet dus altijd wel afgaan op het deskundigenadvies.'

6.3.2 *De waarde van de tbs voor de rechterlijke macht*

We kunnen veronderstellen dat het (juridische) oordeel over de zin en de bruikbaarheid van de tbs als strafrechtelijk instrument een basis zal vormen voor beslissingen die door de opleggers van de tbs worden genomen. Maar het is tegelijkertijd mogelijk dat beslissers ook handelen op grond van meer pragmatische overwegingen. Zo zou

het acute tekort aan capaciteit voor de uitvoering van de tbs heel goed kunnen leiden tot sterkere aarzeling bij de rechterlijke macht om tbs op te leggen. Daarmee zou een soort aanpassingsmechanisme bestaan dat zelflimiterend uitwerkt op het capaciteitstekort: hoe groter de schaarste, hoe groter de bedenkingen van rechters en ovj's tegen oplegging van tbs.

In hoeverre een dergelijk beperkend mechanisme bij de instroom in de tbs zal optreden, hangt ongetwijfeld samen met de vraag hoeveel waarde door ovj's en zeker door rechters aan de tbs-maatregel wordt toegekend. Om deze reden is in de gesprekken met de deskundigen expliciet op dit punt ingegaan. De vraag is dus hoe belangrijk de respondenten dit justitiële instrument vinden. En in samenhang daarmee gaat het om de vraag in hoeverre de beslissers over de oplegging van de maatregel geneigd/bereid zijn om rekening te houden met het capaciteitstekort of eventueel te zoeken naar mogelijke alternatieven voor oplegging van een tbs-maatregel. Gezien de aard van deze vraagstelling is dit punt voornamelijk in de gesprekken met de justitiële beslissers, ovj's en rechters, aan de orde geweest.

Over het geheel genomen blijkt uit de gesprekken dat de rechterlijke macht zeer sterk hecht aan de beschikbaarheid van dit wettelijke instrument. Bij vrijwel iedereen bleek een uitgesproken weerstand te bestaan tegen het idee dat capaciteitstekort en de bestaande noodsituatie zou kunnen nopen tot een meer terughoudende toepassing van de maatregel. De meest gehoorde stelling van de ovj's en rechters in dit onderzoek was eigenlijk heel eenvoudig: indien door deskundigen is vastgesteld dat daders van ernstige (seksuele) geweldscriminaliteit 'gestoord en gevaarlijk' zijn, dient zonder meer tbs te worden opgelegd, ongeacht de vraag of de maatregel ook kan worden uitgevoerd. In de ogen van de justitiële magistratuur is op dit punt weinig ruimte voor nuancering en dient de zaak principieel te worden gesteld. Vrijwel alle respondenten uit de rechterlijke macht vertolkten op een of andere wijze de volgende stellingname:

'Het is de verantwoordelijkheid van de rechter om een tbs-maatregel op te leggen waar de criteria daarvoor naar zijn mening zijn vervuld, en het is de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie om zorg te dragen voor voldoende capaciteit om de maatregel ten uitvoer te kunnen leggen.'

Bij doorvragen blijkt deze voor de hand liggende principiële stelling echter wel voor enige nuancering vatbaar. Een rechter drukte zijn principiële stelling en tegelijkertijd toch een door de praktijk ingegeven nuancering daarvan als volgt uit.

'Het enige reële antwoord op de nu bestaande situatie is het zo snel mogelijk uitbreiden van de tbs-capaciteit. Er blijkt eenvoudig een structureel tekort te zijn. En je kunt niet blijven verkopen dat er alleen een tijdelijke en voorbijgaande noodtoestand bestaat. De rechter zal (voorlopig) ook helemaal niet bereid zijn om rekening te houden met het capaciteitstekort. Misschien zou dit wel veranderen als de wachtlijsten en wachttijden steeds maar verder oplopen.

Dan zou een moment kunnen komen dat de rechter eraan gaat twijfelen of het wel zinvol is om een maatregel op te leggen die toch niet adequaat kan worden uitgevoerd. Dit zou natuurlijk een zeer onwenselijke ontwikkeling zijn.'

Volgens een ook door andere leden van de rechtbank gevolgde redenering bevindt de rechter zich ten gevolge van het capaciteitsprobleem in een ernstige dwang-situatie. Men meent enerzijds dat hij zich daar in wezen niets van behoort aan te trekken en alleen om inhoudelijke redenen tot al of niet tbs-oplegging dient te besluiten. Maar anderzijds kan de rechter zich ook weer niet al te gemakkelijk onttrekken aan de huidige realiteit van het capaciteitstekort.

Het honoreren van schadevergoedingsclaims van passanten wordt vooral gezien als een 'noodzakelijk kwaad', een signaal en een aansporing aan het ministerie om de verantwoordelijkheid voor voldoende tbs-capaciteit waar te maken. Maar tegelijkertijd lijkt het ook de enige mogelijkheid die de rechter tot zijn beschikking heeft om te schipperen tussen de in wezen niet-gewettigde detentie en de maatschappelijke ontoelaatbaarheid om plegers van ernstige delicten na een relatief korte tijd weer in vrijheid te stellen. Veel respondenten zijn het erover eens dat door de veel te lange passantenperiode juridische problemen ontstaan die nauwelijks op acceptabele wijze oplosbaar zijn.

Uit de gesprekken komt duidelijk naar voren dat leden van de rechterlijke macht om zeer fundamentele redenen zijn gehecht aan de tbs-maatregel. Eén van de respondenten verklaart dit als volgt.

'Er moeten verschillende motieven worden onderscheiden voor tbs-oplegging. Het ideële motief is dat van de toerekeningsvatbaarheid. Dit gaat ervan uit dat sommige delinquenten eerder behandeld dan bestraft moeten worden. Daarnaast is er ook een praktisch motief. Hierbij overheerst de behoefte om de maatschappij te beschermen, om een "gevaarlijke delinquent" zo lang mogelijk van de straat te houden. Wat dit betreft, is de populariteit van de tbs sterk toegenomen omdat de laatste tien jaar veel meer is ingezet op afdoende beveiliging naar buiten. Dit verklaart ook dat de rechters sterk hechten aan de tbs. Met die maatregel kunnen ze zowel hun ideële motieven als de pragmatische beveiligingsbehoefte waarmaken.' (bl)

Hierin wordt tot uitdrukking gebracht dat de tbs-maatregel aan ovj's en rechters een bevredigende uitweg biedt voor allerlei dilemma's en tegenstrijdigheden die spelen bij verminderd toerekenbare en gevaarlijke daders. Binnen de tbs is beveiliging optimaal gewaarborgd terwijl de rechtvaardigheid van de vrijheidsbeneming blijft behouden doordat serieus wordt gewerkt aan de mogelijkheid om de veroordeelde weer in de maatschappij te laten terugkeren. Het alternatief van ter beveiliging 'bewaren' zonder dat wordt behandeld, wordt om deze reden door vrijwel alle respondenten zonder meer van de hand gewezen.

Eén van de respondenten stelt dat het bestaan van de maatregel het de rechter mogelijk maakt om volgens zijn opdracht 'rekening te houden met de persoon van de verdachte'.

'Je wilt niet graag een langdurige gevangenisstraf opleggen indien de dader misschien niet volledig verantwoordelijk kan worden gehouden voor zijn gedrag.' Leden van de rechterlijke macht geven in de gesprekken blijk van de sterke overtuiging dat zonder de tbs de ernstige dilemma's die bij 'gevaarlijke en gestoorde' daders optreden, niet kunnen worden opgelost.

De spanning tussen proportionaliteit van de aan de delinquent op te leggen straf en de noodzaak tot beveiliging van de maatschappij is één van de cruciale tegenstrijdigheden, die door toepassing van de maatregel wordt opgelost. Zeker de uit de rechterlijke macht afkomstige respondenten zien de tbs bovenal als een humane en gelet op de (Nederlandse) rechtsprincipes, een rechtstatelijk hoogwaardige maatregel, die een rechtvaardiging biedt om veroordeelden ter wille van beveiliging van de maatschappij langer vast te houden dan uitsluitend op grond van het gepleegde feit mogelijk zou zijn. Volgens hen maakt de tbs het mogelijk om op een juridisch legitieme en inhoudelijk zinvolle wijze langdurige beveiliging tegen delictgevaarlijkheid te realiseren. Zonder de tbs zou ofwel de beveiliging ofwel de legitimiteit van de justitiële interventie in gevaar komen.

Al met al lijkt het er dus op dat de belangrijkste justitiële beslissers weinig bereid zijn om, terwille van de praktische uitvoerbaarheid, water bij de wijn te doen en zich te beperken bij de oplegging van de maatregel. Dit is te meer het geval waar er ook aan wordt getwijfeld of denkbare alternatieven, bijvoorbeeld reguliere detentie of reguliere intramurale GGZ, geschikt en/of uiteindelijk goedkoper zullen zijn. Daarnaast wordt regelmatig genoemd dat de aanwezigheid van ernstig gestoorde en gevaarlijken zeer ontwrichtend zou kunnen werken op het gehele commune detentie-apparaat.

6.3.3 *Mogelijke toename door veranderende selectiecriteria bij tbs-oplegging*

De mogelijkheid dat, bijvoorbeeld door een groeiende tendens tot medicalisering binnen het strafrechtelijke systeem, eerder tot oplegging van de maatregel wordt besloten, wordt door de respondenten zonder meer van de hand gewezen. Daarentegen wordt het wel aannemelijk geacht dat door de uitbreiding van de DPD meer psychische problemen bij verdachten en gedetineerden worden onderkend. De meeste respondenten nemen aan dat er de laatste jaren een stijging is van het (relatieve) aantal personen dat binnen het strafrechtelijke systeem als 'gestoord' of als 'lijdend aan psychische problemen' wordt aangewezen. Zo is uiteraard eenieder bekend met de laatste tijd veel gesignaleerde noodzaak tot uitbreiding van voorzieningen voor psychisch gestoorde gedetineerden. Er wordt dus zeker onderkend dat zich op een lager niveau van strafrechtelijke selectie een betrekkelijk sterke toename van gestoorde manifesteert. Volgens vrijwel alle respondenten heeft dit op zich echter *niet* geleid tot een toename van de tbs-opleggingen.

De reden voor deze overtuiging hangt samen met een andere. De respondenten zijn zo mogelijk nog stelliger in hun oordeel dat er geen sprake is van enige verruiming in de toepassing van de criteria voor oplegging van de tbs. Volgens vrijwel alle respondenten is eerder het tegenovergestelde het geval: door de toename van (ernstige) geweldsdelicten en de toename van gestoordheid als persoonskenmerk wordt eerder scherper geselecteerd bij de oplegging van tbs. Het volgende citaat van een rechter drukt dit algemeen gedeelde oordeel helder uit.

‘Volgens mij is er absoluut geen sprake van dat bijvoorbeeld in de laatste tien jaar de criteria die de rechter voor het opleggen van een tbs hanteert, zijn verwaterd. Eerder is het tegendeel het geval. Met het toenemende algemene geweldsniveau in de samenleving komen waarschijnlijker juist de ernstiger gevallen in de tbs terecht. Pedofilie zou wellicht een uitzondering kunnen zijn, vanwege de toenemende maatschappelijke verontrusting over dit soort delicten. Maar dat zijn altijd relatief heel weinig gevallen, die kunnen dus nooit de trend van de tbs bepalen. Dat er weinig minder ernstige gevallen in tbs terechtkomen, blijkt ook wel uit het geringe aantal gemaximeerde tbs-maatregelen.’

Er wordt nog een andere reden gegeven voor de door vrijwel alle respondenten gedeelde overtuiging dat er zeker geen sprake is van een ruimere *selectie* van als gestoord aangemerkte verdachten en veroordeelden. De verschillende in het onderzoek betrokken beroepsgroepen zijn het erover eens dat gevoelige signaleringsmechanismen nauwelijks betekenis hebben voor misdrijven en misdrijfplegers die serieus voor tbs in aanmerking komen. Dit wordt verklaard door het feit dat het bij tbs per definitie gaat om ernstige en in vele opzichten meestal zeer opvallende misdrijven en misdrijfplegers. Men meent dat uit de feiten meestal zonneklaar blijkt dat op zijn minst moet worden gekeken wat er in psychiatrische zin aan de hand is.

‘Voor tbs-zaken hoef je alleen maar het dossier op te slaan om te begrijpen dat er iets aan de hand is wat op zijn minst om psychiatrische advisering vraagt. Wanneer zich ernstig geweld voordoet, dan roept dat vrij automatisch de vraag op of er misschien iets bijzonders aan de hand is met de persoon van de verdachte. Deze gevoeligheid speelt denklijk een rol bij alle partijen in het justitiële proces, bij de RC, de ovj en de advocaat.’

Verreweg de meeste gevallen waarin de oplegging van tbs in aanmerking moet worden genomen, ‘springen er dus vanzelf’ uit, zonder dat daarvoor attentering door forensisch psychiatrische deskundigen noodzakelijk is.

‘De ovj krijgt het dossier op zijn bureau en ziet dan met zijn “boerenverstand” dat er iets aan de hand is waarbij stoornis en gevaar een rol spelen. Meestal gaat het gewoon om de aard, de toedracht en de omstandigheden van een delict, waardoor er bij de ovj een licht gaat branden.’

6.4 Samenvatting en conclusie

De toegenomen instroom in de tbs zou (deels) ook een gevolg kunnen zijn van veranderende selectieprocessen voor de oplegging van tbs. Twee soorten van factoren zouden hier een rol kunnen spelen: uitbreiding van de forensisch psychiatrische capaciteit voor signalering van 'psychische gestoordheid' en een in de opleggingspraktijk tot stand komende verlaging van de toelatingscriteria. Beide factoren kunnen worden geduid als mogelijk toenemende medicalisering binnen het justitiële apparaat.

