

Behandelduur en verlof in de tbs

*Verslag
Seminar 5 november 2009*

Inhoudsopgave

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Inleiding | 4 |
| Hoofdstuk 1 | |
| Lezing mw. drs. E.M. ten Hoorn Boer, Directeur-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, ministerie van Justitie | 6 |
| Hoofdstuk 2 | |
| Lezing mw. dr. F. Joldersma, lid van de Tweede Kamerfractie van het CDA, lid van de Vaste Kamercommissie voor Justitie en voormalig lid van de commissie Visser inzake de tbs | 10 |
| Hoofdstuk 3 | |
| Lezing drs. J. Poelmann, bestuursvoorzitter Pompestichting, voorzitter Forensisch Netwerk GGZ Nederland | 16 |
| Hoofdstuk 4 | |
| Lezing prof. dr. B.C.M. Raes, hoogleraar forensische psychiatrie aan de RUG en de VU, lid van de penitentiaire kamer van het gerechtshof Arnhem | 24 |
| Hoofdstuk 5 | |
| Interview tbs patiënt van FPC Veldzicht | 32 |
| Hoofdstuk 6 | |
| Lezing mr. S.O. Roosjen, strafrechtadvocaat bij Yspeert wvl advocaten | 38 |
| Hoofdstuk 7 | |
| Lezing dr. W.J. Canton, forensisch psychiater, lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS | 44 |
| Hoofdstuk 8 | |
| Forumdiscussie | 52 |
| Bijlage | |
| Programma seminar | 68 |

Inleiding

Sinds 1 januari 2008 toetst het Adviescollege Verloftoetsing TBS alle door de Forensisch Psychiatrische Centra ingediende aanvragen voor verlof van tbs-gestelden.

Op 5 november 2009 heeft het adviescollege in Slot Zeist een seminar georganiseerd over behandelduur en verlof in de tbs. De behandelduur is in de tbs op dit moment één van de belangrijkste knelpunten. Niet alleen duren behandelingen in de tbs gemiddeld lang, er wordt daarnaast in vrijwel geen enkele tbs-behandeling zicht gegeven op de duur daarvan. Het is wellicht daarom dat veel advocaten hun cliënten tegenwoordig adviseren om niet mee te werken aan psychiatrisch/psychologisch onderzoek. De tbs zou immers wel eens heel lang kunnen duren, terwijl er geen uitzicht bestaat op de beëindiging van de maatregel. Anderzijds is het wezenlijke belang van de tbs onomstreden: het strafrecht heeft behoefte aan een maatregel waarin daders met een ernstige psychiatrische afwijking een behandeling ondergaan die gericht is op een veilige terugkeer in de samenleving. Daarin speelt de verlofpraktijk een belangrijke rol.

Het doel van het seminar was om de knelpunten ten aanzien van de lange behandelduur en het verlof in de tbs te bespreken en eventuele oplossingen aan te dragen. Onder de stimulerende leiding van dagvoorzitter Karel van de Graaf is het thema door sprekers van verschillende disciplines ingeleid. De sprekers hebben vanuit hun achtergrond de diverse facetten van deze problematiek belicht. Daarnaast zijn er cijfers en feiten inzake de behandelduur en de verlofpraktijk gepresenteerd, zoals deze uit intern onderzoek van het adviescollege naar voren zijn gekomen. De

problematiek is verder onder de aandacht gebracht door een interview van dagvoorzitter Karel van de Graaf met een ervaringsdeskundige, te weten een patiënt van Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht die al meer dan twintig jaar in de tbs verblijft. Aan het einde van de dag is tijdens een forumdiscussie door de deelnemers levendig met elkaar en de sprekers gediscussieerd over een aantal prikkelende stellingen.

De deelnemers aan het seminar waren onder meer afkomstig uit de Forensisch Psychiatrische Centra, de Dienst Justitiële Inrichtingen, het ministerie van Justitie, het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie, de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, de advocatuur en de rechterlijke macht. Wegens overweldigende belangstelling moesten na de sluitingstermijn helaas nog de nodige geïnteresseerden worden teleurgesteld, omdat er geen plek meer beschikbaar was.

Het adviescollege kijkt met deze publicatie terug op een geslaagde dag met interessante sprekers, inspirerende discussies en deelname vanuit het gehele spectrum van de tbs. Het adviescollege hoopt door middel van dit seminar een bijdrage te hebben geleverd aan de belangrijke discussie over de oplopende behandelduur in de tbs en de terugloop in het aantal tbs opleggingen, en het in kaart brengen van mogelijke oorzaken, gevolgen en oplossingen.

Mr J.W.P. Verheugt
Voorzitter Adviescollege Verloftoetsing TBS

Hoofdstuk 1

Lezing mw. drs. E.M. ten Hoorn Boer,

Directeur-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, ministerie van Justitie

Allereerst dank voor de uitnodiging om hier te spreken over dit belangrijke onderwerp. In de periode 2000-2008 is de gemiddelde behandelduur gestegen van gemiddeld 5 naar gemiddeld 8,4 jaar, terwijl tbs-gestelden vaak ook al een gevangenisstraf hebben uitgezeten.

De toename in behandelduur roept bij mij, zoals ongetwijfeld ook bij u, een aantal vragen op. Allereerst: is dat nog rechtvaardig?, en al vrij snel daarna: is het nodig? Of, constructiever geformuleerd: kan dat niet anders? Is die lange behandelduur noodzakelijk voor het terugdringen van het recidiverisico? Of is het noodzakelijk voor het welbevinden van de tbs-gestelde? Of staat deze toename los van enige noodzaak, maar is zij een onbedoeld resultaat van een combinatie van beleidsmaatregelen, die ieder op zichzelf weloverwogen zijn?

Ik ben blij dat het Adviescollege Verloftoetsing TBS dit onderwerp vandaag zo prominent op de agenda heeft gezet. Stelselonderhoud, het bevorderen van doorstroom en uitstroom maakten deel uit van de bevindingen van de commissie Visser. Een groot aantal van de aanbevelingen was er dan ook op gericht om de door- en uitstroom uit de tbs-maatregel te vergroten. Naast vergroting van de maatschappelijke veiligheid was het zelfs de belangrijkste pijler onder het rapport. De uitvoering van de aanbevelingen is in 2006 begonnen, in goede samenwerking met de verschillende ketenpartners. Niet alle maatregelen zijn even enthousiast ontvangen, daar ben ik mij wel van bewust. Alle maatregelen dragen echter, direct of indirect, bij aan de vergroting van het draagvlak voor de tbs-maatregel bij publiek en politiek. En dat draagvlak is absoluut noodzakelijk voor een goede uitvoering van de maatregel. Ik ben blij dat dat doel steeds

voor ogen is gehouden. Daardoor hebben we inmiddels verschillende belangrijke resultaten kunnen boeken. U kent ze allemaal, toch noem ik de belangrijkste.

De duur van de voorwaardelijke beëindiging van de tbs met dwangverpleging is verlengd: van drie naar maximaal negen jaar. Dit geeft de mogelijkheid tbs-gestelden van wie de tbs voorwaardelijk is beëindigd, langer te volgen. Dat is in het belang van de maatschappelijke veiligheid, maar kan ook een bijdrage leveren aan de door- en uitstroom. Ik verwacht dat, vanwege de verlengde toezichtsmogelijkheden, de bereidheid van de FPC's om bij het verlengingsadvies bij de rechter een voorwaardelijke beëindiging te adviseren zal toenemen.

Om de terugkeer van tbs-gestelden in de maatschappij meer geleidelijk vorm te geven is het forensisch psychiatrisch toezicht ontwikkeld. Dit is een vorm van samenwerking tussen FPC's en reclasseringsinstellingen waarbij (intensief) toezicht wordt gehouden op tbs-gestelden die zich buiten de kliniek bevinden. Omdat het toezicht in alle fasen van de behandeling kan worden ingesteld loopt het toezicht traploos mee van bijvoorbeeld transmuraal naar proefverlof. Ik heb goede hoop dat dit op termijn een positief effect heeft op de door- en uitstroom. De testfase verloopt volgens de betrokken organisaties positief en wordt op dit moment geëvalueerd; implementatie is voorzien voor begin 2010. Ook de oprichting van het Adviescollege Verloftoetsing TBS, dat blijkens dit seminar méér doet dan alleen verlofaanvragen toetsen, is een belangrijk resultaat. De professionalisering van de verloftoetsing is een aantoonbare verbetering van het tbs-stelsel en een voorwaarde voor de

totstandkoming van een lerende verlofpraktijk.

Deze maatregelen hebben er mede toe geleid dat het aantal onttrekkingen de afgelopen jaren sterk is afgenomen: in 2005 waren nog 73 tbs-gestelden ongeoorloofd afwezig, in 2008 28. In de eerste zes maanden van 2009 is dat aantal verder gedaald tot 11. Ik durf daarom wel te zeggen dat de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel aantoonbaar veiliger is geworden. Een belangrijke verdienste.

Ook een vergevorderd initiatief van het veld zelf kan hier niet onvermeld blijven. De FPC's zijn samen met het EFP bezig met het opzetten van een landelijke database risicotaxaties tbs. De beschikbaarheid van een dergelijke database in combinatie met de recidivemonitor van het WODC kan, hopelijk op korte termijn, zorgen voor een verfijning van risico-inschattingen en aanscherping van de risicotaxatieinstrumenten. Hiermee zal ook een bijdrage worden geleverd aan de maatschappelijke veiligheid.

Bij het vergroten van de maatschappelijke veiligheid zijn, zoals gezegd, aantoonbare resultaten geboekt. Echter, de verblijfsduur is opgelopen. Deze oplopende verblijfsduur heeft voor de klinieken nadrukkelijke, ook organisatorische, consequenties. Of de politiek dan wel de maatschappij een oplopende behandelduur als groot probleem beschouwt, is overigens nog maar de vraag. Naar de oorzaken van de langere verblijfsduur laat ik het WODC nog dit jaar onderzoek verrichten. Dit onderzoek start dit jaar en wordt in de tweede helft van 2010 afgerond.

Oorzaken zijn naar alle waarschijnlijkheid te vinden op verschillende niveaus, zowel in beleid als in uitvoering. Hoewel het niet

gebruikelijk is in Den Haag om op onderzoeksresultaten vooruit te lopen, wil ik hier toch graag enkele mogelijke verklaringen met u doornemen. Elkaar niet uitsluitende oorzaken lijken een rol te kunnen spelen bij de toename in de behandelduur.

Het is mogelijk dat met de nadruk op veiligheid en beveiliging de aandacht voor de kwaliteit van de behandeling onder druk is komen te staan.

FPC's zijn daarnaast wellicht minder geneigd, als gevolg van de druk uit de maatschappij en de politiek, tot het nemen van enig risico in het kader van het verlofbeleid en beëindiging tbs.

Ook zou het kunnen dat rechters met het oog op maatschappelijke veiligheid minder snel de tbs beëindigen dan voorheen. Het zou kunnen dat zij dat risico niet durven nemen.

Vervolginstanties zouden minder bereid kunnen zijn risico's te nemen, waardoor doorplaatsingen naar de GGZ moeizaam zouden kunnen verlopen.

Ook kan gedacht worden aan een veranderende samenstelling van de tbs-populatie. Als de problematiek van tbs-gestelden steeds complexer wordt, dan neemt de behandelduur ook toe.

Aangezien de maatregelen naar aanleiding van 'Visser' recent ingegaan zijn, zullen effecten pas later zichtbaar worden. De vraag is: wanneer?

Zoals gezegd, naar de oorzaken van de toegenomen behandelduur zal het WODC onderzoek verrichten, dat nog dit jaar start. Een belangrijk vraagstuk dat op dit onderzoek volgt is of, met inachtneming van de veiligheid, er toch mogelijkheden zijn om de duur van het verblijf in de kliniek in te korten. Input van het veld zelf in het kader van dit onderzoek en dit vervolgvraagstuk is zonder meer nodig en gewenst.

Andere tendensen die gerelateerd zijn/ lijken aan de oplopende verblijfsduur wil ik hier niet onvermeld laten.

Er lijkt een daling waarneembaar van het aantal opleggingen tbs door de rechter. 118 opleggingen in 2008 tegenover 183 in 2007. Of dit een structurele daling of een tijdelijke is, zal nog moeten blijken. Ook in 1997 en 1998 was sprake van een relatief laag aantal opleggingen tbs. Het aantal opleggingen tbs in 2009 lijkt uit te wijzen dat het aan het eind van dit jaar waarschijnlijk niet hoger zal zijn dan in 2008. Begin 2010 volgt hiervan een nadere analyse.

In het verlengde hiervan zal ook een analyse plaatsvinden van de ontwikkelingen in aantal en aard van de contraire beëindigingen. Er zijn geluiden dat het aantal zogenaamde harde contraire beëindigingen van tbs toeneemt. Mocht dit het geval zijn, dan is het belangrijk om te weten op grond waarvan de rechter tot een ander oordeel komt. Kwalitatief onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Ondertussen heeft de Staatssecretaris voorbereidingen getroffen om een contraire beëindiging altijd met voorwaarden te omkleden, om te voorkomen dat iemand van het ene op het andere moment op de stoep staat, met alle risico's van dien.

De uitkomsten van het WODC-onderzoek en de andere analyses kunnen echter niet worden afgewacht. De realiteit vraagt ons nu al met elkaar in gesprek te gaan over mogelijke verklaringen en knelpunten. Dit congres is een mooie gelegenheid om met alle betrokkenen van gedachten te wisselen over dit probleem.

Hoofdstuk 2

Lezing mw. dr. F. Joldersma,

lid van de Tweede Kamerfractie van het CDA, lid van de Vaste

Kamercommissie voor Justitie en voormalig lid van de commissie Visser

inzake de tbs

Ik wil eerst even stil staan bij hoe er tegen de tbs wordt aangekeken, want als je dat aan verschillende mensen vraagt, aan de burger, de mensen in de klinieken, advocaten, rechters of een Tweede Kamerlid, dan krijg je hele verschillende antwoorden. En natuurlijk zal je ook van de Kamerleden niet allemaal dezelfde opvatting krijgen. Als ik kijk naar de politiek, dan zie ik een groot verschil tussen de vorige regeerperiode en de huidige regeerperiode. Ik heb in de commissie Visser gezeten en heb zowel toen als nu de tbs debatten mogen voeren en dan zie je dat die debatten nu in een soort relatieve rust verlopen. En als je mij zou vragen hoe het met de tbs gaat, dan zou ik zeggen dat het relatief best wel goed gaat. Waar haal ik dat vandaan, want jullie zeggen natuurlijk dat de politiek elke keer op de incidenten reageert, maar toch zie ik een verschil in de toon waarop op incidenten wordt gereageerd. Dat zit ook niet alleen in de politiek, maar ook bij de media. Voordat de parlementaire commissie van start ging, stond het al op de voorpagina als een tbs-er op de vlucht was geslagen en nog maar één dag weg was en nog niks had gedaan. Je ziet nu vaak dat als iemand één dag is ontvlucht of als er iets is gebeurd, dat het niet meteen voorpaginanieuws is maar dat het elders in de krant een kleiner bericht is geworden. Ik zie het ook terug in de debatten. De debatsfeer in de vorige regeerperiode was dat de vlam zo in de pan kon slaan. Iedereen zat omhoog met de vraag wat er bij een groot incident moest gebeuren. Het leefde bij iedereen en mensen waren er bang van geworden. Dat leidde nog al eens tot heel stevige maatregelen en er ontstond een soort kramp bij het ministerie, een kramp bij de politiek en misschien ook wel een kramp bij de instellingen, maar je merkte het heel sterk bij het ministerie want daar

lag een hele grote druk op. Als ik nu kijk hoe dat gaat dan merk ik dat die druk, in ieder geval de politieke druk, een beetje weg is. Natuurlijk zijn we nog alert op incidenten en dat zijn wij niet alleen. Als ik kijk hoe destijds de discussie is gegaan over wat er in Oldenkotte is gebeurd, dan was dat niet zozeer de politiek die daar mee kwam maar het was de ondernemingsraad van Oldenkotte die aangaf wat er gebeurd was. Die zochten de media. En dan kom je ook direct op wat het parlementair onderzoek heeft opgeleverd en wat we daar hebben gedaan. Ik vond het zelf een heel boeiend onderzoek. We zijn bij elkaar gaan zitten en hebben met een heel open vizier gekeken. Er zaten misschien mensen met het idee dat het hele tbs systeem op de schop moest en anderen die het idee hadden dat het best wel goed ging, maar vanuit een heel open zoektocht zijn wij gezamenlijk op zoek gegaan naar de vraag hoe er naar de tbs moet worden gekeken. En wat me opviel tijdens dat jaar dat we bezig zijn geweest, is dat er steeds meer waardering kwam bij de commissieleden voor het tbs systeem. Ook in relatie tot het buitenland, namelijk dat wij het ten opzichte van het buitenland best goed deden.

