

# LITERATUURONDERZOEK

## "TBS & GGZ"

Arnhem, januari 2001  
J.A. van Vliet

**Literatuuronderzoek "TBS & GGZ"**

Opdrachtgever: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC)  
Ministerie van Justitie

Uitvoering: J.A. van Vliet

Begeleidingscommissie: Mevr. Drs. M. Drost  
Drs. O.R. de Lange  
Prof. Dr. H.J.C. van Marle  
Mevr. Drs. J. Plaisier

**INHOUDSOPGAVE**

**Inleiding**

De commissie 'Beleidsvisie TBS in brede context'	6
Literatuuronderzoek TBS & GGZ	6
Forensische psychiatrie en TBS	7
Opzet en uitvoering van het onderzoek	8
Verdere indeling van dit rapport	8

**1. Samenvatting en conclusies naar aanleiding van de onderzoeksvragen 9**

**1.1 Samenvatting 9**

1.1.1 TBR en TBS	9
1.1.2 Grensverkeer en circuitvorming	9
1.1.3 Psychische stoornissen in detentie	10
1.1.4 TBS en verslaving	10
1.1.5 De relatie tussen de Ministeries van VWS en Justitie	11

**1.2 Conclusies naar aanleiding van de vraagstellingen 12**

1.2.1 Wat is de ontstaansgeschiedenis van de TBS in hoofdlijnen?	12
1.2.2. Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de GGZ die van invloed zijn geweest op de TBS?	12
1.2.3 Wat is de huidige situatie van het instituut TBS in relatie tot de GGZ?	12
1.2.4 Wat is de relatie van TBS tot geestelijk gestoorden in het gevangeniswezen?	13
1.2.5 Op welke wijze wordt samengewerkt tussen TBS, GGZ en gevangeniswezen?	13
1.2.6 In hoeverre verschillen de patiëntenpopulaties van elkaar?	13
1.2.7 Hoe verhouden de verantwoordelijkheden van de Ministers van VWS en Justitie t.a.v. geestelijk gestoorden zich tot elkaar?	14
1.2.8 Wat zijn de sterke en zwakke kanten van de huidige situatie	15
1.2.9 Wat zijn de belemmeringen in de huidige rechtspositie, wet- en regelgeving voor een goede samenwerking tussen Justitie en GGZ?	15
1.2.10 Waar liggen mogelijkheden en bedreigingen voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie	15

<b>2. De maatregel TBS in relatie tot de Algemene GGZ en het gevangeniswezen</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Inleiding</b>	<b>16</b>
<b>2.2 De ontstaansgeschiedenis van de TBS en maatschappelijke ontwikkelingen</b>	<b>18</b>
2.2.1 Het wetboek van strafrecht	19
2.2.2 Psychopatenwetten en TBS	20
2.2.3 TBS-wetgeving en BOPZ	21
<b>2.3 Recente ontwikkelingen in de relatie TBS, Algemene GGZ en gevangeniswezen</b>	<b>23</b>
<b>2.3.1 Samenwerking in de forensische psychiatrie</b>	<b>23</b>
2.3.1.1 Algemene beschouwing	23
2.3.1.2 Duaal casemanagement	24
2.3.1.3 Beheersproblemen	25
<b>2.3.2 De ontwikkeling van forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland</b>	<b>26</b>
2.3.2.1 De Nationale Raad voor de Volksgezondheid	26
2.3.2.2 De Werkgroep Vervolgvoorzieningen	27
2.3.2.3 Doelmatig behandelen	28
2.3.2.4 De RIBW's	28
2.3.2.5 Uitstroom TBS	29
2.3.2.6 Over stromen	29
2.3.2.7 Grensstroom	29
2.3.2.8 Ons kent ons...	30
<b>2.3.3 Psychische stoornissen en behandelen in detentie</b>	<b>31</b>
2.3.3.1 Omvang en aard van de gedetineerdenpopulatie	31
2.3.3.2 Behandelen in detentie	33
2.3.3.3 Preklinische behandeling van TBS-passanten	35
<b>2.4 De relatie tussen de Ministeries van VWS en Justitie</b>	<b>36</b>
2.4.1 Verdeling van verantwoordelijkheden	36
2.4.2 Inspectie	36
2.4.3 Overleg en coördinatie	38
2.4.4 Investerings	38

<b>3. Specifieke aandachtsgebieden in de relatie TBS, Algemene GGZ en gevangeniswezen</b>	<b>39</b>
<b>3.1 Juridische aspecten</b>	<b>39</b>
3.1.1 Juridische aspecten vanuit de TBS gezien	39
3.1.1.1 Overplaatsing naar een GGZ-instelling	41
3.1.2 Juridische aspecten met betrekking tot behandelen in detentie	42
<b>3.2 Verslaving</b>	<b>43</b>
3.2.1 Verslaving en TBS	43
3.2.2 Behandeling van verslaving in de TBS	46
<b>Literatuur</b>	<b>47</b>
<b>Bijlagen</b>	
Onderdelen uit de Concept Startnotitie WODC-onderzoek dd. 20 juni 2000	53
Geïnterviewde deskundigen	54

## Inleiding

### De Commissie 'Beleidsvisie TBS in brede context'

In vervolg op twee vrij recente Interdepartementale Beleidsonderzoeken naar de TBS (Doelmatig Behandelen, 1995 en Over Stroom, 1998) is in het voorjaar 2000 een aantal projecten gestart die zijn gericht op verbetering van de doelmatigheid van de TBS, het traject Toekomst van de TBS. Een van de onderdelen van dit traject is de Commissie 'Beleidsvisie TBS in brede context', onder voorzitterschap van mr. A. Kosto, in het vervolg de Commissie Kosto genoemd.

De Commissie Kosto houdt zich bezig met de fundamentele vraag wat in de toekomst de plaats en functie van de TBS moet zijn. De commissie valt onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie, directie Preventie, Jeugd en Sancties (DPJS); het Ministerie van VWS is medeverantwoordelijk (Ministerie van Justitie, 2000b).

In een startnotitie ten behoeve van de commissie wordt nog vastgesteld, dat de TBS-maatregel zelf niet ter discussie staat, omdat eind 1997 de TBS-wetgeving nog grondig is herzien. Verder worden in deze notitie enkele vraagstellingen voor de commissie geformuleerd en wordt in grote lijnen achtergrondinformatie gegeven bij deze vraagstellingen (De Lange, 2000). De definitieve vraagstelling van de commissie is als volgt geformuleerd:

#### Vraag 1

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

#### Deelvragen

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

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

#### Vraag 2

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

#### Vraag 3

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

### Literatuuronderzoek TBS & GGZ

Binnen de context van de opdracht en vraagstelling van de Commissie Kosto werd opdracht gegeven voor een literatuuronderzoek met als doelstelling een beknopt overzicht te geven van de ontwikkelingen in de TBS in relatie tot de geestelijke gezondheidszorg. Dit overzicht zal als achtergrond dienen bij het vormen van een beleidsvisie over de toekomst van de TBS.

Door het WODC werd aan Van Vliet Inter Aktief de opdracht gegeven dit onderzoek uit te voeren. In de startnotitie van het WODC zijn onder meer de beleidscontext en de onderzoeksvragen met toelichting opgenomen (zie bijlage). Het literatuuronderzoek behelst de volgende onderzoeksvragen:

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

#### Forensische psychiatrie en TBS

Forensische psychiatrie en het onderdeel daarvan dat TBS heet wordt in de praktijk op verschillende manieren gedefinieerd. Voor het begrip en de leesbaarheid van dit onderzoek is verhelderend de terminologie af te grenzen.

De forensische psychiatrie bestaat uit de psychiatrische bemoeienissen met justitiabelen in de verschillende vormen van rechtspraak met als doel het geven van voorlichting aan- en het adviseren van rechtsprekende instanties. Dit betekent dat forensische psychiatrie zich zowel beweegt op strafrechtelijk als civielrechtelijk gebied en dat dus ook die activiteiten die zijn gericht op de BOPZ en sociale verzekeringswetgeving tot de forensische psychiatrie worden gerekend. Naast het geven van voorlichting en advies maakt specialistische hulpverlening en behandeling expliciet deel uit van forensische psychiatrie. Een belangrijk kenmerk van forensisch psychiatrische bemoeienis is -voortkomend uit het voorlichtende en adviserende karakter- dat besluitvorming op cruciale momenten door een niet-psychiater (in casu in de meeste gevallen de rechterlijke macht) zal worden genomen. Daarnaast is de vrijwilligheid van de te onderzoeken personen in het algemeen maar beperkt en staan er voor hem of haar meestal grote belangen op het spel, zoals het al dan niet verkrijgen van een uitkering of een (tijdelijke) vrijheidsbeneming. (Schnitzler, 1984; Smilde, 1993; Raes, 1999b; Mastenbroek, 2000).

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

*"dat deelgebied van de psychiatrie, dat zich bezighoudt met de rapportage ten behoeve van de rechterlijke macht, onderzoek en behandeling van personen en hun daarbij behorende sociale en relationele netwerken in samenhang met de strafwetgeving"* (Smilde, 1993).

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

#### Opzet en uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek is gebaseerd op een verzameling van bronnen, samengesteld op basis van de vragenstellingen. Er is daarbij gezocht naar beleidsstudies, beleidsvoornemens, evaluaties van operationele processen en wetenschappelijk onderzoek naar onderdelen van de forensische psychiatrie en de GGZ. Daarnaast is gebruik gemaakt van opiniërende literatuur en zijn op enkele onderdelen open interviews gehouden met deskundigen op specifieke gebieden, zoals verslaving en TBS en wetgevingsvraagstukken. Geïnterviewden hebben in alle gevallen suggesties gedaan voor verder literatuuronderzoek.

Het onderzoek werd uitgevoerd door J.A. van Vliet van Van Vliet Inter Aktief die daarbij werd begeleid door Prof. Dr. T.I. Oei, hoogleraar forensische psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Brabant. Het onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie uit de Commissie 'Beleidsvisie TBS in brede context', waarin zitting hadden:

- Mevr. Drs. M. Drost
- Drs. O.R. de Lange
- Prof. Dr. H.J.C. van Marle
- Mevr. Drs. J. Plaisier

De commissie had tot taak suggesties te doen met betrekking tot de keuze van literatuur en te interviewen deskundigen, het kritisch lezen en becomingtariëren van geschreven teksten en de afstemming daarvan op de verschillende onderzoeksvragen.

#### Verdere indeling van dit rapport

- Hoofdstuk 1: Samenvatting en conclusies, gebaseerd op de onderzochte literatuur die in de hoofdstukken 2 en 3 nader is beschreven
- Hoofdstuk 2: Algemene beschouwingen over de maatregel TBS (ontstaan en ontwikkelingen)
- Hoofdstuk 3: Specifieke aandachtsgebieden in de relatie TBS en GGZ
- Literatuuropgave
- Bijlagen

## 1. Samenvatting en conclusies naar aanleiding van de vraagstellingen

### 1.1 Samenvatting

#### 1.1.1 TBR en TBS

Sinds de invoering van de maatregel TBR, later TBS, is er regelmatig toenadering, maar ook verwijdering geweest tussen de circuits van justitie -de TBS-klinieken en het gevangeniswezen- en Algemene GGZ. De discussie heeft zich veelal toegespitst op knelpunten in de relatie.

Uit diverse onderzoeksgegevens blijkt dat de populaties van de drie circuits een overlap met elkaar vertonen. Veel TBS-gestelden en gedetineerden hebben, vóór oplegging van de maatregel of straf, een verleden in de hulpverlening of in de Algemene GGZ. Deels is dit te verklaren uit maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de emancipatiebeweging in de GGZ in de jaren '60 en '70, die leidde tot een forse toename van het aantal psychotici in de TBS. Maar ook de 'opdracht' van de verschillende systemen kan hierbij een rol spelen, zoals de 'opdracht' van de Algemene GGZ om patiënten te genezen of te rehabiliteren.

Met het ontstaan van de TBR werd de mogelijkheid ingevoerd mensen, die een ernstig delict hebben gepleegd en daarnaast gestoord en gevaarlijk zijn voor de omgeving, verminderd of geheel ontoerekeningsvatbaar te verklaren. Zij konden volgens de TBS-wetgeving worden verpleegd en behandeld in gesloten instituten om zodoende het gevaar op korte en op langere termijn te verminderen. De maatregel was en is bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen herhaling van ernstige agressieve delicten.

#### 1.1.2 Grensverkeer en circuitvorming

Met name de stagnatie in het grensverkeer tussen de circuits was en is veelal aanleiding tot kritiek en discussie, evenals de vaak negatieve beeldvorming over en weer tussen de circuits, betrekking hebbend op de sectoren als geheel, de binnen de sectoren te situeren patiënten, de professionals, de (be-) handelwijzen en veiligheidsvoorzieningen. Daarnaast zijn er met name in het laatste decennium ontwikkelingen gaande waarbij er een toenadering plaats vindt tussen de genoemde sectoren.

Sinds 1991 zijn er, geïnitieerd door onder meer de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, in het hele land initiatieven ontwikkeld om te komen tot samenwerkingsvormen tussen Justitie en algemene GGZ in de vorm van forensisch psychiatrische netwerk- en circuitvorming.

De ontwikkelingen zijn in diverse onderzoeken en beleidsnota's terug te vinden. Recent onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS geeft inzicht in de wijze waarop en de mate waarin organisaties en professionals in Nederland met elkaar samen werken ten behoeve van forensisch psychiatrische patiënten maar geeft nog geen inzicht in de effectiviteit en efficiency van de samenwerking; wel in opvattingen en mate van tevredenheid van deelnemers aan samenwerkingsprojecten. Duidelijk wordt, dat in breed verband binnen de betreffende instellingen de beleidskeuze is gemaakt om zorg voor forensisch psychiatrische patiënten door middel van functionele samenwerkingsverbanden -netwerken en circuits- te organiseren. Effecten in de zin van een grotere efficiency en effectiviteit zijn in het onderzoek niet terug te vinden; de ontwikkeling van circuitvorming zal door de betrokken Ministeries nog sterker moeten worden gestuurd.

Bij plaatsing van patiënten in een TBS-voorziening of een BOPZ-voorziening is het uitgangspunt dat de rechtspositie de status van de inrichting volgt waarin de patiënt is geplaatst.

Juridisch zijn er mogelijkheden (art. 14 Beginselenwet TBS) om patiënten met een TBS-maatregel op te laten nemen in de Algemene GGZ. Het opnemen van patiënten met een BOPZ-maatregel in TBS-klinieken stuit echter op bezwaren; dit is in de Beginselenwet TBS uitgesloten met als oogmerk BOPZ-patiënten niet te willen stigmatiseren als 'justitiepatiënten'. Het is van de wetgever uitdrukkelijk de bedoeling geweest om in TBS-klinieken niet te komen tot een vermenging van deze populaties, ook omdat dit tot een ongelijkwaardigheid zou kunnen leiden waar het de interne rechtspositie van de opgenomen patiënten betreft.

#### 1.1.3 Psychische stoornissen in detentie

Van de omvang van het aantal gedetineerden met psychische stoornissen zijn in de laatste decennia verschillende schattingen gemaakt. Op basis van het literatuuronderzoek lijkt een schatting van 10 - 12% van de gedetineerdenpopulatie realistisch te zijn, terwijl volgens de laatste onderzoeksgegevens circa 8% van de gedetineerdenpopulatie detentieongeschikt zou zijn<sup>1</sup>.

Door capaciteitsproblemen in de TBS-klinieken is er een groot aantal TBS-passanten die nog verblijven in penitentiaire inrichtingen. Op de Individuele Begeleidings Afdelingen (IBA's) is één op de vijf gedetineerden een TBS-passant, waarmee deze afdelingen als een pré-TBS-inrichting gebruikt lijken te worden. Het grote aantal passanten was aanleiding om vanuit forensische poliklinieken gerichte preklinische behandeling te initiëren, welke behandeling succesvol blijkt te zijn.

Het grote aantal psychisch gestoorden in detentie is tevens aanleiding geweest om behandeling in detentie mogelijk te maken. Hoewel dit in het verleden beleidsmatig niet mogelijk was is hiertegen wettelijk geen bezwaar. Uitsluitend praktische beperkingen kunnen hier een rol spelen, zoals de duur van de gevangenisstraf en de duur van het verblijf van een gedetineerde in een inrichting.

Met name is behandeling gewenst van de groep gedetineerden die lijdt onder hun stoornis en de groep die een zo groot recidiverisico met zich meebrengt dat zij een maatschappelijk gevaar vormen wanneer behandeling achterwege zou blijven.

Over de wijze waarop behandeling zou kunnen worden verricht en welke behandelingsprogramma's effectief zijn zijn nog weinig Nederlandse onderzoeksgegevens bekend.

#### 1.1.4 TBS en verslaving

Een kernprobleem in de behandeling van TBS-gestelden is de verslavingsproblematiek. Alcoholverslaving blijkt in circa 50% voor te komen ten tijde van het delict waarvoor TBS wordt opgelegd; in 40% speelt het gebruik van softdrugs- en in ruim 25% speelt het gebruik of verslaving aan harddrugs een rol.