Vanaf 1990 houdt de groei van het aantal door de DPD's uitgebrachte rapporten ongeveer gelijke tred met de toename van het aantal tbs-opleggingen. Sinds 1980 heeft een sterke uitbouw van de DPD's plaatsgegrepen. Deze is goeddeels gerelateerd aan de uitbreiding van de detentiecapaciteit sinds deze tijd. De groei van forensisch psychiatrische voorzieningen in het voorveld van de tbs-oplegging zou ten dele de toename van het percentage justitiabelen met 'psychische problemen' kunnen verklaren. Het lijkt echter niet waarschijnlijk dat dit een rol speelt bij de tbs-opleggingen. Hierbij gaat het toch altijd om betrekkelijk extreme en opvallende zaken. Die zouden ook wel naar boven komen zonder dat ze bijvoorbeeld door de DPD worden opgemerkt.

Het aandeel van het Pieter Baan Centrum in het aantal geadviseerde opleggingen van de maatregel is enigszins verminderd. Er is sprake van een toename van het percentage adviezen van het Pieter Baan Centrum dat strekt tot oplegging van tbs. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat de rechter in de grote meerderheid van de gevallen de ovj zal volgen in diens eis tot tbs-oplegging.

Ook uit de gesprekken met de deskundigen blijkt dat er sprake is van een vrij sterke consensus in het proces van tbs-oplegging. Eerdere verzoeken tot onderzoek worden vrijwel altijd gehonoreerd door de beslisser in de volgende fase van het proces van oplegging. Dit geldt ook voor de reactie van de justitiële beslissers op de uitgebrachte forensisch psychiatrische adviezen.

Gesprekken met sleutelfiguren in het tbs-veld leveren geen enkele aanwijzing op dat de toename van de instroom kan worden verklaard uit een verruiming van de in de praktijk gehanteerde criteria voor oplegging van de maatregel. Wellicht anders dan op de lagere niveau's van strafrechtstoepassing lijkt toenemende medicalisering geen rol te spelen bij de groei van het aantal tbs-opleggingen.

Vooraf de bij dit onderzoek betrokken leden van de rechterlijke macht geven onverkort te kennen zeer veel waarde te hechten aan de beschikbaarheid van de tbs-maatregel bij de strafrechtspiegeling. Dit strafrechtelijke instrument wordt vooral gewaardeerd omdat het een uitweg biedt uit het dilemma tussen de noodzakelijk geachte bescherming van de samenleving en het evenredigheidsbeginsel bij de strafoplegging. Rechters en ovj's menen dat het niet kunnen opleggen van een tbs zou betekenen dat ofwel de maatschappijbeveiliging, ofwel de rechtvaardigheid van

de opgelegde straf in het gedrang zou komen. Ten gevolge van deze principiële houding vertonen magistraten (i.c. de rechters) zeer weinig geneigdheid om rekening te houden met de schaarse beschikbaarheid van faciliteiten voor de tenuitvoerlegging van de tbs. Het valt dus nauwelijks te verwachten dat de instroom in de tbs zal worden beperkt door (noodgedwongen) grotere terughoudendheid van de rechters bij oplegging van de maatregel.

De gang van zaken bij het in het justitiële systeem gehanteerde selectieproces suggereert dat een op de eerste niveaus van gerechtelijk vooronderzoek bestaande verdenking van 'gevaarlijke gestoordheid' van de verdachte, veelal zal leiden tot forensisch psychiatrische rapportage. Globaal zijn er twee belangrijke selectiemomenten. De eerste grove selectie wordt vooral gemaakt door justitiële autoriteiten (i.c. de RC en de ovj) die bepalen of er een noodzaak bestaat tot het inschakelen van een forensisch psychiatrische deskundige. De meer definitieve selectie ligt in handen van de deskundigen die voor of tegen oplegging van een tbs concluderen. Omdat de rechter doorgaans geneigd zal zijn om zich aan het forensisch psychiatrische advies te conformeren, dienen de deskundigen Pro Justitia dus uiteindelijk als de belangrijkste zeef voor de oplegging van de maatregel. Dit wettigt de veronderstelling dat de cruciale beslissing over de toepassing van een justitiële maatregel wordt genomen door een partij die professioneel primair is verbonden met een medische opdracht en verantwoordelijkheid. Binnen de door de tbs-wetgeving vastgelegde uitgangspunten bestaat hiermee een situatie waarin de vraag naar de toepassing van de maatregel in de praktijk wellicht goeddeels buiten de justitiële competentie ligt. Dit zou dus impliceren dat, ondanks de aan de rechter voorbehouden uiteindelijke juridische toetsing van de criteria voor tbs-oplegging, er voor de justitiële wetstoepassers in de praktijk niet veel ruimte is om de instroom in de tbs te beïnvloeden.

De tbs in relatie tot de GGZ

De laatste jaren is het probleem van de (veronderstelde) slechte toegankelijkheid van de GGZ voor psychisch gestoorde delinquenten uitdrukkelijk aan de orde. We geven twee voorbeelden. Een psycholoog werkzaam in een Individuele Begeleidings Afdeling van een huis van bewaring merkt het volgende op.

'Schrijnend is vooral dat van de psychiatrische populatie de helft gewoon op straat komt, zonder vervolgpvang. Geen van de psychiatrische gedetineerden ging vanuit onze IBA naar een psychiatrische inrichting! In enkele gevallen is bij de ontslagganger geprobeerd contact te leggen met een Riagg. Dat is geen enkele keer gelukt.' (Mertens, 1993)

In de Volkskrant van 19 april 1997 gaf de procureur-generaal van het ressort Leeuwarden te kennen dat er een einde zou dienen te komen aan de volgens hem onwenselijke ontwikkeling dat 'Justitie' in toenemende mate wordt gedwongen zich te ontfemen over personen met ernstige psychosociale problemen. Hij stelde dat de voor deze populatie noodzakelijke preventie en behandeling dienen te worden geboden door de maatschappelijke en de volksgezondheidssector. En dat het een oneigenlijke taak en een te zware belasting voor het justitiële apparaat is om oplossingen te bieden voor wat in wezen een volksgezondheidsprobleem is.

Dit 'protest' uit de top van het justitiële apparaat tegen de aanwending van het strafrecht om de door andere maatschappelijke sectoren achtergelaten brokken op te ruimen, klinkt de laatste jaren steeds luider. Op zich lijkt het een moeilijk te miskennen feit dat Justitie steeds meer te maken krijgt met delinquenten die in min of meer ernstige mate psychisch gestoord zijn. Het lijkt ook moeilijk te miskennen dat criminaliteit slechts één van de symptomen is van een proces van psychosociale verloedering van vele verslaafden en 'psychisch gestoorde'. Anderzijds lijkt het zeer de vraag in hoeverre een niet-justitiële afdoening van ernstige delicten gepleegd door 'gestoorde', maar niet apert 'krankzinnige' daders maatschappelijk geaccepteerd zou worden. De bemoeienis van Justitie is om deze reden in veel gevallen wellicht onvermijdelijk. De 'verantwoordelijkheid' van de volksgezondheidssector voor 'gevaarlijk en gestoord' gedrag zou dan vooral op het preventieve vlak liggen. Maar ook hier is de vraag gewettigd in hoeverre van deze sector wel oplossingen kunnen worden verwacht voor problematische symptomen van een maatschappelijke ontwikkeling. Met andere woorden, in hoeverre is het juist en terecht om de in recente maatschappelijke ontwikkelingen wellicht meer voorkomende 'gedragsgestoordheid' als een 'volksgezondheidsprobleem' aan te merken?

Samenvattend spelen in de relatie tussen 'Justitie' en 'Volksgezondheid' bij de verantwoordelijkheid voor 'gevaarlijk en gestoord' gedrag de volgende punten een rol.

- In hoeverre behoort het tot de taak en de competentie van de maatschappelijke en volksgezondheidssector om een oplossing te bieden bij (symptomatische) criminaliteit?
- In hoeverre kan van deze sectoren een adequate preventie van symptomatische criminaliteit worden verwacht?
- In hoeverre bestaat er onvoldoende toegankelijkheid van met name de GGZ voor niet-coöperatieve en 'lastige' patiënten?

7.1 De geregistreerde gegevens

De nieuwe regeling voor civiele dwangopname, de Wet BOPZ, wordt soms gezien als symptoom van een ontwikkeling waarbij het steeds moeilijker wordt om voor 'lastig gestoorden' toereikende zorg en toezicht te realiseren. Formeel worden in deze regeling hoge drempels opgeworpen voor gedwongen opname voor gestoorden die niet een 'acuut gevaar' voor zichzelf of anderen zijn. Verloedering en gevaar op de langere termijn kunnen hiervan het gevolg zijn. De doodslag op een kind door een gestoorde in de Amsterdamse Vrolikstraat is het meest beruchte voorbeeld van een dergelijke ontwikkeling.

7.1.1 *Civiele dwangopname*

We bezien eerst de relevante gegevens met betrekking tot de ontwikkeling van civiele dwangopname over de laatste decennia en het psychiatrisch profiel van de tbs-populatie.

De cijfers in tabel 6 hebben betrekking op de inbewaringstelling (ibs). De ibs is de acute crisismaatregel waarbij een persoon op basis van een geneeskundige verklaring en op last van de burgemeester voor enkele dagen gedwongen kan worden opgenomen. Indien noodzakelijk kan deze gedwongen opname (door de rechter) tot maximaal drie weken worden verlengd. Daarna is een rechterlijke machtiging (RM) noodzakelijk. In begin 1994 werd de Krankzinnigenwet (Kw) waarmee sinds vele tientallen jaren de civiele dwangopname in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) werd geregeld, vervangen door de wet Bijzondere Opname in een Psychiatrisch Ziekenhuis (Wet BOPZ). Bij deze in de tijd van de 'antipsychiatrie' geconcipeerde wet wordt de rechtspositie van de patiënt, i.c. de competentie van de patiënt om zich tegen gedwongen opname te verzetten, aanmerkelijk versterkt. In de samenleving heeft de laatste jaren veel kritiek geklonken dat deze wet veel te hoge drempels opwerpt om noodzakelijke zorg te kunnen verlenen aan verkommerende en verloederende psychisch gestoorde patiënten (Van Ginneken en Van Buren, 1994; Keizer e.a., 1996; Poletiek, 1997).

Tabel 6: Ontwikkeling van aantallen inbewaringstellingen van 1980 tot 1995

jaar	ibs	jaar	ibs
1980	2173	1989	2837
1981	2348	1990	2721
1982	2514	1991	2647
1983	2686	1992	2976
1984	2417	1993	3107
1985	2389	1994	3210
1986	2431	1995	3591
1987	2722	1996	4557
1988	2611		

Bron: Landelijke Tabellen Psychiatrie

Er wordt aangenomen dat gedwongen opname via de Kw/Wet BOPZ en gedwongen opname (in detentie of in verpleging/behandeling) langs strafrechtelijke weg van psychisch gestoorden tot op zekere hoogte onderling uitwisselbaar zijn. Dit zou betekenen dat een sterke rem op de mogelijkheid van civielrechtelijke gedwongen opname het probleem zou doen verschuiven naar het strafrecht. Na het plegen van een delict bestaan er immers veel minder rechtspositionele beletsels voor het opnemen van een patiënt in detentie of verpleging.

De gegevens in tabel 6 laten zien dat onder de Wet BOPZ zeker geen afname van het aantal gedwongen opnamen heeft plaatsgevonden. Gezien over een langere periode blijkt een vergelijkbare ontwikkeling te bestaan van civiele dwangopnamen en tbs-oplegging. In de eerste helft van de jaren tachtig wordt een laagtepunt bereikt. Daarna zien we een geleidelijke toename en vanaf het begin van dit decennium een relatief sterke stijging. Deze is tot dusver ook onder de Wet BOPZ doorgegaan. Deze cijfers geven dus bepaald geen aanleiding te veronderstellen dat de GGZ zich de laatste jaren sterker heeft teruggetrokken van de zorg voor zich verzettende patiënten. In werkelijkheid gaat de recente tamelijk sterke stijging van tbs-oplegging hand in hand met de ontwikkeling bij de civielrechtelijke dwangopname.

De mogelijk problematische relatie tussen het strafrecht en de GGZ met betrekking tot de opvang van 'gevaarlijk gestoorden' kan ook op een andere manier worden gezien. In de praktijk ligt bij de *justitiële* maatregel tbs een zekere nadruk op de categorie (sterk) *verminderd* toerekeningsvatbaren. In de praktijk zijn dit vooral de persoonlijkheidsgestoorden die het delict (bijvoorbeeld op grond van een ontwikkelingsstoornis) slecht deels kan worden aangerekend, maar die niet lijden aan een ernstige stoornis van het realiteitsbesef. Veel auteurs zijn het erover eens dat met name realiteitsgestoorden thuis horen in (gesloten setting binnen) een PZ en niet in een justitiële inrichting (Van de Sande, 1993; Remmerts de Vries, 1994; Van Veen, 1994; Van Panhuis, 1997). De mate waarin psychotici zijn opgenomen binnen tbs-instellingen, zou daarom een indicatie zijn van de oneigenlijke functie

05/21/2012 14:53 038

van het strafrecht om verpleging en toezicht te bieden aan 'lastige en gevaarlijke' geesteszieken.