We hebben een aantal vertrekpunten gehanteerd. Als je het hebt over het behandelen van tbs-ers, dan moet dat altijd binnen het vertrekpunt van de veiligheid van de samenleving. Een ander vertrekpunt wat ik zelf heel belangrijk vond, is de differentiatie. Je kan niet elke tbs-er over dezelfde kam scheren. Dat heeft geresulteerd in zeventien aanbevelingen en je merkt in de discussies in de kamer dat het er toe geleid heeft dat we op een soort zelfde golfrente zijn gaan praten. Ik merkte in de tbs commissie en daarna in de uitwerking van de aanbevelingen dat we een heldere

agenda hadden van wat er moest gebeuren en dat over die agenda en de uitwerking van die aanbevelingen ook helemaal niet veel discussie bestond, althans niet bij ons. Het was duidelijk welke kant we op gingen. En ik zie daar nu nog de resultaten van.

Er is een kamer meerderheid die het tbs systeem wil behouden. Wat gebeurt er nu in de politiek en wat gebeurt er in het debat? Ik merk dat we elkaar iets meer aanspreken op het feit dat we ons meer bewust moeten zijn van de discussie die de tbs in de samenleving los maakt. Dat kwam in de parlementaire commissie ook duidelijk aan bod. Medialogica en het onderzoek van de raad van maatschappelijke ontwikkeling werden daar genoemd. Ik ben me daar heel bewust van als woordvoerder en ik merk het ook aan mijn collega's dat we elkaar daarop aanspreken. Het is heel makkelijk bij de tbs om de vlam in de pan te krijgen en om iets heel groot te maken als er iets kleins is gebeurd en dan zie je dat de hele samenleving daardoor op tilt slaat. Ik zie dat wij elkaar daarop aanspreken en dat het ook consequenties heeft op hoe wij de debatten over de tbs voeren. Wat mij wel verbaasd heeft, is dat de discussie de afgelopen jaren niet bij ons opnieuw is gestart maar dat die discussie binnen de sector is gestart. Ik merkte dat al bij een aantal advocaten die zelfs termen gingen gebruiken van "het hele systeem moet op de schop" terwijl wij bij de parlementaire commissie vonden dat we het grondig hadden bekeken en dat we niet het idee hadden dat het hele systeem op de schop moest. We hadden juist het idee dat je binnen de uitgangspunten van het tbs systeem moet kijken naar de zwakke schakels en die zwakke schakels moet verbeteren. En dat heeft geresulteerd in die zeventien aanbevelingen, maar het lijkt wel alsof we weer een beetje een herhaling van

zetten krijgen dat het grondig mis zou zijn met de tbs. Er zou teveel aandacht zijn voor de veiligheid. Ik sta voor alle discussies open, maar ik vind het jammer als we dat heel groot maken en daarmee het systeem naar beneden halen. Ik vind dat onterecht. Ik denk dat de tbs een goed systeem is. Er zijn dingen in gang gezet die verkeerde effecten kunnen hebben en die hoor ik graag en wil ik graag bespreken, maar we moeten de hele grote discussie niet elke keer weer over doen. We moeten kijken waar we nu staan en waar de knelpunten zitten. Zitten die knelpunten in het tbs systeem als zodanig? Ik vind dat je onderscheid moet maken tussen de tbs en de zogenaamde grimmige samenleving om ons heen, en misschien ook de grimmige politiek. Ik merk dat de discussie in de kamer over dat soort onderwerpen vaak niet over de tbs gaat. Het gaat nu heel vaak over zedendelinquenten en verlot van gedetineerden. Dat ziet niet alleen op de tbs als zodanig, terwijl de burger nog steeds heel erg bang is voor elke tbs-er en ze ook allemaal even gevaarlijk vindt.

Dan nu naar het verlot en de behandelduur. Mijn uitgangspunten zijn daarbij: de behandeling moet vorm krijgen binnen de veiligheid van de samenleving en er is het belang van differentiatie van tbs-ers, zowel in voorzieningen na de behandeling als in de behandeling zelf. Ik vind het moeilijk om de balans op te maken. Dat kan waarschijnlijk beter gedaan worden door mensen uit de praktijk. Het onderzoek dat het ministerie nu laat verrichten, zal misschien ook wat opleveren. Laten we daarbij niet alles over doen, maar ons richten op de punten waar het nu echt in zit zodat we de angels er uit kunnen halen. Als ik kijk naar het verlot en de manier waarop het adviescollege werkt, dan kan ik daar niet uithalen dat het niet

goed zou werken. Het adviescollege zegt zelf ook niet dat ze het ontzettend moeilijk hebben met de verlofbeoordelingen of dat ze grote knelpunten zien. Een belangrijke vraag is of het bestaan van het college ook invloed heeft op de klinieken, in die zin dat er minder snel verlof wordt aangevraagd. Levert dat een soort kramp op bij de klinieken, want dat zou heel jammer zijn. Dat zou dan een goed punt zijn om eens naar te kijken. We hebben het steeds over de lerende verlofpraktijk en wat ik daar nu van zie, is dat het zich vooral op persoonsniveau afspeelt middels de verlofaanvragen en de adviezen. Ik denk dat we de verlofaanvragen op een hoger niveau moeten tillen en in het kader van de lerende verlofpraktijk moeten kijken welke trends we daar in zien. In die trends zit waarschijnlijk iets van het gevoel dat de veiligheid teveel aandacht krijgt en dat er te weinig mogelijkheid is voor de behandeling. Laten we dat dan maar eens aangeven, want je komt het volgens mij niet bij het individuele geval tegen. Blijkbaar zit dat op een niveau waarbij je al die cases naast elkaar gaat leggen.

Dan over de behandellengte. Ik vind het niet verbazingwekkend dat die is opgelopen, dus ik heb me daar tot nu toe ook niet zo vreselijk druk over gemaakt. Ik merk dat het bij de klinieken heel veel oproept en ik het vind het ook van belang om te kijken waar dat precies in zit. Ik denk dat het hebben van long stay de behandelduur zeker heeft verlengd. Dat is op zich niet zo erg, tenzij er veel mensen in de long stay zitten die daar onterecht zitten. Die wellicht geen tbs of een andere vorm van een beschermde omgeving hadden moeten hebben. Dat is voor mij het kenmerkende punt. Het gaat om het geven van een beschermde omgeving. Bij sommige mensen is het nog niet verantwoord om ze

helemaal vrij in de samenleving te laten rondlopen. Ik denk dat de definitie van resocialisatie breder moet zijn. Er zijn verschillende varianten. Bij sommige mensen werkt het zo dat ze levenslang een beschermde omgeving nodig hebben, waar ook een aantal beperkende voorwaarden aan kunnen zitten. Blijkbaar is dat onderscheid binnen de tbs groep moeilijker te maken. Dat kunnen wij niet maken. Dat moet echt bij de professionals liggen. Ik kan me voorstellen dat die differentiatie nog niet goed genoeg van de grond komt. De discussie over long stay en long care is ook net van start. Welke functie kan de long care daarbij krijgen? Heel belangrijk daarbij vind ik de geleidelijke terugkeer. In het geval van een contraire beëindiging moet iemand niet zomaar zonder begeleiding op straat komen te staan. Ik ben een groot voorstander van het forensisch psychiatrisch toezicht, omdat ik denk dat de forensische psychiatrie heel noodzakelijk is voor het toezicht bij mensen met dit soort aandoeningen. Daar moet je een flink stuk expertise voor hebben. Het lijkt mij niet zinnig om die expertise bij de reclassering op te bouwen. Ik vind het logisch dat die expertise van de klinieken komt.

Wat is nu het effect van het verlof en de behandelduur en daar maak ik me wel zorgen over. Ik hoor geluiden dat het toch uiteindelijk kan leiden tot ondermijning van de tbs. Rechters die geen tbs meer opleggen, advocaten die ervoor zorgen dat hun cliënten weigeren om mee te werken aan onderzoek. Dat zijn punten waar we rekening mee moeten houden. Het is de vraag hoe groot die ondermijning is. Ik ben bereid daaraan te werken, omdat ik heel graag het tbs systeem in stand wil houden. We moeten goed kijken of die ondermijning het neveneffect is van ons eigen beleid. Ik

denk dat we in een nieuwe fase zijn aanbeland. We hebben van de Staatssecretaris de laatste voortgangsrapportage ontvangen over de aanbevelingen van de commissie Visser. In die nieuwe fase kan iets zitten van de resultaten van het onderzoek en de geluiden die jullie ons brengen over het verlot en de behandelduur: de afnemende instroom, de capaciteitsbenutting en weigerachtige tbs-ers. Waar ik zelf aan zit te denken, is dat we in de toekomst toe moeten naar één forensische zorg. Niet meer zo hokjesgericht denken. Het moet één forensische zorg worden. Misschien betekent dat dat het onderscheid tussen de tbs-er en de gedetineerde die ook zwaar psychiatrisch gestoord is, zal afnemen. Ook als we straks de wet hebben van verplichte zorg, dan ben je er nog niet helemaal want de BOPZ machtiging heeft een iets ander karakter dan het opleggen van tbs. We kunnen straks veel met aanvullende voorwaarden die opgelegd kunnen worden, ook bij gewone gedetineerden, maar het feit blijft dat het bij gewone gedetineerden na afloop van de voorwaarden tijdens de detentie gewoon ophoudt. Dan is het de vraag of je iets van verplicht forensisch psychiatrisch toezicht moet gaan opleggen. Of je moet voor de groep die we nu geen tbs opleggen, de groep die weigert om mee te werken aan onderzoek en niet ontoerekeningsvatbaar kan worden verklaard, toe naar een ander soort strafrechtelijke maatregel, misschien gekoppeld aan de BOPZ machtiging. Dat is in ieder geval de manier waarop ik er op dit moment over aan het denken ben. Daar wil ik het bij laten.

Hoofdstuk 3

Lezing drs. J. Poelmann,

bestuursvoorzitter Pompestichting, voorzitter Forensisch Netwerk GGZ

Nederland

De heer Poelmann heeft zijn voordracht gehouden naar aanleiding van een PowerPoint presentatie. Deze presentatie is hieronder opgenomen.



**Presentatie symposium ALV
Utrecht 5 november 2009**

Jos Poelmann, Vz RvB Pompestichting, Vz Forensisch Netwerk



Slide 1/32

Op Slot?



Slide 2/32

Conflicterende wensen?

IBO/Commissie Visser:

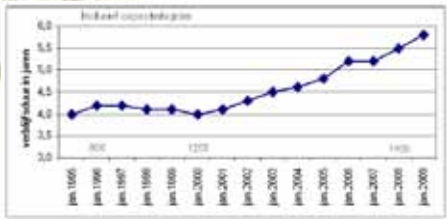

- verblijfsduur verkorten
- risico incidenten bij verlof minimaliseren en recidive terugbrengen

(Bron: DJI)



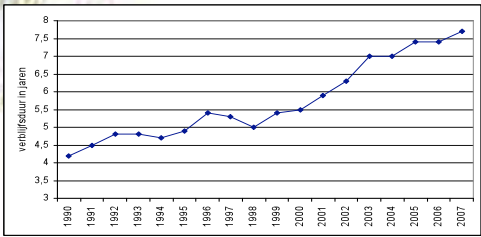


Slide 3/32

Gemiddelde verblijfsduur op peilmoment (Bron: DJI)

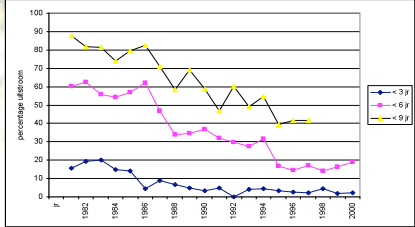
Slide 4/32

Gemiddelde verblijfsduur op basis van uitstroomcohorten in jaren (Bron: DJI)





Slide 5/32

Percentage verblijfsduur beëindigd binnen drie, zes en negen jaar (per instroomcohort)



Hoe nieuwer het instroomjaar in de tbs, hoe trager mensen de TBS uit gaan (lager percentage vertrekkers in 3, 6 en 9 jaar) Bron: DJI



Slide 6/32

Behandelduur neemt fors toe

De meetmethoden tonen een aanmerkelijk oplopende behandelduur in de tbs aan (tot 70% toename)



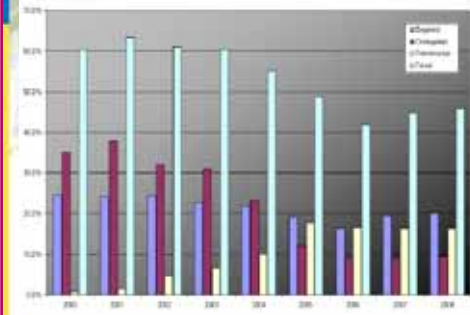
Slide 7/32

Verlof



Slide 8/32

Het aantal verloven per categorie afgezet tegen de bezetting ultimo jaar (Bron: DJI/MITS)



Slide 9/32

Aantal verlofmachtigingen ultimo jaar afgezet tegen de bezetting ultimo jaar (Bron: ALV)

| Jaar | Bezetting | Begeleid | % | Onbegeleid | % | Transmurale | % | Totaal | % |
|------|-----------|----------|-------|------------|-------|-------------|-------|--------|-------|
| 2000 | 1902 | 273 | 14,3% | 309 | 16,2% | 7 | 0,4% | 669 | 35,2% |
| 2001 | 1954 | 286 | 14,6% | 449 | 22,9% | 88 | 4,5% | 738 | 37,8% |
| 2002 | 1236 | 306 | 24,7% | 395 | 32,0% | 58 | 4,7% | 753 | 61,0% |
| 2003 | 1314 | 302 | 22,9% | 411 | 31,3% | 87 | 6,6% | 800 | 60,9% |
| 2004 | 1620 | 386 | 23,8% | 339 | 20,9% | 149 | 9,2% | 782 | 48,3% |
| 2005 | 1661 | 295 | 17,7% | 189 | 11,4% | 244 | 14,7% | 528 | 31,8% |
| 2006 | 1290 | 274 | 21,2% | 152 | 11,8% | 238 | 18,5% | 399 | 30,9% |
| 2007 | 1839 | 358 | 19,5% | 165 | 9,0% | 299 | 16,3% | 422 | 23,0% |
| 2008 | 1918 | 384 | 20,0% | 182 | 9,5% | 312 | 16,3% | 478 | 25,0% |



Slide 10/32

Verlof neemt sinds 2004 (fors) af

- Met name ongeleide verlof neemt met 70% af
- Als effect van nieuwe (stringente) verlofbeleid wordt een verdere daling van het aantal ongeleide verloven verwacht. (citaat: DJI – rapportage)



Slide 11/32

Regelgeving rond verlof

- Veranderingen sinds 2004 (!)
- We onderscheiden:
 - Bvt = wet
 - Rvt = AMvB
 - Ministeriële regeling = lagere regelgeving (sinds 2004/2005 !)