Met name alcoholverslaving en het gebruik van alcohol tijdens de tenuitvoerlegging van de TBS blijkt een belangrijke voorspeller voor ernstige recidive tijdens (proef)verlof.

Tot voor kort werd verslaving gezien als een in de behandeling secundair probleem, dat als zodanig niet behandeld behoefde te worden, maar met de behandeling van de 'onderliggende' problematiek zou verdwijnen. Inmiddels is duidelijk, dat verslaving, eenmaal ontstaan, een probleem is geworden met een eigen etiologie en symptomatologie, een eigen prognose en eigen behandelmethoden. Daartoe zijn

<sup>1</sup> Dat wil zeggen dat zij naar verwachting bij verblijf in een penitentiaire inrichting hardnekkige of blijvende schade zullen oplopen of dat hun geestelijke of lichamelijke toestand het hen onmogelijk maakt er te functioneren.

op verschillende plaatsen specifieke behandelprogramma's ontwikkeld. Ten opzichte van de wijze waarop verslavingsproblematiek wordt behandeld in de Algemene GGZ kent de behandeling van verslavingsproblematiek in de TBS-setting een aantal beperkingen, die worden gekenmerkt door de wijze van probleemdefiniëren, het hanteren van verantwoordelijkheid, de therapeutische attitude en dergelijke.

#### 1.1.5 De relatie tussen de Ministeries van VWS en Justitie

De verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de tenuitvoerlegging van de TBS met verpleging heeft betrekking op het scheppen van de wettelijke kaders, de voorzieningen voor de tenuitvoerlegging, de beveiliging van de samenleving tegen het zich onttrekken aan de vrijheidsbeneming en de rechtspositie van de TBS-gestelden. Voor de behandeling is de verantwoordelijkheid meer op afstand. De Minister ziet er op toe, dat de TBS-gestelde de benodigde behandeling krijgt; de klinieken zelf zijn verantwoordelijk voor de behandeling. De inhoudelijke toetsing van de kwaliteit van de behandeling dient plaats te vinden volgens normen die in de brede kring van het veld van de Algemene GGZ, mede tot stand komend onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS, gelden. Wel zou het Ministerie van Justitie de voorwaarden moeten scheppen voor die toetsing en bewaken dat deze ook daadwerkelijk plaatsvindt. Hierbij hebben het Ministerie van Justitie zelf en de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing een taak voor de dimensies beveiliging en rechtsbescherming. De oriëntatie van het TBS-veld op het veld van de GGZ zou vervolgens moeten leiden tot het doorwerken van ontwikkelingen en inzichten vanuit de GGZ naar verpleging en behandeling in het TBS-veld

De groei van de TBS-sector -de opnamecapaciteit en de groei van het personeelsbestand- in de afgelopen jaren heeft er toe bijgedragen dat er in de TBS-klinieken een aantal probleemsituaties aan het licht zijn gekomen. Mede in verband daarmee heeft de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg recent een meer actieve bemoeienis gekregen met de zorg en behandeling in TBS-klinieken.

Overleg en coördinatie tussen de Ministeries van VWS en Justitie vindt op drie niveaus plaats: tussen de Directeuren Generaal, in een Permanent Overleg en in een 'projectbureau' dat als opdracht heeft actiepunten nader uit te werken. Er vindt wederzijdse beïnvloeding plaats en de uitvoering van de Kabinetsstandpunten over de Interdepartementale Beleidsonderzoeken 'Doelmatig behandelen' en 'Overstromen' worden door het Permanent Overleg getoetst. Concrete resultaten van het overleg zijn een betere afstemming en bewaking van de ontwikkelingen in het gezamenlijke domein.

## 1.2 Conclusies naar aanleiding van de onderzoeksvragen

### 1.2.1 Wat is de ontstaansgeschiedenis van de TBS in hoofdlijnen?

De ontstaansgeschiedenis van de TBS kan in het kader van dit literatuuronderzoek maar in beperkte mate worden beschreven. Gekozen is voor een beschrijving op hoofdlijnen, afgezet tegen enkele juridische en maatschappelijke ontwikkelingen.

Ontwikkelingen in het recht en in de psychiatrie maakten het in het begin van de twintigste eeuw mogelijk mensen die een delict hebben gepleegd en daarnaast gestoord en gevaarlijk zijn voor de omgeving geheel of gedeeltelijk uit te leiden uit het gevangeniswezen. Aanvankelijk gold dit uitsluitend voor hen die geheel ontoerekeningsvatbaar waren. Zij konden worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Later bestond ook de mogelijkheid personen te zien als 'gek en slecht in enige mate'. De psychopatenwetten en de invoering van de TBR maakte het mogelijk hen in gesloten instituten te verplegen en behandelen.

In concluderende zin kan dan ook worden gesteld, dat vanuit deze ontwikkeling de sectoren TBS, Algemene GGZ en gevangeniswezen een gezamenlijk domein vormen.

### 1.2.2 Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de GGZ die van invloed zijn geweest op de TBS? Hoe hebben GGZ en TBS elkaar beïnvloed? Gedacht wordt aan bv. extramuralisering van de GGZ, de asielfunctie, het sluiten van afdelingen voor langdurig verblijf in de psychiatrische ziekenhuizen, verschuivingen in doelgroepen (meer psychotici in de TBS, meer allochtonen, verslaafden, zwaardere delicten).

Vanuit de ontstaansgeschiedenis van de TBS is er een voortdurende wederzijdse beïnvloeding van de GGZ en de TBS. De ontwikkeling van de Krankzinnigenwet naar de wet BOPZ blijkt een zekere invloed te hebben gehad op het opnamebeleid van de Algemene GGZ. Een groot aantal TBS-gestelden (circa 20%) heeft voor de TBS-oplegging een civielrechtelijke opname gehad in de Algemene GGZ, een nog groter aantal heeft ook een ambulante GGZ-historie of anderszins tehuis- en hulpverleningservaring. Ook voor gedetineerden geldt, dat een groot aantal (56%) voorafgaande aan de strafoplegging ambulante en/of klinische ervaring heeft in de GGZ.

Het is niet direct aanwijsbaar of dit (uitsluitend) een gevolg is van extramuralisering of een verminderde asielfunctie. Ook moet rekening worden gehouden met verschillen in opdracht tussen de verschillende sectoren, terwijl ook de veronderstelling wordt geuit dat het bij TBS-gestelden in een aantal gevallen zou kunnen gaan 'zorgwekkende zorgmijders' met stoornissen die het totstandkomen van een commitment van de patiënt aan de zorg, zoals deze binnen de Algemene GGZ wordt geboden, belemmeren.

### 1.2.3 Wat is de huidige situatie van het instituut TBS, in relatie tot de GGZ? In hoeverre is de TBS geïsoleerd danwel verbonden met de GGZ?

TBS-klinieken hebben zich lange tijd ontwikkeld als naar binnen gerichte organisaties. Door ontwikkelingen in de TBS, zoals de toename van nieuwe doelgroepen, de groei van het aantal TBS-gestelden, toegenomen behandelduur en in het algemeen de beperktere mogelijkheden patiënten weer zelfstandig te laten reïntegreren in de samenleving, zijn er zowel op landelijk beleidsniveau als op lokaal niveau in het afgelopen decennium initiatieven ontwikkeld om te komen tot samenwerking. Deze samenwerking (forensisch psychiatrische circuitvorming) heeft er in zekere mate toe geleid, dat TBS-klinieken en Algemene GGZ-voorzieningen regionaal met elkaar in gesprek zijn geraakt en er uitstroom is gaan

plaats vinden vanuit TBS-klinieken naar de Algemene GGZ. TBS-klinieken positioneren zich de laatste jaren daarbij meer dan voorheen als een specialistisch onderdeel van de Geestelijke Gezondheidszorg, waarmee een ontwikkeling is ingezet om de TBS-sektor als een onderdeel te zien van een keten van GGZ-voorzieningen. Het gaat daarbij niet meer in de eerste plaats om de patiënt in de TBS-kliniek, maar om het totaaltraject dat de patiënt dient te doorlopen.

Uit recent onderzoek blijkt dat de ontwikkeling van de forensische circuitvorming nog in een beginstadium verkeert. Beleidsmatige ondersteuning, formalisering van samenwerkingsafspraken en het verder creëren van draagvlak is daarbij noodzakelijk.

#### 1.2.4 Wat is de relatie van TBS tot geestelijk gestoorden in het gevangeniswezen?

Zoals eerder gesteld kunnen de sectoren TBS, Algemene GGZ en gevangeniswezen worden gezien als een gezamenlijk domein, omdat een groot aantal patiënten wisselend ervaring heeft met de verschillende onderscheiden sectoren. Uit onderzoek naar psychisch gestoorden in het gevangeniswezen blijkt dat de Individuele Begeleidings Afdelingen (IBA's) in penitentiaire inrichtingen, vanwege capaciteitsproblemen in de TBS-klinieken, een groot aantal TBS-passanten huisvesten waarvoor specifieke behandelprogramma's zijn en worden ontwikkeld. Daarnaast is er een ontwikkeling in gang gezet van behandeling van psychisch gestoorden in het gevangeniswezen. Hiertegen blijkt vanuit juridisch oogpunt geen bezwaar te bestaan; wel zijn er praktische beperkingen zoals de status van de penitentiaire inrichting en de strafduur van de individuele gedetineerde. uitzonderingen daargelaten dient er overeenstemming te zijn tussen gedetineerde en behandelaar.

#### 1.2.5 Op welke wijze wordt samengewerkt tussen TBS, GGZ en gevangeniswezen?

Door forensische poliklinieken worden preklinische behandelingen ontwikkeld en uitgevoerd ten behoeve van TBS-passanten, maar eveneens zijn er enkele experimentele projecten ten behoeve van gedetineerden, die niet TBS gesteld zijn, waarbij ook op beperkte schaal GGZ-instellingen zijn betrokken. Uit het recente onderzoek (Van Vliet en Wilken, 2001) naar de forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland blijkt onder meer, dat het gevangeniswezen in deze samenwerkingsverbanden nog maar nauwelijks aanwezig is.

#### 1.2.6 In hoeverre verschillen de patiëntenpopulaties van elkaar? Kunnen de populaties 'gemixt' worden (TBS-gestelden en BOPZ- patiënten)? Om hoeveel personen gaat het? (TBS-gestelden, delinquenten met psychische stoornis in gevangenis (al dan niet in speciale afdeling), BOPZ- patiënten)?

Er is geen eenduidig onderzoek beschikbaar over de overeenkomsten of verschillen van de verschillende patiëntenpopulaties. Wel blijkt uit het onderzoek, dat de populaties veelal wisselend ervaring hebben in de verschillende sectoren (zie ook 1.2.2). Een eventuele mix van de populaties vraagt echter om meer onderzoek, ook betrekking hebbend op de juridische aspecten, zoals deze eerder in de samenvatting en in hoofdstuk 3 van dit onderzoek zijn genoemd.

De plaatsing van de diverse populaties in de sectoren TBS, Algemene GGZ en gevangeniswezen vindt nu voornamelijk plaats op grond van de justitiële titels. Een dergelijke systematiek gaat uit van het nu bestaande aanbod aan voorzieningen (aanbodgericht). Er echter vanuit gaande, dat in zowel de TBS-klinieken, de Algemene GGZ als het gevangeniswezen zowel zorg, behandeling en beveiliging in verschillende mate worden geboden lijkt het zinvol om te onderzoeken of, los van de justitiële titels van de populaties, passende combinaties van patiënten zijn te maken. Hierbij zou kunnen worden gezien of

het mogelijk is het noodzakelijke beveiligingsniveau, de noodzakelijke zorg en de noodzakelijke behandeling af te stemmen op de individuele patiënt en het aanbod hierop af te stemmen (vraaggericht). Om hoeveel personen het gaat is maar ten dele bekend. Op dit moment bedraagt de capaciteit van de TBS circa 1050 plaatsen. Het aantal gedetineerden met een psychische stoornis wordt geschat op 10 - 12% van de populatie (circa 1500), terwijl naar schatting 8% van de gedetineerden die contact heeft met de inrichtingspsycholoog detentieongeschikt is.

Voor wat betreft de omvang en samenstelling van de groep delictgevaarlijke psychisch gestoorden in het gevangeniswezen, BOPZ en TBS zijn er daarnaast enkele ontwikkelingen gaande.

In de offerte voor een strategische verkenning over "Asiel in de forensische psychiatrie" door het SCO-Kohnstamm Instituut van mei 2000 is naar mijn mening sprake van overlap met onder meer de hier genoemde onderzoeksvraag. Onder meer zal in het kader van die verkenning worden getracht te komen tot een operationele definitie voor de groep chronisch forensisch psychiatrische patiënten en de omvang van deze groep. Daarnaast is door de Commissie Beleidsvisie TBS aan het SCO-Kohnstamm Instituut gevraagd een schatting te maken van het aantal gevaarlijke BOPZ-patiënten. De vraagstelling is als volgt:

"TBS-gestelden hebben ernstige (gewelds)delicten gepleegd en hebben veelal psychotische stoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen. Velen van hen zijn voor hun opname in de TBS opgenomen geweest in een GGZ-instelling. Ook in de psychiatrische ziekenhuizen kunnen we patiënten met vergelijkbare stoornissen vinden die eveneens een gevaar zijn voor de maatschappij doordat ze vergelijkbare delicten zouden kunnen plegen. Soms wordt opgemerkt dat deze mensen per toeval in de TBS dan wel in een psychiatrisch ziekenhuis terecht komen. Om te kunnen beoordelen of in de toekomst de voorzieningen meer geïntegreerd kunnen worden ingezet, is voor de commissie van belang om te weten hoe groot de groep voor de samenleving gevaarlijke geestelijk gestoorden onder de BOPZ is."

Met de onderzoeker van het SCO-Kohnstamm Instituut werd afgesproken de vraag naar de samenstelling en omvang van deze groep door hen te laten beantwoorden.

Naast dit onderzoek wordt in het kader van de evaluatie van de wet BOPZ afzonderlijk de rol van de wet BOPZ in de forensische psychiatrie bestudeerd, een onderzoek, dat ten dele het onderzoek van het SCO-Kohnstamm Instituut overlapt maar een andere tijdsfasering kent (tot 1 oktober 2001). De vraagstelling in het kader van de evaluatie van de wet BOPZ is:

- In welke mate worden forensisch psychiatrische patiënten (art. 15 PBW en art. 37 Sr.) opgenomen in BOPZ-instellingen en welke problemen doen zich daarbij voor?;
- In welke mate worden forensisch psychiatrische patiënten op grond van het gewijzigde art. 15, eerste lid van de wet BOPZ in BOPZ-instellingen opgenomen?;
- In hoeverre kunnen deze problemen worden toegeschreven aan de wettelijke regelingen?;
- Sluiten de wettelijke regelingen (wet BOPZ, PBW en Beginselenwet TBS) goed op elkaar aan?

Bij dit onderwerp dienen de resultaten van het onderzoek van het Trimbos Instituut naar beheersproblemen in de (forensische) psychiatrie te worden betrokken (Van de Klippe en Van Ginneken, 2000).

#### 1.2.7 Hoe verhouden de verantwoordelijkheden van de ministers van VWS en Justitie t.a.v. geestelijk gestoorden zich tot elkaar?

De verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de tenuitvoerlegging van de TBS met verpleging heeft betrekking op het scheppen van de wettelijke kaders, de voorzieningen voor de tenuit-

voerlegging, de beveiliging van de samenleving tegen het zich onttrekken aan de vrijheidsbeneming en de rechtspositie van de TBS-gestelden. Voor de behandeling is de verantwoordelijkheid meer op afstand. De Minister ziet er op toe, dat de TBS-gestelde de benodigde behandeling krijgt; de klinieken zelf zijn verantwoordelijk voor de behandeling. De inhoudelijke toetsing van de kwaliteit van de behandeling dient plaats te vinden volgens normen die in de brede kring van het veld van de Algemene GGZ, mede tot stand komend onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS, gelden. Wel zou het Ministerie van Justitie de voorwaarden moeten scheppen voor die toetsing en bewaken dat deze ook daadwerkelijk plaatsvindt. Hierbij hebben het Ministerie van Justitie zelf en de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing een taak voor de dimensies beveiliging en rechtsbescherming. De oriëntatie van het TBS-veld op het veld van de GGZ zou vervolgens moeten leiden tot het doorwerken van ontwikkelingen en inzichten vanuit de GGZ naar verpleging en behandeling in het TBS-veld

1.2.8 Wat zijn sterke en zwakke kanten van de huidige situatie? Zijn er bepaalde trends te onderkennen?

Hiervoor wordt verwezen naar de Trendanalyse ten behoeve van de commissie Beleidsvisie TBS.

1.2.9 Wat zijn belemmeringen in de huidige rechtspositie, wet- en regelgeving voor een goede samenwerking tussen justitie en GGZ?

Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is materiaal te vinden in hoofdstuk 3.1 van dit onderzoeksrapport. Op grond van de gegevens ziet het er naar uit, dat wettelijke beperkingen in de samenwerking voornamelijk aanwezig zijn wanneer patiënten met een BOPZ-maatregel in een TBS-kliniek geplaatst zouden worden. Hoewel de meeste TBS-klinieken een BOPZ-status blijken te hebben en BOPZ-patiënten dus onder de rechtspositieregeling van de BOPZ in een TBS-kliniek zouden kunnen verblijven, is het in verband met de behandeling en rechtspositionele ongelijkheid die zou ontstaan niet mogelijk BOPZ-patiënten in een TBS-kliniek te plaatsen (hoewel dit desondanks enkele malen is gebeurd). De mogelijkheid om patiënten vanuit een TBS-kliniek in een BOPZ-voorziening te plaatsen in het kader van artikel 14 van de Beginselenwet TBS is wellicht niet voldoende bekend in de TBS-sector.

1.2.10 Waar liggen mogelijkheden en bedreigingen voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie?

Mogelijkheden voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie zijn vanuit dit onderzoek te vinden in de ingezette weg van de forensisch psychiatrische circuitvorming, waarbij de TBS wordt beschouwd als een bij de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg behorend onderdeel met daarin een eigen rol en deskundigheid.

Aan deze ontwikkeling zou ook het verdere onderzoek naar de mogelijkheid om te schakelen van een aanbodgerichte- naar vraaggerichte forensisch psychiatrische zorg, zoals genoemd onder 1.2.6, kunnen bijdragen.

Een bedreiging voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie ligt besloten in het niet goed regelen van de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de TBS indien de TBS een regulier onderdeel zou vormen van Geestelijke Gezondheidszorg.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Bij de niet-justitiële TBS-klinieken blijkt deze verantwoordelijkheid voor meer dan 100 TBS-gestelden nu goed geregeld te zijn.

## 2. De maatregel TBS in relatie tot de Algemene GGZ en het gevangeniswezen.

### 2.1 Inleiding

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

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

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

Behalve een logistiek probleem van afstemming van vraag en aanbod blijkt uit de ook meer recente literatuur en onderzoek (zie bijvoorbeeld Otter, 2000; Van Vliet en Wilken, 2001) dat er sprake is van een negatieve beeldvorming over en weer tussen de sectoren TBS en Algemene GGZ. Deze beeldvorming heeft zowel betrekking op de sectoren als geheel als op kenmerken van de binnen deze sectoren te situeren patiënten, professionals, (be)handelwijzen en veiligheidsvoorzieningen.

Dat er een levendige wisselwerking bestaat tussen de TBS, de GGZ en het gevangeniswezen wordt ondersteund door onderzoeksgegevens (Van Emmerik en Diks, 1999a). Bekend is dat 40% van de TBS-populatie vóór het 18<sup>e</sup> levensjaar een tehuiservaring van enige duur heeft gehad. Ongeveer 30% heeft voor de TBS-oplegging *geen* hulpverleningservaring opgedaan. Bij 20% is alleen sprake geweest van ambulante contacten, bij eveneens 20% is eerder sprake geweest van gedwongen civielrechtelijke opnames. Van de gedetineerden heeft een sinds 1994 groter wordende groep een GGZ-verleden; uit resultaten van recent onderzoek blijkt dit bij 56% het geval te zijn. Dit verleden kan zowel klinisch als ambulant als een combinatie van beide zijn (De Vrugt, 2000).

Niet is vast te stellen of extramuralisering, vermaatschappelijking en een verminderde asyloffunctie in de Algemene GGZ het doorschuiven van patiënten naar de TBS tot gevolg heeft (of in hoeverre dit het geval is)<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Op 31 december 1996 waren 11.784 patiënten langer dan één jaar in behandeling in algemeen psychiatrische ziekenhuizen. 10,1% (ca. 2000 patiënten) verblijft er langer dan 25 jaar. Nader gespecificeerd was de gemiddelde verblijfsduur in algemeen psychiatrische ziekenhuizen in 1986 10,3 jaar en in nog 1996 8,2 jaar (Ten Have,

Vanuit dezelfde ontwikkeling kan worden beredeneerd, dat de Algemene GGZ niet voldoende geëquipeerd is om patiënten met bepaalde kenmerken, zoals patiënten met persoonlijkheidsstoornissen of beheersproblemen, voldoende te behandelen waardoor deze uiteindelijk in de TBS belanden. Zo moet er vanuit worden gegaan dat bij een groot aantal TBS-gestelden de stoornis een chronisch verloop heeft<sup>4</sup>. De vraag is in hoeverre dit in conflict komt met de in de Algemene GGZ veelal op verandering en groei gebaseerde behandeling.

De maatregel TBS, bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen de herhaling van ernstige agressieve en sexueel-agressieve delicten, is volgens Van Emmerik ook te beschouwen als een ultimum remedium bij (potentieel) gevaarlijke patiënten als andere interventies onvoldoende resultaat gehad hebben (Van Emmerik, 1999). Raes en anderen stellen dat de ervaringen in de TBS-sector het vermoeden sterken dat het veelal gaat om stoornissen die het totstandkomen van een commitment van de patiënt aan de zorg belemmeren. Verondersteld wordt dat vroege hechtingsproblemen deze patiënten predisponeren tot 'zorgwekkende zorgmijders'. Hetzelfde is mogelijk het geval bij een aantal psychisch gestoorde delinquenten zonder TBS (Raes, Miedema en Paesen, 2001).

Volgens Raes (Raes, 1999a) lijkt het daarnaast niet aannemelijk dat iemand die al vele jaren onvrijwillig werd verpleegd in een GGZ-voorziening na een opgelegd TBS-vonnis op korte termijn kan worden geresocialiseerd. In veel gevallen gaat het volgens hem om patiënten die zonder continuering van de klinische structuur en zorg bij terugkeer in de samenleving snel zouden recidiveren.

Er heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan in de potentiële doelgroep -zoals meer psychotici, allochtonen en verslaafden- die van invloed zijn (geweest) op de TBS. Dit wordt door onderzoek bevestigd (Van Emmerik, 1995 en 1999a; Laeven en Van Vliet, 2000). Deze ontwikkelingen hebben gevolgen gehad voor de wetgeving en de tenuitvoerlegging van de TBS. Te denken valt daarbij aan de bouwkundige- en beveiligingseisen, de personele voorzieningen en de besluitvorming met betrekking tot de bewegingsvrijheid van TBS-gestelden. De groeiende duur van de intramurale behandeling in de TBS heeft vermoedelijk een zekere relatie met deze ontwikkelingen, evenals de daadwerkelijke pogingen die op dit moment in grote delen van het land worden ondernomen om vanuit de TBS aansluiting te zoeken bij onder meer de Algemene GGZ.

---

e.a., 1998). Daaruit is af te leiden dat er nog een zekere asyfunctie resteert in de Algemene GGZ; niet is hieruit vast te stellen dat door de verminderde asyfunctie patiënten juist naar de TBS werden doorgeschoven

<sup>4</sup> Van bijna 40% wordt verwacht dat er sprake zal zijn van langdurige zorgafhankelijkheid, hetzij binnen het TBS-circuit, hetzij binnen de intramurale GGZ of een beschermende woonvorm. Van 42% wordt een zelfstandige terugkeer in de samenleving verwacht, terwijl bij 20% geen verantwoord oordeel mogelijk is (Van Emmerik en Diks, 1999a)

## 2.2 De ontstaansgeschiedenis van de TBS en maatschappelijke ontwikkelingen

"De geschiedenis van de forensische psychiatrie is niet te schrijven noch te begrijpen, indien men haar niet in relatie ziet tot de geschiedenis van het recht, in de wijze zoals dit zichzelf opvat. Daarmee verliest de forensische psychiatrie niet haar band met de algemene psychiatrie, maar de wijze waarop zij ideeën en denkwijzen uit de algemene psychiatrie opneemt en verwerkt is sterk afhankelijk van de juridische inbedding, die naar tijd en plaats sterk kan verschillen" (Mooy, 1998).

Over het ontstaan van de TBS en de ontwikkeling van de forensische psychiatrie in Nederland is verschillende literatuur te vinden, veelal gezien vanuit een juridische- of een psychiatrische invalshoek (bijvoorbeeld: Pompe en Kempe, 1962; Haffmans, 1984; Van Marle, 1998).

Raes (Raes, 1999a) merkt op dat de ter beschikkingstelling een bijzondere maatregel is, hetgeen moge blijken uit de discussies die aan het tot stand komen van de maatregel vooraf zijn gegaan en uit het debat dat in meer of minder heftige mate is gevoerd sinds de maatregel van kracht is geworden. Aan dit debat, meent Raes, zou inmiddels een belangwekkende historiobiografie gewijd kunnen worden, als aanvulling vanuit een sociaal-historisch retrospectief op Hofstee's (Hofstee, 1988) waardevol rechtshistorisch onderzoek<sup>5</sup>. Het is in het kader van dit literatuuronderzoek niet mogelijk de ontstaansgeschiedenis van de TBS op een dergelijke omvattende en diepgravende wijze te beschrijven. Wel is het mogelijk met in acht neming van het hiervoor genoemde citaat van Mooy enig inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling van de forensische psychiatrie in relatie tot de maatschappelijke ontwikkelingen. In zijn studie over 'de forensische psychiatrie in haar geschiedenis' beschrijft Mooy de voorgeschiedenis van de psychiatrie vanuit de oudheid en de middeleeuwen (Mooy, 1998). Door hem wordt de ontstaansgeschiedenis van de forensische psychiatrie begrepen vanuit de ontwikkeling van het recht.

De codificatie van het recht in de achttiende eeuw wordt gezien als de oppositie tegen de almacht van de Franse koning en van de vorst in het algemeen. Het absolutisme van de vorst ging daarbij samen met een overeenkomstige rechteloosheid van de burger. De oppositie hiertegen werd vertolkt door de filosoof Montesquieu, die de driedeling van de macht bepleitte; de wetgevende-, de rechtsprekende- en uitvoerende macht. In het strafrecht werd daarbij het accent gelegd op de rechtsbescherming van de individuele burger tegen de willekeur van de vorst, later leidend tot codificaties, die ook model stonden voor wetgevingssystemen in andere landen. Rechtszekerheid werd daarbij bevorderd door strakke begripsbepalingen die weinig uitleg behoeven en, in het strafrecht, door tevoren bepaalde delictomschrijvingen. Het streven naar rechtszekerheid en rechtsbescherming voor de burger leidde zo tot een concentratie op dat wat objectiveerbaar was, de daad. Deze daadgerichtheid van het strafrecht had binnen die constellatie een emancipatoir, bescherming biedend doel.

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

<sup>5</sup> Raes ziet de biografie van Gerrit Achterberg door Hazeu al als een aanzet hiertoe.

van de forensische psychiatrie en zo heeft de daad van Pinel mogelijkheid geschapen tot het ontstaan van de forensische psychiatrie, die zich bezig houdt met gestoorden die een misdrijf hebben gepleegd. De ruimte voor de forensische psychiatrie, die zich niet zozeer met de daad als wel met de dader bezig wilde houden, was echter bescheiden omdat het gecodificeerde strafrecht, vanuit het oogpunt van rechtsbescherming, was gericht op de daad en zo weinig mogelijk oog had voor de dader.

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

Een wezenlijk ander gezichtspunt werd geïntroduceerd door de 'Nieuwe Richting' in het recht, een beweging die de gedachte als kern heeft dat sociaal- en gedragswetenschappelijke aspecten in de juridische theorie moeten worden betrokken. Het praktische doel van deze richting was de doelmatige bestrijding van de misdaad (zie ook: Pompe en Kempe, 1962; Haffmans 1984). Mede door de, door de industrialisatie en proletariaatvorming, groter wordende sociale tegenstellingen ontstond behoefte aan ruimere mogelijkheden voor strafrechtelijk ingrijpen, waarbij de forensische psychiatrie de (wetenschappelijke) taak zou hebben gevaarlijke individuen te selecteren en zo mogelijk te behandelen om het maatschappelijk risico zoveel mogelijk te beperken.

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

Deze aandacht voor het individu maakte ook de verdere ontwikkeling en bloei van de forensische psychiatrie mogelijk. De relatie tussen de bloei van de forensische psychiatrie en de mate waarin de Nieuwe Richting invloed kreeg lijkt sterk te zijn. In Nederland is de invloed van de Nieuwe Richting groot geweest. Dit kwam tot uitdrukking in de psychopatenwetten, die in het begin van de twintigste eeuw werden voorbereid en die leidden tot de introductie van de Terbeschikkingstelling van de Regering (TBR) naast de al bestaande mogelijkheden van strafoplegging (Mooy, 1998).

### 2.2.1 Het wetboek van strafrecht

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

dan nog uitsluitend zou kunnen vrijspreken; indien geen schuld kon worden toegerekend vanwege de psychische toestand van de dader diende straf achterwege te blijven.

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

Een belangrijk genoemd bezwaar tegen de regeling was, dat de wet niet voldoende waarborg bood voor de beveiliging van de samenleving tegen delinquenten, die op grond van hun psychische gesteldheid gevaarlijk werden geacht. Er bleek onvoldoende waarborg te bestaan dat gevaarlijke delinquenten voor een voldoende lange duur buiten de reguliere samenleving zouden worden geplaatst, mede omdat de Minister geen greep had op de tenuitvoerlegging; deze was volgens de Krankzinnigenwet geheel in handen van de geneesheer directeur van de psychiatrische inrichting (Haffmans 1984; Pompe en Kempe, 1962).

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

### 2.2.2 Psychopatenwetten en TBR

Na de indiening van het oorspronkelijke wetsontwerp voor de psychopatenwetten in 1911 duurde het tot 1928 voor de wetgeving kon worden ingevoerd. Hieraan ten grondslag lagen vele amendementen en discussies tussen de Tweede Kamer en de respectievelijke Ministers van Justitie (zie hiervoor: Pompe en Kempe, 1962). De wetgeving, die de mogelijkheid gaf de maatregel TBR op te leggen, is gebonden aan de voorwaarde van een geringere mate van toerekening van het feit of een verminderde mate van toerekeningsvatbaarheid van de dader. Daarmee werd de mogelijkheid geboden niet alleen tegelijk 'gek en slecht' te zijn, maar eveneens de mogelijkheid 'gek en slecht te zijn in enige mate'. Deze constructie ligt volgens Mooy ten grondslag aan de bloei van de forensische psychiatrie (Mooy, 1998).

De psychopatenwetten en de in het psychopatenreglement opgenomen regelingen zijn tot in de jaren '80 van de twintigste eeuw inhoudelijk nauwelijks gewijzigd<sup>6</sup>.

De regeling kwam er op neer dat hij die zich schuldig heeft gemaakt aan een misdrijf of aan enkele in de wet genoemde overtredingen en die ten tijde van dat feit psychisch gestoord was, door de rechter voorwaardelijk of onvoorwaardelijk Terbeschikking van de Regering kon worden gesteld teneinde van harentwege te worden verpleegd, echter alleen indien het belang van de openbare orde dat bepaaldelijk

<sup>6</sup> Afgezien van onder meer de Stopwet van 1933, die tot doel had het aantal TBR-opleggingen te beperken in verband met plaats- en geldgebrek vanwege de economische crisis. De TBR ging meer geld kosten dan de regering had verwacht. Om bezuinigingsredenen werd de stopwet verdedigd en aanvaard, hetgeen leidde tot daling van het aantal TBR-gestelden. Hoewel de wet uitdrukkelijk bedoeld was als tijdelijk werd zij gedurende de crisisjaren telkens weer verlengd en pas na de Tweede Wereldoorlog werd de wet ingetrokken.

zou vorderen. De oplegging van de TBR gold voor twee jaar en had de mogelijkheid telkens op vorde- ring van de officier van Justitie, na een geneeskundig advies, door de rechter worden verlengd met één of twee jaar. De tenuitvoerlegging van de TBR, het toezicht op de wijze waarop dit gebeurde in de verschillende inrichtingen en de individuele beslissingen tot plaatsing, overplaatsing, het verlenen van verschillende soorten van verloven (waaronder het proefverlof) en de beslissing tot voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ontslag uit de TBR zijn opgedragen aan de Minister van Justitie.

De voorwaardelijke TBR was in grote lijnen op dezelfde wijze geregeld als de voorwaardelijke veroordeling<sup>7</sup>. Zo kon onder meer een voorwaardelijke TBR uitsluitend door tussenkomst van de rechter worden omgezet in een onvoorwaardelijke (Haffmans, 1984).

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

Er werd daarbij een vrij scherpe grens getrokken tussen deze twee groepen daders en de daarbij beho- rende zorgcircuits. Enerzijds de 'psychotische' daders die naar het GGZ-circuit werden verwezen waar ze, samen met niet-delinquente gestoorden volgens de regels van de -civielrechtelijke- Krankzinni- genwet werden verpleegd en behandeld. Anderzijds de persoonlijkheidsgestoorde daders ('psychopa- ten') die in het kader van de -strafrechtelijke- Psychopathenwetten ter verpleging binnen het justitiële circuit werden gehouden (Krul-Steketee, 1996).