7.1.2 Kenmerken van de tbs-populatie

In paragraaf 7.2 zullen we uitgebreid ingaan op de inzichten van de deskundigen met betrekking tot de relatie tussen de GGZ en het strafrecht en de consequenties daarvan voor de instroom in de tbs en de doorstroom en uitstroom vanuit de tbs. We bezien echter eerst de feitelijke ontwikkeling van de (psychiatrische) kenmerken van de tbs-populatie.

In een lezing tijdens een Voorlichtingsdag tbs/RM (28 november 1996) typeerde de directeur van het Meijers Instituut¹⁵ de veranderingen in het (psychiatrische) profiel van de tbs-populatie als:

- meer ernstige psychische stoornis;
- meer verslavingsproblemen;
- minder tbs-gestelden met een 'criminele identiteit';
- meer comorbiditeit¹⁶;
- meer allochtonen.

Afgezien van de laatstgenoemde duiden deze veranderingen erop dat psychiatrische problematiek van de tbs-populatie veel complexer is geworden en dat er meer 'klassieke' psychiatrische stoornissen (realiteitsstoornissen) in deze populatie voorkomen. Deze ontwikkeling werd al geschetst in de regeringsnota uit 1991 over de tbs (Ministerie van Justitie, 1991). Hierin werd een toename van als 'psychotisch' gediagnosticeerde tbs-gestelden vastgesteld van 3% in 1978 tot 30% in 1990. Ook in recente publicaties wordt uitgegaan van minimaal 30% tbs-gestelden die (onder meer) een psychotisch ziektebeeld vertonen (Beyaert, 1993; Kortmann, 1996; Van Panhuis, 1997). In een recent cohort instromers (1994-1995) zou 37% reeds eerder zijn opgenomen geweest in een PZ.

In het kader van het Monitoring Project voor de gehele intramurale tbs-populatie heeft het Meijers Instituut de meest recente informatie over het (psychiatrische) profiel van de tbs-populatie in kaart gebracht. De meest relevante gegevens over de jaren 1990, 1993 en 1996 worden samengevat in tabel 7.

Bovenstaande levert een gecompliceerd en enigszins tegenstrijdig beeld op van de tbs-populatie. Enerzijds lijkt 'zuivere gekte', patiënten met realiteitsstoornissen en zonder persoonlijkheidsstoornissen, niet te zijn toegenomen sinds het begin van dit decennium. Maar anderzijds zien we wel een sterke stijging van de proportie tbs-gestelden die *mede* aan realiteitsstoornissen lijden. Het mogelijk toegenomen

15 Dr. F.S. Meijers Instituut, advieskliniek voor de verpleging van ter beschikking gestelden.

16 Bijkomende geestelijke stoornissen naast de stoornis die als primair wordt beschouwd.

Tabel 7: Enkele belangrijke (psychiatrische) kenmerken van de tbs-populatie

	1990	1993	1997
	%	%	%
volledig ontoerekeningsvatbaar	23	23	23
uitsluitend As1*	36	22	17
uitsluitend As2*	48	26	24
psychotische stoornis	21	28	26
persoonlijkheidsstoornis	60	66	67
verslaafd	26	37	44
zwakbegaafd	14	18	16
niet eerder veroordeeld tot vrijheidsstraf	25	29	36

* As1 en As2 zijn dimensies van het DSM psychiatrische classificatiesysteem. Onder As1 vallen de onder meer 'realiteitsstoornissen', onder As2 onder meer de persoonlijkheidsstoornissen.

Bron: Meijers Instituut.

aandeel van 'gekte' als component van de tbs-populatie kan wellicht ook blijken uit de toename van *first offenders* en de afname van 'zuivere' persoonlijkheidsstoornissen. Samengevat lijkt het duidelijk dat 'typisch' psychiatrische symptomatologie sterk is toegenomen in de tbs-populatie, maar dat deze wordt gecompliceerd door zowel persoonlijkheidsstoornissen als verslaving. Als de tbs-populatie deels een echte psychiatrische populatie zou zijn, dan in elk geval wel een zeer bijzondere.

7.2 Meningen van deskundigen over de relatie tussen tbs en GGZ

Zowel volgens de wettelijke regeling als volgens de opleggingspraktijk mag de vraag naar behandelbaarheid geen rol spelen bij het al of niet opleggen van tbs. Gezien de (in de praktijk) centrale behandelingsdoelstelling van de tbs moet echter worden aangenomen dat behandelbaarheid wel een vooronderstelling is van de strafrechtelijke maatregel. Eerder is naar voren gekomen dat behandelbaarheid in zekere zin ook de legitimering vormt van de onbepaalde termijn van executie van de maatregel. Indien behandelbaarheid niet wordt voorondersteld, dan zou de tbs het juridische karakter van 'bewaring' hebben. In paragraaf 7.2.1 gaan we in op de door de respondenten naar voren gebrachte gezichtspunten die het wezen van de tbs als forensisch psychiatrische interventie raken: in hoeverre kan bij de tbs-populatie worden gesproken van behandelbare 'ziekte' en in hoeverre dienen pogingen tot behandeling aan een termijn te worden gebonden? In de praktijk draait het om de twijfel met betrekking tot de vraag in hoeverre 'gedragsgestoorden' als 'ziek' en behandelbaar kunnen worden beschouwd.

In paragraaf 7.2.2 komt in zekere zin het tegenovergestelde aan de orde. Indien 'ziekte' volgens de meest gangbare psychiatrische inzichten vaststaat, wat is dan

de rechtvaardiging van een (langdurige) *justitiële* interventie? Deze vraagstelling is vooral van belang gezien de door velen geconstateerde toenemende aanwezigheid van psychotische kenmerken binnen de tbs-populatie.

7.2.1 Enkele fundamentele vragen over behandelbaarheid van de tbs-populatie

In het rapport 'Doelmatig Behandelen' van de IBO-commissie Forensisch Psychiatrische Hulpverlening (Ministerie van Justitie, 1996) wordt vastgesteld dat terwijl de gemiddelde behandelduur voor tbs-gestelden blijft stijgen, de inzichten over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor forensische patiënten uiteenlopen (Ministerie van Justitie, 1996, p. 2). Uiteindelijk zal het hierbij ook gaan om de vraag naar de zin van socio- en psychotherapeutische behandeling van patiënten met (ernstige) persoonlijkheidsstoornissen.

Een enkele respondent bij het hier gerapporteerde onderzoek geeft uitdrukkelijk te kennen dat er getwijfeld kan worden aan de zin van langdurige behandeling van sommige typen tbs-gestelde. Het meest uitgesproken hierin is een in de GGZ werkzame psychiater. Deze geeft als volgt uiting aan zijn fundamentele professionele twijfels over de zin van psychotherapeutische behandeling van gedragsgestoorden.

'Het is altijd de vraag of je iets kunt met bijvoorbeeld degenen die vanuit narcistische gekrenktheid tot een geweldsdelict zijn gekomen. Het is vaak willekeurig wie er dan precies een maatregel krijgt. Misschien gebeurt dat vaak op oneigenlijke gronden, bijvoorbeeld als het slachtoffer van de Albert Heijn familie is.

Bij de behandeling van persoonlijkheidsgestoorden is nooit (wetenschappelijk) te bewijzen of behandeling zinvol is en wat er precies moet worden gedaan. Bij persoonlijkheidsstoornissen weet je eigenlijk nooit zeker in hoeverre geestelijke stoornis een relevant begrip is. Uit het feit dat iemand zich slecht en gewetenloos gedraagt, kun je niet afleiden dat hij geestelijk gestoord is. Waar liggen dan de grenzen voor wie je wel of niet de forensische psychiatrie instuurt?

In de tbs worden dus mensen psychiatrisch behandeld, zonder dat de noodzaak, de mogelijkheden en de methoden van behandeling wetenschappelijk kunnen worden onderbouwd. Het is typerend dat juist in de forensische psychiatrie deze eisen niet worden gesteld. Wellicht heeft dit te maken met bezwering van angst die wordt opgeroepen door extreem gewelddadig gedrag. Angst voor gevaar geeft aanleiding tot "draconische" maatregelen. In een repressief klimaat kan dat resulteren in lange straffen en radicale isolering van dergelijke delinquenten.

In Nederland is het in zekere zin precies andersom uitgekapt.'

Maar ook een uit de forensische psychiatrie afkomstige psychiater maakt duidelijk dat de zin van behandeling bij sommige (typen) tbs-gestelden niet altijd vaststaat:

'Er is altijd onvermijdelijk een grote mate van willekeur bij de beslissing over verminderde toerekeningsvatbaarheid. Wanneer praat je over "gewone boeven" en wanneer over psychisch gestoorden? Juist bij deze groep is het, in tegenstelling tot de patiënten met psychotische symptomen, zeer de vraag in hoeverre

behandeling überhaupt mogelijk is en perspectief biedt. Het is daarom onjuist dat men er in de tbs in principe onbeperkte tijd over kan doen om vast te stellen dat behandeling mogelijk en zinvol is.'

Op grond van deze overwegingen menen beide respondenten dat er bij de tbs sterker zou moeten worden uitgegaan van de vraag naar behandelbaarheid.

'In mijn eigen kliniek moet er binnen twee weken duidelijkheid over komen of behandeling zinvol is en, zo ja, hoe er dan moet worden behandeld. In de tbs zouden ze toch op zijn minst binnen een termijn van één jaar moeten kunnen vaststellen of behandeling zinvol is.'

Met bovenstaande redenering wordt uiting gegeven aan twijfels over de behandelbaarheid van de per traditie en in de huidige praktijk nog steeds meest 'typische' categorie tbs-gestelden, de gedragsgestoorden.¹⁷ Afgezien van de vraag in hoeverre de primair gedragsgestoorden in de tbs niet tevens andere symptomen van psychische stoornis vertonen, lijkt het feitelijk juist dat in andere (westerse) landen dezelfde typen van ernstige geweldplegers niet in behandeling maar in (langdurige) detentie terechtkomen (Fokkens, 1995).

Met name onder de gedragskundige respondenten bij dit onderzoek is veel steun voor het principe dat het binnen een gespecificeerde termijn duidelijk zou moeten worden of behandeling nog enig perspectief biedt. Indien niet, dan zou dit bij nog bestaande gevaarlijkheid dienen te leiden tot het afbreken van de behandeling. Bewaring, verpleging of (indien er nog sprake is van een strafresistant) executie van de gevangenisstraf, zou dan het alternatief moeten zijn.

Over de termijn waarin moet worden beslist, en over de consequenties van een beperkte maximumtermijn voor (intramurale) behandeling lopen de meningen echter sterk uiteen. De twee bovengenoemde respondenten stellen de strengste limiet. Indien de patiënt na maximaal anderhalf jaar niet is gemotiveerd voor behandeling en er niets lijkt te kunnen worden bereikt, dan zou er plaats moeten worden gemaakt voor een patiënt bij wie behandeling mogelijk wel zinvol is. Op basis van dit rigoureuze principe zou er ongetwijfeld veel meer doorstroming binnen de tbs-klinieken kunnen worden bereikt. Andere respondenten die met het principe instemmen, menen echter dat de termijn waarin zou moeten worden besloten dat behandeling niet meer zinvol is, minimaal vier jaar zou moeten zijn. Ten slotte stellen enkele respondenten dat na deze termijn nog een herselectie voor een andere tbs-inrichting zou moeten plaatsvinden. Bij deze laatste variant verandert dus in wezen niet zoveel ten opzichte van de huidige praktijk dat tbs-gestelden na ongeveer acht jaar behandeling in aanmerking komen voor de status van 'chronisch' en er in plaats van behandeling de nadruk wordt gelegd op verpleging.

17 Hierbij dient in aanmerking te worden genomen dat ook in de GGZ een betrekkelijk groot percentage van de intramuraal opgenomen patiënten (zeer) langdurig wordt verpleegd en ten dele niet meer wordt behandeld. In 1993 verbleef ongeveer 40% langer dan vijf jaar in de inrichting. Bijna 20% verbleef langer dan vijftien jaar binnen de inrichting (Jaarboek Geestelijke Gezondheidszorg, 1996).

Met name enkele leden van de rechterlijke macht onder de respondenten hebben echter fundamentele bezwaren tegen het voor de uitvoering van de maatregel centraal stellen van behandelbaarheid. Eén van de rechters heeft dit als volgt uiteengezet.

‘Terugplaatsing in de gevangenis zal alleen kunnen indien er naast de tbs een langdurige gevangenisstraf is opgelegd. Veiligheidshalve zou de rechter dan altijd naast tbs een lange gevangenisstraf moeten opleggen. Maar rekening houdend met de persoon van de verdachte is het juist vaak niet zinvol of gerechtvaardigd om een (lange) gevangenisstraf op te leggen. Je creëert dus grote onduidelijkheid en een reëel gevaar van rechtsongelijkheid. De rechter komt in de verleiding om zijn vonnis aan te passen aan de veronderstelde bereidheid van de veroordeelde om aan behandeling mee te werken. Het enige alternatief voor tbs bij beperkte gevangenisstraf en voortdurend recidivegevaar zou een vorm van bewaring zijn. In ons rechtssysteem is dit echter een volstrekt onacceptabele oplossing.’

Volgens sommige respondenten zou het alternatief voor bewaring, gewoon de toepassing van het opgelegde strafgedeelte, ook zeer onwenselijk zijn. Dit zou kunnen betekenen dat de tbs-gestelden min of meer worden beloond voor het niet bereid zijn om mee te werken aan de behandeling.