Lagere regelgeving mag niet in strijd zijn met hogere. Dat is soms wel het geval.

(!) naar aanleiding van incidenten 2004 – 2007



Slide 12/32

Verlof intrekken door WET geregeld

Het Hoofd van de Inrichting kan verlof intrekken (Bvt 50.3) indien:

- Noodzaak bescherming van de maatschappij (Bvt)
- Niet nakomen van verlofvoorwaarden (Bvt)



Slide 13/32

Verlof kwijtraken van rechtswege, Lagere wetgeving Rvt/AmvB

- OA langer dan 24 uur (Rvt 53.2)
 - OM meldt dat patiënt als verdachte wordt aangemerkt (> 4jr) (Rvt 53.2)
 - Verlofvoorwaarden overtreden of nieuwe feiten (Rvt 53.3)
 - Bij patroon van incidenten: hele afdeling of FPC geen verlof (Rvt 53.3)
- (de zogenaamde bulkmaatregelen !)



Slide 14/32

Verlof intrekken door MvJ, Lagere regelgeving

- Bij ernstige normschending (subjectief) (lagere regeling !) **het kan dus in principe altijd**
- Geldt ook voor categorale intrekking per afdeling of FPC, bij patronen van incidenten / niet nader omschreven (de zgn. bulkmaatregelen)
- Ontbreken van tijdige evaluatie. (lagere regeling !)



Slide 15/32

Geen of beperkt verlof (lagere regeling sinds 2004)

- Bij lopend indicatietraject longstay (geen !)
- Ongewenst verklaarde vreemdelingen (geen !)
- Ondanks Fokkens: pas aanvragen na 2/3 van straf, dus tot 2/3 (geen !)
- Bij overplaatsing, ook op positieve indicatie (geen !). Nieuwe kliniek moet opnieuw aanvragen: dit is tijdsverlies
- Bij longstay (alleen begeleid !)



Slide 16/32

Beveiligd verlof

- Nieuwe fase in het begeleid verlof (!)
- Beveiligd verlof: een bewaker moet mee
- Een fase van verlof met twee begeleiders.
- Hierin zit een vertragingselement: dienstroosters moeten het toelaten (soms 2 medewerkers), afhankelijk van DV&O / Kostenaspect!



Slide 17/32

Strijdigheid

Lagere wetten zijn soms in strijd met hogere wetten:

- WvSr: geen onderscheid longstay of vreemdelingen bijvoorbeeld
- Lagere ministeriële regeling belemmert rechtspositie (onderscheid soorten Tbs-er en inperkingen per soort)



Slide 18/32

Samenvatting

- Behandelduur 60 – 75% opgelopen.
- Onbegeleid verlof tot 70% afgenomen (bottleneck).
- De bevoegdheden van (het Hoofd van) de Inrichting zijn drastisch ingeperkt door regelingen
- Rechtspositie patiënten is verslechterd door bijv. bulkmaatregelen en administratieve kwesties (evaluatie verlof, zie ook beoordeling toegang longstay)



Slide 19/32

Mogelijke verklaringen ?

- Diagnose: ernstiger problematiek en mate van "behandelbaarheid" (PCL)
- Rechterlijk oordeel: strengere rechters
- Richtlijnen MvJ: stringenter
- **FPC: vermijdingsgedrag ("angst"): vermijden deconfiture door verlof**
- Vervolginstaties: ook minder bereid tot risico
- **Medialogica (na RMO rapport)**
- **Politiek – Maatschappij**



Slide 20/32

Enkele verstreckende gevolgen

- Het lerende behandeldeffect van verlof verdwijnt doordat er geen fouten gemaakt mogen worden (zowel medewerkers als patiënten missen leermoment als gevolg van "minor incidents")
- Advocaten ontraden cliënten Tbs en onderzoek, gestoorde delinquenten komen zonder adequate behandeling weer vrij.
- Rechters zijn (te) lange behandelduur zat (proportionaliteit) en besluiten tot contraire beëindiging. Méér kans op recidive, blijkt uit onderzoek.
- Bij te lange verblijfsduur mist de Tbs zijn effectieve impact op patiënten. Kans op blijvende schade en longstay



Slide 21/32

Medialogica 1

Bron AD

Vuurwapen en wapenstok voor tbs-bewaker

DEN HAAG - Beveiligers die tbs'ers op verlof bewaken, mogen bij een ontsnapping hun schietwapen trekken of een wapenstok gebruiken. Het gebruik van geweld is alleen toegestaan als ze de vluchtende tbs'er vooraf waarschuwen.



Walther_P4_1

Bewaker tbs'er krijgt wapen mee



Slide 22/32

Medialogica 2

Volkskrant/ TNO



Slide 23/32

Medialogica 3

- Proef met stroomslot voor tbs'er op verlof
- 19-12-2006 DEN HAAG - Tbs'ers op verlof worden misschien uitgerust met een stroomslot om hun heen. Minister Ernst
- Hirsch Ballin (Justitie) zei dinsdag tijdens een overleg met de Tweede Kamer dat hij volgende maand zal kijken naar...



Eerdmans eist vertrek directeur tbs-kliniek



'Voorzie tbs'ers van chip'



Slide 24/32

De Sleutel?



Slide 25/32

AI (sterk) verbeterd: niet limitatief

- Kennis en expertise inzake risicotaxatie en risicomangement
- Verlofprocedure (cave bureaucratie)
- In – en externe verlofvoetsing (ALV!)
- De uitvoeringspraktijk (900 medewerkers getraind)
- Snelle opsporing bij OA (rol KLPD)
- Ketensamenwerking (kan beter nog)
- Sterk verbeterde samenwerking FPC's
- Nieuw longstay - beleidskader (waardoor minder "op slot").



Slide 26/32

Afspraak Congres RvdR

- Forum Tbs (i.o.)
- Met kerngroep meest betrokkenen (25)
- Sympathisantengroep van breed maatschappelijke samenstelling (75)
- Het "opnemen" voor het stelsel
- Beïnvloeden (media – politiek)
- Imago verbeteren
- Tegengeluid tegen heersende opvattingen
- Enz.



Slide 27/32

ROM

Routine outcome monitoring, zoals

- Landelijke database risicotaxatie FPC en EFP: net gestart 🤖 🤖 🤖
- Externe monitor WODC

Leveren:

- Een lerende en zich verbeterende verlofpraktijk
- Benchmarking
- Harde uitkomsten, facts and figures



Slide 28/32

Moed en expertise beslissers in eerste aanleg (BC's)

- Bevordering en verbetering besluitvaardigheid door specifiek forensische scholing van (veelal jonge en minder ervaren) BC's of hoofden behandeling
- Landelijke intervisie BC's (lerende praktijk)
- Overige blijvende investering in kennis en ervaring van deze groep.



Slide 29/32

Verbetering hulpverlening aan de achterdeur 1:

- Ketensamenwerking veel méér gericht op de lastige, en verstandelijk gehandicapte uitstromers: (De Maatschappelijke Opvang – Gemeente - Politie- Onderwijs – Woningbouwcoöperaties en werkverschaffing)
- (want met de schiz/psychotische groep zit het langzamerhand wel goed bij de GGZ)
- Aandacht voor ambulante verslavingszorg en verslavingsreclassering.



Slide 30/32

Verbetering hulpverlening aan de achterdeur 2:

- (F) ACT (leren van GGZ) > forensic assertive community treatment.
- Buddy-systeem (pedofiele delinquenten)
- Exodus-achtige voorzieningen



Slide 31/32

Organisatorische kansen

Niet vrijblijvende ketensamenwerking, zoals

- Fusies of consortium – vorming of in elk geval
- Formele samenwerkingen
- Overname van of zelf kunnen inhuren van kleinschalige MO - achtige voorzieningen (opvang – halfway – begeleid wonen – begeleide werkgemeenschappen)
- Beter nog: door middel van een "KETEN DBBC" ?



Slide 32/32

Hoofdstuk 4

Lezing prof. dr. B.C.M. Raes,
hoogleraar forensische psychiatrie aan de RUG en de VU, lid van de
penitentiaire kamer van het gerechtshof Arnhem

Behandelduur in de TBS en commitment

De keuze voor de titel van dit seminar, behandelduur en verlop in de tbs, berust op de zeer waarschijnlijke veronderstelling er een verband bestaat tussen de duur van de intramurale en mogelijk ook van de extramurale tenuitvoerlegging van de maatregel tbs en het verlopbeleid van het ministerie van justitie.

In mijn betoog ga ik niet in op de ingewikkelde manieren waarop de gemiddelde intramurale verblijfsduur te berekenen is. Daarvan hebben anderen dan ik veel meer verstand. Ook ga ik niet uitgebreid in op de consequenties van het aangepaste verlopbeleid. Ik kies er voor om met u te kijken naar de gang van zaken betreffende de individuele tbs-gestelde en het behandelingsstelsel waarin getracht wordt tot vermindering van de kans op recidive te komen.

Wat betreft de intramurale verblijfsduur kies ik er voor te beginnen bij het begin ervan en nog beter gezegd, bij de periode daaraan voorafgaand.

Men kan zeggen dat de intramurale verblijfsduur aanvangt op de dag van opname in een forensisch psychiatrisch centrum, dat wil zeggen een tbs-kliniek of een FPK. Maar de tbs begint te lopen, zoals dat heet, bij combinatievonnissen, bij de ingang van de VI, of na een derde van de straf tijd of wanneer de psychische gesteldheid van betrokkene tijdens de detentieperiode zodanig is dat overplaatsing naar een forensisch psychiatrisch centrum niet op zich kan laten wachten. Bij volledig ontoerekeningsvatbaren gaat de tbs onmiddellijk na het van kracht worden van het vonnis in. Bij al deze modaliteiten kan men de duur van de preventieve hechtenis

nog optellen. Aldus geldt voor onze doelgroep een verblijfsduur in detentie vanaf de preventieve hechtenis, de duur van de detentie zelf en de duur van de passantentijd.

Waarom ik dit zeg, is omdat er geen betrouwbaar longitudinaal onderzoek beschikbaar is gericht op de verhouding tussen de duur van de voorafgaande detentie, al dan niet gedeeltelijk als tbs-passant, en het effect daarvan op de duur van het intramurale verblijf in een forensisch psychiatrisch centrum. In mijn visie is het duidelijk dat het opleggen van de combinatie van een lange gevangenisstraf gevolgd door de tbs-maatregel, ingegeven wordt door de overweging dat betrokkene zo lang mogelijk buiten de samenleving moet blijven. De motivatie van de betrokkene voor behandeling komt dit zeker niet ten goede. Verondersteld mag worden dat het omgekeerde eerder het geval zal zijn. (Sealing off, externaliseren, bagatelliseren, maar ook het omgekeerde: 'ik heb veel nagedacht en weet nu hoe het bij mij zit, ik heb al veel goede gesprekken gehad met de penitentiaire psycholoog of met de pastor').

Van de zogenaamde preklinische interventie is geen substantiële vermindering van de intramurale verblijfsduur te verwachten. Niet onvermeld mag blijven dat het verblijf in de veelal regressie bevorderende structuur van een detentieregime bij een aantal tbs-gestelden tot aangepast gedrag kan leiden. Daarbij is het weer de vraag hoe dat gedrag zich zal ontwikkelen na de overgang naar het in principe therapeutische regiem van een forensisch psychiatrisch centrum, waarin gestreefd wordt naar een toename van de eigen verantwoordelijkheid van de tbs-gestelde.

De vraag naar een eventuele samenhang tussen de gemiddelde intramurale verblijfsduur en het verlofbeleid is behalve van de factoren die ik al genoemd heb, mede afhankelijk van de vraag naar de effectiviteit van de tenuitvoerlegging met betrekking tot het verminderen van het recidiverisico.

Er is een groot aantal variabelen die de effectiviteit van de behandeling gunstig of ongunstig kunnen beïnvloeden.

Ik noem er een aantal zonder de pretentie te hebben volledig te zijn:

- De duur van en de ervaringen tijdens de voorafgaande detentie.
- De houding van de tbs-gestelde ten opzichte van de aan hem opgelegde maatregel.
- De tbs-gestelde die persisteert in de ontkenning van het indexdelict.
- De complexiteit van de kenmerken van de individuele tbs-gestelde.
- Het ontbreken van een extern steun-systeem of eventueel de tegenwerking van significante anderen.
- Het tijdig signaleren van stagnatie in de behandeling.
- Het stagneren van de doorstroming naar een vervolgafdeling met meer vrijheden en verantwoordelijkheden, dit als teken van progressie in de behandeling.
- Het niet onderkennen van tegenoverdracht door het behandelteam.
- Onervaren of frequente wisselingen van behandelcoördinatoren en andere stafleden.
- Door capaciteitsuitbreidingen komen ervaren behandelaren in het middelmanagement terecht en dus op grotere afstand van het primair proces.
- Capaciteitsuitbreidingen hebben een verdunning van de ervaringsdeskundigheid bij de staf tot gevolg.

- Uitbreiding van de forensisch psychiatrische instituten met vestigingen op meerdere locaties kunnen de interne communicatie en continuïteit van beleid nadelig beïnvloeden.
- Toename van de administratieve druk op behandelaren.
- De aanzuigende werking van de long stay afdelingen.
- Strikt vasthouden aan DSM-classificaties die, op de keper beschouwd, ongeschikt zijn voor de behandeling in de forensische psychiatrie.
- Inzet van specifieke deskundigheden waar deze gewenst zijn.

Een onderwerp dat specifieke aandacht vereist, is het verdwijnen van de betekenis van het therapeutische afdelingsmilieu uit de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt). Daarin worden te onderscheiden omschrijvingen gegeven van verzorgen, verplegen en behandelen. Afgezien van het feit dat er binnen de afdelingsteams nog nauwelijks verpleegkundigen werkzaam zijn, wordt door de definitie van verplegen het behandelaspect van het sociotherapeutisch afdelingsteam geheel veronachtzaamd.

Immers, binnen de traditie van de tenuitvoerlegging van de maatregel tbs werd binnen de geslotenheid van de afdeling het contact tussen sociotherapie en de bewoners beschouwd als een omgeving waarin de tbs-gestelde nieuwe emotionele en cognitieve ervaringen kon opdoen en nieuwe vaardigheden kon aanleren. Staf en bewoners worden tegen acting-out gedrag beschermd door de holding environment of containment, die een tbs afdeling kan bieden. Deze termen lijken obsoleet geworden te zijn.