### 2.2.3 TBS-wetgeving<sup>8</sup> en de BOPZ

De verwantschap tussen gedwongen opneming en behandeling in de forensische psychiatrie is in het begin van de jaren '70 aanleiding geweest om het wetsontwerp BOPZ (nr. 11 270, 1971) en het wets- ontwerp inzake de Terbeschikkingstelling (nr. 11 932, 1972) in het parlement in samenhang met elkaar te behandelen. Het uitgangspunt was de beide wetten zoveel mogelijk op elkaar te laten aansluiten, hetgeen tot uitdrukking komt in een identieke definiëring van het stoornisbegrip: een gebrekkige ont- wikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Ook het gevaarscriterium werd op een verge- lijkbare manier omschreven:

- Voor de Terbeschikkingstelling: gevaar voor de veiligheid van anderen dan wel de algemene vei- ligheid van personen of goederen;
- Voor de strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van artikel 37 Sr.: gevaarlijk voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goede- ren;
- Voor de RM of IBS krachtens de wet BOPZ: gevaar voor een of meer personen -degene die het gevaar veroorzaakt daaronder begrepen- of voor de algemene veiligheid van personen of goede- ren. (Krul-Steketee, 1996)

<sup>7</sup> Die in 1915 werd ingevoerd, maar slechts kon worden opgelegd in die gevallen waarin de rechter niet meer dan één jaar gevangenisstraf oplegde.

<sup>8</sup> Om het bevoogdende 'van de regering' minder te laten doorklinken werd bij de wetswijziging van 1988 de terbeschikkingstelling van de regering omgedoopt tot terbeschikkingstelling (TBS)

Voor de indiening en ontwikkeling van de wet BOPZ waren maatschappelijke emancipatiebewegingen, die zich vanaf ongeveer 1965 openbaarden, de voorbode. Er ontstonden belangengroepen die in staat bleken erkenning te vinden als belanghebbend, maar ook als gesprekspartner voor de desbetreffende instituties en de overheid. Ook op de gebieden die relevant zijn voor de positie van diegenen die binnen een intramurale setting zijn opgenomen, zoals het gevangeniswezen en de gezondheidszorg, ontstonden georganiseerde belangengroepen van direct betrokkenen. Binnen de academische wereld en binnen de wereld van de zorg en detentie gingen in toenemende mate juristen aandacht besteden aan het ontwikkelen van rechtsprincipes voor geïnstitutionaliseerden. Een versterkte rechtspositie voor personen op het snijvlak van medische zorg en vrijheidsbeneming is een logisch gevolg geweest van de algemene emancipatieontwikkeling. Daarnaast speelde bij de totstandkoming van de wet BOPZ onder meer ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het denken over psychische gestoordheid een rol (antipsychiatrie), waarin opsluiting in een inrichting op zichzelf als een vorm van uitstoting uit de maatschappij werd gezien en de voorkeur ontstond voor een bij voorkeur vrijwillige psychotherapeutische benadering van gemotiveerde patiënten.

Voor wat betreft de gedwongen opname speelden er enkele invloeden, die leidden tot terughoudendheid: de versterkte legitimiteit van individuele zelfbeschikking, de grotere gereserveerdheid van de psychiatrie ten opzichte van personen die niet gemotiveerd waren voor behandeling en het verdwijnen van het bestwilcriterium (zie onder meer: Van Marle, 1998; Maas, 2000).

De entree van psychotici in de TBS, gestegen van 3% in 1978 tot circa 30% in de laatste jaren, wordt gezien als een van de gevolgen van de beschreven ontwikkelingen in de Algemene GGZ, die er toe leidde dat psychisch ernstig zieke, maar niet acuut gevaarlijke, mensen niet meer werden opgenomen. Deze mensen gingen vaak een zwerfend bestaan leiden. Als hun stoornis een gevaarlijke noodsituatie veroorzaakte kon soms nog via een IBS worden ingegrepen, maar meer en meer kwam het voor dat pas door het plegen van een ernstig delict er weer aandacht voor de betrokkene kwam, waardoor de patiënt in het justitiële circuit belandde. In die zin is er ook sprake geweest van grensverkeer tussen de Algemene GGZ en de TBS.

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

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

### 2.3 Recente ontwikkelingen in de relatie TBS, Algemene GGZ en gevangeniswezen

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

#### 2.3.1 Samenwerking in de forensische psychiatrie

##### 2.3.1.1 Algemene beschouwing

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

Naast dit functionele niveau kan de circuitvorming zich nog voltrekken:

- op operationeel niveau, waarbij taken en activiteiten van professionals worden afgestemd op behoeften van individuele patiënten;
- op bestuurlijk niveau, betrekking hebbend op het beleid, bestuur en beheer van het stelsel van voorzieningen. Het gaat daarbij onder meer om het creëren van randvoorwaarden en financiële kaders. (zie: Wolf, 1995)

Samenwerking op operationeel niveau is veelal gebaseerd op zich ontwikkelende, goede professionele en persoonlijke verhoudingen tussen professionals. Uit concrete situaties blijkt dat een dergelijke samenwerking op de langere duur kwetsbaar is. Wanneer er een schakel uit de samenwerking wegvalt moet het samenwerkingsverband zich opnieuw groeperen en tot nieuwe afspraken komen. Een formalisering van de operationele samenwerking op bestuurlijk niveau kan deze kwetsbaarheid voorkomen en creëert draagvlak en randvoorwaarden waarbinnen professionals kunnen werken (Van Vliet 1990; Van Vliet en Wilken, 2001).

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

Uit evaluatieonderzoek (Wolf, 1995) van een aantal zorgvernieuwingprojecten blijkt dat voor een kwalitatief goede samenwerking van meerdere functies ten behoeve van een specifieke doelgroep een aantal zaken van belang zijn:

- het besef de eigen doelen in relatie tot patiënten alleen te kunnen realiseren als ook andere disciplines en instellingen hun bijdrage leveren en als de bijdragen goed op elkaar zijn afgestemd; het

besef van wederzijdse afhankelijkheid dat idealiter uitmondt in een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg en rehabilitatie van de populatie;

- een voorwaarde is dat de betrokken actoren het in redelijke mate eens zijn over het aanbod dat voor de betreffende groep patiënten nodig is, waarbij het onder meer gaat om consensus over de uitgangspunten van- en de visie op de begeleiding;
- wil men tot een onderling goed aansluitend stelsel van functies komen dan is overeenstemming over afbakening en verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden een vereiste;
- het is zaak een beroep te doen op deskundigheden en inzichten van medewerkers van andere instellingen;
- het ontwikkelen van een samenhangend zorgcircuit vraagt van alle participanten dat veel tijd wordt geïnvesteerd in de onderlinge relaties en het aanbrengen van samenhang;
- afhankelijk van de doelstelling van de samenwerking zal men zich meer of minder expliciet bezig moeten houden met de coördinatiemechanismen van de zorg.

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

#### 2.3.1.2 Duaal casemanagement

Het in verband met samenwerking en forensisch psychiatrische circuitvorming met regelmaat terugkerende begrip 'duaal casemanagement' moet vooralsnog worden gezien als een organisatorisch construct, dat op beleids- en operationeel niveau nog onvoldoende is ingevuld (Don, 2000).

In de literatuur over casemanagement komt het begrip 'duaal casemanagement' voor als Hospital and Community Psychiatry (HCP)<sup>9</sup>. In 1997 werd in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Circuit (FPC) Veluwe-vallei aanbevolen een werkwijze te gaan toepassen waarbij cliënten vanaf de start van de hulpverlening worden begeleid door twee casemanagers; een vertegenwoordiger van de reclasering en een vertegenwoordiger van de Algemene GGZ (i.c. de RIAGG). Deze werkwijze werd 'duaal casemanagement' genoemd (König, 1997; Carpay, Hulst en Van Iersel, 2000), en wordt meer en meer in verband met samenwerking en circuitvorming als werkwijze voorgestaan. Beiden casemanagers worden geacht een behandelplan op te stellen en te bespreken in de vergadering met andere duaal casemanagers. De gedachte hierachter is de noodzaak de patiënt te begeleiden in zowel het justitiële veld als het veld van de Algemene GGZ. Om bruggen tussen beide velden te slaan werd kennis en ervaring in beide velden noodzakelijk geacht en dit werd gegarandeerd door uit elk veld een casemanager aan te stellen. In een recent evaluatieonderzoek van het FPC Veluwe-Vallei (Otter en Kaiser, 2000) wordt geconcludeerd, dat er nog niet goed omschreven methoden worden gehanteerd in het duaal casemanagement en dat het duaal casemanagement in de periode tot april 2000 bij geen van de ingebrachte patiënten tot stand kwam. Casemanagers worden geselecteerd op hun ervaring in de onderscheiden velden terwijl er nog geen integratie is van beide werkmethodes. De vraag is wie uiteindelijk samenhang en coördinatie aanbrengt in de werkzaamheden van de casemanagers. Er worden langdurige stages in elkaars instellingen aanbevolen om organisatie, werkstijl, (on)mogelijkheden en

<sup>9</sup> Persoonlijke mededeling H.J.C. van Marle.

kennis van elkaars jargon te vergroten. Daarnaast is er onder meer behoefte aan een projectleider die in staat is bruggen te slaan tussen de beide velden (Otter, 2000).

De huidige voorkomende optie om 'duaal casemanagement' invulling te geven in de zin van 'zorgcoördinatie' is te beperkt waar uit uitgebreid internationaal onderzoek van Kroon blijkt dat deze wijze van werken geen meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande werkwijze en te veel uitgaat van het aan elkaar koppelen van bestaande voorzieningen (aanbodgericht) en geen nieuwe samenhang creëert. Patiënten blijken daarbij niet zozeer behoefte te hebben aan coördinatie, maar aan regelmatige contacten en praktische hulp. In de praktijk blijkt dat de werklast van casemanagers te hoog is om dit daadwerkelijk te bieden (Kroon, 1996; Don, 2000).

### 2.3.1.3 Beheersproblemen

Uit onderzoek naar de uitstroom uit de TBS-klinieken en naar de forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland blijkt dat zowel de afstemming tussen sectoren als de negatieve beeldvorming een rol spelen in de nog weinig optimale verhouding tussen TBS en Algemene GGZ (Van Vliet, 1998; Van de Klippe en Van Ginneken, 2000; Van Vliet en Wilken, 2001). Ook zijn er indicaties dat persoonlijke en professionele opvattingen van professionals en wet- en regelgeving een zowel belemmerende of faciliterende rol kunnen spelen in het grensverkeer tussen de beide sectoren.

Op dit punt is een recent uitgevoerd onderzoek naar beheersproblemen met forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGZ illustratief (Van de Klippe en Van Ginneken, 2000). De aanleiding voor het onderzoek was de vraag naar de voorwaarden voor een adequate zorg en behandeling voor forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGZ, mede omdat werd geconstateerd dat het grensverkeer tussen justitie en GGZ stagneert. Het onderzoek geeft onder meer een overzicht van de inspanningen die de Ministeries van VWS en Justitie zich de afgelopen jaren hebben getroost om TBS-gestelden vanuit TBS-inrichtingen en gedetineerden met een ernstige psychische stoornis vanuit penitentiaire inrichtingen naar GGZ-instellingen te laten uitstromen en onderzoekt onder meer of gevreesde beheersproblemen een rol kunnen spelen bij de stagnatie van de uitstroom. Het rapport geeft een inzicht in de soms tegengestelde opvattingen van professionals over behandelbaarheid van forensisch psychiatrische patiënten en in maatregelen die door APZ-en worden genomen om verstoringen van de orde door forensisch psychiatrische patiënten te voorkómen. Daarbij behoren ook maatregelen in de bouwkundige zin, in personeelsbezetting en opleiding en in het wettelijk kader. De beperkte omvang van het onderzoek (er werd slechts op 7 afdelingen van een APZ met enkele medewerkers gesproken) vraagt om een verdere uitdieping van een aantal genoemde thema's.

Er zijn, ondanks de genoemde stagnatie in het grensverkeer, ook aanwijsbare ontwikkelingen gaande om afstemming in de totale keten van voorzieningen in de forensische psychiatrie en de Algemene GGZ mogelijk te maken. Hierbij moet de volgende kanttekening worden gemaakt: in veel gevallen speelt bij het verzoek tot overplaatsing van een patiënt vanuit een TBS-kliniek naar een vervolgvoorziening een specifieke behandelingsindicatie geen rol. In feite wordt dan op basis van het bestwilcriterium een beroep gedaan op een vervolgvoorziening, namelijk ter voorkoming van maatschappelijk afglijden en ter afwending van het gevaar voor herhaling van een ernstig delict. Een hypothese is dat het grensverkeer tussen de sectoren TBS en Algemene GGZ in dergelijke situaties wordt begrensd door het verschil in 'opdracht' tussen deze twee systemen, waarbij de 'opdracht' kan worden opgevat als de 'innerlijke identiteit' van de betreffende systemen (zie: Raes, 1999a).

### 2.3.2 De ontwikkeling van forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland

#### 2.3.2.1 De Nationale Raad voor de Volksgezondheid

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

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

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

In de analyse door de commissie van de knelpunten in het grensgebied tussen geestelijke gezondheidszorg en justitie kwam onder meer naar voren, dat niet de behoefte van de patiënt, zijn omgeving en de samenleving het selectieproces bepalen, maar de behoeften van de sectoren en de voorzieningen zelf (aanbodgericht). *"Het professionele werkveld wordt beheerst door instellingsbelangen en daarmee gepaard gaande territoriumstrijd. De neiging tot afbakenen en het slaan van grenspalen wordt versterkt door de huidige wet- en regelgeving. In de huidige, voorzieningengerichte, sturingsystematiek moet immers de ene voorziening/verstrekking anders zijn dan de andere voorziening/verstrekking."* Verantwoordelijkheid voor de zorg begint dan bij de voordeur en eindigt bij de achterdeur van de instelling. Tegen deze wijze van categorisering en versnippering van de zorg werd stelling genomen omdat het vooral op de grenzen van voorzieningen altijd mis blijkt te gaan. Juist bij complexere problematiek (gecombineerde pathologie) van patiënten, waarbij vaak meerdere voorzieningen betrokken zijn, is de kans groot dat zij buiten de boot vallen. Daarnaast is het voor nieuwe doelgroepen moeilijk om in een versnipperd systeem te worden ingepast. Er wordt door de commissie dan ook gepleit voor het bevorderen van continuïteit van zorg door voor- en nazorg en goede overgangen van de 'bijzondere' forensische naar de 'algemene' psychiatrie mogelijk te maken.

Eén van de belangrijke aanbevelingen uit het rapport is om een regionaal georiënteerde forensisch psychiatrisch circuit als onderdeel van de algemene GGZ te ontwikkelen.<sup>10</sup> Voorgesteld werd om met een forensisch psychiatrisch circuit in een of enkele (rigg-)gebieden ervaring op te doen en waarbij de taken zouden moeten worden uitgevoerd zoals die in het rapport zijn beschreven:

- een goed geïntegreerd netwerk van functies en programma's;

<sup>10</sup> Onder een *circuit* wordt verstaan een formeel samenwerkingsverband dat aan de volgende criteria voldoet: er zijn geformaliseerde afspraken tussen ten minste drie partijen ten aanzien van de *functies* die de diverse participanten vervullen in de zorg, ten aanzien van de (bevordering van) onderlinge *samenhang, verantwoordelijkheden en bevoegdheden* alsmede ten aanzien van het verloop van *cliëntstromen* (Van Vliet en Wilken, 2000).

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

Gezien het feit dat de zorg voor forensisch psychiatrische patiënten veelal uit verschillende sectoren afkomstig zal zijn werd een vorm van regionaal casemanagement noodzakelijk geacht. De opgedane ervaringen en bereikte resultaten zouden vervolgens benut kunnen worden ten behoeve van algemene invoering in het hele land. Daarbij werd gesteld, dat samenwerking nooit een doel op zich is, maar altijd een middel om inhoudelijke uitgangspunten te realiseren. Men was van mening dat bestuurlijk de chronologie in de besluitvorming zou moeten veranderen: eerst de inhoudelijke uitgangspunten, vervolgens de professionele activiteiten die nodig zijn om die uitgangspunten te realiseren en tot slot de voorzieningen die (in een bepaald werkgebied) die activiteiten uitvoeren. (NRV, 1991)

De aanbeveling van de NRV werd zoals hier beschreven niet geoperationaliseerd; hieraan werd op landelijk niveau niet gericht sturing gegeven in die zin dat hieromtrent door de Ministeries van VWS en Justitie geen voorwaarden werden gesteld aan de in het veld opererende organisaties. Wel is sinds 1999 circuitvorming in de forensische psychiatrie door het Ministerie van VWS tot speerpunt van beleid verklaard. Zo wordt onder meer gesteld: *"Regio's die het op dit punt goed doen zal ik aanmerken als voorbeeldregio; zij komen ook als eerste in aanmerking voor zorgvernieuwingsexperimenten"*. Daarnaast wordt beoogd in de pilots voor indicatiestelling in de forensische psychiatrie (IOG-vorming) afstemming te krijgen op het circuit van de forensische psychiatrie en zal circuitvorming worden gestimuleerd via het plannings- en toelatingsinstrumentarium (Ministerie van VWS, 1998).