‘Bijvoorbeeld wanneer iemand is veroordeeld tot tbs plus zes jaar gevangenisstraf, dan zal hij vaak na één derde van zijn straf naar de tbs-inrichting gaan. Daar kan hij eerst twee jaar betrekkelijk comfortabel en zonder veel inspanningen te leveren zitten. Terug naar de gevangenis zou in zijn geval betekenen dat hij, rekening houdend met VI, weer snel op straat staat. Iemand die wel bereid is mee te werken aan de behandeling, verblijft dan veel langer in tbs en moet daarna wellicht ook nog een deel van zijn straf uitzitten. Het zou dus heel goed kunnen zijn dat zo’n regeling sterk demotiverend werkt op het hele tbs-systeem.’

Een andere rechter gaat in zijn bezwaren tegen het verbinden van de uitvoering van de tbs-maatregel aan behandelbaarheid nog verder. Hij meent dat dit de gehele filosofie van de tbs teniet zou doen.

‘De tbs is, zeker bij de verminderd toerekenbare persoonlijkheidsgestoorden, per definitie voor gestoorde veroordeelden die slecht behandelbaar zijn. Als je na een half tot één jaar zou moeten selecteren, dan zou wellicht ongeveer de helft afvallen. Je zou dan ofwel tot langdurige “bewaring” moeten overgaan, ofwel je zou de mogelijkheid moeten hebben om weer detentie ten uitvoer te leggen. Voor het “bewaren” ontbreekt in het bestaande Nederlandse denken over de tbs-maatregel de legitimatie. De legitimatie van onbepaalde vrijheidsbeneming ter beveiliging is juist gelegen in het feit dát er wordt getracht om de stoornis te behandelen. Dit principe mag zelfs bij de nieuwe voorzieningen voor de “chronici” niet geheel worden losgelaten. Beveiliging door tenuitvoerlegging van vrijheidsstraf zou alleen kunnen indien de rechter met het oog op mogelijk toekomstig gevaar altijd een langdurige straf naast de tbs zou opleggen. Ook dit

is een juridisch monstrem, omdat daarmee het belangrijkste principe voor de evenredige strafmaat verloren gaat. Het zou er bijvoorbeeld toe kunnen leiden dat plegers van veel ernstiger delicten veel korter gevangen zitten omdat ze niet als gestoord gelden.'

7.2.2 De oneigenlijkheid van 'psychotici' in tbs-inrichtingen

Centraal staat de vraag aan welke maatschappelijke sectoren de zorg voor en de beveiliging tegen 'gestoorden' die problematisch sociaal gedrag vertonen, wordt toebedeeld. De populatie delinquenten die in aanmerking komen voor de tbs, bevindt zich in velerlei opzicht op het grensvlak van gebieden die door justitie, GGZ en maatschappelijk werk worden bestreken. Zo is er al door velen gewezen op het feit dat het vaak betrekkelijk willekeurig en toevallig is of 'lastig gestoorde' personen langs de civiele of langs de strafrechtelijke weg in een vorm van gedwongen verpleging of behandeling belanden (De Goei, 1993; Remmerts de Vries, 1994; Hassing e.a., 1995).

'Het is vaak toeval waar je met lastige gekte terecht komt. Als een klap toevallig ongelukkig aankomt, belandt een gestoorde in de cel of ten slotte in de tbs, in plaats van bijvoorbeeld in de Wet BOPZ of in de verslavingszorg.' (fp)

Met andere woorden, tot op zekere hoogte zijn de *custodiale* functies van de GGZ en Justitie uitwisselbaar.

Voor de instroom in de tbs heeft dit principe belangrijke consequenties. Hierbij gaat het zowel om de preventieve mogelijkheden van de niet-justitiële zorgsystemen als om de gelijktijdige alternatieven voor de opname in een tbs-inrichting, die door de reguliere GGZ of eventueel door maatschappelijke en welzijnsvoorzieningen kunnen worden geboden. Toepassing van tbs zal in veel, mogelijk in de meeste gevallen aan de orde komen aan het (voorlopige) einde van een proces van escalatie van psychosociale problemen. Een aanwijzing hiervoor ligt in de bevinding dat een grote meerderheid van de tbs-gestelden voorafgaand aan het tbs-delict eerder is veroordeeld wegens misdrijven en/of eerder in behandeling bij GGZ-instellingen is geweest (Meijers Instituut). Dit gegeven impliceert dat tbs wellicht voorkómen had kunnen worden door meer effectieve interventie in de voorgeschiedenis van de tbs-gestelde.

GGZ als alternatieve uitvoeringsinstelling voor de tbs

Vrijwel alle respondenten leggen er de nadruk op dat het in principe in alle opzichten acceptabel (en vaak zelfs wenselijk) zou kunnen zijn als *bepaalde typen tbs-gestelde* in GGZ-voorzieningen zouden worden opgenomen. In dat geval biedt de tbs het beveiligende en rechtspositionele kader zonder dat de schaarse capaciteit van tbs-klinieken met de uitvoering van de maatregel wordt belast. Over de vraag welk deel van de populatie in aanmerking zou kunnen komen voor doorstroom naar alternatieve (intramurale) voorzieningen, lopen de meningen uiteen. Wel wordt betrekkelijk algemeen vooropgesteld dat intramurale alternatieven voor de tbs-

populatie in wezen weinig oplossen indien de beperking van de instroom allereerst bedoeld zou zijn om geld te besparen.

Volgens een aantal respondenten zijn er, afgezien van de tbs, weinig andere toereikende wettelijke mogelijkheden om gestoorden gedwongen te doen opnemen. Zo biedt opname in een psychiatrische kliniek ex art. 37 WvSr. volgens hen te weinig garantie uit het oogpunt van beveiliging. Plaatsing in een psychiatrische inrichting kan volgens deze strafrechtelijke variant van de Wet BOPZ worden opgelegd voor een maximale termijn van een jaar. Bovendien is deze maatregel alleen mogelijk indien de veroordeelde als volledig ontoerekeningsvatbaar wordt aangemerkt. In paragraaf 7.2.3 zal blijken dat er alom wordt getwijfeld aan de toegankelijkheid van de GGZ voor agerende psychisch gestoorden. Mede om deze reden zal de rechter er weinig vertrouwen in hebben dat beveiliging door middel van een strafrechtelijke dwangopname buiten de tbs voldoende kan worden gewaarborgd. Allereerst is het de vraag of er een plaats kan worden gevonden en vervolgens moet de rechter erop vertrouwen dat de geneesheer-directeur het beveiligingsaspect sterk laat meewegen en niet al te snel geneigd zal zijn om de ex art. 37 geplaatste naar buiten te laten gaan.

Globaal genomen komen volgens de meeste respondenten allereerst tbs-gestelden bij wie een relatief beperkte noodzaak tot beveiliging bestaat, in aanmerking voor plaatsing in een intramurale GGZ-voorziening, zoals in het geval van psychotici die goed door medicijnen kunnen worden gereguleerd, of bij relatiegebonden delictplegers.

‘Dit zou ook maatschappelijk zeker aanvaardbaar zijn. Het is toch voor niemand nodig dat een moeder die in verstandsverbijstering haar kind heeft gedood, in de gevangenis of in een tbs-inrichting gedetineerd blijft?’ (rb)

Wellicht kan dus al in een vroeg stadium de *uitvoering* van de tbs buiten een tbs-inrichting geschieden. Sterke uitbreiding van de FPK- en FPA-capaciteit wordt door veel respondenten expliciet genoemd als meest in aanmerking komende mogelijkheid om de tbs-klinieken te ontlasten van primair psychotische patiënten, bij wie geen hoog niveau van beveiliging noodzakelijk is.

Voor veel respondenten is vooral de allerwegen geconstateerde toename in de tbs-inrichtingen van patiënten met psychotische symptomen het belangrijkste argument om een veel grotere toepassing van de tbs buiten de tbs-kliniek te bepleiten. Eerder is vastgesteld dat het aandeel van primair psychotische patiënten in de tbs-inrichtingen ongeveer is verdubbeld, van circa 15% rond 1985 tot circa 30% op dit moment.

De tbs-populatie verandert dus van karakter en krijgt daarmee de facto een asiel-functie voor ‘gevaarlijke gekken’ die vroeger eerder binnen de gesloten GGZ een plaats zouden hebben gekregen. Deze notie kan zowel worden betrokken op de ‘falende preventie’ waardoor de instroom in de tbs wordt vergroot, als op de doorstroommogelijkheden na aanvankelijke opname in een tbs-kliniek, waardoor de intramurale verblijfsduur in de tbs wordt verlengd.

In een recente studie wordt geconcludeerd dat 37% van de tbs-populatie primair als 'psychotisch' moet worden aangemerkt. Zoals eerder vermeld, wordt (langdurige) aanwezigheid van deze groep in de tbs-kliniek getypeerd als 'misbruik van een strafrechtelijke maatregel voor het oplossen van GGZ-problematiek'. Dit zou kunnen leiden tot stagnaties in de behandeling omdat

'(...) de praat- en leerbenadering, die vooropstaat in de tbs, voor de psychotische patiënten weinig relevant is. In sommige gevallen kan deze benadering zelfs ronduit ongeschikt worden genoemd voor deze patiënten. Complicaties worden vergroot en de duur van de behandeling dreigt (daarmee) nodeloos te worden verlengd.' (fp)¹⁸

Er zijn dus twijfels aan de geschiktheid van de (meest gebruikelijke) therapeutische aanpak in de tbs-inrichtingen voor de (groeierende) groep primair psychotische patiënten. Dat daarom een substantiële proportie van de tbs-gestelden 'net zo goed' binnen reguliere GGZ-inrichtingen zou kunnen worden opgenomen, wordt echter door sommige respondenten zeer betwijfeld. Hierbij wordt vooral een onderscheid gemaakt tussen de noodzaak van beveiliging naar buiten toe en de noodzaak om gedragsproblemen binnen de muren van de inrichting te kunnen oplossen.

'Vaak zitten tbs-gestelden niet zozeer om redenen van externe beveiliging in een tbs-inrichting, maar omdat het voor GGZ-inrichtingen onmogelijk is de interne beheersproblemen met deze lastige patiënten op te lossen. Ze zijn er veel minder aan gewend, ze zijn er bang voor en ze zijn er ook niet voor geëquipeerd. Dit betekent dat je de tbs-sector niet alleen moet zien als gespecialiseerd in hoge beveiliging, maar ook als gespecialiseerd in psycho-medische omgang met een sterk onhandelbare groep patiënten. Vanuit die optiek is het de vraag of de reguliere GGZ veel alternatief kan bieden voor opvang van de tbs-populatie.' (bl)

Daarnaast wordt ook het idee dat binnen de tbs-populatie een duidelijk onderscheid is te maken tussen 'psychotici' en 'gedragsgestoorden', zeker niet door alle respondenten gedeeld. Enkele respondenten leggen er de nadruk op dat vrijwel de gehele tbs-populatie eerder wordt getypeerd door meervoudige symptomatologie.

'In de tbs is bij de meeste 'psychotici' ook sprake van gedragsstoornissen.' (fp)
We hebben gezien dat deze visie lijkt te worden bevestigd door recente gegevens van het Meijers Instituut. Volgens enkele respondenten speelt met name het problematische gebruik van alcohol en/of drugs een rol bij het ontstaan van gedragsgestoordheid bij primair 'psychotische' tbs-gestelden.

18 Bij deze argumentatie wordt geen rekening gehouden met de differentiatie die op dit moment in het tbs-systeem bestaat. Zo wordt bijvoorbeeld een grote meerderheid van de particuliere tbs-inrichting De Grote Beek als psychotisch gekenmerkt. Deze groep patiënten wordt op aangepaste wijze behandeld.

7.2.3 De wisselwerking tussen GGZ en tbs: falende preventie

De vermeerderde instroom in de tbs en de stagnatie die optreedt in de vorm van langer wordende intramurale behandelingsperioden, wordt door de respondenten vrijwel zonder uitzondering gezien in de context van de toegankelijkheid en de geschiktheid van de reguliere GGZ voor gevaarlijke of in elk geval lastige gestoorden. In de meest gangbare visie is de sterke groei van de gehele *forensisch* psychiatrische sector – dus niet alleen de tbs, maar bijvoorbeeld ook de toename van het aantal psychisch gestoorden in detentie – deels het gevolg van recente ontwikkelingen bij de reguliere GGZ.

De meeste respondenten zijn het erover eens dat de GGZ geen adequate voorzieningen kent voor 'lastig gestoorden'. Dit zijn mensen die naast min of meer ernstige psychopathologische symptomen vaak een groot aantal uiteenlopende andere symptomen hebben: sociaal onaanangepast, sociaal geïsoleerd, polydruggebruik, chaotisch en onberekenbaar, vaak agerend gedrag, enzovoort.

'Met de psychose valt het in deze gevallen meestal wel mee. Belangrijk onderdeel van dit beeld is dat deze personen zich vaak verzetten tegen medicatie en andere vormen van interventie. Ze willen vaak wel verzorgd worden, maar tegelijkertijd willen ze ook hun eigen gang gaan en niet worden lastiggevallen. In een behandelingssituatie leidt dit onvermijdelijk tot confrontaties waaruit vaak agressie en conflicten voortkomen. Sociale en welzijnsvoorzieningen, sociowoningen, sociale pensions, enzovoort, zouden in principe een oplossing bieden. In de praktijk worden ze daar vaak uitgegooid, als ze bijvoorbeeld door het gebruik van middelen te lastig worden.' (fp)

Men meent dat het niet (kunnen) functioneren van de GGZ ten aanzien van deze groep agerende psychosociaal gestoorden escalatie van problemen in de hand heeft gewerkt. Uiteindelijk, wanneer het eigenlijk te laat is, komt de forensische psychiatrie eraan te pas.