Uit een recente evaluatie van de Bvt bleek dat meer en meer sociotherapeuten hun taak minder opvatten als behandelaren en meer als beveiligers en dan niet in de zin van relationele beveiliging, waarop de tbs zich lange tijd heeft laten voorstaan. Voor diegenen die deze term niet meer kennen: door het intensieve onvermijdelijke contact tussen afdelingsstaf en de bewoners kon tijdig gesignaleerd worden of er geïnterveneerd moest worden door de-escalatie of vormen van afzondering. Relationele beveiliging lijkt grotendeels vervangen te zijn door hoge hekken en elektronische hulpmiddelen.

Sinds het begin van de jaren negentig is er behalve de capaciteitsuitbreiding veel veranderd in de tenuitvoerlegging van de maatregel tbs. Ik noem enkele van deze vernieuwingen:

- De introductie van gestructureerde risicotaxatie instrumenten, zowel te gebruiken als toets voor behandelingsvoortgang als bij verlofaanvragen en verlengingsadviezen.
- Het opstellen van delictanalyses en delictscenario's, met het onderkennen van statische en dynamische risicofactoren en risicomanagement, als ook protectieve factoren.
- Het opstellen van signaleringsplannen en terugvalpreventieplannen.
- Libidoremmende medicatie.
- Het ontwikkelen van doelgroepgerichte behandelingsprogramma's, gericht op de beïnvloeding van dynamische risicofactoren.
- Psycho-educatie, sociale vaardigheidstrainingen, impulscontroletrainingen, cognitieve therapie.

Het lijdt geen twijfel dat al deze vernieuwingen de behandeling in de tbs rationeler gemaakt hebben dan ooit tevoren. De behandeling in de forensische geestelijke gezondheidszorg heeft zich daardoor duidelijker onderscheiden van de behandeling in de algemene geestelijke gezondheidszorg. Immers, de behandeling richt zich niet of niet alleen op de gestelde psychiatrische diagnose maar expliciet op de vermindering van het recidiverisico. Afgewacht moet worden of deze veranderingen ook zullen leiden tot een vermindering van het recidiverisico. In ieder geval zou verwacht kunnen worden dat deze innovaties zouden leiden tot een verkorting van de intramurale verblijfsduur. Dat deze juist langer is geworden, is een reden te meer om de oorzaak te zoeken in het stringenter verloffbeleid.

Een niet onaanzienlijk aantal zaken die in beroep komen bij de Penitentiaire Kamer van het Gerechtshof in Arnhem betreffen weliswaar de kwestie van wel of niet verlengen van de maatregel of een voorwaardelijke beëindiging daarvan. Maar de ondertoon van het betoog van de raadsman en de ter beschikking gestelde betreft vaak het ongenoegen intramuraal uitbehandeld te zijn maar dat resocialisatie als maar uitblijft omdat verlofaanvragen, hetzij door de kliniek hetzij door het adviescollege, al dan niet na langere tijd worden afgewezen.

Ik was en blijf een voorstander van het in stand houden van de maatregel tbs. De maatregel tbs beschouw ik voor velen als een ultimum refugium, met name voor hen voor wie het leven onomkeerbaar lijkt te zijn vast gelopen. Maar het systeem dreigt vast te lopen en haar morele waarde te verliezen. Politiek en samenleving zouden hiervan doordrongen moeten zijn. Vergroting van de capaciteit, in de jaren negentig een forse toename van het aantal opleggingen, thans een duidelijke vermindering hiervan, een achterblijvende uitstroom, de aanzuigende werking van de long stay afdelingen, de langer wordende intramurale verblijfsduur, de combinatie van lange gevangenisstraffen met de maatregel tbs, dit zijn krachten die het systeem doen schudden op haar grondvesten.

Als conclusie stel ik dat de toepassing van de maatregel tbs een steeds meer repressief karakter heeft gekregen.

De politiek en de regering hebben er kortom een potje van gemaakt. Eerst de optimistische nota "TBS, een bijzondere maatregel" uit 1991, gevolgd door een stimulerend IBO rapport daarop aansluitend: "Doelmatig behandelen", binnen enkele jaren gevolgd door een tweede IBO rapport "Doorstromen", volstrekt tegenstrijdig met het eerste IBO rapport, met als belangrijk element de invoer van de output financiering. Dat wil zeggen: om de klinieken meer efficiënt te laten functioneren, wordt de dag verpleegprijs verlaagd na een intramuraal verblijf van zes jaar met de bedoeling door deze financiële prikkel de uitstroom te bevorderen. Dit valt, al dan niet toevallig, samen met de introductie van de tbs long stay afdelingen, waarin patiënten na een behandelingspoging zonder resultaat van tweemaal drie jaar in

twee verschillende inrichtingen, zonder tussenkomst van de rechter, geplaatst kunnen worden. Al met al, enigszins generaliserend, een voorbeeld van het marktgericht denken van de managers op het ministerie.

Intussen werd met veel poeha een uitgebreid verbetertraject tbs ingezet door het ministerie, veel vergaderingen, veel papier, maar weinig resultaat.

En inmiddels is naar aanleiding van enkele incidenten het verlofbeleid van het ministerie zodanig aangescherpt dat dit wel tot een verlenging van de intramurale verblijfsduur moet leiden. Alleen insiders hebben er weet van dat het intrekken van alle verloven van tbs-gestelden naar aanleiding van deze incidenten tot bijna onherstelbaar leed geleid heeft voor diegenen die op de drempel stonden van het beëindigen van de maatregel.

Kortom, de politiek en de regering weten geen onderscheid te maken tussen een populistische ideologie en een op empirische bevindingen en op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd beleid. In plaats daarvan is er sprake van een beleid vol tegenstellingen.

Een nieuwe complicatie is de verplichte indicatiestelling voor vervolgvoorzieningen door het NIFP, weliswaar onafhankelijk, maar direct ressorterend onder de directie van de Dienst Justitiële Inrichtingen. Uitplaatsing naar vervolgvoorzieningen kan hierdoor beperkt worden, ook vanwege het feit dat de reclassering medewerking weigert op grond van een uitspraak van het NIFP. Ik durf dit te stellen vanuit recente ervaringen in de Penitentiare Kamer van het Gerechtshof in Arnhem.

Het opheffen van de tbs zou getuigen van een korte termijn visie. Immers door het opleggen van louter langere gevangenisstraffen wordt de samenleving weliswaar beveiligd, maar de kans op recidive zal vervolgens nog hoger worden dan ze nu al is na afloop van louter gevangenisstraffen.

Ik herhaal: door het inconsequente en tegenstrijdige beleid van het ministerie van justitie wordt het lange tijd door de landen in onze omgeving met afgunst beschouwde tbs-beleid systematisch ondermijnd.

Tenslotte wil ik na deze kritische commentaren uw aandacht vragen voor een aspect dat door alle veranderingen naar de achtergrond verdwenen lijkt te zijn. Wellicht roept dit bij velen van u weerstand op. Ik heb het over commitment, het verkrijgen van commitment van de tbs-gestelde bij zijn behandeling en commitment van de zijde van de behandelaren. Zonder enige vorm van commitment is het onwaarschijnlijk dat een behandelingsrelatie van de grond zal komen, behalve vormen van oppervlakkige aanpassing of persisterend verzet dat zal leiden tot een plaatsing op een long stay afdeling. Op basis van commitment kan de behandeling een perspectief krijgen, ook wat betreft de in het begin geschatte behandelduur en eventuele bestemming na het intramurale verblijf.

Als intermezzo: ik heb leden van het openbaar ministerie meegemaakt die ter zitting meer zorg hadden voor de problemen van de ter beschikking gestelde met zijn behandeling, dan de getuige-deskundige van de kliniek.

Voor zover ik geïnformeerd ben begint het verblijf in een forensisch psychiatrische

instelling met uitgebreide observatie en diagnostiek, vaak door een aparte afdeling van de instelling. Stelt u zich voor dat u na een uitgebreid gedragskundig onderzoek Pro Justitia, contacten met de penitentiaire psycholoog of geconsulteerde psychiater, met de geestelijk verzorger, eindelijk arriveert in de kliniek waarvoor u bestemd bent en de hele gang van zaken begint weer opnieuw, soms wel gedurende enkele maanden.

Ik wil de suggestie doen om een kwalitatief goede rapportage Pro Justitia ook te beschouwen als een startdocument voor de behandeling. Zoals ik elders al eerder gezegd heb, zou men de rapportage Pro Justitia kunnen gebruiken als het begin van een N=1 studie.

Een ervaren forensisch psychiatrische behandelaar neemt kort na opname contact op met de nieuwe patiënt en neemt met hem of haar blad voor blad de rapportage Pro Justitia door. Gedurende dit proces kan uitgezocht worden over welke onderdelen van de rapportage overeenstemming bestaat en waarover niet. Dit kan leiden tot een discussie over onderwerpen zoals levensloop- of persoonsaspecten, die door beide gesprekspartners als problematisch worden gezien. Deze zouden kunnen leiden tot de basis van een behandelplan waarover overeenstemming bereikt kan worden. Tevens zou de deskundige een algemene inschatting kunnen geven over de duur van de behandeling en kan hij zijn voorlopige visie geven op het vervolgtraject.

Een variant hierop zou de narratieve methode kunnen zijn. Vraag de patiënt om zo uitgebreid mogelijk met zijn eigen woorden zijn levensgeschiedenis te vertellen en vergelijk zijn verhaal vervolgens

met hem met de inhoud van de rapportage Pro Justitia.

Beide methoden zouden het commitment van de patiënt ten aanzien van zijn behandeling kunnen bevorderen. Binnen dit contact kan de wenselijkheid van aanvullend onderzoek aan de orde gesteld worden. Immers met de uitslag van een toegepast risicotaxatie-instrument zul je weinig patiënten van de noodzaak tot behandeling kunnen overtuigen.

Hoofdstuk 5

Interview tbs patiënt FPC Veldzicht

Het interview met de ervaringsdeskundige uit FPC Veldzicht is door dagvoorzitter Karel van de Graaf afgenomen.

Hoe oud was je toen je in contact kwam met justitie?

Ik was rond de twaalf, dertien jaar. Ik kreeg een strafoplegging van de rechtbank en daarna mocht ik weer naar huis. De eerste keer ging het om kleine feiten. Ik had wat baldadigheid en rottigheid uitgevoerd. Het ging om vernieling.

Hoe oud was je toen het echt fout ging?

Op mijn twaalfde kwam ik op de LTS terecht. Ik begon te blowen en nam er een beetje drank bij. Vanaf mijn veertiende ging het verder mis. Ik ben toen in de Hunnenberg te Nijmegen terechtgekomen en er werd een voogd aangesteld. Mijn vader weigerde dat echter en dat tolereerde men. Na drie maanden mocht ik weer naar huis zonder voogdij. Daarna is het alsmaar erger worden.

Hoe oud was je toen je echt in problemen kwam?

Op mijn zeventiende begon ik heroïne te gebruiken. Ik had psychische klachten en kwam in aanraking met heroïne. Ik dacht destijds dat heroïne een uitkomst was. Ik begon tevens wapens te dragen en het werd erger en erger. Ook vanwege angst functioneerde ik niet meer goed en ik werd op mijn negentiende veroordeeld tot tbs. Dit was vanwege een zwaar delict. Ik wil liever niet zeggen om wat voor een feit het precies ging. Ik heb naast de tbs maatregel vier jaar gevangenisstraf opgelegd gekregen.

En waar kwam je de eerste vier jaar terecht?

De eerste periode van mijn gevangenisstraf heb ik in diverse Huizen van Bewaring doorgebracht. De reden van alle overplaatsingen was dat ik een moeilijk karakter had en echt lak aan alles had. Ik nam het

allemaal niet zo nauw. Vanwege het vele gebruik van middelen in het Huis van Bewaring kreeg ik er een psychose bovenop. In het Huis van Bewaring kan je zoveel gebruiken als je wilt en dat deed ik ook. Ik zakte steeds verder weg. Vanwege het ontstaan van de psychose ben ik vervroegd in een tbs kliniek gekomen. Ik ben eerst in het Meijers-instituut geplaatst.

Hoe lang duurt de tbs al?

Alles bij elkaar opgeteld verblijf ik al bijna 21 jaar in de tbs.

Heb je iets geleerd in de gevangenis?

In de gevangenis leer je niets. Daar word je achter een deur opgesloten en mag je vier uur op een dag naar een werkzaal. Er zijn wel sociotherapeuten aanwezig, maar geen behandelaars. Er zijn ook geen psychiaters in de gevangenis. En als die er wel zijn dan is het er één op de vijftig of honderd gevangenen. Dat zijn er veel te weinig dus dat werkt niet. In de gevangenis bleef ik doorgaan met het gebruiken van drugs. Ook de andere problemen die ik had, werden niet behandeld. In die tijd vond ik zelf ook niet dat ik een probleem had. Je doet wat je doet en verder houdt niemand er een rem op. Wat ze vroeger al aan behandeling deden, deden ze daar helemaal niet. Ik zakte eigenlijk steeds verder weg.

Dan kom je na anderhalf jaar in een tbs kliniek en dan gaan ze onmiddellijk een fantastische behandeling met je starten.

Was het maar zo dat ze je direct behandelen als je in de tbs kliniek komt. Eerst laten ze je een tijdje lopen en observeren ze je. Je komt trouwens eerst in het Pieter Baan Centrum terecht voordat je tbs krijgt. Volgens de rechtbank zou ik na tweeënhal jaar weer op straat staan. Inmiddels duurt mijn behandeling echter al twintig jaar. Je stelt jezelf dan

wel allerlei vragen over hoe dat zo kan gaan.

Laten we bij het begin blijven, wat gingen ze met je doen in de eerste kliniek waar je terecht kwam?

Ze hebben me in de kliniek waar ik het eerst terecht kwam medicijnen gegeven. Ik liep er toen als een zombie bij. Ik was me van niets bewust. Je beseft dat het niet allemaal goed zit maar wat het precies is, weet je niet. Na zo'n vier of vijf jaar kwam ik in de problemen en vaak in de isoleercel terecht. Ik heb daarna gezegd dat ik de medicatie die ik kreeg, Semap, niet meer wilde hebben. Ze hebben mij toen een ander medicijn voorgeschreven waardoor ik weer helder van geest werd. Daarna raakte ik aan de beterende hand. Ik had weliswaar nog niet helemaal door dat mijn problemen zo ernstig waren dat ik die zelf niet kon oplossen. Ze kunnen nog zo praten met je wat ze willen, maar als bij jezelf de knoppen niet omgaan dan blijf je nog steeds in het niemandsland functioneren.

Maar mag ik het op z'n Rotterdams samenvatten; je liep eigenlijk je tijd te verkloten en de tijd van die kliniek.

Niemand wist eigenlijk precies wat er aan de hand was en dan kan je wel makkelijk de schuld bij de kliniek leggen, maar ik heb eerst ook in een andere kliniek gezeten. Het blijft dan voor iedereen een raadsel. Ik heb ongeveer vijftien jaar in Oldenkotte gezeten en nu verblijf ik in Veldzicht.