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

#### 2.3.2.2 De Werkgroep Vervolgvoorzieningen

In 1993 werd door een werkgroep vervolgvoorzieningen, bestaande uit ambtenaren van de Ministeries van VWS en Justitie en deskundigen uit het forensisch psychiatrische werkveld, het rapport "Wordt vervolgd..." uitgebracht. Hierin werden voorstellen ontwikkeld die moesten resulteren in het weg nemen van structurele belemmeringen in de doorstroming van (ex)TBS-gestelden naar instellingen in het veld van de geestelijke volksgezondheid of het maatschappelijk werk. Ook in dit rapport werd het belang van circuitvorming benadrukt: *"Er dienen circuits te komen die in elk geval bestaan uit TBS-inrichtingen, algemeen psychiatrische ziekenhuizen, RLAGG, RIBW, forensisch psychiatrische afdelingen, FPK's, districtspsychiatrische diensten, poliklinieken, reclassering, instituten voor dagbehandeling en het Openbaar Ministerie. Binnen deze circuits dienen de verschillende typen voorzieningen in voldoende mate en variëteit aanwezig te zijn, zowel intramuraal, semi-muraal als op extramuraal terrein. Hierbij is van belang dat zoveel mogelijk aangesloten wordt bij de voorzieningen die reeds bestaan op het terrein van justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Onder circuits worden samenwerkingsverbanden verstaan tussen partijen onderling en met aangrenzende velden die tot doel hebben de zorg voor patiënten die om een vergelijkbare vorm van zorg vragen te verbreden en te verdiepen."* (Werkgroep vervolgvoorzieningen, 1993)

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

#### 2.3.2.3 Doelmatig behandelen

In het rapport "Doelmatig behandelen", verslag van een interdepartementaal beleidsonderzoek naar de TBS, werd het financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening onderzocht (Doelmatig behandelen, 1995). Onder meer werd het ontbreken van financiële prikkels bij zowel TBS-klinieken als bij vervolgvoorzieningen als een belangrijke oorzaak gezien voor de stagnatie in de doorplaatsing en uitstroom van TBS-gestelden vanuit TBS-klinieken naar vervolgvoorzieningen. Gesteld werd, dat een verbetering van de centrale aansturing nodig is door gecoördineerde planning van forensische voorzieningen en dat financiële prikkels zullen moeten worden aangebracht om patiënten niet langer dan nodig binnen een bepaalde voorziening te houden. Daarnaast werd de coördinatie op centraal niveau bevorderd door instellen van een Permanent Overleg tussen de beide voor de forensische psychiatrie verantwoordelijke Ministeries, waarin het korte- en lange termijn beleid inzake de forensische psychiatrie wordt voorbereid.

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

#### 2.3.2.4 De RIBW's

Met name de RIBW's (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen) ontwikkelden vanaf 1991 in goed overleg met TBS-klinieken beleid en een uitvoeringspraktijk met betrekking tot de opname van forensisch psychiatrische patiënten (NVBW, 1991; Mulder, 1997). Evaluatieonderzoek naar de wijze waarop door de RIBW's vorm werd gegeven aan indicatiestelling, plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten leverde een aantal inzichten op die in de samenwerking tussen TBS en Algemene GGZ in het algemeen toepasbaar zijn. Van groot belang in de samenwerking wordt de verdeling van taken tussen TBS-kliniek en RIBW gezien. Dit geldt zowel voor de transmurale fase, waarin de TBS-kliniek de behandelfunctie en de RIBW de woonfunctie heeft als bij proefverlof waar de kliniek vaak nog poliklinische zorg levert. Er moet sprake zijn van weinig afstand tussen kliniek en RIBW, zowel geografisch als in cultuur en tussen personeel.

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

Als algemene voorwaarden voor een samenwerkingsrelatie worden genoemd: een goede voorbereiding van de plaatsing, informatie-uitwisseling en deskundigheidsbevordering over en weer, opbouw van expertise, motivatie en inzet van bewoner, medebewoners en personeel (Plemper, 1998).

#### 2.3.2.5 Uitstroom TBS

Als onderdeel van een meer omvattend kwaliteitsbeleid van de afdeling Justitiële Jeugdinstellingen en TBS (JJI/TBS) werd in 1997 besloten het 'project actie-plan uitstroom TBS' te starten. De uitvoering van het project was onder meer gericht op het in beeld brengen van de reeds bestaande praktische mogelijkheden tot bevordering van de uitstroom en het in beeld brengen van de praktische belemmeringen bij de bevordering van de uitstroom.

In het verslag van het project (Van Vliet, 1998) werd vanuit het gezichtspunt van de TBS-klinieken onder meer de forensisch psychiatrische circuitvorming onderzocht. Geconstateerd werd dat de meeste TBS-klinieken in een forensisch psychiatrisch circuit samen werken met de algemene GGZ en andere relevante organisaties, zowel klinische, poliklinische als ambulante voorzieningen. Geconcludeerd werd echter, dat er ten opzichte van het advies van de NRV in de loop van de jaren nog onvoldoende bereikt was op het vlak van de circuitvorming. *"De stand van de ontwikkelingen op dit moment (1998) roept de vraag op of de ontwikkelingen op dit terrein niet te weinig zijn aangestuurd. Er blijkt een ongestructureerde ontwikkeling plaats te vinden. In negatieve zin geformuleerd zou er sprake zijn van een zekere wildgroei, waarin wel regionale samenwerking is ontstaan, maar geen samenwerking tussen circuits op landelijk niveau. Positief geformuleerd kan worden gesteld, dat er sprake is van een ontwikkelingsproces, waarin nu sturing moet worden aangebracht. Nadere dwingende actie vanuit de Ministeries van VWS en Justitie lijkt hier geboden, waarbij door de Ministeries heldere verwachtingen met betrekking tot de verdere ontwikkelingen en termijnen moeten worden geformuleerd<sup>11</sup>".*

#### 2.3.2.6 Over stromen

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

#### 2.3.2.7 Grensstroom

Ook in het rapport 'Grensstroom' uit 1999, een onderzoek naar cliëntstromen en kenmerken van forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen in het veld van GGZ en Justitie, wordt de regionale en bovenregionale samenwerking in de forensische psychiatrie geanalyseerd

<sup>11</sup> Voor de TBS-klinieken werd onder meer bedoeld op het (ondersteund door de inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg) in operationele termen beschrijven van de zorgvisie, gericht op de interne organisatie van de behandeling en de interactie en samenwerking met de omringende voorzieningen en het per kliniek periodiek aan het Ministerie van Justitie verantwoorden van de te lang opgenomen patiënten. Dit laatste op basis van de indicatoren: nog vereist beveiligingsniveau, nog noodzakelijke zorg en nog noodzakelijke behandeling. In het algemeen zou een betere verantwoording van activiteiten van de TBS-klinieken aan het Ministerie van Justitie noodzakelijk zijn. Hiervan bleek ten tijde van het onderzoek (1997/98) maar in beperkte mate sprake te zijn.

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

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

#### 2.3.2.8 Ons kent ons...

Het onderzoek 'Ons kent ons...' over forensisch psychiatrische circuitvorming in Nederland werd in 2000 in opdracht van het Ministerie van VWS uitgevoerd (Van Vliet en Wilken, 2001). Het geeft inzicht in de wijze waarop en mate waarin organisaties en professionals in Nederland met elkaar samenwerken ten behoeve van forensisch psychiatrische patiënten maar geeft geen inzicht in de effectiviteit en efficiëntie van de samenwerking; wel in opvattingen en mate van tevredenheid van deelnemers aan samenwerkingsprojecten. Duidelijk wordt, dat in breed verband binnen de betreffende instellingen de beleidskeuze is gemaakt om zorg voor forensisch psychiatrische patiënten door middel van functionele samenwerkingsverbanden -netwerken en circuits- te organiseren.

De waarde van circuitvorming is vooralsnog voornamelijk dat mensen van de vele organisaties die betrokken zijn bij forensische cliënten elkaar kennen, waardoor contacten over cliënten soepeler verlopen. In die zin is er een ontwikkelingsproces op gang gekomen ten opzichte van de situatie die door de NRV in 1991 werd beschreven. Het effect op de bereidheid van Algemene GGZ-voorzieningen om mensen met een forensische achtergrond in zorg te nemen is nog tamelijk beperkt, maar desalniettemin wel belangrijk. Het is enerzijds een kwestie van lange adem; een ontwikkelingsproces dat via persoonlijke contacten, groeiend vertrouwen en dergelijke dient te verlopen. Maar anderzijds vraagt netwerk- en circuitvorming, zo wordt door veel respondenten in het onderzoek aangegeven, ook landelijke incentives om de gewenste structurele samenhang in de zorg te verkrijgen.

Forensisch psychiatrische circuitvorming heeft meerwaarde, doch die meerwaarde neemt toe als overleg- en samenwerkingsvormen in convenanten vastgelegd zijn door de deelnemende organisaties én concreet vertaald worden in mandaten, procedures en menskracht. Circuitvorming vraagt, naast persoonlijke inzet en betrokkenheid, tevens om institutionalisering. (Van Vliet en Wilken, 2001)

### 2.3.3 Psychische stoornissen en behandelen in detentie

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

#### 2.3.3.1 Omvang en aard van de gedetineerdenpopulatie

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

De Werkgroep Forensische Zorg<sup>12</sup> stelt in zijn rapportage, dat het gevangeniswezen regelmatig tellingen houdt om het aantal psychisch gestoorden te bepalen, maar dat het moeilijk is om ook inzicht te krijgen in de aard van de stoornissen die binnen het gevangeniswezen worden aangetroffen (Werkgroep Forensische Zorg, 1996). De rapporteurs hanteren verschillende definities en raadplegen verschillende bronnen, waardoor het ook niet mogelijk is trends te onderscheiden. Op basis van oudere studies<sup>13</sup> komt de werkgroep tot de conclusie, dat 3% (circa 330 op een totaal van ruim 11.000 gedetineerden ten tijde van rapportage) van de gevangenispopulatie dermate ernstige psychische stoornissen heeft dat zij detentieongeschikt zijn. Bij verblijf in een penitentiaire inrichting zullen zij hardnekkige of blijvende schade oplopen of hun lichamelijke of geestelijke toestand maakt het hen onmogelijk om er te functioneren.

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

In het door de Werkgroep Forensische Zorg geïnitieerde onderzoek (Schoemaker en Van Zessen, 1997) naar psychische stoornissen bij gedetineerden wordt een hoge prevalentie aangetroffen van psychische stoornissen, inclusief stoornissen door middelengebruik. In de periode van een jaar had in de onderzochte populatie op ieder moment in de tijd circa de helft van de aanwezige gedetineerden een psychische stoornis, inclusief verslaving. De comorbiditeit<sup>14</sup> tussen psychische stoornissen en verslaving was hoog; de prevalenties in de Bijzondere Zorg Afdelingen, gerapporteerd door de inrichtingspsychologen, lagen nog hoger. De onderzoekers stellen dat de uit eerder onderzoek genoemde 11% gedetineerden met een psychische stoornis een zeer grote onderschatting is van het percentage gedetineerden met een daadwerkelijke stoornis volgens de DSM-III-R. Verschillen met eerdere rapportages worden door hen in belangrijke mate toegeschreven aan angst- en stemmingsstoornissen die in eerdere studies nauwelijks werden genoemd. Ook uit onderzoek naar jeugdige kortgestrafte gedetineerden

<sup>12</sup> Ingesteld naar aanleiding van motie nummer 20 ("motie Dittrich") in het kader van de begrotingsbehandeling van Justitie in 1995

<sup>13</sup> Geconcludeerd wordt onder meer dat de criteria in de verschillende rapporten variëren. Soms wordt 'gedrag' gehanteerd als selectie criterium, soms 'stoornis/ziektebeeld', waardoor er andere, deels overlappende groepen worden gemeten en de rapporten chronologisch geen goed beeld geven van de ontwikkelingen binnen het gevangeniswezen.

<sup>14</sup> Het aanwezig zijn van een stoornis naast een andere stoornis.

door Bulten blijkt een hoge prevalentie met psychische stoornissen en verslaving (Bulten, 1998). Omdat beide onderzoeken zich hebben beperkt tot een enkele inrichting zijn de gegevens niet representatief en niet zonder meer generaliseerbaar voor het hele Nederlandse gevangeniswezen.

Op basis van een literatuuronderzoek van Nederlandse en internationale gegevens komt Van Panhuis tot de voorzichtige conclusie dat zo'n 12% van de gedetineerden psychiatrische zorg behoeft in detentie in verband met een duidelijk psychiatrisch ziektebeeld en dat iets meer dan de helft van die ziektebeelden uit psychotische stoornissen bestaat (Van Panhuis, 1997).

In 1999 werd door het Ministerie van Justitie een onderzoek uit 1994 (De Smidt en Van Emmerik, 1994) herhaald, waaruit blijkt hoe de situatie van 1999 zich verhoudt tot die in 1994 (De Vrugt, 2000). Het betreft kenmerken van psychisch gestoorde gedetineerden die bekend zijn bij de inrichtingspsycholoog. Onder meer was in 1999 de groep met een gecombineerde stoornis (zowel As I als As II) aanzienlijk groter dan in 1994. Geconcludeerd wordt, dat ten opzichte van 1994 een groter deel van de onderzoeksgroep gecompliceerdere en zwaardere stoornissen heeft. Daarbij wordt nog wel opgemerkt, dat in vergelijking met 1994 de problematiek door de psychologen in het algemeen als minder ernstig werd beoordeeld. Gedetineerden van wie door de psychologen de problematiek als ernstig wordt beschouwd zijn naar verhouding in 1999 minder aanwezig dan in 1994<sup>15</sup>.

Mede doordat bijna elke gesloten inrichting na 1994 werd voorzien van een Bijzondere Zorg Afdeling (BZA) (De Smidt en Van Emmerik, 1994) is het standaardzorgniveau voor een groter deel van de onderzoeksgroep in 1999 voldoende<sup>16</sup>. Waarschijnlijk daardoor worden gedetineerden minder dan voorheen uitgeplaatst naar regionale (GGZ-)voorzieningen. Verder blijkt, dat ruim 8% van de onderzochte groep in 1999 niet voldoende heeft aan het (regionale) zorgniveau van de penitentiaire inrichting. Geconcludeerd wordt dat deze groep detentieongeschikt is en dus op de verkeerde plaats verblijft<sup>17</sup>. Op basis van een totaal van circa 13.000 gedetineerden in 2000 (Ministerie van Justitie, 2000d) betekent dit dat tussen de 500 en 1000 gedetineerden detentieongeschikt zouden zijn.

Voor wat betreft de Individuele Begeleidingsafdelingen (IBA) blijkt dat op deze afdelingen één op de vijf gedetineerden wacht op behandeling in een TBS-kliniek. Hierover wordt gesteld, dat een deel van de IBA-plaatsen als pré-TBS-inrichting wordt gebruikt, waarvoor de IBA niet is bedoeld. Wanneer de TBS-inrichtingen voldoende plaatsen zouden hebben om alle TBS-gestelden op te nemen zouden andere gedetineerden die extra zorg behoeven van deze IBA-faciliteit gebruik kunnen maken. Daarnaast behoeft bijna twee vijfde van de IBA-gedetineerden een landelijk zorgniveau (FOBA). Dit alles betekent, dat in het algemeen op de IBA's een groep gedetineerden is opgenomen met een zeer gecompliceerde problematiek (De Vrugt, 2000).

In een literatuurstudie over psychische stoornissen in het gevangeniswezen door Bulten en Dhondt (Bulten en Dhondt, 2000) wordt gesteld dat internationaal en nationaal onderzoek hoge prevalentiecijfers laten zien voor As I stoornissen, zoals schizofrenie en depressie. Prevalentiecijfers voor recente psychotische stoornissen variëren van 2,8% tot 7%. Depressieve stoornissen komen bij 4% tot 22% van de gedetineerdenpopulatie voor. Ook angststoornissen komen veel voor en verslaving speelt bij

<sup>15</sup> Gesteld wordt, dat de resultaten niet alleen behoeven te wijzen op een minder ernstig worden van de problematiek in de afgelopen jaren, maar dat eveneens sprake kan zijn van gewenning van de psychologen, die dagelijks in contact komt met deze problematische groep.

<sup>16</sup> Voor een nadere inhoudelijke uiteenzetting met betrekking tot de organisatie van de psycho-medische zorg wordt verwezen naar bijvoorbeeld Leenaars en De Kuiper, 1997

minimaal de helft van de populatie een rol. Het blijkt dat gedetineerden veelal meerdere stoornissen tegelijkertijd hebben. Voor een belangrijk deel van de populatie zou volgens de onderzoekers de term comorbiditeit vervangen kunnen worden door het begrip polymorbiditeit.

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

### 2.3.3.2 Behandelen in detentie

Penitentiaire inrichtingen zijn primair zelf verantwoordelijk voor de psychosociale zorg aan gedetineerden, ook als daarvoor een bijzondere inspanning is vereist. Voor consult en crisisopvang kan de inrichting een beroep doen op de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) of op de FOBA ten aanzien van crisisinterventie<sup>18</sup> en als sluis naar voorzieningen in de GGZ.

Spil in de psychosociale zorg vormt het Psycho Medisch Overleg (PMO), bestaande uit psychiater, arts/medische dienst en reclassering, onder leiding van de inrichtingspsycholoog. Het PMO draagt mede zorg voor de signalering en herkenning van psychische stoornissen onder gedetineerden. Daarnaast voor diagnostiek, individuele begeleiding, hulpverlening en/of behandeling en advisering aan de inrichting bij de penitentiaire vertaling van de bijzondere zorg en indicatiestelling voor zorg buiten de inrichting (Leenaars en De Kuiper, 1997; Bulten, 1998; Vegter, 1999).