'Wat er in de afgelopen tien à vijftien jaar is misgegaan, dat werkt nu met enige vertraging door in de tbs. Dan gaat het dus zowel om de deinstitutionalisering als om de extramurale verwaarlozing. Waarschijnlijk is dit ook de reden van de gestage toename van het psychotische element bij de tbs-populatie. Langs de omweg van het delict en het strafrechtelijke ingrijpen komt een veel te lang verwaarloosde groep uiteindelijk in een adequate voorziening terecht.' (fp)

In deze veelgehoorde visie is hier sprake van falende preventie. Noodzakelijke interventies door de GGZ blijven vaak uit, ondanks het feit dat stoornissen zoals die in de tbs worden behandeld, zich veelal gedurende een langere periode ontwikkelen en escaleren. Uitblijven van interventies door de GGZ zou tot gevolg hebben dat de tbs vaak ten onrechte de functie krijgt van eindbestemming van een groep ernstig onthechten.

Andere respondenten gaan uit van dezelfde analyse, maar benadrukken dat het uiteindelijk terecht is dat de forensische psychiatrie zich ontfermt over een groep patiënten voor wie in de reguliere GGZ geen plaats (meer) is.

'De reguliere GGZ is niet goed in staat om iets te doen voor de populatie "gevaarlijke gekken". Ze hebben er geen vat op, ze kunnen het niet en eigenlijk willen ze het ook liever niet. De tbs biedt een specialisme dat de reguliere GGZ niet in huis heeft. Zowel in de GGZ als bij de rechterlijke macht wordt dat ook als zodanig erkend. Bovendien ziet men dat de tbs-behandeling tamelijk succesvol is.' (fp)

In deze visie zou de forensische psychiatrie dus in feite functioneren als een GGZ-specialisme voor een specifieke groep problematici. Inhoudelijk zou daarom de tbs wellicht niet meer in het verlengde van justitie hoeven te worden gezien (Niemantsverdriet, 1995; Oppedijk, 1995). De tbs zou dan niet meer of minder zijn dan het sluitstuk van een specialistische tak van de psychiatrie waarbij de nadruk ligt op gedragsgestoordheid en beveiliging. Het onderscheid tussen civiele en strafrechtelijke dwangopname zou hierbij wegvallen. Of, zoals vragenderwijs in een artikel wordt geopperd: 'De tbs afschaffen?' (Niemantsverdriet, 1995).

Door veel respondenten wordt dus verondersteld dat de forensische psychiatrie tot op zekere hoogte de brokken opruimt die door de ontwikkeling van de reguliere GGZ zijn blijven liggen. Voor de verklaring van het veronderstelde functieverlies van de GGZ spelen twee processen een rol. Enerzijds zijn er ontwikkelingen in de medische psychiatrie waarbij bepaalde typen stoornis effectiever met medicamenten kunnen worden behandeld. Dit gaat gepaard met een zekere verschuiving in de definitie van de problematiek waarvoor de reguliere GGZ zich effectief kan inzetten.

'Vroeger was in de hele psychiatrie onduidelijk wat je er precies mee moest en wat je ervan kon verwachten. De laatste vijftien jaar is dat duidelijk anders geworden. Psychiatrie wordt steeds meer een echt vak waarbij diagnose, behandeling en te verwachten effecten steeds beter gespecificeerd kunnen worden. Dat geldt met name voor de klassieke medische psychiatrie waarbij echt van "ziekte" kan worden gesproken.' (fp)

Deze verschuiving impliceert wellicht dat psychosociale problemen die niet zonder meer als 'ziekte' kunnen worden gedefinieerd, voor de reguliere GGZ relatief minder relevant zijn geworden. Ten tweede zijn er maatschappelijke ontwikkelingen geweest waarbij de legitimiteit van psychiatrische interventie bij 'lastig gestoord' gedrag sterk ter discussie is gesteld (Hassing e.a., 1995). Mede ten gevolge van deze ontwikkeling zijn de drempels voor (intramurale) psychiatrische interventie tegen de wil van de psychisch gestoorde sterk verhoogd (de nieuwe Wet BOPZ). Beide genoemde ontwikkelingen verklaren waarom de reguliere GGZ zich de afgelopen decennia in toenemende mate heeft gericht op de doelstelling om met zo kort mogelijke interventie een zo snel mogelijke terugkeer in de maatschappij te bewerkstelligen. Er wordt naar gestreefd om intramurale behandeling zo snel mogelijk om te zetten in ambulante behandeling. Deze doelstelling is volgens enkele respondenten ook expliciet bevorderd door het volksgezondheidsbeleid van de overheid. (Dure) langdurige verblijfspsychiatrie werd afgebouwd en psychiatrische behandeling werd in toenemende mate in kleinschaliger en dichter bij de gemeen-

schap staande instellingen verricht. Psychiatrische klinieken verhuisden van de duinen en de bossen naar de stad.

Eén van de respondenten typeert de ontstane situatie met betrekking tot de zorg- en beveiligingsfunctie van de reguliere GGZ voor psychosociale problematici als volgt.

'De gangbare GGZ is slecht ingesteld op deze groep weerbarstigen en moeilijk benaderbaren. In de GGZ zijn de "echte gestoorden" die zich niet verzetten tegen behandeling, veel beter op hun plaats. Probleem is ook dat de groep lastige chaoten zeker intramuraal moeilijk te combineren is met de "gewone" psychiatrische patiënten. Ze zijn bedreigend voor het woon- en behandelingsklimaat van de inrichting. Agerende polydruggebruikers dreigen het te verzieken voor bijvoorbeeld depressieve huisvrouwen. Het grote probleem is dus dat ze niet passen in de vooral op "nette en gemotiveerde zieken" toegesneden GGZ-voorzieningen. Het zijn mensen die een grote behoefte hebben aan structurering en ordening van hun bestaan, maar tegelijkertijd ontbreken de handvatten om ze in een structurerende omgeving te krijgen of te houden. Het gaat om steeds weer terugvallende gestoorden die zorg en begeleiding nodig hebben, maar veel te lang op straat blijven rondlopen en vaak verloederen. Een aantal van hen komt terecht in een proces van chaotisering en vertoont antisociaal gedrag, dat in deze omstandigheden vaak als een secundair ziekteverschijnsel kan worden geïnterpreteerd.' (fp)

Beperkingen van de GGZ met betrekking tot gedragsgestoorden

Enkele respondenten zien het versterken van de wettelijke mogelijkheden voor het psychiatrisch ingrijpen bij 'lastig gestoord' gedrag als oplossing voor het bovengenoemde functieverlies van de GGZ. Een bijkomend voordeel daarvan zou zijn dat er in de GGZ zich weer nieuwe expertise kan ontwikkelen voor de omgang met onwillige patiënten. Het toepassen van ambulante 'drangmedicatie' wordt genoemd als één van de in aanmerking komende mogelijkheden daartoe.

'Meer sociaal-psychiatrische 'bemoeizorg' voor chronici in een vroegere fase van de ontwikkeling van problemen is noodzakelijk om te voorkomen dat er uiteindelijk vanwege justitie wordt ingegrepen. Dit is alleen mogelijk als er adequate wettelijke dwangmogelijkheden als stok achter de deur kunnen worden gehanteerd.'

Zoals reeds vermeld, zijn er aanwijzingen dat de meerderheid van de tbs-populatie reeds eerdere contacten met de GGZ heeft gehad. Voor deze groep geldt dus dat via de GGZ de mogelijkheid van *secundaire* preventie bestaat. Vroegere contacten met de GGZ zouden in principe zodanig hebben kunnen worden benut dat escalatie van 'lastig gestoord' gedrag wordt voorkómen.

Voor de groep uitsluitend gedragsgestoorden in de tbs zal dit doorgaans anders liggen. Hier doet zich het probleem voor dat de psychische stoornis zich veelal niet onafhankelijk van het plegen van delicten zal hebben gemanifesteerd. Met andere woorden, de vaststelling van 'psychische stoornis' geschiedt tot op zekere hoogte naar aanleiding van het vertoonde delinquente gedrag. In dit geval liggen secundair

preventieve interventies via de GGZ veel minder voor de hand. Jeugdigen die zich op deze wijze slecht ontwikkelen, zullen bijvoorbeeld eerder als 'boefjes' dan als 'psychisch gestoord' worden aangemerkt.

Om deze reden zouden er dus voor preventie eerder andere maatschappelijke sectoren dan de GGZ in aanmerking komen.

'Bij de min of meer uitgesproken gedragsgestoorden zou je een minder sterke relatie tussen toename van terbeschikkingstellingen en ontwikkelingen in de GGZ mogen verwachten. Bij hen gaat het veel meer om het al of niet in een vroegere fase ingrijpen bij manifestatie van antisociaal gedrag. Dit manifesteert zich in problemen in het gezin, op school, jeugddelinquentie enzovoort. Corrigerende reacties van bijvoorbeeld de school of justitie zijn doorgaans ad hoc en incidenteel. In psychiatrische zin is dan meestal geen sprake van een adequate reactie op gedragsproblemen (stoornis). Er ontbreken (op preventie gerichte) voorzieningen voor betrekkelijk ernstige gedragsgestoorden, die (nog) geen ernstig delict hebben gepleegd.' (bl)

Enkele respondenten geven aan dat er op dit moment initiatieven worden ontwikkeld voor specialistische behandeling van 'lastig gestoorde' patiënten binnen de GGZ. Zo wordt in de kliniek De Waag geprobeerd om voor een aantal gevallen tot een soort vroege interventie te komen door middel van forensisch psychiatrische deeltijdbehandeling. Agressie en seksueel problematisch gedrag zijn indicaties voor behandeling in deze instelling. Ook zijn er recentelijk enkele Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB's) geformeerd. Deze zijn speciaal bedoeld voor patiënten die binnen de reguliere intramurale GGZ niet goed zijn te handhaven. Het zijn patiënten met sterke gedragsproblemen, die ontwrichtend werken op de gang van zaken binnen de inrichting. Deze KIB's zijn dus gespecialiseerd op 'gestoorden' met sterk agerend problematisch gedrag. In principe kunnen ook patiënten vanaf de straat rechtstreeks in de instellingen worden opgenomen. Dit geldt ook voor justitiekliënten, bijvoorbeeld in het kader van een schorsing of een voorwaardelijk vonnis.

Door enkele respondenten werd erop gewezen dat de gezondheidszorg wellicht helemaal niet de geëigende instelling is om een oplossing te bieden voor sociaal gestoord gedrag.

Hierbij is de vraag aan de orde in hoeverre mag worden verwacht dat psychomedisch georiënteerde GGZ-instellingen een antwoord zouden kunnen geven op problematische *sociale* ontwikkelingen die wezenlijk samenhangen met desintegrerende tendensen in de samenleving. Is het terecht dat bijvoorbeeld symptomen van maatschappelijke tweedeling of de negatieve bijverschijnselen van verregaande individualisering worden *geconstrueerd* als symptomen van psychopathologie? Toenemende marginaliseringsprocessen in de maatschappij, bijvoorbeeld door afkalving van traditionele normerende verbanden en door een groeiende problematiek rond allochtonen, leiden er waarschijnlijk ook toe dat er meer gevaarlijke en onberekenbare geweldplegers komen. Het is vaak onduidelijk

in hoeverre hier echt sprake is van psychopathologie. Het is wellicht onterecht om de gezondheidszorg aan te spreken voor de oplossing van dergelijke symptomen.

‘Onze traditionele GGZ heeft geen greep op zo’n ontwikkeling. Dergelijke problemen kunnen vaak moeilijk in termen van “stoornis” en ziekte gedefinieerd worden. De gebruikelijke interventiemogelijkheden van de GGZ zijn hiervoor ook niet geschikt. In plaats van een medisch-psychiatrische benadering zou je hier veel meer moeten denken in termen van pedagogisch georiënteerd jeugdwerk.’ (bl)

Volgens deze respondent zou voor preventie van gestoord sociaal gedrag een veel bredere aanpak noodzakelijk zijn, die eerder op de weg ligt van het onderwijs, het jeugdmaatschappelijk werk en de gezinszorg. Er kan volgens dit inzicht daarom niet zozeer worden gesproken van functieverlies van de reguliere GGZ. Toenemend sociaal problematisch gedrag dat uiteindelijk aanleiding geeft tot meer forensisch psychiatrische interventie moet volgens deze visie worden beschouwd als symptoom van een ontwikkeling die de reikwijdte van de GGZ ver te buiten gaat.

‘De vraag hierbij is in hoeverre het eerdere en verder strekkende ingrijpen van “de overheid” bij de problematische ontwikkeling in gezinnen of bij ontsprende jongeren gewettigd is. Er bestaat hier een dilemma van autonomie van de burger enerzijds en het nemen van verantwoordelijkheid voor preventie van problemen anderzijds. Tot dusver hebben we in ons land Amerikaanse oplossingen in de vorm van “statutory crimes” van jeugdigen afgewezen. Maar misschien zou je inderdaad moeten overwegen om de overheid meer macht te geven bij opvoeding- en gedragsproblemen van jongeren. De vraag is bijvoorbeeld in hoeverre je met dwangmiddelen zou moeten kunnen optreden bij veelvuldig spijbelen en dergelijke. Het gaat dan echter om maatschappelijke en pedagogische principes. Die zijn veel algemener en gaan de grenzen van (geestelijke) gezondheidszorg te buiten. Het gaat om maatschappelijke problemen, die niet als “ziekte” kunnen worden aangemerkt. De GGZ is niet bedoeld en niet in staat om op dergelijke problemen een toereikend antwoord te hebben.’ (bl)

7.2.4 *Bevordering van de doorstroom uit de (intramurale) tbs*

In vrijwel alle gesprekken kwam als vanzelfsprekend de relatie tussen de instroom in de tbs en de doorstroom (uitstroom) uit de (intramurale) tbs aan de orde. Cruciaal voor de capaciteitsproblemen van de tbs is niet zozeer de totale duur van de tbs-behandeling, maar de *intramurale* behandelduur binnen de tbs-inrichting. Bekorting van de tijd die tbs-gestelden binnen de muren van een tbs-inrichting doorbrengen, kan langs verschillende wegen worden bereikt. Recentelijk is het begrip *transmuralisatie* in zwang gekomen. Hiermee wordt bedoeld op het (na een aanvankelijke opname in de tbs-inrichting) doorstromen van tbs-gestelden naar andere intramurale of halfopen voorzieningen. Ook intensieve begeleiding bij terugkeer in de samenleving in het kader van proefverlof of bij het (nog in te voeren) voorwaardelijk ontslag uit tbs zou uiteraard een mogelijkheid zijn om de doorstroom

uit de intramurale tbs-behandeling te bekorten. Bij al deze varianten blijft het juridische kader van de tbs behouden en biedt daarmee dus de mogelijkheid om in te grijpen als dat voor beveiliging noodzakelijk zou zijn. Bij deze mogelijkheden ter bekorting van de *intramurale fase* van de tbs wordt steeds verondersteld dat de acute beveiliging geen grote zorg meer oplevert.