Destijds ging het zo dat je verlof kreeg en dan eens wegliep. De tbs stond toen nog niet zo in het daglicht als nu en de long stay bestond nog niet. Een tweede kliniek was aanvankelijk ook niet aan de orde. Tegenwoordig wordt er gezegd dat je daar niet meer uitkomt.

Maar verwijt je het de kliniek niet dat ze je niet harder hebben aangepakt?

Ik verwijt het niemand dat ze me niet harder hebben aangepakt. Het is heel simpel, als ze niet weten wat er aan de hand is, dan houdt het op. Er worden wel van allerlei dingen met je geprobeerd.

Maar weet je wat ik niet snap, als je mij opsluit dan lijkt me dat afschuwelijk. Maar het lijkt wel alsof jij het helemaal niet afschuwelijk vond.

Ik heb wel zware tijden gekend. Ik ging de isoleercel in en uit, werd meermalen gesepareerd en moest voor het minste of geringste mijn kamer op. Dan moest je weer praten en een programmaatje volgen. Het is allemaal niet makkelijk maar dat is nu allemaal achter mij. De laatste vijf jaar gaat het namelijk best goed met mij.

Maar als je niet in de isoleer zat, hoe vond je het dan om in die kliniek te zitten want daar heb je tien tot twaalf jaar gezeten?

In de periode waarin je niet in de isoleer verblijft, ben je ook verdoofd. In de kliniek waar ik eerder verbleef, heb ik namelijk ook nog lange tijd middelen gebruikt. Ik deed daar eigenlijk waar ik zin in had. Drank kon ik zo af en toe ook meenemen. Ik ben ook wel eens weggelopen, dan bouwde ik een feestje en kwam ik na een paar dagen weer terug bij de kliniek.

Het is niet zo dat het gezellig is hoor. Je houdt jezelf voor de gek. De dagen wisselen, zo gaat het jaar in jaar uit. Maandag is het een blijde dag, dinsdag is het een rottdag, woensdag is het iets minder en donderdag is het weer een leuke dag. Zo moet je het eigenlijk zien, maar een mens kan veel aan.

Maar wanneer is bij jou het kwartje gevallen dat jij een probleem had, dat jij het grootste probleem was, dat jij eraan moest werken?

Een jaar of vijf, zes geleden is bij mij het

kwartje gevallen dat ik een probleem had. Dat was net voordat ik naar Veldzicht ging. Ik ging op proefverlof naar Wolfheze. Er kwam een psychiater bij me die zei dat de kliniek zich moest schamen dat ik al zo lang in deze situatie verkeerde. Ik heb toen een nieuw medicijn gekregen waarna bij mij de knop omging. Ik werd daar veel bewuster van en besepte dat ik een drankprobleem had. Ik werd me ervan bewust dat het gebruiken van veel drank bij mij problemen veroorzaakt. Ik kwam toen op de resocialisatieafdeling van Wolfheze terecht. Daar ging het eerst goed, maar na een paar maanden begon ik toch weer te drinken. Ik heb altijd gedacht dat ik slechts een sociaal drinker was, maar dat bleek dus toch anders te zijn. Ik heb in een uitgaansgelegenheid een incident veroorzaakt dat een beetje in de buurt kwam van mijn indexdelict. Ik ben daarom teruggestuurd naar Oldenkotte. Na een tijdje mocht ik naar Veldzicht.

Maar wacht even, dat gebeurt, dan word je terug gestuurd en wat zeg je dan tegen jezelf als je in de spiegel kijkt?

Net voordat Oldenkotte zou adviseren tot voorwaardelijke beëindiging deed het incident dat ik net noemde zich voor. Ik gooide eigenlijk alles weg. Ik zou echter dicht bij mijn huis, mijn woonplaats, gaan wonen en als ik daar al had gewoond dan was ik nog meer kwijt geweest. Nu is de schade nog beperkt gebleven. In Veldzicht heb ik toen weer veel gesprekken met de psychiater gehad over onder andere alcohol, drugs, medicijnen en preventie. Dat ging op zich allemaal goed. Ik zat op pre-resocialisatieafdeling De Toets, toen een bekende medepatiënt, Wilhelm S., wegliep.

Heb je één resocialisatiepoging gedaan in Wolfheze?
Nee, ik heb er meerdere gehad. Eentje in Groot Gaffel in Didam, maar daar gingen de

jongens zelfs van tevoren weddenschappen afsluiten over hoe lang ik het zou volhouden. Als je normaal zou kijken, dan kon je al zien dat het niet goed zou gaan.

Sluiten ze bij alle resocialisatiepogingen weddenschappen af?

Bij een hele hoop jongens gaat dat binnen zo.

Vonden ze in dit geval echt dat je er niet aan toe was? Je maten vonden dat je er niet aan toe was, maar de leiding stuurde je er gewoon naar toe?

Ja.

Maar wat dacht je zelf?

Ik vond het wel leuk. Ik was in ieder geval weg daar.

En dat ging mis. Had je zelf door dat het mis ging?

Na twee weken kon ik mijn bed niet meer uit. Het was een totaal verkeerde plek. Achteraf zeiden ze ook dat het het geen goede plek voor me was. Ik ging op een gegeven moment drank naar binnen meenemen en het ging helemaal mis. Ik zat op de psychiatrische afdeling. De mensen daar sprak ik dan aan op de meest simpele dingetjes, maar die worden dan bang omdat je een tbs titel hebt. Ze denken van tevoren al dat je ze gaat slaan. Het verblijf daar is nooit echt een goede resocialisatiepoging geweest.

Zijn er nog meer resocialisatiepogingen fout gegaan?

Ik heb twee keer in Enschede op De Wiem gezeten. Dat is een dependance van Oldenkotte. Dat was in 1994. Ik werd in 1991 ziek verklaard en als je dan ziet dat ik in 1994 al op een resocialisatieafdeling zit, dan kan je je afvragen bij wie de fout ligt, bij de patiënt of bij de behandeling.

We springen weer even vooruit in de tijd. Je zat op De Toets in Veldzicht.

Dat is een pre-resocialisatieafdeling, een voorloper voor de echte resocialisatieafdeling. Die zit in de kliniek en daar gaan ze je observeren en kijken wat je kan en wat je hebt geleerd binnen de kliniek. Dat pas je daar dan toe en dan kijken ze of je naar resocialisatieafdeling De Beuk kan. Daar zou ik toen naartoe gaan, ik moest nog een week, maar op dat moment liep Wilhelm S. weg. Op een gegeven moment werd ik net als vele anderen teruggefloten en toen zaten we met zijn allen weer binnen. De verloven werden stopgezet en de mensen die met transmuraal verlof of proefverlof waren, werden allemaal teruggezonden naar Veldzicht of naar Kamp Zeist. Ik heb het aangevochten, maar ik heb het verloren omdat ik te laat was met het indienen van een bezwaarschrift.

Ik ben negen maanden teruggezonden naar een verslavingsafdeling, omdat het alcoholprobleem nog bestond en ik ben vervolgens weer begonnen op De Toets. De verloven werden opnieuw aangevraagd, maar die werden afgekeurd. Allemaal onder het mom van dat ik eerst een alcoholmodule moest doen en dat ze het nog niet wisten.

Maar ze wisten het een week voordat Wilhelm S. wegliep wel en toen stond je op het punt om naar buiten te gaan. Alleen omdat iemand anders een gruwelijke moord pleegde, werd jij met alle anderen teruggehaald. Hoeveel tijd heeft je dat gekost?

Dat was in 2005. Het is nu 2009, dus ongeveer vier jaar. Nu zit ik in een huisje naast de kliniek en het gaat op zich goed. Achteraf gezien kan je boos worden en het van de daken schreeuwen, maar daar heb je alleen jezelf mee. Je moet het accepteren of je het nu leuk vindt of niet.

Beklaag jij je over de zestien jaar voor Wilhelm S.?

Ja en nee. Als niemand het weet en er wordt geen rem op je gezet en er worden verkeerde diagnoses gesteld, dan kan je wel de schuld leggen bij de behandelaars en daar ligt denk ik wel het grootste deel, maar wat moet je er aan doen? Ik was zelf ook niet makkelijk. Ik was een hele moeilijke jongen. Maar als je kijkt naar de diagnose van het Pieter Baan Centrum, het feit dat de strafeis maximaal twee en een half jaar was en dat ik in 1994 al op De Wiem zat, dan moet je je wel afvragen wie er nu fout zat.

Toen ik je in Veldzicht sprak, maakte je verschil tussen de jaren voor Wilhelm S. en de jaren daarna.

Ik ben natuurlijk ook een stukje ouder geworden. Ik was negentien toen ik in de tbs kwam en was baldadig. Dan neem je het leven niet zo nauw. Ik ben nu veel ouder en dan ga je het allemaal wat anders bekijken.

Je was ten tijde van Wilhelm S. niet gevaarlijker of minder gevaarlijk dan voor die tijd?

Wat maakt je een dag later gevaarlijk omdat iemand anders iets heeft gedaan? Maar zo is het wel gegaan om het publiek tevreden te stellen.

Wanneer verwacht je de beëindiging van de tbs maatregel?

Ik sta er op het moment wel goed voor. Te lang doorsukkelen is ook niet goed, want hospitalisatie speelt natuurlijk ook mee. Daar heb ik nu een beetje last van. Ook van wantrouwen. Er zijn zoveel dingen beloofd al die jaren en elke dag neem je daar wat van mee, maar er gaat niets vanaf. Je hebt met zoveel mensen van doen en zoveel meegemaakt.

Kijk je er naar uit? Lijkt het je alleen maar een bevrijding of vind je het ook eng?

Nee, eng niet, maar bevredigend ook niet.

Het wordt tijd dat ik van die hulpverleners verlost word. Mijn wens is om mijn eigen leven in te delen en mijn eigen dingen weer te doen. Zoveel mogelijk weg van de bemoeienissen. Waar het nodig is, is het prima want je kan het niet meteen alleen, maar niet meer zoals de afgelopen jaren.

Heeft de tbs ook iets goeds voor je gedaan?

Het heeft me gemaakt tot wie ik nu ben. Dat is wel positief, maar als ik in de gevangenis had gezeten dan was ik er in zeven of acht jaar weer uit geweest. Achteraf bezien is het koffiedik kijken of dat goed is geweest. Ik ben er uiteindelijk wel beter van geworden.

Hoofdstuk 6

Lezing mr. S.O. Roosjen,
strafrechtadvocaat bij Yspeert wvl advocaten

Hoe langer de tbs duurt, hoe eerder het met de tbs is afgelopen

De toekomst van de tbs staat enigszins op het spel. Vandaar de titel van mijn praatje. De behandelduur in de tbs loopt op. Daar kunnen allerlei oorzaken voor genoemd worden: de uitstroom is al jaren moeilijk en de eisen aan het verlop worden steeds stringenter. Misschien heeft de hele wereld inmiddels ook een angst om riskante maar op zich wel terechte beslissingen te nemen, want dan vallen ze allemaal over je heen als er iets fout is gegaan. Die beslissing hoeft trouwens helemaal niet fout zijn, maar zo wordt het in de maatschappij wel ervaren. Je komt eerder in de long stay terecht dan vroeger het geval was. Het resultaat is een opgelopen behandelduur. De tbs wordt daardoor onaantrekkelijker, niet alleen voor de tbs-er zelf maar ook voor de potentiële tbs-ers, die moeten gaan nadenken of ze wel of niet willen meewerken. Het gevolg daarvan is weer dat advocaten, waaronder ik zelf, regelmatig met hun cliënten in gesprek moeten over de vraag: 'wil je meewerken aan een onderzoek, wil je het risico lopen dat jij straks in de tbs verzeild raakt?'

Een korte opmerking over de positie van de advocaat. De advocaat is de volstrekt eenzijdige belangenbehartiger van zijn cliënt. Daarbij mag hij oogkleppen opzetten en mag hij lak hebben aan de belangen van de maatschappij. Ook al is het voor iedereen klip en klaar dat een bepaald persoon geholpen moet worden en misschien alleen in de tbs geholpen kan worden, dan is het nog, als hij zegt dat hij het om hem moverende redenen niet wil, jouw taak om als advocaat te kijken wat het beste resultaat is dat je voor je cliënt kan behalen. En dat de maatschappij ermee gediend is dat hij behandeld wordt omdat hij dan op een

gegeven moment als veiliger weer naar buiten gaat, dat mag zo zijn maar het is niet de taak van de advocaat om daar de nadruk op te leggen. Dat betekent overigens niet dat je als advocaat niet met je cliënt daarover praat. Het komt bij mij regelmatig voor dat ik door verdachten, die bijvoorbeeld in eerste instantie tbs opgelegd hebben gekregen of er dreigt in hoger beroep alsnog een tbs oplegging, wordt gevraagd wat ze moeten doen. Wat is verstandig? Dat is best moeilijk. Ik adviseer mijn cliënten dan en daar ben ik altijd eerlijk in. Ik zeg ook tegen sommige cliënten: 'voor jou zou het in mijn inschatting het beste zijn wat je kan doen om wel de tbs in te gaan'. Als iemand al een peloton mislukte hulpverleners achter zich aan heeft laten lopen en elke keer als diegene vrijkwam is het misgegaan, dan kan je op een gegeven moment ook tegen je cliënt zeggen: 'wat wil je nu, een gevangenisstraf en dan weer vrijkomen en dan?' Dan kan ik uittellen wat er gebeurt. Daar ben ik eerlijk in. Ik hou het ze voor en soms leidt dat tot grote ruzies, maar ik vind wel dat ik ze het moet zeggen. Alleen de cliënt is diegene die uiteindelijk de knoop moet doorhakken. Dat kan de advocaat niet voor hem doen. Ik adviseer iemand, maar de cliënt maakt uiteindelijk de keuze. En als advocaat heb je die keuze te respecteren. Een kleine mits aan de zijkant: als advocaat kan je op een gegeven moment tegen een cliënt zeggen 'dit is zo oeverloos en doelloos wat jij nu wil, hier ga ik niet in mee, ik zet een punt achter mijn werkzaamheden voor jou als advocaat'. Je bent niet verplicht als advocaat in alles mee te gaan. Maar je gaat over het algemeen wel ver met iemand mee, ook omdat je in je achterhoofd moet houden dat die persoon soms een laag IQ heeft of een stoornis heeft en het allemaal dus niet zo rationeel of

netjes kan beredeneren als jij doet. Daar hoor je ook rekening mee te houden, want voor een cliënt is het vaak heel traumatiserend als een advocaat zegt: 'je zoekt maar een andere advocaat'. Die wordt natuurlijk wel weer gevonden, maar het heeft veel vertraging tot gevolg en daar wordt het vaak uiteindelijk niet beter van. Maar de cliënt is uiteindelijk degene die beslist wat hij doet. Een cliënt moet ook beslissen of hij meewerkt aan een onderzoek in het Pieter Baan Centrum. De grootste reden om niet mee te werken, is het imago van de tbs. Niet alleen in de maatschappij, maar ook onder criminelen. Daar heeft de tbs ook een buitengewoon beroerd imago. En het wordt er door alle krantenkoppen niet beter op. In de regel zeggen ze: 'al sluit je me twintig jaar op, dat is beter dan die tbs'. Op zich wel een begrijpelijke en logische reactie. Je bespreekt dan met zo iemand de verschillende zaken die aan de orde kunnen komen. En één van die zaken is bijvoorbeeld dat je nu misschien niet meewerkt, maar dat er oude rapporten over je zijn. De wet voorziet in de mogelijkheid dat als iemand niet wil meewerken, hij op basis van oude rapporten alsnog tbs kan krijgen. Je moet ook de kans afwegen dat uit een onderzoek uiteindelijk het tbs advies rolt. Soms worden ook andere dingen geadviseerd en dan is het soms in het belang van je cliënt dat juist die andere behandelopties in beeld komen. Het is allemaal een beetje natte vingerwerk om dat in te schatten, maar het is wel een belangrijke afweging. Ook van belang is de inschatting hoeveel een gevangenisstraf extra hoger wordt als er geen tbs maatregel wordt opgelegd. Want die neiging bestaat bij rechters natuurlijk ook, om daar wat aan te doen. Het zijn communicerende vaten. Ook van belang is de inschatting van de kans op succes van een behandeling in de tbs. Daar speelt de