In het kader van de adviezen van de Werkgroep Forensische Zorg (Werkgroep Forensische Zorg, 1996) is met betrekking tot psychisch gestoorde gedetineerden onder meer het criterium 'medisch noodzakelijke zorg' geïntroduceerd. Door de Ministeries van Justitie en VWS is daarop het beleid geïntensiveerd om de zorg voor psychisch gestoorde in detentie te verbeteren. Voortschrijdend inzicht (onder meer vanuit de begrotingsbehandeling van Justitie in 1999, motie 38<sup>19</sup>) hierop heeft de mogelijkheid geschapen tot behandeling die niet alleen maar is gericht ongestoorde tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf en op stabilisering in de zin van het beperken van de schade van de detentie bij de gedetineerde. Ook activiteiten in de richting van de terugkeer van de gedetineerde in de samenleving, zowel ten behoeve van de gedetineerde zelf als gericht op het verminderen van de risico's voor de samenleving, zijn mogelijk geworden.

Naast preklinische interventies voor TBS-passanten zijn er vanuit het veld ontwikkelingen in gang gezet voor forensische behandeling in detentie (zie bijvoorbeeld Schepers, 2000; Oei, 2000), begeleid wonen in het huis van bewaring Breda en is ambulante hulpverlening voor psychisch gestoorde gedetineerden na detentie geïnitieerd door de reclassering van het Leger des Heils in het project Domus, in zowel Eindhoven als Arnhem.

<sup>17</sup> Door het Ministerie van Justitie wordt uitgegaan van ca. 4% van de totale gedetineerdenpopulatie.

<sup>18</sup> De FOBA blijkt permanent een wachtlijst van 15 - 30 gedetineerden te hebben, waardoor de mogelijkheden voor crisisinterventie sterk worden beperkt.

<sup>19</sup> "De Kamer, onder meer overwegende dat een toenemend aantal van de gedetineerden in gevangenis en huizen van bewaring aan een psychische of persoonlijkheidsstoornis lijdt, verzoekt de regering om de mogelijkheid van behandeling in detentie te bespreken met de betrokken instellingen en op basis hiervan op korte termijn een notitie aan de Kamer te sturen."

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

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

Los van deze twee categorieën zijn er nog gedetineerden die voldoende gebaat zijn met de reguliere zorgverlening in de penitentiaire inrichting en die geen specifieke behandeling behoeven. Het criterium 'medisch noodzakelijke zorg' is een indicatie voor een zodanig ernstige psychische stoornis, dat overplaatsing naar een klinische GGZ-instelling is geïndiceerd (detentieongeschiktheid). Wanneer zij ernstige beheersproblemen geven worden zij binnen bijzondere afdelingen van het gevangeniswezen opgevangen (zie bijvoorbeeld: Vegter 1999; Van der Kolk, 2000).

Toekomstig beleid ten aanzien van behandeling in detentie bestaat in de eerste plaats uit voortzetting en intensivering van het huidige beleid, waarvoor inmiddels extra financiële middelen zijn vrijgemaakt en die in de komende jaren zullen doorwerken (Ministerie van Justitie, 2000c). Het gaat daarbij om uitbreiding van de capaciteit van de FOBA en van de IBA's, ambulante zorg vanuit forensische poliklinieken en FPK- en FPA-capaciteit, onder meer voor bevordering van de uitstroom vanuit het gevangeniswezen naar de GGZ. Daarnaast zal er een uitbreiding komen van inrichtingspsychologen en van de Forensisch Psychiatrische Diensten ten behoeve van ambulante zorg.

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

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

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

Intensieve, cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerde programma's, gericht op interpersoonlijke vaardigheden, multimodaal, afgestemd op de individuele situatie van de gedetineerde en met aandacht

voor comorbiditeit hebben de meeste ingrediënten in zich om effectief te zijn. Dergelijke programma's moeten op afgescheiden afdelingen plaats vinden, ondubbelzinnig en transparant van aard zijn, een goede staf hebben die modelgedrag vertoont en voldoende lang kunnen duren. Verder onderzoek is volgens hen echter nodig op alle aspecten van risicotaxatie, risicomangement en behandelingsprogramma's (Bulten en Dhondt, 2000).

#### 2.3.3.3 Preklinische behandeling van TBS-passanten

Voor TBS-passanten zijn op een aantal plaatsen (zoals Zwolle en Arnhem) preklinische interventies ontwikkeld waarin zij worden voorbereid op de overplaatsing naar de TBS-kliniek (Over stromen, 1998; Oosterhof, Lammers e.a., 1999; De Jonge en Knol, 2000). De evaluatie van het project 'Preklinische interventies bij TBS-wachtenden in de penitentiaire inrichtingen Zwolle', in opdracht van het Ministerie van Justitie in 1999 uitgevoerd, geeft positieve resultaten te zien en komt tot de conclusie het project voort te zetten en uit te breiden naar andere penitentiaire inrichtingen. Het blijkt dat de doelgroep goed wordt bereikt en de deelnemers bleken in hoge mate therapietrouw. Het verblijf van de TBS-passanten in detentie wordt draaglijker en de overgang naar een TBS-kliniek wordt vergemakkelijkt door een betere voorbereiding (Oosterhof, Lammers e.a., 1999; Ministerie van Justitie, 2000c).

Als factoren die hebben bijgedragen aan het succes van het project worden genoemd: inzet van ervaren psychotherapeuten met een van de penitentiaire inrichting onafhankelijke positie, beperking tot therapeutisch gezien lage doelstellingen en inbedding van het project in het regime van de inrichting, waardoor interne weerstand werd voorkómen.

## 2.4 De relatie tussen Ministeries van VWS en Justitie

### 2.4.1 Verdeling van verantwoordelijkheden

In de nota 'TBS, een bijzondere maatregel' uit 1991 worden de uitgangspunten genoemd die bepalend zijn voor de verdeling van verantwoordelijkheden tussen Justitie en VWS<sup>20</sup> (Ministerie van Justitie, 1991). De verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de tenuitvoerlegging van de TBS met verpleging heeft betrekking op het scheppen van de wettelijke kaders, de voorzieningen voor de tenuitvoerlegging, de beveiliging van de samenleving tegen het zich onttrekken aan de vrijheidsbenaming en de rechtspositie van de TBS-gestelden. Voor de behandeling is de verantwoordelijkheid meer op afstand (Sr. art 37c lid 2). De Minister ziet er op toe, dat de TBS-gestelde de benodigde behandeling krijgt; de klinieken zelf zijn verantwoordelijk voor de behandeling. De inhoudelijke toetsing van de kwaliteit van de behandeling dient plaats te vinden volgens normen die in de brede kring van het veld van de Algemene GGZ, mede tot stand komend onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS<sup>21</sup>, gelden. Wel zou het Ministerie van Justitie de voorwaarden moeten scheppen voor die toetsing en bewaken dat deze ook daadwerkelijk plaatsvindt. Hierbij hebben het Ministerie van Justitie zelf en de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing een taak voor de dimensies beveiliging en rechtsbescherming. De oriëntatie van het TBS-veld op het veld van de GGZ zou vervolgens moeten leiden tot het doorwerken van ontwikkelingen en inzichten vanuit de GGZ naar verpleging en behandeling in het TBS-veld.<sup>22</sup>

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

### 2.4.2 Inspectie

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

De behandelcultuur van de TBS-klinieken is lange tijd naar binnen gericht geweest. De Ruiter noemt het in haar recente oratie als hoogleraar forensische psychologie opmerkelijk dat over de TBS, na bijna driekwart eeuw, empirisch onderzoek naar de effectiviteit van de geboden behandeling nagenoeg ont-

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

<sup>21</sup> Deze taak vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van de overheid voor het treffen van maatregelen voor de volksgezondheid, vastgelegd in de Grondwet, art. 22 lid 1.

<sup>22</sup> Dezelfde verdeling van verantwoordelijkheden heeft ook betrekking op ontwikkelingen in het gevangeniswezen

breekt <sup>23</sup> (De Ruiters, 2000). Het lijkt er volgens haar op dat het 'not done' is de aard en de effectiviteit van de TBS te discussie te stellen. Deze stellingname wordt, zonder de nog aanwezige problematiek in het TBS-veld te verhullen, gerelativeerd door de onderzoekers Philipse en Verhagen, die onder meer aandacht besteden aan wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de TBS in Nederland, zoals onderzoek naar het inschatten van het risico op delicttherging en de ontwikkeling van een landelijk expertisecentrum (Philipse en Verhagen, 2000).

Daarnaast is het de vraag of het gegeven dat de leerstoelen forensische psychiatrie in Nederland -in tegenstelling tot het buitenland- niet zijn ondergebracht bij de medische- maar bij de juridische faculteiten heeft bijgedragen aan de betrekkelijk moeizame integratie tussen de TBS en de Algemene GGZ. Vast staat, dat Baan als eerste hoogleraar forensische psychiatrie in Utrecht bij de juridische faculteit werd ondergebracht en dat deze organisatievorm in Nederland is blijven voortbestaan.

Terwijl TBS-klinieken zich in de afgelopen jaren zijn gaan benoemen als forensisch psychiatrische instituten, deel uitmakend van de GGZ en daarin "topklinische zorg" biedend, is het opmerkelijk dat het aantal psychiaters in de TBS-klinieken fors is achtergebleven bij de Algemene GGZ. In het rapport 'Beroepenstructuur GGZ' wordt over 1995 voor de GGZ een geschat totaal aantal psychiaters genoemd van 1377. Daarvan zouden er in de TBS naar schatting 6 werken. Vergeleken met het aantal opgenomen patiënten in 1996 in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en TBS-klinieken moet op basis van deze gegevens worden geconcludeerd, dat in de TBS-klinieken circa 1 psychiater aanwezig was op 100 patiënten, in de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen circa 1 psychiater op 50 patiënten (Hut-schemakers, 1996; Ten Have e.a. 1998).

De toename in de tweede helft van de jaren '90 van het aantal TBS-opleggingen heeft daarbij geleid tot 'groeistuipen': een vergroting van de opnamecapaciteit van de klinieken in een korte periode en daarmee samenhangende -kwantitatieve en kwalitatieve- personele problematiek, zowel met betrekking tot sociotherapeutisch / verpleegkundig personeel als met betrekking tot 'specialisten'. Het versneld ontwikkelen en openen van afdelingen en de instroom van relatief onervaren personeel is een naar binnen gericht proces, dat niet gemakkelijk samengaat met het ontwikkelen van kwalitatief nieuwe visies op de te bieden zorg in samenhang met de GGZ (zie: Van Vliet, 1998; Volkskrant 2000).

Problemen in dit verband in enkele TBS-klinieken zijn de afgelopen jaren niet in de publiciteit gekomen als gevolg van regulier periodiek plaatsvindende inspecties, maar van interventies van inspecties die op indicatie hebben plaats gevonden (zie ook: De Gelderlander, 2000, Van Vliet, 2001).

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

<sup>23</sup> Er zijn weliswaar meerdere recidivestudies verricht, die inzicht geven in effectiviteit van de maatregel TBS als zodanig (Van Emmerik, 1985; Leuw, 1995, 1999a) maar recidivecijfers alleen geven volgens De Ruiters onvoldoende informatie over de effectiviteit van de geboden behandeling en de vraag of deze een relatie vertoont met recidive.

#### 2.4.3 Overleg en coördinatie

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

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

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

Het gezamenlijk opereren op het terrein van de forensische psychiatrie van de beide Ministeries blijkt onder meer uit de volgende ontwikkelingen.

#### 2.4.4 Investerings

De Ministeries van VWS en Justitie zullen in de komende jaren extra investeren in de forensische zorg met een gezamenlijk budget van 82 miljoen gulden (57 miljoen via VWS, 25 miljoen via Justitie). Het maximumbedrag wordt via een jaarlijkse opbouw in 2003 bereikt. Het Ministerie van VWS heeft in een plan van aanpak drie deel terreinen genoemd waarvoor de financiële middelen zullen worden ingezet:

- Verbeteren van de psychiatrische hulpverlening in detentie aan psychisch gestoorde gedetineerden;
- Het verminderen van de plaatsingsproblematiek van passanten in het kader van art. 37 Sr. en het bevorderen van doorstroom van ernstig psychisch gestoorde gedetineerden en TBS-gestelden;
- Verbeteren van de nazorg aan psychisch gestoorde gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten;
- Verminderen van de kans dat jeugdigen op latere leeftijd langdurig intramurale forensische behandeling nodig hebben.

Het Ministerie van Justitie gaat onder meer geld inzetten voor de uitbreiding van de Bijzondere Zorgafdelingen, Individuele begeleidingsafdelingen en de FOBA. Daarnaast zullen ook extra reiskosten voor AWBZ-hulpverleners (naar penitentiaire inrichtingen) worden gefinancierd.

Recent heeft de minister van VWS besloten om voor de groep patiënten waarvan is gebleken dat zij zodanig zorg- en beveiligingsintensief zijn dat zij niet in een reguliere GGZ-instelling kunnen worden opgenomen, noch in een Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) een tweetal specialistische voorzieningen zal opzetten. Het betreft kleinschalige units (20 en 24 plaatsen) voor chronisch psychiatrische patiënten met complexe psychiatrische problematiek, die zowel op een strafrechtelijke- als op een titel van de wet BOPZ opgenomen kunnen zijn (Ministerie van VWS, 2000).

### 3. Specifieke aandachtsgebieden in de relatie TBS, Algemene GGZ en gevangeniswezen

#### 3.1 Juridische aspecten

In het onderzoek naar de uitstroom uit de TBS-klinieken werden juridische aspecten door geen van de geïnterviewden vanuit de TBS of de GGZ als knelpunt genoemd (Van Vliet, 1998). In de praktijk is het echter wel zo dat in behandelinrichtingen wetgeving en rechtspositie van verschillende orde met elkaar moet worden verenigd, hetgeen mogelijk onduidelijke situaties schept in de directe omgang van behandelaars met patiënten (zie ook: Van Marle, 2000).

##### 3.1.1 Juridische aspecten vanuit de TBS bezien

In de fase voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Beginselenwet TBS werd door het directeurenoverleg van forensisch psychiatrische instituten een brief aan de vaste kamercommissie van Justitie gezonden met het voorstel een discrepantie tussen de kort daarvoor in werking getreden wet BOPZ en het nog voorliggende ontwerp van de Beginselenwet TBS op te lossen. Deze discrepantie had betrekking op een aantal aspecten met betrekking tot het onderscheid 'dwangverpleging' en 'dwangbehandeling'.<sup>24</sup> In een beschouwing over dit vraagstuk werd door de toenmalig minister van Justitie Kosto een aantal uitgangspunten aan de Tweede Kamer gezonden. Als algemeen kader is gesteld, dat voor TBS-gestelden die zijn opgenomen in niet-justitiële TBS-inrichtingen de bepalingen gelden betreffende de interne rechtspositie krachtens de wet BOPZ, art. 51 lid 3. Voor zover het gaat om beslissingen omtrent verlof of proefverlof vallen zij echter onder de werking van de beginselenwet TBS.

Op in justitiële TBS-instellingen verpleegden die niet de maatregel TBS opgelegd hebben gekregen<sup>25</sup> is de Beginselenwet TBS van toepassing met uitsluiting van de specifieke onderdelen die uitsluitend voor TBS-gestelden gelden, zoals de verlening van proefverlof.

Dit betekent, dat het type inrichting waar de TBS-gestelde is opgenomen bepalend is voor de interne rechtspositie die wordt gehanteerd, terwijl op specifieke onderdelen uitzonderingen kunnen zijn vastgelegd. (Tweede kamer, 1993 -1994)

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

In de brief van Sorgdrager wordt vervolgens ingegaan op de vraag waarom de interne rechtspositieregeling gegeven door de wet BOPZ onvoldoende is voor de verpleegden in de justitiële TBS-inrichtingen. Gesteld wordt dat de regeling van de wet BOPZ geen ruimte biedt voor de speciale ver-

<sup>24</sup> Voorgesteld werd artikel 25 en 27 van de Beginselenwet TBS (betreffende onderzoek in het lichaam en beperking van de bewegingsvrijheid van de verpleegde) aan te passen aan de artikelen 38 en 39 van de wet BOPZ (betreffende doel en totstandkoming van het behandelingsplan, noodsituaties en middelen en maatregelen)

antwoordelijkheden van de minister van Justitie; er bestaat in de wet geen inhoudelijke bevoegdheid voor het centrale gezag. Daarnaast wordt gesteld dat voor de wet BOPZ een aantal onderwerpen niet is geregeld die bij de tenuitvoerlegging van de TBS niet gemist kunnen worden. Het gaat daarbij veelal om onderwerpen die voortvloeien uit het strafrechtelijke karakter van de maatregel, zoals de mogelijkheid van tijdelijke overplaatsing, het kunnen verplichten tot het dragen van een legitimatiebewijs, het kunnen toepassen van urinecontrole, de controle van de verblijfsruimte van de verpleegde, de mogelijkheid tot aanwijzing van een verblijfsruimte voor intensieve zorg (beperkt regime), mogelijkheid van briefcensuur en het reguleren van contacten met de pers. Daarnaast is er sprake van verschillen met betrekking tot de totstandkoming van het behandlingsplan (in de wet BOPZ met instemming van de patiënt, in de Beginselenwet TBS zo veel mogelijk in overleg met de patiënt, doch instemming is niet vereist), afzondering en separatie en de wijze van behandeling van klachten. (Tweede Kamer, 1994 - 1995)

In art. 4 van de Beginselenwet TBS wordt een opsomming gegeven van groepen die in TBS-klinieken kunnen worden opgenomen. Daaronder is de groep die een maatregel heeft opgelegd gekregen via de BOPZ niet genoemd. De beleidsmatige keuze hiervoor heeft onder meer betrekking op het niet willen stigmatiseren van 'BOPZ-patiënten' als 'justitiepatiënten', behorende tot dezelfde categorie als TBS-gestelden. Voor het geven van een rechterlijke machtiging is uiteindelijk het plegen van een strafbaar feit geen vereiste<sup>26</sup>. Het is ook uitdrukkelijk niet de bedoeling tot deze vermenging te komen, omdat dit binnen TBS-klinieken tot ongelijkwaardige en onduidelijke situaties zou kunnen leiden waar het de interne rechtspositie van opgenomen patiënten betreft. Deze problematiek was onderwerp van een uitspraak van de arrondissementsrechtbank te Utrecht van 11 augustus 1999.