Een recente studie over de toepassing van de tbs-maatregel wordt geopend met de casus van een reeds gedurende vele jaren intramuraal in de tbs-kliniek opgenomen patiënt die nooit ernstig geweld heeft gepleegd en bij wie ook geen acute dreiging van geweld bestaat (Van Panhuis, 1997). Door enkele respondenten wordt bevestigd dat bij een substantieel deel van de bevolking van tbs-inrichtingen geen acuut of onvoorspelbaar gevaar (meer) dreigt. Volgens deze zegslieden zou in dergelijke gevallen na beheersing van de acute crisis geen *onvoorspelbaar* gevaar meer hoeven te worden gevreesd. De facto gaat in dergelijke gevallen het behandelingsaspect overwegen over het beveiligingsaspect. Behandeling en begeleiding zijn vooral nodig voor het beheersen van risico op langere termijn. Terwijl deze personen vanwege beveiliging in feite niet in een tbs-inrichting zouden hoeven verblijven, zijn ze niet 'gek genoeg' voor de GGZ. Indien er buiten de tbs beter toegankelijke alternatieven waren dan zou de tbs-populatie wel degelijk een meer vlottend karakter kunnen krijgen. Of dit uiteindelijk tot kostenbesparing leidt, is nog niet zo duidelijk. Het gaat immers vooral om een verschuiving van Justitie naar Volksgezondheid.

Sommige respondenten leggen sterk de nadruk op de voorwaardelijkheid en voorspelbaarheid van de gevaarsdreiging bij veel tbs-gestelden. Er zou 'minder eendimensionaal' moeten worden gedacht over 'gevaar' en de noodzaak tot beveiliging. In veel gevallen is gevaar niet zozeer een kenmerk van een persoon, maar is het eerder een context-gebonden kenmerk. Gevaar ontstaat dan niet plotseling, maar ontwikkelt zich in relatie tot ongunstige omstandigheden. In dergelijke gevallen is dus over het algemeen vrij goed te voorspellen wanneer de risico's van het optreden van gewelddadig gedrag groter worden. Zolang bijvoorbeeld het middelengebruik niet uit de hand loopt en de persoon in een gestructureerde situatie blijft, hoeft in veel gevallen niet te worden gevreesd voor gevaar. Datzelfde geldt ook bij psychotische personen die door medicatie goed gestabiliseerd kunnen worden. Dan zou natuurlijk wel de mogelijkheid moeten bestaan om de noodzakelijke condities voor extramuraal functioneren te realiseren en effectief in te grijpen wanneer de risico's te groot zouden worden.

Op grond van deze overwegingen wordt gemeend dat de tbs-maatregel soms te veel intramuraal georiënteerd is.

'Je zou het wettelijke kader goed kunnen gebruiken als stok achter de deur en beveiligingsmiddel als er extramuraal te grote risico's dreigen te ontstaan. Veel van de "onthemden" die in tbs belanden hebben structuur en toezicht nodig. Daarvoor zou vaak een beschermd-wonenvoorziening en eventueel het aanbieden van een dagprogramma voldoende zijn. In veel tbs-inrichtingen wordt er na het dagprogramma ook niets meer gedaan dat aan de behandeling

bijdraagt. Daarvoor hoeven ze dus niet in een intramurale setting te zitten. Terugkeer naar intramurale tbs kun je achter de hand houden als middel om verantwoord gedrag in de extramurale situatie te bevorderen.’ (fp)

Voor doorstroming uit de intramurale fase in de tbs-kliniek zijn goede voorzieningen aan de achterdeur van de tbs zonder meer noodzakelijk. Bij een goede vervulling van deze voorwaarde zou tijdiger vertrek uit de intramurale behandeling mogelijk zijn. Volgens enkele respondenten zou in het merendeel van de gevallen zo’n transmurale of een extramurale oplossing mogelijk moeten zijn na een termijn van ongeveer vier jaar. Aangenomen wordt dat er in veel gevallen binnen de kliniek een stabiele fase bereikt is en eventueel een goede instelling op medicatie. Veelal zal er dan echter nog te weinig vertrouwen zijn dat de tbs-gestelde zich weer op eigen kracht in de maatschappij kan handhaven en er geen gevaar van recidive zou ontstaan. Een periode van geleidelijke vergroting van vrijheid en zelfstandigheid en geleidelijk verminderd toezicht en begeleiding is daarom zonder meer noodzakelijk. Enkele respondenten werkzaam in tbs-inrichtingen menen daarom dat het uitbouwen van vervolg- en tussenvoorzieningen de hoogste prioriteit dient te hebben.

In dit verband wordt onderstreept dat de tbs-inrichtingen zelf moeten zorgen voor het beschikbaar zijn van doorstroommogelijkheden aan de achterdeur. Daarvoor is het ontwikkelen en onderhouden van een regionaal netwerk voor transmurale en extramurale oplossingen noodzakelijk. Eén van de respondenten meent dat dat voor tbs-inrichtingen heel goed mogelijk is.

‘Er wordt volgens mij op dit moment veel te veel geklaagd dat alternatieve behandelings- en begeleidingsvoorzieningen niet toegankelijk zouden zijn voor patiënten bij wie de intramurale fase van de tbs kan worden beëindigd. Als je patiënten wilt doorsturen, dan moet je ervoor zorgen dat je niet de “rotzakken” en lastpakken probeert kwijt te raken. Als je dat doet, dan weet je zeker dat je dan spoedig alle mogelijkheden voor doorplaatsing geblokkeerd ziet. Bovendien dien je altijd een terugneemgarantie af te geven. Onze ervaring is dat doorplaatsing dan in principe geen probleem hoeft op te leveren. Voor de RIBW geldt bijvoorbeeld dat ze vaak zelfs veel positiefs zien in de opname van onze tbs-patiënten. Het zijn mensen die geleerd hebben om actief in een groep te participeren, zelf te koken, initiatieven te nemen. Dat kan zeer goed uitwerken in een groep (ex-)psychiatrische patiënten die vaak nogal passief en apathisch zijn. Een goede timing voor het doen ingaan van een extramurale fase is erg belangrijk. Binnen de kliniek dient er een soort veilige hechting ontwikkeld te worden. De patiënt gaat er onder begeleiding uit terwijl je weet dat de mogelijkheid bestaat dat hij het nog niet goed aankan om zich “buiten” te handhaven. De ontdekking dat het moeilijk is, om hulp vragen en een tijdelijke terugkeer naar de veilige kliniek zijn deel van een belangrijk leerproces in de resocialisatiefase. Als je geen enkel risico durft te nemen, dan is er veel kans dat het juiste tijdstip voorbijgaat en dat de patiënt gaat hospitaliseren en dan helemaal niet meer in

staat is om de stap naar buiten te maken. Daarmee loop je dus het risico dat intramurale behandelingen eindeloos gaan duren. De overgang van intramuraal naar extramuraal is dus altijd een kritieke fase. Maar de risico's zijn acceptabel als je er maar voor zorgt dat er voldoende toezicht en begeleiding is.' (fp)

Sommige deskundigen leggen een expliciete relatie tussen de door de forensische psychiatrie gedefinieerde doelstelling van behandeling en de te verwachten noodzakelijke intramurale duur van de behandeling. Er wordt gesproken van een mogelijke omslag in de behandelingsfilosofie. Deels wordt deze gestimuleerd door toenemende aandring om de intramurale behandelingstermijn te bekorten. De omslag kan worden aangeduid als een overgang van een 'groeimodel' naar een 'handicapmodel'. In het eerste geval wordt ernaar gestreefd om de psychosociale ontwikkeling als het ware helemaal over te doen. Dit vereist een sterk lange-termijndenken, dat volgens een respondent altijd typerend is geweest voor de tbs.

'Deze man heeft zich nog nooit kunnen hechten. Later we er eerst maar een twee jaar voor uittrekken om een hechtingsproces op gang te krijgen. Daarna zien we verder.'

Het 'handicapmodel' is veel minder ambitieus. Daarbij gaat het er primair om de patiënt zodanig te leren omgaan met zijn beperkingen dat er geen ernstige risico's meer ontstaan. In plaats van fundamentele persoonlijkheidsveranderingen na te streven, gaat het er dan veeleer om de delictcarrière te stuiten.

Enkele respondenten menen echter ook dat de langdurigheid van de tbs-behandeling niet alleen voortvloeit uit de definiëring van het behandeldoel, maar dat fundamentele kenmerken van de tbs-maatregel betrekkelijk onvermijdelijk langdurigheid van de intramurale behandelingsfase in de hand werken. Men meent dat op dit moment in de tbs-wereld een extreem lange-termijnperspectief heerst, dat wordt gedeeld door zowel patiënten als behandelaars.

'Als er bijvoorbeeld wordt gedacht aan het ingaan van een nieuwe behandel fase, dan wordt een beslissing daarover eerst nog rustig een half jaartje uitgesteld.'

Traagheid van het behandelingsproces en een moeizame betrokkenheid van de patiënten bij de behandeling worden gezien als min of meer structurele gegevens. Eén van de binnen de tbs werkzame respondenten wist dit beeldend te illustreren:

'De tbs-gestelden weten heel goed dat ze niet weggestuurd zullen (kunnen) worden. Dat betekent dat ze desgewenst kunnen profiteren van de betrekkelijk comfortabele omstandigheden in de tbs, zonder zelf inspanningen te leveren. In de tbs kunnen ze "ongestraft" de hele dag met de poten op tafel shagjes draaien en naar de tv zitten kijken. Het systeem werkt regressieve ontwikkeling in de hand en kan leiden tot een lamlendige en onverschillige houding van de patiënten. Ze hoeven helemaal niets, ze kunnen overal over klagen, ook omdat hun interne rechtspositie dat mogelijk maakt. Er staat een stoet van psychologen, psychotherapeuten, arbeidstherapeuten, sociotherapeuten en psychiaters klaar. Die hebben de rode loper uitgelegd en betonen zich zeer gelukkig als de

patiënt ergens toe bereid is. Maar de patiënt kan als een verwende, kritische consument zijn eisen stellen: hij wil wel psychotherapie, maar dan niet in de groep; hij wil wel werken, maar alleen binnen of juist alleen buiten.'

In deze visie is de essentie dat de kliniek iets wil van de patiënt en dat de patiënt de macht heeft daaraan al of niet tegemoet te komen. Het vooruitzicht van 'genezing' en rehabilitatie wordt vaak als ongewis en onbereikbaar afgedaan. Er bestaat bij de patiënten vaak een onderling bevestigde voorstelling dat je lot in handen is van de willekeur van justitie en behandelaars en dat het dus toch niet uitmaakt of je je al of niet inzet voor verbetering. Deze situatie stimuleert een grote mate van passiviteit bij de patiënt.

Om deze voor de tbs-maatregel wellicht karakteristieke impasse te doorbreken, zou volgens deze respondent kunnen worden overwogen om binnen de tbs-inrichting te beginnen met een sober standaardregime. De patiënten kunnen meer (interne) vrijheden, aandacht en voorzieningen verdienen door de bereidheid te tonen zich voor behandeling in te zetten.

7.3 Samenvatting en conclusie

Zorg en controle met betrekking tot 'gevaarlijk gestoorden' spelen zich af op het raakvlak van Justitie en Volksgezondheid. De relatie tussen het strafrecht en de GGZ is relevant voor vrijwel alle aspecten van de tbs-maatregel. Dat wil zeggen dat de GGZ mede bepalend is voor de instroom, de doorstroom en de uitstroom van de tbs. De GGZ biedt in principe mogelijkheden ter preventie van het psychosociale proces dat aan het tbs-delict voorafgaat. Maar ook in alle fasen van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel zijn de mogelijkheden van samenwerking met de GGZ aan de orde.

Op dit moment bestaat zorg dat Justitie, middels een toenemend beroep op de tbs, een oneigenlijke verantwoordelijkheid krijgt voor de behandeling van 'lastige en agerende' geestelijk gestoorden. De groei van forensische psychiatrie zou mede worden veroorzaakt door de veranderingen in de GGZ. Door de lagere drempels, de verdunning en het meer ambulante worden van de psychiatrie en door het sterker wordende recht op zelfbeschikking kunnen niet-coöperatieve patiënten binnen de GGZ moeilijker worden vastgehouden en verzorgd.