voorgeschiedenis een grote rol bij en ook de gang van zaken in de tbs. Hoe gaan ze met mensen als jij om. Een andere inschatting is de kans dat een tbs-er de weigering weet vol te houden. Want in de goede oude tijd ging je maar drie dagen naar het Pieter Baan Centrum en als je drie dagen nee riep tegen alles, dan werd je weer teruggestuurd. En dan was je er vanaf. Nu zit je er zeven weken en moet je zeven weken consequent weigeren. En weigeren betreft niet alleen het niet aangaan van gesprekken met psychiaters, maar je moet je in feite ook onttrekken aan het samen koken en samen corvee doen. Want bij alles wat je doet, wordt je geobserveerd en wordt er geprobeerd om alsnog een rapport over jou boven tafel te krijgen op basis waarvan misschien tbs opgelegd kan worden. Lang niet alle potentiële tbs-ers houden dat vol. Soms is de stoornis zo groot dat ze binnen de kortste keren uit hun cel gelokt worden en ondertussen alsnog geobserveerd worden en er een rapport uitrolt. Allemaal dingen die je meeneemt, maar uiteindelijk is de cliënt degene die beslist wat hij gaat doen of wat hij niet gaat doen. De advocaat speelt daarbij een rol, maar speelt daarbij de rol die hij altijd al gehad heeft en in mijn ogen geen kwalijke rol, maar een goede rol. Als de tbs aantrekkelijker zou zijn, dan zegt de advocaat eerder tegen zijn cliënt: 'als ik jou was, zou ik voor de tbs kiezen'. Kortom, de tbs moet aantrekkelijker worden.

De tbs staat onder vuur in de maatschappij en we hebben vandaag gehoord dat er een grote terugloop is in het aantal opleggingen van de tbs. Ik ben buitengewoon benieuwd naar de oorzaken daarvan, maar het is op zich een verontrustende ontwikkeling. Als dat doorgaat en het te maken heeft met de steeds langere behandelduur, dan sterft de tbs op enig moment een al dan niet schone

dood. Willen we dat? En hoeveel krediet hebben we nog naar de maatschappij? Zou het niet goed zo kunnen zijn dat de maatschappij op een gegeven moment zegt: 'mooi, opgeruimd staat netjes'. En dat het ministerie zegt: 'ja, die tbs is eigenlijk ook wel verrekke duur'. Ik kan me voorstellen dat tbs-ers behandelen een aanmerkelijk stuk duurder is dan ze in de gevangenis opsluiten. En als het ministerie volgend jaar twintig procent moet gaan bezuinigen, waar moet dat dan vandaan komen. Dat zijn allemaal omstandigheden om rekening mee te houden en over na te denken.

De terugloop in het aantal opleggingen zou te maken kunnen hebben met het aantal weigerende observandi in het Pieter Baan Centrum. Het zou ook te maken kunnen hebben met rechters die denken: de tbs duurt inmiddels zo vreselijk lang, ik hoor er zoveel vreselijke dingen over, ik ga toch maar wat anders kiezen. Waar ik eerder een tbs zou opleggen, kies ik nu voor een andere lichtere variatie. Het zou ook kunnen dat de deskundigen die adviseren over het al dan niet opleggen van de tbs eerder naar alternatieven uitwijken, omdat zij ook weten wat de impact van een tbs behandeling voor iemand is. Het zou ook kunnen dat de maatschappij minder crimineel geworden is. Dat zijn kreten waar ik zelf weinig mee kan, zij het dat er in de strafrecht advocatuur een duidelijke teneur is dat het aantal strafzittingen terugloopt. Bij rechtbanken merkt men dat het aantal zittingen dat gepland is ook niet gehaald wordt. Er worden al strafrechters overgeheveld naar andere sectoren. Dat staat helemaal haaks op wat een gemiddeld Kamerlid maar roept en wat een gemiddelde krantenlezer soms lijkt te denken, namelijk dat het alleen maar slechter gaat. Er zijn tekenen die de andere kant op

wijzen. Ik ben geen onderzoeker, maar ik merk het zelf in mijn eigen praktijk.

Als de terugloop van het aantal opleggingen ligt aan het langer worden van de tbs behandeling, dan zijn er mogelijk wat oplossingen. Belangrijk is dat de behandelduur teruggebracht zou kunnen worden door een betere uitstroom te verzorgen. Dat is een voortdurende bron van discussie en ik maak het ook regelmatig op zittingen mee dat het zoeken is naar een instantie die de tbs-er wil opnemen: een woningbouwvereniging die een woning ter beschikking wil stellen of een sociaal pension waar iemand terecht kan. Dat wordt allemaal steeds moeilijker, ook door het negatieve beeld van de tbs-er. Daardoor blijft de tbs behandelaar weer langer met zijn tbs-er zitten, met alle frustraties van dien. Die gaat weer gekke dingen doen en dat is een reden om de tbs maatregel weer te verlengen en zo zit je in een vicieuze cirkel. De uitstroom moet beter.

Het verlofbeleid moet ook beter. Het verlofbeleid is de laatste jaren aangescherpt. Het kan helemaal geen kwaad dat dat professioneler gebeurt. Ik vroeg me eerder ook wel eens af waarom de ene tbs-er zo vroeg op verlof mocht en de andere helemaal niet. Tbs-ers doen niets anders dan er ook onderling over praten en snappen er soms helemaal niets van. Het is goed dat het professioneler gaat, maar het zou allemaal sneller moeten. Volgens mij wordt ook het belang van het verlof voor de tbs-er onderschat. Je moet niet alleen iemand op verlof sturen als hij er aan toe is qua resocialisatie of in het geval van die ene uitzonderlijke situatie dat zijn oma op sterven ligt, maar je moet het eigenlijk standaard doen. Na één jaar heeft een tbs-er recht op verlof, tenzij hele zwaarwegende

omstandigheden zeggen dat dat niet kan. Want verlof is ook belangrijk om ervoor te zorgen dat je buiten komt, dat je de maatschappij weer ziet, dat je gemotiveerd raakt voor je behandeling. Het is zo ontzettend belangrijk om perspectief te blijven zien. En dat gebeurt in mijn ogen veel te weinig. Er zitten tegenwoordig allemaal idiote regels aan het verlofbeleid. Als een wraakzuchtige ex bedenkt aangifte te doen van huiselijk geweld wat drie jaar geleden zou zijn gepleegd, dan betekent dat op dit moment automatisch dat je je verlof kwijt bent. Leg dat maar eens aan iemand uit.

Waar ik recent ook tegenaan gelopen ben, is dat bij een cliënt die overgeplaatst is van De Kijvelanden naar een nieuwe kliniek FPC 2landen, op basis van de nieuwe regels bij een overplaatsing het verlof helemaal stil gelegd wordt. Nu is mijn cliënt beloofd dat hij voor een versnelde herstart van zijn verlof in aanmerking zou komen en dat is ook logisch omdat FPC 2landen voor de helft van De Kijvelanden is. Behandelaars van De Kijvelanden werken ook in de 2landen en kennen de patiënt. Alle rationele argumenten dat je eerst iemand moet leren kennen en dat ze niet weten met wie ze te maken hebben, die gelden allemaal niet. Het wrange is dat er een versnelde verlofprocedure mogelijk zou zijn, maar nu loopt er al meer dan twee maanden een onderzoek omdat de 2landen een onafhankelijke rechtspersoon zou zijn. Dat moet eerst worden uitgezocht en als ze dat weten, dan kan worden bekeken of hij in aanmerking komt voor de versnelde procedure dan wel de oude langzame procedure, en dat uitzoeken duurt dan weer zo lang. Ik kan er niks mee. Volstrekt idioot. Het is dezelfde klant die niets fout gedaan heeft en die graag wil resocialiseren vanuit Rotterdam. Ik kan het mijn klanten niet

uitleggen.

De kwaliteit van de behandeling moet ook beter. Er moet veel minder verloop komen in behandelcoördinatoren. Ik heb cliënten die in zeven jaar tijd acht verschillende behandelcoördinatoren hebben gehad. Hoe kan je een vertrouwensband opbouwen met iemand die je net ziet en bij wie je je hart hebt uitgestort, waarna deze behandelaar weggaat en de volgende zegt: 'sorry, ik ken jou niet, we beginnen van voren af aan, ik ga niet verder waar mijn voorganger gebleven is'. Misschien wordt dat wel gekweekt door de huidige cultuur waarin iemand er op afgerekend wordt als hij zijn nek uitsteekt. Je moet risico's durven nemen en dan mag het best mis gaan, als je maar kan uitleggen waarom je de beslissing genomen hebt die je hebt genomen. Dan moet van hogerhand door de minister maar ruggengraat getoond worden door te zeggen: 'ik sta er voor en ik blijf er voor staan'. Politieke rugdekking is nodig, want anders legt de tbs via een omweg het loodje. Er moet meer beklag mogelijk zijn. Verlof kan om allerlei redenen niet doorgaan, zonder dat de tbs-er er iets mee kan. Een keer te weinig personeel kan, maar ik maak mensen mee die van de acht keer die ze op verlof zouden gaan zes keer niet zijn gegaan omdat er geen personeel was. En ze kunnen er niets tegen doen. Er zijn geen juridische mogelijkheden tegen. Dat is niet uit te leggen en niet te begrijpen. Nog een praktische oplossing om behandelaars meer tijd te geven voor behandelen in plaats van overloos in de trein te zitten naar de andere kant van het land: laat de tbs verlengingszittingen plaats vinden door de rechtbank vlakbij de kliniek. Dat zou op jaarbasis heel veel tijd besparen, zowel voor de deskundige als de tbs-er. Er moet ook een afdwingbaar recht op behandeling komen. Dat bestaat nu niet.

Een tbs-er krijgt dwangbehandeling, maar soms gebeurt er niets. Ik heb een cliënt die al anderhalf jaar wacht op behandeling. Hij staat op allerlei wachtlijsten voor therapieën, maar er gebeurt niets. En je hebt geen enkel rechtsmiddel daartegen. De diversificatie in de long stay moet voorts heel snel vorm krijgen. Want als we eenmaal long care instellingen hebben, waar mensen zitten die helemaal niet zo gevaarlijk zijn maar waarop een oogje in het zeil moet worden gehouden en het gaat een tijdje goed, dan heeft de GGZ geen argument meer om ze niet naar hen over te hevelen. Dat kan de doorstroom bevorderen.

Het terugbrengen van de behandelduur en imago- verandering is zinloos zonder positieve pers. Daarom ook mijn stelling: 'zonder positieve pers heeft de tbs geen toekomst'. De politiek is en blijft buitengewoon gevoelig voor incidenten. De politiek durft nog steeds de discussie niet aan met mensen die populistische argumenten gebruiken. Als de tbs goed is, en die is goed, dan moet je daar de discussie mee durven aangaan. Het gaat eens op de zoveel keer fout, maar wat is het alternatief? Men kijkt nooit naar de recidivecijfers van de gevangenispopulatie. 70% recidiveert binnen vijf jaar en binnen de tbs ligt dat cijfer op 20 tot 23%. Het is raar dat de politiek daar niets over roept en zegt dat het een groot schandaal is. Het is focussen op een kleine groep die uitvergroet wordt en waarbij alleen maar de kwalijke kanten uitgelicht worden. We moeten kritisch naar onszelf blijven kijken, maar we moeten weigeren om eenzijdig in een hoek gezet te worden. Er moet positief naar buiten treden geworden over de tbs. Mijn collega Heidanus en ik hebben dat een half jaar geleden geprobeerd met een artikel in de

Volkskrant met als kop 'de politiek moet ophouden met het opblazen van tbs incidenten'. We hebben hele leuke reacties gehad op dat artikel. Dat was ook een aansporing om zulke dingen te blijven doen, want kennelijk werkt het. Als kantoor schrijven we ook een tbs nieuwsbrief. Daarin schrijven we allerlei dingen over de tbs, zoals uitspraken en wetenswaardigheden, en proberen we de tbs in een positief daglicht te stellen en de moed er in te houden bij onze cliënten. We hebben ook columnisten en in dat kader hebben we een brief geschreven aan de Kamerfractie van de Partij Voor de Vrijheid ter attentie van de heer G. Wilders. Wij hebben hem de nieuwsbrief toegezonden en gemeld dat we graag gebruik maken van columnisten en we hebben hem dringend gevraagd om zijn kant van het tbs gebeuren kritisch doch hopelijk ook met een enkele positieve opmerking toe te lichten en een column te schrijven voor ons blad. De brief dateert van 29 december 2006 en de reactie moeten we nog binnenkrijgen.

Hoofdstuk 7

Lezing dr. W.J. Canton,

forensisch psychiater, lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS

De heer Canton heeft zijn voordracht gehouden naar aanleiding van een PowerPoint presentatie. Deze presentatie is hieronder opgenomen.

Cijfers verlofpraktijk 2008

Leidt de huidige verlofpraktijk tot meer veiligheid?

Slide 1/38

Stelling

- De huidige verlofpraktijk is onrechtvaardig en zal op termijn niet leiden tot een veiliger samenleving

Slide 2/38

Achtergrond AVT

- Commissie Visser 2006 adviseert onafhankelijke professionele verlofadvisering, want
- Scheiding inkoop zorg-verloftoetsing
- Gezaghebbend, inhoudelijk oordeel tegenover verlofaanvraag kliniek

Slide 3/38

Werkwijze AVT

- 11 gedragskundigen, 4 rechters, 1 wetenschapper, ondersteunende dienst
- Commissie van 3 gedragskundigen met rechter als voorzitter
- Steeds wisselende samenstelling
- Maximaal 20 aanvragen per vergadering
- Lerende verlofpraktijk

Slide 4/38

Werkwijze AVT

- Aanvraag kliniek - verlofunit (procedurele toetsing) - AVT - advies - verlofunit: hoofd verlofunit neemt formeel namens staatssecretaris de beslissing - communicatie naar kliniek
- Negatief advies AVT: altijd opgevolgd
- Positief advies AVT: kan overruled worden

Slide 5/38

Presentatie cijfers

- Doorlooptijden
- Onderzoek naar negatieve adviezen
- Huidige verlofpraktijk
- Oplegging en beëindiging TBS laatste jaren

Slide 6/38

Doorlooptijden

- Houdt AVT-procedure de behandeling in de TBS op?
- 96% van de aanvragen wordt binnen 4 weken door AVT afgehandeld
- Dit is niet langer dan in de periode voor het AVT

Slide 7/38

negatieve adviezen

- In totaal in 2008 1340 adviezen
- 86% positief
- 7% negatief
- 7% aanhouding: verzoek om extra info
- hiervan uiteindelijk bijna 90% positief
- Uiteindelijk dus ruim 90% positief

Slide 8/38

Negatieve adviezen

- Meer negatieve adviezen bij:
- Nieuwe aanvraag (tov evaluatie)
- Onbegeleid verlof en transmuraal verlof
- Grote verschillen tussen klinieken (1-25%)

Slide 9/38

Waarom negatief advies?