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

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

<sup>25</sup> Meestal tot gevangenisstraf veroordeelden die wegens hun gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van hun geestvermogens met toepassing van art. 13 lid 1 Sr. in een TBS-inrichting geplaatst of jongeren met een PIJ maatregel.

<sup>26</sup> In de 'Notitie inzake verruiming bestemming TBS-inrichtingen tot personen met een civielrechtelijke machtiging en herstel vormfouten TBS' van het Ministerie van Justitie is het een en ander nader beschreven.

De aanwijzing van alle TBS-klinieken als BOPZ-inrichting is in dit opzicht van weinig praktische betekenis, die ook niet als bedoeling heeft om BOPZ-patiënten in TBS-klinieken op te doen nemen. In de BOPZ was aanvankelijk een koppeling gelegd met de AWBZ, artikel 1 zoals beschreven in de wet van 29 oktober 1992 (Stb. 1992, 669). Instellingen die AWBZ-erkend waren zouden dan ook psychiatrisch ziekenhuis zijn in de zin van de BOPZ. Naderhand is deze koppeling losgelaten, omdat de toekomst van de AWBZ niet duidelijk was. Alle door het Ministerie van VWS AWBZ-erkende instellingen, waaronder de TBS-klinieken, zijn toen benaderd met de vraag of zij ook als BOPZ-instelling wilden worden aangemerkt. De TBS-klinieken hebben hiermee ingestemd en pas nadat deze aanmerking was geschied werd dit bij het Ministerie van Justitie bekend. De conclusie was, dat deze aanmerking geen negatieve effecten kon hebben omdat volgens artikel 4 van de Beginselenwet TBS in TBS-klinieken toch geen BOPZ-patiënten kunnen worden opgenomen. De aanmerking als BOPZ-inrichting betekent wel dat de inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg de mogelijkheid had om controle uit te oefenen op de TBS-klinieken (wat op grond van andere wetgeving echter ook al mogelijk was, maar wat tot voor kort echter niet in de praktijk is gebracht). Daarnaast kreeg het openbaar Ministerie een toezichthoudende taak<sup>27</sup>.

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

#### 3.1.1.1 Overplaatsing van een TBS-kliniek naar een GGZ-instelling

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

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

<sup>27</sup> Informatie van mevrouw Mr. M. de Groot, afdeling wetgeving Ministerie van Justitie

Naast de genoemde mogelijkheid een TBS-gestelde in het kader van een proefverlof in een GGZ-instelling te plaatsen staat de mogelijkheid van verpleging in een BOPZ-inrichting, niet zijnde een TBS-kliniek, open. Dit is opgenomen in artikel 14 van de Beginselenwet TBS<sup>28</sup>. Deze mogelijkheid is in het TBS-veld waarschijnlijk onvoldoende bekend. Dat het gebruik deze mogelijkheid tot grote verschuivingen zou leiden is onwaarschijnlijk te achten.

### 3.1.2 Juridische aspecten met betrekking tot behandelen in detentie

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

In de Europese gevangenisregels<sup>29</sup>, die het karakter hebben van aanbevelingen en dan ook niet bindend zijn, wordt onder meer een verbod gesteld op detentie van krankzinnigen in een strafinrichting. Daarnaast wordt voorgeschreven, dat gespecialiseerde afdelingen of instellingen voor observatie en behandeling van psychisch gestoorde gedetineerden onder medisch toezicht aanwezig zijn. Verder zou de medische- of psychiatrische dienst van de inrichting zorg moeten dragen voor de psychiatrische behandeling van alle gedetineerden die zo'n behandeling nodig hebben en wordt nazorg na ontslag voorgeschreven.

Elke definitie die onderscheid maakt tussen behandeling en begeleiding is volgens Vegter gekunsteld. Hij beveelt dan ook aan met betrekking tot gedetineerden het begrip 'behandeling' ruim op te vatten en er onder te verstaan: een interventie doorgaans gepleegd onder leiding van of door een gedragsdeskundige of medicus waarbij therapeutische effecten, zoals het stabiliseren van de psychische toestand (voorkomen van verergering), het tegengaan van het ontstaan van een nieuwe pathologie of genezing worden beoogd<sup>30</sup>. Bepaalde vormen van begeleiding en bejegening van gedetineerden, zoals deze plaats vinden op bijvoorbeeld de individuele begeleidingsafdelingen of verslavingsbegeleidingsafdelingen vallen enigszins te vergelijken met sociotherapeutische interventies die in het kader van verpleging in de TBS worden uitgevoerd. De wijze waarop de behandelingsmogelijkheden worden gerealiseerd moeten aan de deskundigen worden overgelaten en dit doet volgens Vegter in juridische zin weinig ter zake. Wel dient behandeling op basis van wet- en regelgeving aan een aantal voorwaarden te voldoen. In beginsel moet er overeenstemming zijn tussen gedetineerde en behandelaar en zijn er maar bij uitzondering mogelijkheden voor verrichtingen zonder toestemming van de betrokkene. Dwang is in beginsel uitgesloten, terwijl er voor drang een beperkte ruimte lijkt te zijn (Vegter, 1999).

<sup>28</sup> "Indien de aard van de bij de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde geconstateerde gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens daartoe aanleiding geeft kan Onze Minister bepalen dat de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde naar een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, niet zijnde een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, zal worden overgeplaatst om daar zolang dat noodzakelijk is, te worden verpleegd".

<sup>29</sup> Waarvan Vegter meent dat deze tamelijk ver gaan en betwijfelt of ons land hieraan in alle opzichten voldoet.

<sup>30</sup> Beperkingen in de uitoefening van het recht op behandeling kunnen worden gevonden in praktische beperkingen en beperkte financiële middelen. Zo zijn psychotherapie, gericht op sociale gedragsverandering en ontdekkende therapieën moeilijk realiseerbaar in het gevangeniswezen waar de mogelijkheid om te oefenen bij een langdurig verblijf op cel niet of nauwelijks aanwezig is. Ook kan een patiënt die oefent met ander gedrag verkeerd worden begrepen met als uiterste consequentie dat hij in de isoleer cel belandt.

### 3.2 Verslaving

Intensief gebruik van alcohol cq. alcoholverslaving is volgens de gegevens van het Dr. F.S. Meijers Instituut de meest frequent voorkomende vorm van verslaving ten tijde van het delict (circa 50%), gevolgd door softdrugs (bijna 40%). Ruim 25% heeft harddrugs gebruikt of is daaraan verslaafd. Gokken en medicijnverslaving komen relatief beperkt voor. Ruim tweederde van de populatie (68 à 70%) is aan één of meer middelen verslaafd of gebruikt deze intensief (Van Emmerik en Diks, 1999a). Mede door de aard van verslavingsproblematiek in relatie met de TBS-maatregel is verslaving een kernprobleem in de TBS en de behandeling van TBS-gestelden.

#### 3.2.1 Verslaving en TBS

In een recente publicatie van Hilterman wordt verslag gedaan van zijn onderzoek in opdracht van het Ministerie van Justitie naar de predictie van ernstige recidive door TBS-gestelden tijdens verlof.<sup>31</sup> In zijn onderzoeksmodel zijn er kenmerken van TBS-gestelden geïdentificeerd aan de hand waarvan tot een nauwkeurige voorspelling van recidive tijdens verlof kan worden gekomen. Deze kenmerken zijn: type uitgangsdelict, dader-slachtoffer relatie bij het uitgangsdelict, verzet tegen de behandeling, mate van verantwoording voor het uitgangsdelict, inzicht in algemeen geldende normen en waarden, het aantal overplaatsingen en overtredingen van verlofvoorwaarden bij eerder verlof, de omvang van het deviante netwerk en het alcoholgebruik tijdens de TBS (Hilterman, 2000). Uit dit onderzoek blijkt dat door alcoholgebruik van de TBS-gestelde tijdens de tenuitvoerlegging van de TBS de kans op ernstige recidive tijdens verlof significant toe neemt. Hoewel door Hilterman wordt gesteld, dat het belangrijk is om de gevonden resultaten te valideren in ander onderzoek wordt met de uitkomsten van het onderzoek in het kader van de TBS het belang van aandacht voor verslaving -en met name alcoholgebruik- aangetoond.

Door Noorlander, die als psychiater en verslavingsbehandelaar werkt in de TBS en in de Algemene GGZ, werd in 1993 opgemerkt dat, terwijl verslaving een grote rol speelt bij TBS-gestelden, over de plaats van de verslaafde in een TBS-instelling nauwelijks literatuur is te vinden (Noorlander, 1993). Als gangbare verklaring gold destijds dat verslaving en TBS niets met elkaar te maken hebben. Noorlander meent dat op grond van het 'culpa in causa'<sup>32</sup> principe verslaving niet meetelt bij het beoordelen van de psychopathologie die tot een TBS advies zou kunnen leiden. Het gaat bij een TBS advies altijd om andere pathologie dan een verslavingsprobleem; hoogstens kan een verslavingsprobleem meegevoegd worden als één van de gevolgen van de aanwezige pathologie. In de behandeling werd verslavingsproblematiek wel als probleem gezien, echter veelal niet als een serieuze tweede diagnose maar als een stoorzender bij de behandeling. Pas van meer recente datum zijn specifiek op verslavingsbehandeling gerichte afdelingen of modules binnen de TBS-klinieken gestart.

Noorlander stelt dat in de gangbare leerboeken van de psychiatrie wordt betoogd, dat een verslaving niet zomaar ontstaat, maar dat deze altijd het gevolg zou zijn van reeds aanwezige psychopathologie. Deze visie leidt tot de conclusie dat de verslaafde niet voor de verslaving heeft gekozen maar dat zijn 'onderliggende' problematiek hem tot verslaving bracht. Dat deze onderliggende problematiek eerst behandeld zou moeten worden is een visie die in de verslavingszorg veel voorkomt, maar waar ook in

<sup>31</sup> Daarmee worden alle verloven binnen het vrijhedenbeleid van de TBS bedoeld, waaronder het proefverlof.

<sup>32</sup> De verslaving wordt niet beschouwd als een stoornis, waaruit beperkingen in het gedrag zijn te verklaren. Hier is weliswaar geen sprake van opzet, maar wel van schuld voor het strafbare feit.

de TBS-klinieken veel van wordt uitgegaan, waarbij therapeuten trachten deze problematiek te behandelen in de hoop de verslaving te zien verdwijnen. De verslaving blijkt echter zeer hardnekkig, de therapeuten raken teleurgesteld en verslaafden gaan behoren tot een weinig populaire groep patiënten waar weinig eer aan is te behalen. Veelal zullen patiënten zich er ook op beroepen, dat zij niet vanwege verslaving in de TBS zijn terecht gekomen. Toch is het belangrijk dat verslavingsproblemen in de TBS worden behandeld, omdat de realiteit is, dat veel delicten die tot een TBS leidden gepleegd zijn onder invloed van verslavende stoffen en dat de werking van die stoffen er een grote rol bij heeft gespeeld, dat het delict in agressieve zin uit de hand kon lopen. Uit het onderzoek van Hilterman blijkt dat met name alcoholverslaving ook tijdens de behandeling een rol kan blijven spelen bij het vóórkomen van ernstige recidive.

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

- Een verslaving die eenmaal is ontstaan is een probleem geworden met eigen etiologie en symptomatologie, een eigen prognose en eigen behandelmethoden en de patiënt heeft geen onderliggende problematiek meer nodig om in gebruik terug te vallen. De patiënt behoudt zijn verslaving levenslang, ook al is de overige problematiek behandeld en opgelost. 'Niet gebruiken' wil niet zeggen 'niet verslaafd meer zijn' (Noorlander, in druk);
- Leven zonder een verslavende stof waaraan men verslaafd is geweest is veel moeilijker dan een niet-verslaafde zich ooit kan voorstellen. Dit leidt tot (meestal onuitgesproken) onoverbrugbare verschillen in doelstelling tussen hulpverlener en patiënt: de hulpverlener wil de problemen zodanig oplossen dat de patiënt niet meer hoeft te drinken; de patiënt koestert de hoop dat als alle problemen zijn opgelost hij weer gewoon zal kunnen drinken zonder er problemen mee te krijgen (Noorlander, 1993).

De opdracht waarvoor de TBS-kliniek zich ziet gesteld is de patiënt van het plegen van delicten af te houden: op korte termijn door hem binnen de kliniek te houden, op langere termijn door hem een behandeling te geven. Het gebruik van alcohol en drugs is in TBS-klinieken dan ook doorgaans verboden. Desondanks vinden patiënten tijdens hun verblijf in de kliniek vaak wegen om hun gebruik voort te zetten; zeker zullen de meeste verslaafde TBS-gestelden gaan gebruiken zodra zij zich buiten de kliniek bevinden. Het gebruik van- en de handel in drugs in de kliniek verstoort het behandelklimaat en kan leiden tot gevaarlijke situaties tussen patiënten, waarbij chantage, intimidatie en bedreigingen een rol kunnen spelen. Patiënten die gebruiken kunnen zich niet serieus aan behandeldoelen verbinden. De motivatie van niet-gebruikers en behandelaars wordt aangetast (Blankstein, 1993; Noorlander 1993; Janssen en Van Beuzekom, 1999).

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

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

Daarbij wordt in verslavingsklinieken veelal niet meer uitgegaan van afkicken, maar van beheersing van verslavingsgedrag en van het gegeven dat een verslaafde tijdens zijn behandeling een aantal terugvalmomenten zal kennen. In een TBS-kliniek kan hiervan geen sprake zijn en wordt er naar gestreefd dat de patiënt geheel van het middelengebruik afziet (Noorlander, 1993; Janssen en Van Beuzekom, 1999).

*De verschillen tussen de verslavingszorg en de TBS worden door Noorlander als volgt in schema samengevat:*

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

*(Noorlander, in druk)*

Volgens Noorlander is de behandelcultuur van een TBS-kliniek niet bijzonder geschikt voor goede behandeling van verslaving, voortkomend juist uit de opdracht van de TBS-kliniek om de patiënt van delictgedrag af te houden. Blankstein wijst op het ingewikkelde samenspel van behandeling, controle-aspecten en rechtspositionele aspecten bij behandeling van verslaving in een TBS-kliniek (Blankstein, 1993). Hoewel in beide settings wordt gewerkt met lastige en vaak ongemotiveerd mensen zijn de behandelculturen van de verslavingszorg en de TBS vrijwel elkaars tegengestelde op alle gebieden: de manier van probleemdefiniëren, het hanteren van verantwoordelijkheid, de therapeutische attitude, en dergelijke. Een confronterende verslavingsbehandeling kan alleen als de patiënt vrijwillig aan de behandeling deelneemt. De behandeling in TBS-kader is meer gericht op regressie dan op confrontatie. Dit maakt ook een eventuele tijdelijke overgang van een TBS-patiënt naar een verslavingskliniek moeilijk, zo is door haar ervaren. In wezen worden patiënten in een TBS-kliniek te veel 'verwend' om nog de confronterende behandeling van een verslavingskliniek te kunnen accepteren, de vrijwilligheid ontbreekt en er is onvoldoende ruimte tot terugval van de patiënt.

### 3.2.2. Behandeling van verslaving in de TBS

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

In de Van der Hoevenkliniek zijn twee verslavingsprogramma's opgezet: een intensief programma voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en een minder belastend programma voor patiënten met psychotische stoornissen. Er wordt volgens een gestructureerde probleemgerichte aanpak gewerkt met de nadruk op eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Het doel is het verkrijgen van inzicht, bewustwording van het verslavingspatroon, aanleren van alternatieven en terugval voorkomen of minimaliseren. Dit wordt eventueel ondersteund met medicatie (Janssen en Van Beuzekom, 1999).