Ten gevolge van dit proces zou de asielfunctie van Psychiatrische Ziekenhuizen goeddeels verloren zijn gegaan. Er ontwikkelt zich een groeiende groep chronische patiënten met meervoudige psychiatrische en gedragsproblematiek, die niet (adequaat) wordt behandeld en/of begeleid en waarvan velen uiteindelijk met Justitie in aanraking komen. Gevreesd wordt dat in deze zin Justitie dient als 'vuilnisvat' van de GGZ. Het geconstateerde groter wordende percentage tbs-gestelden met psychotische symptomen, dat wil zeggen de 'echte' psychiatrisch zieken, versterkt het idee dat de tbs-maatregel wordt 'misbruikt' om langs *strafrechtelijke* weg psychiatrische zorg en toezicht voor een moeilijk toegankelijke groep te realiseren.

Letten op de geregistreerde gegevens, biedt de ontwikkeling van civielrechtelijke dwangopnamen in psychiatrische inrichtingen op zichzelf geen aanwijzing dat er een verschuiving naar een meer strafrechtelijke aanpak plaatsvindt. Gezien over een langere termijn, vertonen de cijfers van inbewaringstellingen krachtens de Kw en de Wet BOPZ dezelfde ontwikkeling als bij de oplegging van tbr/tbs. Met name blijkt dat ondanks de wettelijk strengere criteria voor dwangopname onder de nieuwe Wet BOPZ er juist vanaf 1995 een sterke toename is geweest van het aantal inbewaringstellingen. Het lijkt er dus niet op dat de GGZ zich recentelijk sterker heeft afgesloten voor patiënten die zich tegen behandeling verzetten.

Zoals gezegd, zijn er wel duidelijke aanwijzingen dat er in de tbs steeds meer mensen met (onder meer) psychotische symptomen terecht komen. Volgens recente gegevens lijdt ongeveer een derde van de tbs-populatie aan duidelijk psychotische ziekteverschijnselen. De vraag is dan in hoeverre dergelijke patiënten 'net zo goed' of misschien zelfs 'beter' binnen de reguliere GGZ zouden kunnen worden behandeld. In een aantal gevallen zal deze mogelijkheid worden beperkt door een noodzaak tot stringente externe beveiliging. Maar daarnaast speelt ook de geconstateerde complexiteit van het ziektebeeld van veel ter beschikking gestelden een rol. Er zijn aanwijzingen dat een meerderheid van de tbs-populatie sprake is van meervoudige stoornissen, waarbij zowel psychotische elementen als gedragsstoornissen aanwezig zijn. Dit beeld wordt in veel gevallen verder gecompliceerd door de gevolgen van middelengebruik en verslaving. Door dit alles zou de eventuele opname van tbs-gestelden binnen de reguliere GGZ vaak sterk worden bemoeilijkt door beheersproblemen. De conclusie kan zijn dat de 'echte' psychiatrisch zieken binnen de tbs niet zonder meer naar de reguliere GGZ kunnen doorstromen.

Met name de bij dit onderzoek betrokken (forensisch) psychiatrische deskundigen meenden dat op een of andere wijze behandelbaarheid en het behandelingsperspectief een rol zouden moeten spelen bij de tenuitvoerlegging van de tbs. Deels hangt dit samen met de fundamentele vraag in hoeverre de niet-realiteitsgestoorde verminderd toerekeningsvatbaren in de tbs in psychiatrische zin als 'ziek' dienen te worden beschouwd. In meer pragmatische zin wordt de vraag gesteld naar een eventueel noodzakelijke beperking van de termijn waarin dient te worden vastgesteld dat behandeling zinvol is. De meningen hierover lopen sterk uiteen. Vooral de geïnterviewde leden van de rechterlijke macht hebben veel bezwaar tegen het beëindigen van behandeling indien die na (een beperkte termijn) weinig perspectief biedt. Zij vrezen vooral dat daarmee de juridische basis van de maatregel (behandeling als rechtvaardiging van niet-beperkte vrijheidsbeneming) zou worden ondergraven.

Vooral de behandelaars hebben oog voor de noodzaak om iets te doen aan het 'structurele lange-termijnperspectief' van de tbs. Er bestaat een dilemma omdat zowel behandelaars als verpleegden in de tbs min of meer zijn gevangen in een situatie zonder alternatieven. Patiënten weten dat ze, ongeacht de vraag of zij zich al of niet inzetten voor behandeling, niet uit de (relatief comfortabele) tbs-setting zullen worden verwijderd. Ook de behandelaars weten dat er op afzienbare termijn

geen alternatief bestaat voor het verblijf binnen de tbs-inrichting. Enige respondenten brengen naar voren dat het zinvol zou zijn om de aandacht en de voorzieningen op een lager pitje te zetten bij patiënten die zich niet voor behandeling wensen in te zetten. In dat geval zou een soort tbs-minimumregime kunnen gelden. De zorg en de opties voor de ter beschikking gestelden zouden, afhankelijk van zich ontwikkelende interesse en motivatie, kunnen worden uitgebreid.

Vrijwel alle deskundigen zijn het erover eens dat beperking van de intramurale behandelduur uitsluitend mogelijk is indien er betere doorstroommogelijkheden bestaan in de fase van het proefverlof. Effectieve begeleiding, toezicht en terugkeerregelingen naar de intramurale tbs zijn hiervoor allereerst noodzakelijk. Als meest realistische oplossing wordt gedacht aan het uitbouwen van ambulante en intramurale forensisch psychiatrische voorzieningen (Niemantsverdriet, 1993, pp. 142-143). Deze zouden ofwel kunnen worden gerealiseerd in het verlengde van de tbs-instellingen, ofwel binnen de reguliere GGZ en maatschappelijke opvangvoorzieningen.

The Dutch forensic psychiatric system: admissions and capacity

From the beginning of this decade the Dutch forensic psychiatric system (the *TBS*) suffers from an increasing shortage of capacity. This is most clearly expressed by the growing number of inmates in Dutch detention centres who have been committed to TBS treatment, but cannot be admitted to a TBS clinic because of lack of capacity. In recent years the average waiting period for this increasing number of detainees has risen to more than a year.

This development has occurred in spite of the fact that the physical TBS capacity has doubled to more than 800 beds since 1990, while on the other hand the criteria for the application of the TBS measure have been sharpened. Since the last reform of the relevant legislation and sentencing practices, the TBS measure has been restricted to 'psychologically disturbed dangerous' perpetrators of serious criminal violence. Earlier departmental estimates of adequate TBS capacity in the last years of this decade were obviously inadequate. This gives cause to questions on the adequacy of the prediction models that have been and are still being used for planning the (future) development of the TBS system.

The increasing demand for TBS capacity has also stimulated the ongoing debate on the relations between the main social institutions relevant for the control of problematic behaviour on the border of 'insanity' and delinquency. Recently criminal justice system authorities have expressed the idea that penal law is increasingly being misused for mental health problems that should have been taken care of by the public health system. In their thinking the forensic psychiatric system might be improperly used as a 'dustbin' for the mental health system, in which unmotivated and troublesome mental health patients are being dumped. This might be a consequence of recent developments in mental health care, aiming at a speedy return of mental health patients into the community, stressing medical treatment and short (outpatient) psychotherapy, instead of long-term custodial care. Due to such processes it is feared that there may be insufficient mental health alternatives for psychologically disturbed offenders, both at the TBS clinics' front door and at the back door (after an initial period of forensic psychiatric treatment).

Within this context the study focuses on two general questions. Is there a tendency of continuous relative increase of the TBS segment within the general criminal justice system? And what explanations can be given for the recent expansion of the TBS population?

Reviewing the historical development of the TBS population in absolute numbers there appears a wave-like pattern with a peak in the early sixties and an all-time low in the mid-eighties. The strong increase since then may be seen as a reflection

of the even stronger increase of the general detention population, which has all but tripled since 1980. However, the most recent developments do reveal an accelerated increase of the TBS population. Since 1993 the yearly number of delinquents being convicted to TBS has doubled to more than 200, while the yearly number of persons being discharged from TBS treatment keeps lagging behind. This last development reflects an increase of the average duration of (intramural) treatment. The recent increase of the TBS population is obviously a product of both developments.

Theoretically the recent increase of the number of convictions to TBS may be explained by the following factors:

- more 'dangerous and disturbed' offenders;
- less stringent criteria for the application of this measure (i.c. greater medicalisation);
- more forensic psychiatric selection capacity in the early stages of the selection process;
- less public mental health alternatives for 'dangerous and disturbed' offenders.

To evaluate the plausibility of these factors relevant registrations have been analysed and open interviews with legal, medical and policy experts in the field of forensic psychiatry have been conducted.

Criminality statistics show a more than proportional increase of criminal violence during the last decade. The fact that civil and penal law commitment to treatment of juveniles has increased steeply, may be of special relevance for (future) developments within the TBS sector. Almost all experts consider the recent increase of TBS convictions primarily as a consequence of a basic socio-cultural development characterised by partially disintegrating tendencies that bear heavily on certain vulnerable population groups at the bottom of society. The experts see the increase in TBS as an autonomous social phenomenon, rather than as an artefact of augmented selection processes or wider selection criteria. Especially the judges and prosecutors among the experts were confident that growing numbers of TBS convictions do not reflect a mitigation of seriousness of the average TBS cases, as might be expected in the case of stronger medicalisation in the field of criminal justice.

The results of this study suggest that expanding the forensic psychiatric system will be inevitable if the typically Dutch policy of sending cases of 'diminished' criminal responsibility into treatment is to be maintained. In practice this concerns offenders with primarily personality disorders. Because of the nature of their condition these persons are often regarded as unsuitable patients for the civil mental health system. Solutions may be found in establishing more specialised forensic psychiatric (halfway) facilities outside the high-security TBS system. Such facilities can offer the necessary residence and supervision to enable TBS clinics to limit the average duration of intramural treatment.

Literatuur

Barneveld, P.D.

TBR of TBS; enkele ontwikkelingen na 1945. In: F. Koenraadt (red.), *Ziek of schuldig? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie*
Arnhem, Gouda Quint, 1991

Beyaert, F.L.H.

De omleidingen en de verbindingen. In: J.W. Fokkens e.a. (red.), *Overheid en patiënt; ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*
Arnhem, Gouda Quint, 1993

Boendermaker, L.

Jongeren in justitiële behandel-
inrichtingen
Den Haag, Ministerie van Justitie, 1995
WODC, nr. K40

Bulten, E., J. van Limbeek, L. Wouters, P. Geerlings, W. van Tilburg

*Psychische stoornissen in detentie;
een onderzoek naar de prevalentie en
psychische stoornissen bij gedetineerden
van de Jeugdgevangenis Nieuw-Vosseveld*
Z. pl., z. uitg., 1992

Continuïteit en verandering

*Het Nederlandse drugsbeleid: continuïteit
en verandering*
Kamerstukken II, 1995, 24 077, nrs. 2-3

DJI

Beleidsinformatie verschaft door de
Dienst Justitiële Inrichtingen, 1996

Eizenga, J.

*Handleiding Forensische Psychiatrie en
Psychologie Districtspsychiatrische
Diensten*
Rotterdam, DPD, 1994

Emmerik, J. van

De maatregel tbs, een overzicht in cijfers
Justitiële verkenningen, jrg. 19, nr. 3,
1993, pp. 9-38

Fokkens, J.W. (voorz.)

*Voorzieningen voor de behandeling en
bejegening van psychisch gestoorde
delinquenten: een internationaal
vergelijkende studie*
Leiden/Maastricht, Research voor
Beleid/METRO, 1995

Ginneken, P. van, J. van Buren

Zal wel loslopen?
Utrecht, NcGv, 1994

Goei, L. de (red.)

*Aan de andere kant; de grenzen van de
GGZ en de forensische psychiatrie*
Utrecht/Arnhem, NcGv/Gouda Quint,
1993

Grapendaal, M., P.P. Groen, W. van der Heide

*Duur en volume; ontwikkeling van de
onvoorwaardelijke vrijheidsstraf tussen
1985 en 1995; feiten en verklaringen*
Arnhem, Gouda Quint, 1997
Onderzoek en beleid, nr. 163

Hassing, W.M.J., T.V. van Lent, M. van der Velden

De psychiater en de Bopz: maatschappij-
behoeder of behandelaar
Tijdschrift voor Psychiatrie, jrg. 37, nr. 5,
1995, pp. 433-438

Hofstee, E.J.

TBR en TBS; de TBR in rechtshistorisch
perspectief
Arnhem, Gouda Quint, 1987

**Jaarboek Geestelijke
Gezondheidszorg 1995/96**

De GGZ in getallen

Utrecht, NcGv/NZI, 1996

Jansen, A.

Chroniciteit en de maatregel TBS;
doelmatigheid en zorgvuldigheid in de
verpleging van blijvend delictgevaarlijke
patiënten

Sancties, 1996, afl. 3

Janssen, J., M. Medema

Pappen en nathouden

Proces, jrg. 75, nr. 4, 1996

Janssen M., M. de Jonge, J. Pols

*Dwang in de psychiatrie; dilemma's,
feiten, ervaringen en alternatieven*

Amsterdam, Babylon-de Geus, 1995

Keizer, M.P., R.F. Kouwenberg, Ed.

Leuw, N.M. Mertens

*Wet Bopz, onvrijwillige opnameprocedures;
onderzoek naar de externe rechtspositie
onder de Wet Bopz en de gevolgen voor
de werklust van het justitiële veld*

Den Haag, Ministerie van VWS, 1996

Kelk, C.

De strafrechtelijke maatregel van
terbeschikkingstelling

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1995,
nr. 7

Kerkhof, F.M.

Hoe hoog zijn de muren in de
psychiatrie?

Sancties, 1992, nr. 6

Kortmann, F.A.M.