- Zeer diverse redenen, bv
- Onvoldoende adequaat risicomanagement
- Verlofplan onvoldoende helder/te summier
- Psychiatrische toestand onvoldoende stabiel

Slide 10/38

Cijfers incidenten 2008

- Ontvluchtelingen: 1
- Onttrekkingen: 28 (dalende trend vanaf 2005)

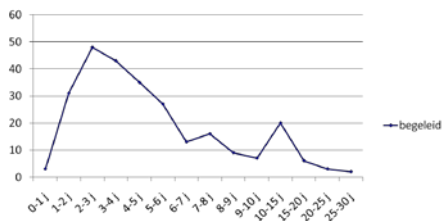
Slide 11/38

Cijfers verlofpraktijk 2008

- Bijna 54 % van de TBS gestelden heeft verlof, 46 % dus niet
- Cijfers per kliniek zeer verschillend (39-79%)

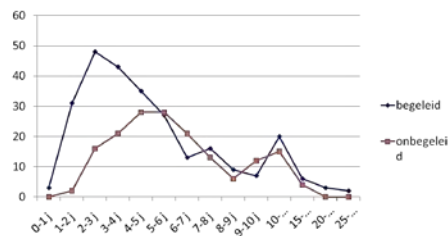
Slide 12/38

Behandelduur per verlofsoort



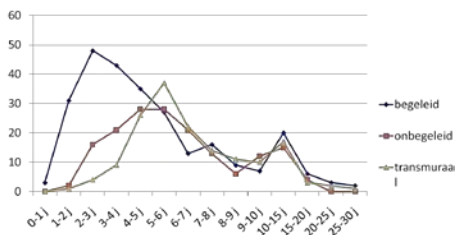
Slide 13/38

Behandelduur per verlofsoort



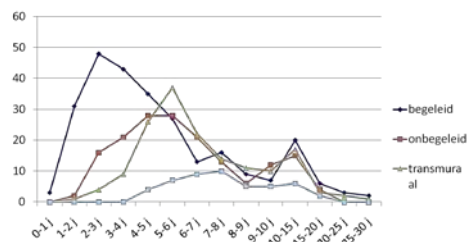
Slide 14/38

Behandelduur per verlofsoort



Slide 15/38

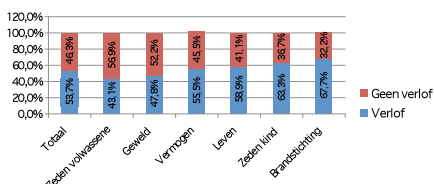
Behandelduur per verlofsoort



Slide 16/38

Algemene gegevens

| | Man | Vrouw | Totaal |
|-----------------|-------|-------|--------|
| In TBS | 1.789 | 120 | 1.909 |
| Verlofaanvragen | 953 | 73 | 1.026 |



Slide 17/38

Tendensen per delictsoort

- Brandstichters later met BV
- Zedendelinquenten later met onbegeleide verloven
- Geen verschillen in overige delictsoorten

Slide 18/38

Overige cijfers verlofgangers

- Leeftijd < 30 jr: 43 % verlof
- Leeftijd > 30 jr: 56 % verlof
- > 95% heeft as-1 stoornis, waarvan 70% gerelateerd aan middelen, 35 % psychose en 13 % perversiteit
- 83% heeft stoornis op as-II (> 50% cluster B, 22% zwakbegaafd of lager)
- Geen cijfers over ethniciteit

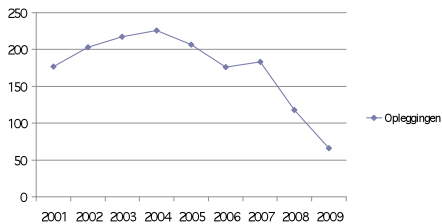
Slide 19/38

Gemiddelde opnameduur

- Totale TBS-populatie op 31 december 2008: 5,8 jaar
- Verlofgangers op die datum: 8,2 jaar
- Opname duur bij uitstroom uit TBS is in 10 jaar gestegen van 5,0 naar 8,4 jaar

Slide 20/38

TBS-opleggingen



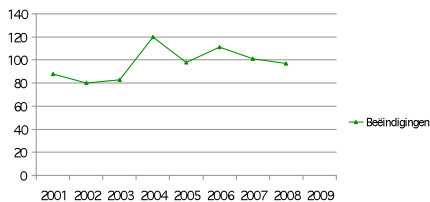
Slide 21/38

Daling TBS-opleggingen

- Minder medewerking aan pj-onderzoek
- Hypothese:
- Proportionaliteit komt in het geding door lange duur behandeling

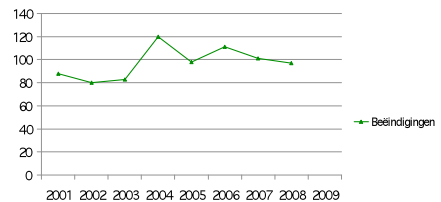
Slide 22/38

TBS-beëindigingen



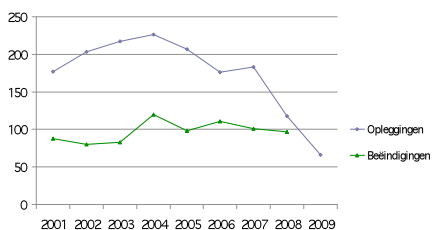
Slide 23/38

TBS-beëindigingen



Slide 24/38

TBS-opleggingen en beëindigingen



Slide 25/38

Wat zeggen de cijfers?

- Het duurt lang voordat TBS-gestelden met verlof gaan (is dit terecht?)
- Bijna de helft van de TBS-gestelden heeft geen enkele vorm van verlof
- Instroom neemt af, uitstroom blijft gelijk
- Aantal tbs-gestelden zal afnemen

Slide 26/38

Beschouwing

- Albayrak 2009: De balans tussen behandeling en beveiliging is het hart van de TBS-maatregel
- Echter: Onder druk van politiek en media dient elk risico in de TBS vermeden te worden. Bovengenoemde balans is daardoor verstoord.
- Dit kan leiden tot een einde van het huidige systeem.
- Is dat een goede zaak??

Slide 27/38

Uitgangspunten

- Het bestaan van psychisch gestoorde delinquenten is een gegeven
- Alleen straffen helpt niet om het aantal recidieven te verminderen
- Behandeling kan wel helpen (recidivereductie van ongeveer 40%)

Slide 28/38 38

Problemen tbs-systeem

- Gaat uit van (kunstmatige)scheiding gestoord-niet gestoord: problemen aan de voordeur
- Niet alle stoornissen zijn behandelbaar
- Risicotaxatie is cruciaal bij oplegging, verlof en beëindiging. De voorspellende waarde hiervan is beperkt
- Je wil geen vals-negatieven: gevolg is veel vals positieven (collateral damage). Dit is onvermijdelijk

Slide 29/38

Problemen tbs-systeem

- onder druk van media en politiek vermijden klinieken (en rechtbanken?) elk risico
- Verlof wordt uitgesteld, de tbs duurt langer
- Aantal opleggingen daalt, het systeem holt zichzelf uit.

Slide 30/38

Conclusie

- De TBS in zijn huidige vorm is
- Oneerlijk (proportionaliteit)
- Onethisch (collateral damage van risicotaxatie)
- Op termijn niet effectief

Slide 31/38

Ex-gedetineerde schiet buurman dood

Slide 32/38

TBS-er verdacht van ontucht met 13-jarig meisje

Slide 33/38

Oplossingen binnen huidige systeem

- Mediacampagne met uitleg over tbs en nut van behandeling
- Betere selectie aan voordeur van tbs (bijvoorbeeld geen tbs bij ontkeners en onbehandelbaren)
- Soepeler verlofbeleid klinieken: Kliniek moet zich na 2 jaar verantwoorden als iemand nog geen verlof heeft
- Extern verlengingsadvies na 2 jaar
- Tbs-duur maximeren??

Slide 34/38

Meer rigoreuze oplossingen

- Tbs in huidige vorm sterk afslanken/ afschaffen
- Behandelen binnen gevangeniswezen volgens "what works"principes
- Voor psychotici meer gesloten behandelcapaciteit in GGZ

Slide 35/38

Voordelen behandelen in gevangenis

- Opheffen kunstmatig onderscheid gestoord-niet gestoord
- Behandeling beschikbaar voor een veel grotere groep: naar verwachting een grotere daling van recidieven
- Duidelijkheid voor gedetineerde en publiek
- Geen niet te beantwoorden vragen aan deskundigen (risicotaxatie!)

Slide 36/38

Tot slot

- De tbs is een maatregel met als doel het beveiligen van de maatschappij door middel van behandeling en resocialisatie. Als we alleen beveiligen schiet de maatregel zijn doel voorbij. Naar dat laatste zijn we hard op weg.

Slide 37/38

stelling

- De huidige verlofpraktijk is onrechtvaardig en zal op termijn niet leiden tot een veiliger samenleving

Slide 38/38

Hoofdstuk 8

Forumdiscussie

De sprekers waren, met uitzondering van mw. Ten Hoorn Boer, allen bij de forumdiscussie aanwezig. Voorafgaand aan het seminar hebben de sprekers een stelling ingeleverd. De forumdiscussie werd geleid door dagvoorzitter Karel van de Graaf en is gevoerd naar aanleiding van de diverse stellingen. De vragen van Karel van de Graaf zijn cursief weergegeven.

Stelling 1: In de tbs worden allen gestraft/ benadeeld door de daad van één

Zie bijvoorbeeld het verhaal van de ervaringsdeskundige. Hij zat op de Toets en zou naar buiten gaan en dan is er een andere tbs-er die de fout ingaat en alles en iedereen wordt naar binnengehaald en dit kostte hem vier jaar. Wie wil deze stelling krachtig aanvallen?

Zaal: Ik denk dat iedereen het met die stelling eens is. Maar hoe moet je daar dan als dokter en als psychiater en psycholoog, dr. Canton refereerde hier al aan in zijn lezing, op reageren? Je bent er als dokter voor je patiënt en je ziet dit gebeuren. Je hebt je beroepsethische verantwoordelijkheid en kan je dat allemaal nog wel waarmaken?

Dr. Canton sprak al over risicotaxatie. Je bent als psychiater in een tbs kliniek eigenlijk dienaar van twee heren, van de patiënten en van de staat. Dat is een hele hachelijke positie en die gaat spreken juist in dit tijdsbestek.

Zijn toen dit gebeurde alle psychiaters en psychologen naar Den Haag gegaan om te protesteren?

Zaal: Nee, dat is niet zo gegaan. Misschien hadden ze dat wel moeten doen. Misschien hadden ze moeten staken of iets dergelijks, dan was er tenminste een echte crisis geweest.

Zaal: Er zijn twee karakters voor het Chinese woord crisis: 1 karakter betekent kans. Ik heb het idee dat de kans niet gepakt wordt. We zijn het er allemaal mee eens.

Maar het is niet gebeurd. Ik wil wel eens van Joldersma weten wat zij er van vindt.

Mw. Joldersma: Het was inderdaad een maatregel waarmee stevig werd gereageerd en waar ook niet iedereen blij mee was, maar er werden toen ook geen mogelijkheden gezien om het anders te doen. Het was ook voor de uitvoering van het parlementaire onderzoek. Daarna hebben we het voorbeeld gehad van Oldenkotte.

Oldenkotte was een heel andere situatie en ik moet het doen met de voorbeelden die wij in de kamer krijgen. Daarbij is destijds gezegd dat er in de kliniek iets aan de hand was en toen zijn er geen nieuwe opnames geweest.

We gaan even terug naar het ontsnappen van Willem S., die een moord pleegde, en alle tbs-ers die op het punt stonden met welke vorm van verlof dan ook naar buiten te gaan, werden teruggehaald. Dit heeft voor velen achterstand opgeleverd, zie de ervaringsdeskundige van vandaag voor wie deze bulkmaatregel vier jaren heeft gekost en hij zit nu bij elkaar al twintig jaar in de tbs. Ik heb nog nooit iemand horen zeggen, het spijt ons, dat hadden we niet moeten doen. Dus kennelijk staat de politiek nog steeds achter dit soort maatregelen.

Mw. Joldersma: Nee dat is niet zo, want ik zie dat als het moment. Dat was hetzelfde debat als waarin wij de motie hebben aangenomen dat er een parlementair onderzoek moest komen. Iedereen zat toen in een kramp. Er was iets vreselijks aan de hand en iedereen dacht: hoe moeten we daar nu op reageren. We wisten niet wat op dat moment een goede maatregel was en toen hebben we gezegd dat we naar het systeem moesten gaan kijken. En het was

voor iedereen volstrekt duidelijk dat dat op dat moment hard nodig was. Het heeft wel de urgentie duidelijk gemaakt van de noodzaak om op een verdiepingsmanier naar het systeem te kijken. Sindsdien kan ik mij niet herinneren dat er opnieuw zulke maatregelen zijn genomen.

Bent u er van overtuigd dat er in Den Haag genoeg moed bestaat om nooit meer dergelijke maatregelen te nemen.

Mw. Joldersma: Ik denk niet dat dit meer gebeurt op een manier zoals dat destijds is gebeurd. Bij Oldenkotte heb ik voor mezelf de vraag gesteld of het goed is dat er een maatregel op instellingsniveau wordt genomen. Ik heb het daar gezien als een organisatorisch probleem waarvan ik op dat moment kon begrijpen waarom die maatregel is genomen. Zover wij weten is dat ook vanuit de klinieken gekomen, tenminste zo is dat ons verteld. Het kan dus nodig zijn om soms op kliniekniveau maatregelen te nemen. Om een maatregel voor alle tbs-ers te nemen, daarvan ben ik het eens dat dat niet de maatregel is die je zou moeten willen. Maar ik kan me voorstellen dat er situaties zijn waarin je zegt: we moeten kijken of de situatie in deze kliniek veilig genoeg is.

Zaal: Ik zou het dan op afdelingsniveau doen. De wet stelt ook duidelijk dat je afdelingen kunt sluiten en niet een hele kliniek. Ik kan me nog wel voorstellen dat er bij een groep van bijvoorbeeld tien patiënten sprake is van een systeemfout of iets dergelijks en dat je daar iets aan moet doen, maar waarom nou de hele kliniek afsluiten en een half jaar of een jaar lang geen verlof geven?

Zijn er juristen in de zaal die mij kunnen vertellen of het überhaupt is toegestaan om een groep te straffen

voor de daad van één?

Zaal: Er is beroep ingesteld bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming en die heeft deze maatregel ook niet gehonoreerd. Wat gebeurt is dat dan onmiddellijk als een soort reflex de wetgeving wordt aangepast. En dat wekt ook de suggestie vanuit de kamer en de politiek dat rechters hinderlijke obstakels zijn.

Zaal: Ik zou graag van de Tweede Kamer willen horen waarom zij niet zeggen; dit is een incident, dit komt niet meer voor.