De Kijvelanden gaat er vanuit, dat behandeling altijd in een groep moet plaatsvinden. Het behandelprogramma kent 3 fasen van elk 3 maanden. De eerste periode is gericht op bewustwordingen en er wordt gewerkt met groepsgerichte activiteiten en psycho-educatie. In de tweede periode vinden groepsbindingactiviteiten plaats en wordt de relatie van het delict met verslaving in de groep besproken. In de laatste fase wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie en deze is bedoeld voor patiënten die met onbegeleid verlof gaan.

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

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

Literatuur

Baan, P.A.H.(1957), *Een blik in de toekomst*, In: Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, gedenkboek 1907 – 1957, Amsterdam

Blankstein, J.H. (1993), *De interne rechtspositie van terbeschikkinggestelden*, In: Overheid en patiënt, Arnhem

Bulten, B.H. e.a.(1992), *Psychische stoornissen in detentie. Een onderzoek naar de prevalentie van psychische stoornissen bij gedetineerden van de Jeugdgevangenis Nieuw-Vosseveld*, Nijmegen

Bulten, B.H. (1998), *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*, Deventer

Bulten, B.H. en J. Dhondt (2000), *Forensisch gedragskundig onderzoek in het Gevangeniswezen*, In: Forensische Psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in breed perspectief, Deventer

Carpay, M.M.L., M.J.A. Hulst en T.F.J.J. van Iersel (2000), *Het slechten van de barrières tussen Justitie en Geestelijke Gezondheidszorg*, In: Forensische Psychiatrie anno 2000, actuele ontwikkelingen in breed perspectief, Deventer

Congresbundel Najaarsconferentie Trimbosinstituut (1997), *Gekte in het gevang. De doorstroom van het gevangeniswezen naar geestelijke gezondheidszorg*, Utrecht

Commissie van der Horst (1970), *Nota over de terbeschikkingstelling van de regering*, Den Haag

Doelmatig behandelen (1995), *Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening*, Den Haag

Don, H-M. (2000), *Casemanagement binnen het Project Domus. De methodiek beschrijving* (niet gepubliceerd), Reclassering Leger des Heils Eindhoven

Dr. S. van Mesdagkliniek (2000), *Organisatieplan*, Groningen

Emmerik, J.L. van (1985), *TBR en recidive. Een beschrijving van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1974 - 1979*, Den Haag, Staatsuitgeverij

Emmerik, J.L. van (1995), *Kenmerken van ter beschikking gestelden: een follow up*, In: Sancties, afl. 5

Emmerik, J.L. van (1999), *De last van het getal, een overzicht in cijfers van de maatregel TBS*, In: Justitiële Verkenningen Nr. 4

Emmerik, J.L. van en G.J.M Diks (1999a), *De terbeschikkingstelling in maat en getal. deel A: Populatiebeschrijving. Een overzicht van 1995 t/m 1997 (concept)*, Utrecht, Dr. F.S. Meijers Instituut

Emmerik, J.L. van en G.J.M. Diks (1999b), *De terbeschikkingstelling in maat en getal. deel B: De TBS-klinieken. Een overzicht van kliniepopulaties (concept)*, Utrecht, Dr. F.S. Meijers Instituut

- Gelderlander, De (2000), *Sluiting dreigt voor tbs-kliniek Oldenkotte; directeur ontslagen*, 23.12.2000
- Goei, L. de e.a. (1993), *Aan de andere kant. De grenzen van GGZ en forensische psychiatrie*, NcGv Utrecht
- Haffmans, Ch.(1984), *Terbeschikking gesteld. Geschiedenis, oplegging en executie van een strafrechtelijke maatregel*, Arnhem
- Have, M. ten, e.a. (1998), *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1998*, Utrecht, Trimbos Instituut
- Hilterman, E.L.B. (2000), *Tijdens de oefening terug naar af. Een onderzoek naar de predictie van ernstige recidive door TBS-gestelden tijdens verlof*. In: Tijdschrift voor criminologie, jaargang 42/3
- Hoek, D.J. van en J.A. Mastenbroek-Osté (2000), *Visiedocument FPA*, GGZ Nederland, Utrecht
- Hofstee, E.J.(1987), *TBR en TBS. De TBR in rechtshistorisch perspectief*, Arnhem
- Hutschemakers, C. (1996), *Beroepenstructuur GGZ*, Utrecht, Trimbos Instituut
- Janssen, M. (1998), *Dwang in Amsterdam. Eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam'*, Trimbos Instituut Utrecht
- Janssen, M.G.P. en C.T.W. van Beuzekom (1999), *Behandeling van verslavingsproblematiek bij forensisch psychiatrische patiënten*, Houten
- Jonge, H. de en T. Knol (2000), *Passanten in behandeling; mogelijkheden en consequenties*. In: Sancties nr. 3
- Kabinetsstandpunt Doelmatig behandelen (1997), Den Haag
- Kelk, C.( 1990), *De plaats van de toerekeningsvatbaarheid in ons strafrecht*, In: Toerekeningsvatbaarheid, Arnhem, p. 15 - 52
- Klippe, C.J. van de, en P.P.J.N. van Ginneken (2000), *Beheersproblemen bij forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGZ*, Utrecht, Trimbosinstituut
- Kolk-Heijne, H. (2000), *Bespreking: Behandelen in de gevangenis van P.C. Vegter*, In: Sancties nr. 3
- Königel, R.J.L.B. (1997), *Netwerk en werkorganisatie voor de hulpverlening aan forensisch psychiatrische cliënten in GGZ/justitieverband*, RIAGG Veluwevallei
- Kroon, H. (1996), *Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*, NcGv, Utrecht
- Krul-Steketee, J. (1996), *Ontwikkelingen in de TBR/TBS in de afgelopen vijf en twintig jaar*, In: Trema nr 9 (oktober)

Laeven, A.M.W. en C. van Vliet (2000), *Behandelduur gemeten. Methodieken voor het berekenen van de gemiddelde behandelduur van TBS-gestelden*, Utrecht

Lange, O.R. de (2000), *Beleidsvisie TBS, een startnotitie*, Den Haag

Leenaars, P.E.M. en A.M.J. Kuiper (1997), *Psycho-medische zorg en het psycho-medisch overleg*, In: *Psychiatrie en Justitiabelen*, Deventer

Leuw, E. (1995), *Recidive na ontslag uit de TBS*, Arnhem

Leuw, E. (1999a), *Recidive na de TBS. Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*, WODC, Den Haag

Leuw, E. (1999b), *Behandelen*, In: *Tegen de regels* (red. E. Lissenberg, S. van Ruller en R. van Swaaningen), Nijmegen

Maas, M.C.J. (2000), *Aspecten van de juridische positie van onvrijwillig en vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten* (doctoraalscriptie KUB), Eindhoven

Mastebroek-Osté, J.A. (2000), *Forensische psychiatrie, positie, uitgangspunten, toekomstvisie*. GGZ Nederland, Utrecht

Marle, H.J.C. van (1998), *De bedwongen populariteit van de TBS*, In: *Recht door de eeuw*, Deventer

Marle, H.J.C. van (2000), *Straffen en behandelen: living apart together*, In: *Tijdschrift voor sociaal pedagogische hulpverlening SPH* nr. 33

Ministerie van Justitie (1991), *TBS, een bijzondere maatregel*, Den Haag

Ministerie van Justitie (1994), *Rapport van de deelprojectgroep Psychisch gestoorde gedetineerden*, Den Haag

Ministerie van Justitie (2000a), *Plan van aanpak Toekomst TBS, de weg naar een effectieve forensische behandeling*, DJI, Den Haag

Ministerie van Justitie (2000b), *Toekomst TBS, de weg naar een effectieve forensische behandeling. Verbetertraject TBS Terecht, plannen van aanpak van de deelprojecten*, DJI, Den Haag

Ministerie van Justitie (2000c), *Brief dd. 15 juni van de Minister van Justitie aan de voorzitter van de Tweede Kamer m.b.t. behandeling van psychisch gestoorde in detentie(5031655/00/DJI)*, Den Haag

Ministerie van Justitie (2000d), *Voortgangsrapportage januari 2000 t/m april 2000*, DJI Den Haag

Ministerie van VWS (1998), *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999*, Den Haag

Ministerie van VWS (2000), *Brief dd. 25 augustus 2000 van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal m.b.t. ontslagregeling in de wet BOPZ (GVM/GGZ/2087210)*, Den Haag

Mooy, A. (1998), *Psychiatrie, recht en de menselijke maat. Over verantwoordelijkheid*, Amsterdam/Meppel

Mulder, E. (1997), *Plaatsing (ex)TBS-gestelden*, In: *Gekte in het gevang*, verslag van de najaarsconferentie 1997 van het Trimbosinstituut, Utrecht

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1991), *Advies Forensische Psychiatrie en haar Raakvlakken deel 1*, Zoetermeer 1991

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen (NVBW) (1991), *Forensisch psychiatrische patiënten en de regionale instellingen voor beschermd wonen*, Houten

Noorlander, E.A. (1993), *Verslavingsbehandeling in TBS-kader*, In: *Overheid en patiënt*, Arnhem

Noorlander, E.A. (in druk), *Verslavingsbehandeling in een TBS setting*, Voordracht psychiatrisch juridisch gezelschap 6 maart 1999

Oei, T.I. (2000), *De gereguleerde toekomst van TBS: problemen en oplossingen*, In: *Delikt en Delinkwent* 30, afl. 4

Oosterhof, S.I. e.a. (1999), *Préklinische interventies bij TBS-wachtenden in de P.I. Zwolle. Een evaluatie van het Tenderproject*, Utafiti, Nijmegen

Otter, M. en L.H.W.M Kaiser (2000), *Duaal casemanagement: een duale oplossing? Evaluatieonderzoek forensisch psychiatrisch circuit Veluwe-vallei*, de Gelderse Roos, Wolfheze

Over Stromen (1998), *Interdepartementaal beleidsonderzoek in, door- en uitstroom bij de TBS*, Den Haag

Panhuis, P.J.A. van (1997), *De psychotische patiënt in de TBS. Van kwaad tot erger*, Arnhem

Philpse, M.W.G., en M.F.M. Verhagen (2000), *Voor relativering vatbaar. Een reactie op De Ruiter (2000)*, In: *De psycholoog*, december

Plemper, E. (1998), *Terug in de maatschappij; plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten in RIBW's*, Verwey Jonker Instituut, Utrecht

Pompe, W.P.J. en G.Th. Kempe (1962), *Ontstaan, ontwikkeling en toepassing der psychopatenwetten*, In: *Klinisch-psychiatrisch onderzoek van delinquenten*, Assen, p. 11 - 49

Raes, B.C.M. (1999a), *Oratio pro domo? De maatregel TBS, de fundamenten en het gebouw*, In: *Juridische verkenningen* 4 99

Raes, B.C.M. (1999b), *Inleiding*, In: *De psychiatrie in het Nederlandse recht*, Deventer

Raes, B.C.M., A.G. Miedema en L.J. Paesen (in druk), *De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg*, Tijdschrift voor Psychiatrie 2001

Rapport van de Commissie Psychiatrische / Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen (1983), Den Haag

Ruiter, C. de (2000), *Voor verbetering vatbaar* (oratie), in druk

Schepers, P.C.R.M. (2000), *Forensische behandeling binnen een Huis van Bewaring*, In: Proces maart/april

Schnitzler, J.G. (1984), *Het forensisch-psychiatrisch ziekte criterium in de civiele rechtspraak en de strafrechtspraak* (oratie), Den Haag

Schoemaker, C. en G. van Zessen (1997), *Psychische stoornissen bij gedetineerden, een verkennend onderzoek in het Penitentiair Complex Scheveningen*, Utrecht

Smidt, R.E. de en J.L. van Emmerik (1994), *Werkzame detentie. Rapport van de deelprojectgroep psychisch gestoorde gedetineerden*, DJI, Den Haag

Smilde, J. (1993), *Enige opmerkingen over de relevantie van de forensische psychiatrie*, In: Overheid en patiënt. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie, Arnhem

Soetenhorst-de Savornin Lohman, J. (1985), *Samenhang in de hulpverlening aan justitie-cliënten*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk

Tweede Kamer (1993 - 1994), *Kamerstuk 23 445, nr. 8*

Tweede Kamer (1994 - 1995), *Kamerstuk 23 445, nr. 9*

Vegter, P.C. (1999), *Behandelen in de gevangenis*. (oratie), Arnhem

Volkscrant (2000), *TBS-klinieken na problemen onder de loep inspectie*, 1 augustus

Vliet, J.A. van (1990), *Hulpverleners in samenwerking. Een reclasseringsvisie*. In: Proces nr. 3, maart

Vliet, J.A. van (1998), *Morgen gaat het beter, beter, beter... Verslag van het project actie-plan uitstroom TBS*, Den Haag

Vliet, J.A. van (2001), *TBS-klinieken zijn nog te veel naar binnen gericht*, In: De Gelderlander 9 januari

Vliet, J.A. van en J.P. Wilken (2001), *Ons kent ons.... de praktijk van samenwerking in de forensische zorg*, Amsterdam

Vrugt, D.F.R. de (2000), *Psychisch gestoorde in detentie. Kenmerken van de groep psychisch gestoorde gedetineerden die bekend zijn bij de psycholoog in de inrichting*, Dienst justitiële Inrichtingen, Den Haag

Werkgroep Forensische Zorg (1996), *Het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg*, Den Haag

Werkgroep vervolgvoorzieningen (1993), *Wordt vervolgd...*, Den Haag

Wilken, J.P. (1994), *Grensgang. De plaats van de Forensisch Psychiatrische Afdeling in het veld van de forensische en reguliere psychiatrie*, Nzi Utrecht

Wilken, J.P., J. Klamer en J Bröker (1999), *Grensstroom. Een onderzoek naar cliëntstromen en kenmerken van forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen in het veld van GGZ en Justitie*, Bilthoven

WODC (1991), *Justitiële Verkenningen 8 - 91: themanummer Geestelijke Volksgezondheid en Justitie*, Den Haag

Wolf, J. (1995), *Zorgvernieuwing in de GGZ. Evaluatie van achttien zorgvernieuwingsprojecten*, NcVg, Utrecht

## Bijlage 1

Onderdelen uit de  
CONCEPT Startnotitie WODC-onderzoek  
dd. 20 juni 2000

### Doelstelling

Doelstelling is een beknopt overzicht te geven van de ontwikkelingen in de TBS in relatie tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ, meer in het bijzonder de forensische psychiatrie). Dit overzicht zal als achtergrond dienen bij het vormen van een beleidsvisie over de toekomst van de TBS.

### Probleemstelling

Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de TBS, die samenhang hebben met of beïnvloed zijn door ontwikkelingen in de GGZ, in het bijzonder de forensische psychiatrie? Omgekeerd, welke ontwikkelingen in de TBS zijn van invloed geweest op de ontwikkelingen in de GGZ? Op welke wijze werken TBS en GGZ samen? Wat is de huidige situatie? Welke sterke en zwakke kanten zijn er, en welke lijnen vallen te onderkennen die een belofte inhouden voor een beter functioneren van de forensische psychiatrie?

### Beleidscontext en opdrachtgever

Opdrachtgever is DPJS t.b.v. de commissie Beleidsvisie TBS.

De TBS is sterk in beweging. Om te bezien of die beweging de goede kant op gaat, heeft de minister van Justitie (in afstemming met het Ministerie van VWS) besloten tot het instellen van de commissie Beleidsvisie TBS. Deze commissie, onder voorzitterschap van dhr. A. Kosto, heeft het verzoek gekregen een visie te ontwikkelen op de plaats en functie van de TBS in het forensisch psychiatrisch veld.

De ontwikkelingen in de TBS zijn onlosmakelijk verbonden met de ontwikkelingen in de reguliere GGZ. Zo is een van de doelstellingen voor de TBS de gemiddelde intramurale behandelduur te verkorten. Een van de meest effectieve manieren om dat te bereiken is de versterking van de door- en uitstroom uit de TBS-klinieken. Daarvoor is het nodig om in de forensisch psychiatrische circuits samenwerkingsafspraken te maken met de GGZ-voorzieningen waar de TBS-gestelden naar toe moeten. Deze toenadering roept de vraag op naar de positionering van de TBS-klinieken, in relatie tot de GGZ. Bijvoorbeeld: moeten TBS-klinieken opgaan in een totaalaanbod van forensisch psychiatrische voorzieningen? Wie moet daarbij de regie voeren? Wat betekent dat voor de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor de veilige tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel?

De commissie Beleidsvisie TBS dient hierover een beleidsvisie te ontwikkelen. Alvorens een plan voor de toekomst te maken wil de commissie zich een beeld vormen van de ontwikkelingen in de TBS en GGZ tot op heden. Het gevraagde overzicht zal dienen als (basis voor) een hoofdstuk in het rapport dat de commissie zal schrijven.

### Onderzoeksvragen en toelichting

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

**Bijlage 2**

**Geïnterviewde deskundigen**

Mevrouw Mr. E.M. Ballering, Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. J.L. van Emmerik, Dr. F.S. Meijerskliniek, Utrecht

Drs. E. Leuw, WODC, Den Haag

Mevrouw Drs. E.M. Noorlander, TBS-kliniek De Kijvelanden en APZ-Delta, Poortugaal

Mevrouw Drs. V. Pachen, GGZ-Nederland, Utrecht

Prof. Dr. B.C.M. Raes, Vrije Universiteit, Amsterdam