Mogelijke oplossingen voor de groei van
het aantal tbs-gestelden

D&D, jrg. 26, nr. 2, 1996, pp. 172-175

Krul-Steketee, J., M. Zeegers

(red.)

*De Psychiatrie in het Nederlandse
recht*

Arnhem, Gouda Quint, 1993

Leuw, Ed.

Recidive na ontslag uit tbs

Arnhem, Gouda Quint, 1995

Onderzoek en beleid, nr. 141

Meijers Instituut

Informatie verschaft door Meijers

Instituut (uit tbs-monitor), 1996 en 1997

Mertens, J.

Gestoorde criminelen, delinquente
patiënten

Sancties, 1993, nr. 1, pp. 8-20

Ministerie van Justitie

TBS, een bijzondere maatregel

Den Haag, Directie Voorlichting, 1991

Ministerie van Justitie

Police-figures: 1980-1994

Den Haag, 1995

Ministerie van Justitie

*Doelmatig behandelen: rapport van de
interdepartementale werkgroep*

*'Financieringssysteem van forensisch
psychiatrische hulpverlening'*

Den Haag, 1996

Ministerie van Justitie

Vraag en aanbod in de sector TBS

Den Haag, Directie Beleidszaken, Dienst

Justitiële Instellingen, 1997a

Ministerie van Justitie

Maandstaten TBS

Den Haag, Directie Beleidszaken, Dienst

Justitiële Instellingen, 1997b

Nationale Ombudsman

*Openbaar Rapport met klachten over de
gedragingen van de Minister van Justitie*

Den Haag, 1996

Rapport nr. 96/575

Niemantsverdriet, J.

*Achteraf bezien; over het evalueren van
terbeschikkingstelling*

Utrecht, Elinkwijk, 1993

Niemantsverdriet, J.

De TBS afschaffen? In: J.P. Balkema e.a. (red.), *Dynamisch strafrecht; opstellen ter gelegenheid van het afscheid van Prof. mr. G.J.M. Corstens van de Katholieke Universiteit Nijmegen* Arnhem, Gouda Quint, 1995

Nijssen, Y.A.M., A.H. Schene

Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen; een onderzoek *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1996, nr. 5

Oppedijk, J.W.

Afstemming van behandelvraag en -aanbod binnen justitie *Proces*, 1995, nr. 4

Panhuis, P.J.A. van

De psychotische patiënt in de TBS; van kwaad tot erger Arnhem, Gouda Quint, 1997

Poletiek, F.H.

De Wet BOPZ getoetst aan de cijfers *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 52, nr. 4, 1997, pp. 349-361

Remmerts de Vries, H.W.P.

Dwarsverbindingen tussen de forensische psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg in het arrondissement Amsterdam *Sancties*, 1994, nr. 6, pp. 351-360

Sande, C. van de

Forensische psychiatrie en tussenvoorzieningen *Proces*, 1993, nr. 9, pp. 145-147

Schnabel, P.

De weerbarstige geestesziekte; naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg Nijmegen, SUN, 1995

Schoenmaker, C., G. van Zessen

Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen Utrecht, Trimbos Instituut, 1997

Veen, Th.W. van

We lopen vast met de TBS. In: F. Koenraadt (red.), *Behandelen of straffen? Gestoorden, verslaafden en jeugdigen* Z. pl., Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, 1994, pp. 149-158

Werkgroep Forensische Zorg

Rapportage van de Werkgroep Forensische Zorg Den Haag, Ministeries van VWS en Justitie, 1996

Werkgroep Prognose Sanctiecapaciteit

Prognose Sanctiecapaciteit Den Haag, Ministerie van Justitie / Sociaal Cultureel Planbureau, 1997 (interne publicatie)

Werkzame Detentie

Beleidsnota voor het gevangeniswezen Kamerstukken II, 1993-1994, 22 999

Zeijst, J. van

Geschiedenis van de tbs *Justitiële verkenningen*, jrg. 19, nr. 3, 1993, pp. 39-55

Zomer, M.J.

Terbeschikkingstelling vanuit gedragskundig perspectief *Justitiële verkenningen*, jrg. 19, nr. 3, 1993, pp. 74-95

Respondenten

mr. J.A.A. Bijvoet	officier van justitie te Breda
mr. H.J. Donker	officier van justitie te Amsterdam
mr. S.L. Donker	lid Centrale Raad van Advies, sectie Tbs; rechter te Den Haag
drs. J. van Emmerik	coördinator Monitor Project, Dr. F.S. Meijers Instituut
dr. J. Gerrits	directeur Pieter Baan Centrum
mr. E. Hofstee	rechter te Haarlem
mr. S.M. Jongkind-Jonker	rechter te Alkmaar
drs. F. Kok	inspecteur Gezondheidszorg, Ministerie van VWS
prof. dr. H.C.J. van Marle	adviseur Ministerie van Justitie
drs. E.E.M. Mol	hoofd DPD Amsterdam
dr. J. Niemantsverdriet	psycholoog Dr. Henri van der Hoeven Kliniek
drs. E. Noorlander	arts-psychiater, tbs-inrichting De Kijvelanden
dr. P.J.A. van Panhuis	hoofd DPD Den Bosch
prof. dr. B.C.M. Raes	directeur Dr. F.S. Meijers Instituut
drs. I. Rustveld	hoofd FPA PZ Bloemendael
dr. H. Sanders	arts-psychiater, Psychiatrisch Centrum Amsterdam
drs. H. Wiertsema	directeur Dr. Henri van der Hoeven Kliniek
mr. A.P. Zweers-van Vollenhove	rechter te Alkmaar

Sinds 1993 verschenen rapporten in de reeks

Onderzoek en beleid

1993

- 122 Veel voorkomende criminaliteit op de Nederlandse Antillen
J.M. Nelen, J.J.A. Essers
- 123 Politie en openbaar ministerie tegen rassendiscriminatie, ver de naleving van richtlijnen
M.W. Bol, B.J.W. Docter-Schamhardt
- 124 Prestige, professie en wanhoop; een onderzoek onder gedetineerde overvallers
G.J. Kroese, R.H.J.M. Staring
- 125 Motieven voor naturalisatie; waarom vreemdelingen uit diverse minderheids-groepen wel of niet kiezen voor naturalisatie
R.F.A. van den Bedem
- 126 Prestatieverschillen tussen arrondissementsparketten
W. Polder, G. Paulides
- 127 De tbs met aanwijzing; de toepassing van en professionele oordelen over een strafrechtelijke maatregel
Ed. Leuw
- 128 Alternatieven voor de vrijheidsstraf; lessen uit het buitenland
J. Junger-Tas

1994

- 129 Heenzendingen
M.M. Kommer
- 130 Appels en peren; een onderzoek naar de recidive van dienstverleners en kort-gestraften
E.C. Spaans

- 131 Delinquentie, sociale controle en 'life events'; eerste resultaten van een longitudinaal onderzoek
C.J.C. Rutenfrans, G.J. Terlouw
- 132 Rechtsverzorging en wetenschap; een plaatsbepaling van het WODC bij het afscheid van J. Junger-Tas
M.M.J. Aalberts, J.C.J. Boutellier, H.G. van de Bunt (red.)
- 133 Het openbaar ministerie en grote fraudezaken
J.M. Nelen, M. Boone, M.D. van Goudoever-Herbschleb
- 134 De civiele procedure bij de kantonrechter; evaluatie van een vernieuwing
A. Klijn, C. Cozijn, G. Paulides
- 135 Toelating en opvang van ama's
R.F.A. van den Bedem, H.A.G. de Valk, S.O. Tan
- 136 Een partner van verre: de cijfers
J.J. Schoorl, M. van de Klundert, R.F.A. van den Bedem, J.C. van den Brink
- 137 Stoppen of verplaatsen? Een literatuur-onderzoek over gelegenheidsbeperkende preventie en verplaatsing van criminaliteit
R.B.P. Hesseling
- 138 Criminaliteit en strafrechtelijke reactie; ontwikkelingen en samenhangen
J.G.C. Kester, J. Junger-Tas

1995

- 139 Grenzen aan hereniging; de regels met betrekking tot het bestaansmiddelen-vereiste per september 1993
R.F.A. van den Bedem, J.C. van den Brink, E.J. Verhagen

05/21/2012 14:53 053

- 140 Gedragsbeïnvloeding door strafrechtelijk ingrijpen; een literatuurstudie
M.W. Bol
- 141 Recidive na ontslag uit tbs
Ed. Leuw
- 142 Inbraak in bedrijven; daders, aangiftes, en slachtoffers onderzocht
M. Kruissink, E.G. Wiersma
- 143 Hoger beroep en de integratie; onderzoek naar strafzaken, civiele zaken en de unus in appel
C. van der Werff, m.m.v. B.J.W. Docter-Schamhardt
- 144 Werken of zitten; de toepassing van werkstraffen en korte vrijheidsstraffen in 1992
E.C. Spaans
- 145 Cashba; een intensief dagprogramma voor jeugdige en jongvolwassen delinquenten
A.A.M. Essers, P. van der Laan, P.N. van der Veer
- 146 Een schot in de roos? Evaluatie van pilot-bureaus schietwapenondersteuning in twee politieregio's
M. Kruissink, L.W. Brees
- 147 Autokraak verminderd of verplaatst? De effecten van een Rotterdams project tegen diefstal uit auto
R.B.P. Hesselink, U. Aron
- 148 Toevlucht zoeken in Nederland
L. Doornheijn, N. Dijkhoff
- 1996**
- 149 Gezinsvoogden aan het werk; de uitvoering van de ondertoezichtstelling in 1993
N.M. Mertens
- 150 De deconcentratie van D&J; wijzigingen in de organisatie van het Nederlandse gevangeniswezen
B.S.J. Wartna, M. Brouwers
- 151 De toegevoegde kwaliteit; een ex ante evaluatie van de werking van inschrijfvoorwaarden in de Wet op de rechtsbijstand
S. van Leeuwen, A. Klijn, G. Paulides
- 152 Grote strafrechtelijke milieu-onderzoeken
E.A.I.M. van den Berg, R.J.J. Eshuis
- 153 Dwangopname onder de Krankzinnigenwet
S.M. Hoekstra, Ed. Leuw
- 154 Binnentredende gerechtsdeurwaarders; het machtigingsvereiste in de praktijk
E.M.Th. Beenackers, A.Y. Guérin
- 155 Tappen in Nederland
Z. Reijne, R.F. Kouwenberg, M.P. Keizer
- 156 Het vermogen te ontnemen; wetsevaluatie – fase 2
J.M. Nelen, V. Sabee, m.m.v. R.F. Kouwenberg, R. Aidala
- 157 Taakstraffen voor minderjarigen; toepassing en uitvoering opnieuw belicht
L.W. Brees, M. Brouwers
- 158 Twee jaar MOT; een evaluatie van de uitvoering van de Wet melding ongebruikelijke transacties
G.J. Terlouw, U. Aron
- 159 Een veld in beeld; een beschrijving van het werk in de justitiële behandelinrichtingen
L. Boendermaker, C. Verwers
- 1997**
- 160 Racistisch geweld in Nederland; aard en omvang, strafrechtelijke afdoening, dadertypen
M.W. Bol, E.G. Wiersma
- 161 De Jeugdwerkinrichting binnenstebuiten gekeerd; onderzoek naar de resultaten van de Jeugdwerkinrichting en het project Binnenste Buiten
E.C. Spaans
- 162 Criminal Victimization in Eleven Industrialised Countries; key findings from the 1996 International Crime Victims Survey
Pat Mayhew, Jan J.M. van Dijk
- 163 Duur en volume; ontwikkeling van de onvoorwaardelijke vrijheidsstraf tussen 1985 en 1995, feiten en verklaringen
M. Grapendaal, P.P. Groen, W. van der Heide

164 Elektronisch toezicht in Nederland;
uitkomsten van het experiment
E.C. Spaans, C. Verwers

165 Een netwerk als vangnet? Een
procesbeschrijving van preventie-
projecten gericht op een integrale
aanpak van jeugdcriminaliteit
W.M. Kleiman, N. Kuyvenhoven

166 Kiezen voor een kans; evaluatie van
harde-kernprojecten
W.M. Kleiman, G.J. Terlouw

1998

167 Eind goed, al goed? De leefsituatie van
jongeren een jaar na vertrek uit een
justitiële behandelinstelling
L. Boendermaker

168 Instroom en capaciteit in de tbs-sector;
geregistreerde gegevens en inzichten
van deskundigen
Ed. Leuw

0
5
/
2
1
/
2
0
1
2
/
4
2
/
4
/

Ondanks recente uitbreidingen van tbs-voorzieningen bestaat er sinds enkele jaren een toenemend tekort aan capaciteit voor de uitvoering van de tbs. Het aantal in penitentiaire inrichtingen verblijvende 'passanten', voor wie nog geen plaats is in een tbs-inrichting, is sterk gestegen. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde wachttijd. De grotere schaarste blijkt te worden veroorzaakt door zowel een stijgend aantal tbs-opleggingen als door een gemiddeld langduriger behandeling in de tbs.

Het onderzoek tracht op basis van geregistreeerde gegevens en op basis van gesprekken met deskundigen op het gebied van de tbs een analyse en verklaring te bieden voor de toegenomen instroom en de stagnerende doorstroom en uitstroom uit de tbs. Is de schaarste aan tbs-voorzieningen een gevolg van een wezenlijk groeiende maatschappelijke behoefte of wordt er meer tbs opgelegd dan noodzakelijk zou zijn? In hoeverre speelt de toegankelijkheid van de Geestelijke Gezondheidszorg voor 'lastig gestoorden' hierbij een rol? Welke zijn de meest realistische remedies voor het verhelpen van het onwenselijke tekort aan tbs-voorzieningen?