Tot mijn diepe spijt, is hier niet echt een antwoord op te geven, de Tweede Kamer is groter dan alleen mevrouw Joldersma en we kunnen haar niet aanspreken op de Kamer. We mogen en zullen haar aanspreken op CDA beleid.

Mw. Joldersma: Ik zie een onderscheid met wat er destijds in Veldzicht is gebeurd en ik vind dat we daar absoluut niet trots op hoeven te zijn. Dat was ook vreselijk. Maar ik noemde ook heel bewust het voorbeeld van Oldenkotte omdat ik mezelf toen ook afvroeg: hé, zijn we nu weer op dezelfde manier bezig? Ik heb dat zelf niet zo ervaren. Maar er was wel iets in de kliniek aan de hand. Zoals er gereageerd is bij Wilhelm S. zal dat niet meer op die manier gebeuren.

Zaal: Ik heb er maar één woord voor: dit is typisch een voorbeeld van populisme en dat is iets waar we in de politiek buitengewoon veel last van hebben.

Stelling 2: Zonder positieve pers heeft de tbs geen toekomst.

Meneer Poelmann heeft een vriendenclub opgericht, een forum dat zich in de pers moet gaan roeren om de berichtgeving over de tbs ten goede te doen keren.

Dhr. Poelmann: Ik denk dat het goed is dat we veel sympathisanten gaan verzamelen, mensen die het andere verhaal gaan vertellen, want het is bijna niet mogelijk om bij de pers goed tussen de oren te krijgen hoe het systeem nu werkelijk in elkaar zit. De Pompestichting doet bijvoorbeeld heel veel pogingen om de pers uit te nodigen, we zijn proactief, en we hebben een voorbeeld van hoe dat dan niet goed gaat. We hebben een journalist van het AD uitgenodigd om een week mee te lopen in de kliniek. Die heeft alle ruimte gekregen om alles te zien, we zijn zo open mogelijk geweest en er zelf niet eens steeds bij geweest. Ze hebben met alle patiënten en de medewerkers mogen praten. Het heeft op zichzelf een aardig verslag opgeleverd, daar waren we niet ontevreden over, met uitzondering van het opnemen van één zinnetje van een patiënt die had gezegd dat het niet zo moeilijk was om aan drugs en drank te komen in de kliniek. We hebben gezegd, nou ja, als het bij dat zinnetje blijft, is dat prima, we kunnen namelijk ook uitleggen hoe dat zit. De redactie van het AD pakt vervolgens het stuk op en zegt dit is headline nieuws en de volgende dag stond in chocoladeletters op het AD: drank, drugs en rock and roll in de Pompekliniek. Een grote ellende. Het gevolg is dat de volgende dag door Fred Teeven een Kamervraag is gesteld over hoe het zit met de drank en de drugs in de Pompekliniek. Wij moesten daar weer geweldig voor door het stof en ons verontschuldigen etc.

Hoe komt zoiets nu zo in de krant terecht, ik vraag dit aan één van de aanwezige journalisten.

Journalist: Ik weet niet precies wanneer dat zich heeft afgespeeld.

Dhr. Poelmann: We zijn naar de raad voor de journalistiek gegaan. We hebben in feite veel sympathie gekregen maar de raad heeft uiteindelijk gezegd dat het toch wel nieuws was.

Journalist: Wat ik vandaag heb gehoord, is dat het verkrijgen van drugs en drank in een tbs kliniek helaas door de bank genomen heel eenvoudig is.

Dhr. Poelmann: Dat is zo oud als de weg naar Rome en het is nooit anders geweest, alleen is er dan niet bij vermeld wat we er aan doen om het gebruik van drank en drugs te bestrijden. Dat is namelijk ook een heel verhaal. Wij kregen vervolgens ook niet de kans van het AD om uitgebreid in te gaan op de wijze waarop wij wel drugs en drank bestrijden. Dat gebeurt soms niet aan de voordeur, dat klopt, maar de patiënten worden bijna dagelijks gecontroleerd op middelengebruik.

Journalist: Meneer Poelmann vertelt dat hij niet de kans heeft gekregen, maar volgens mij was het een heel genuanceerd verhaal met een wellicht wat populistische kop. U heeft ook gezegd dat de journalist in dit geval een heel genuanceerd verhaal heeft geschreven.

Dhr. Poelmann: Het gaat om de kop en het effect wat die kop heeft op de Tweede Kamer.

Journalist: Waar het om gaat in uw mediacampagne, die ik overigens zeer afkeur en ik zal straks toelichten waarom, is

dat zodra er iets misgaat in de tbs, dat u als tbs klinieken en als rechters die hier volgens mij ook in de zaal zitten, uitlegt waarom het is misgegaan en dat gebeurt heel vaak niet. De luiken gaan dicht op het moment dat het is misgegaan. Er wordt verwezen naar grote cijfers en statistieken.

Dhr. Poelmann: En dat zegt u tegen mij. Ik ben de enige die voortdurend in de media naar voren treedt om uit te leggen hoe het gaat.

Doet u dat op een tijdstip dat het u convenieert of doet u dat als de journalist belt?

Dhr. Poelmann: Wij hebben het beleid dat als er een incident gebeurt, bijvoorbeeld een onttrekking aan verlof, dat we dan een standaard fax klaar hebben liggen die ingevuld kan worden en vervolgens via de mail naar het ANP wordt verzonden. Dat vindt de persvoorlichter van justitie niet zo leuk, maar ik vind dat je het als verantwoordelijke van de kliniek niet kan maken om geen commentaar te geven of te verwijzen naar de persvoorlichter.

Journalist: Realiseert u zich dat u wel één van de weinigen bent die dat doet? Als er een incident gebeurt of wij willen iets anders weten, dan worden we bijna altijd verwezen naar de afdeling voorlichting. Of we krijgen te horen dat de directeur pas de volgende dag of de dag daarna weer aanwezig is.

Hoe laat is de krant klaar, zodat hij gedrukt kan gaan worden?

Journalist: Dat hangt een beetje af van de pagina waarop het verhaal komt, maar rond tien uur de avond voor verschijning moet het wel binnen zijn.

Dus als de kliniek vraagt om om tien uur of de volgende dag terug te bellen, dan heb je niets?

Journalist: Dat klopt, of minder genuanceerd.

Dhr. Poelmann: Er zit een maar in het verhaal en dat is de politieke sensitiviteit die ook wij moeten betrachten. Uiteraard moet ook de Staatssecretaris het verhaal over zo'n onttrekking aan de Kamer vertellen. Zij vindt het niet prettig als wij het hele verhaal al gedaan hebben en de Kamerleden het in de krant lezen zonder dat zij er iets over gezegd heeft. Vandaar dat we maar heel summier inlichtingen kunnen geven en daar sta ik ook wel achter, want het is ook zo dat er nog moet worden onderzocht wat er gebeurd is. Dus het enige wat je kan zeggen als directeur is dat je het ook vreselijk vindt wat er gebeurd is en dat het diepgaand onderzocht zal worden, omdat wij het ook bloedserieus nemen.

Denkt u dat de journalist de mogelijkheid heeft om tegen zijn of haar baas te zeggen: 'er is een ernstig incident, maar over twee dagen hoort u meer'?

Dhr. Poelmann: De burger die televisie kijkt of de krant leest, wil zien dat ik daar sta met een verdrietig gezicht en dat ik zeg dat ik het vreselijk vind. Dat is de flits die in het journaal komt en dat moet er ook in komen. Maar ik kan geen heel verhaal vertellen als ik de feiten nog niet ken. Dat moet onderzocht worden.

Journalist: Dat is ook niet wat ik op zo'n moment van u verlang. Als u zegt dat er een diepgravend onderzoek komt omdat u wil weten wat er fout is gegaan, dan willen we dat ook graag weten. Maar ik wil ook graag de resultaten van het onderzoek weten en weten wie de beslissing genomen heeft. Maar dat is voor ons als pers heel moeilijk te achterhalen en te reconstrueren. Het is voor

ons heel moeilijk om zicht te krijgen hoe verlofprocedures in het algemeen verlopen. Als we daar beter zicht op krijgen, dan kunnen we het ook beter uitleggen aan de maatschappij.

Zaal: Als u dat wilt, neemt u dan de taak van de Inspectie voor de Sanctietoepassing niet over?

Journalist: Dat is niet onze taak, maar als ik vanochtend hoor dat het allemaal snelle koppen zijn in de kranten en dat het alleen sensationieus is en daarna ophoudt, dan kan ik zeggen dat ik ook graag inzicht wil kunnen geven in wat er speelt en wat er aan de hand is, maar dan moeten we daar wel de gelegenheid voor krijgen.

Zaal: U wilt sneller gaan dan dat de werkelijkheid op dat moment is en daardoor krijg je veel fouten in de pers. Ik vind dat de pers dan ook verantwoordelijkheid moet nemen, want het geeft zeer veel onrust in de maatschappij.

Journalist: Er bestaat een verschil met gewoon een korte quote voor de krant. Ik ben graag bereid om langs te komen, als iemand zegt kom morgen langs dan hebben we het er over en dan mag hij zelfs voorafgaand aan plaatsing de tekst lezen.

Journalist: U wilt draagvlak in de publieke opinie, maar u bent niet bereid om transparantie te verschaffen als het gaat om individuele gevallen als het misgaat. Die chocoladeletters verschijnen op het moment dat het in individuele gevallen misgaat. Legt u alstublieft uit wat de consequenties zijn van foute beslissingen, indien u draagvlak wil creëren.

Mw. Joldersma: Dan loopt de heer Poelmann volgens mij tegen problemen aan, omdat hij niet alles over een individuele zaak mag zeggen. Daar ligt het probleem.

Zaal: Inderdaad. Wij mogen helemaal niets zeggen over een individuele patiënt.

Journalist: Dan legt u niet uit wat er met die patiënt is gebeurd, maar dan legt u uit welke directeur heeft besloten om een zedendelinquent vrij te laten om zijn auto over te schrijven.

Zaal: Dan gaat het over 'scapegoating'. We zijn ons de laatste jaren alleen maar aan het indekken of alle procedures zijn gevolgd, zodat we helemaal niet toekomen aan een inhoudelijke analyse waarom het is misgegaan.

Journalist: Kunt u drie voorbeelden noemen van consequenties na fatale ontsnappingen voor de mensen die de beslissing hebben genomen.

Zaal: Dan heeft u het over een strafcultuur. Stelt u voor dat een directeur van een borstkankerkliniek wordt weggestuurd omdat bij een mammografie één tumor gemist is. Denkt u dan niet dat alle radiologen vervolgens weigeren om nog een dergelijke screening te doen. We hebben niet de kennis en de kunde om recidives met honderd procent te voorspellen.

Zaal: Deze journalist maakt een denkfout. Een beslissing waarvan de gevolgen heel erg zijn, hoeft niet per definitie een verkeerde beslissing te zijn. Dat is een denkfout. Je kan een heel goed afgewogen beslissing hebben genomen en toch kunnen er dingen

fout gaan. En deze meneer wil weten waarom iemand die de beslissing heeft genomen niet gestraft wordt. Niet iedereen die een beslissing neemt met erge gevolgen moet gestraft worden.

Journalist: Leg dat dan uit. Leg de consequenties uit, ook als er geen consequenties zijn.

Ik heb het gevoel dat de toonhoogte aan beide kanten ook gevoed wordt door jullie frustraties. Ik kan me voorstellen dat je even niets kan zeggen omdat je het nog niet precies weet en de Staatssecretaris ook niet voor de voeten wil lopen, al dat soort dingen leveren beperkingen op in de contacten met journalisten. Die journalist heeft aan de andere kant zes bazen in zijn nek hijgen omdat de krant de volgende dag wel moet berichten wat, wie, waar en waarom. Dat het van tweede kanten klem loopt en bovendien in haastigheid moet geschieden, dat moet van twee kanten gezien worden. Ik heb nog één onderwerp niet aangesneden met de journalisten, namelijk dat de heer Poelmann een mooi initiatief heeft, een groep van vrienden van de tbs. En elke keer als ze worden aangevallen, dan gaan ze het niet zelf verdedigen maar dat doen hun vrienden. Die gaan de media bestoken.

Zaal: Dat klopt niet helemaal. Want we willen juist voorkomen dat we alleen reactief vanuit een verdedigende houding en alleen naar aanleiding van incidenten reageren. We willen een continue stroom van relevante informatie waardoor men vertrouwen krijgt in het systeem en niet meer zo hyperactief reageert in het geval van incidenten.

Journalist: Als het zo wordt gezegd, dan geloof ik dat het zinvoller is dan dat je dit doet op basis van incidenten. Op incidenten moet je reageren met informatie en alleen met informatie krijg je chocoladeletters uit de krant. Als mensen zien dat in het tbs

systeem fouten worden gemaakt en dat die fouten door mensen worden gemaakt maar dat het systeem op zich goed en transparant is, dan geloof ik daar wel in. Maar reageer op die incidenten met informatie en niet met propaganda.

Stelling 3:
Prognoses moeten door een kliniek gegeven worden en als verlof na twee jaar nog niet aan de orde is, dan moet dat worden uitgelegd door de kliniek.

Dhr. Raes: Ik kan die stelling wel ondersteunen, maar ik kan niet nalaten om erbij te betrekken wat ik zelf in mijn voordracht naar voren heb gebracht. Er moet een begin van een werkrelatie zijn met betrokkene voordat je kan beginnen aan een verlof na twee jaar, waar ik op zich sterk voor ben. Er moet een zekere verplichting komen te liggen op de kliniek om het uit te leggen als dat niet het geval is.

Waarom geven de klinieken geen prognoses? Het zijn naar mijn weten de enige medici die niet tegen hun patiënten vertellen wat ze te verwachten hebben.

Dhr. Poelmann: Ik ben het daar mee eens. Je zou bij binnenkomst al een hypothese moeten stellen. De hypothese is dat een patiënt zoveel jaar bepaalde behandelingen ondergaat en waar het naartoe gaat. En dat je iedere twee jaar toetst of deze hypothese nog staat en als deze niet staat, stel je hem weer bij.

Dhr. Canton: Iedere twee jaar vind ik een beetje krap. Ik denk dat je juist de vaart er in moet houden. Waar ik tegenaan loop in klinieken is dat dingen eindeloos voortslipen. Dat mensen zes jaar binnen zitten en dat ze, als je in het kader van de zesjaars

verlenging langskomt, zeggen dat ze de diagnostiek eigenlijk nog een keer moeten overdoen omdat ze eigenlijk niet weten wat er met de patiënt aan de hand is.

Dhr. Roosjen: Een bijkomend voordeel van zo'n behandelplan met een prognose is dat de kliniek weet wanneer ze welke therapie moeten aanbieden. En dan hoeven er geen wachtlijsten van anderhalf jaar meer te bestaan. En als ze wel bestaan dan hebben ze wat uit te leggen en dan kan je als advocaat de kliniek erop aanspreken en misschien een schadevergoeding krijgen voor je cliënt, alhoewel hij liever therapie heeft dan een schadevergoeding.

Is er iemand die kan uitleggen waarom prognoses op dit moment niet worden gegeven?

Zaal: Er zijn geen prognoses te geven omdat het gaat om een psychiatrische ziekte, vaak in combinatie met een ernstig delict. Het is heel heikel om daar vooruitblikkend mee om te gaan.

Heikel is niet hetzelfde als onmogelijk.

Dhr. Poelmann: Daarom noem ik het een hypothese.

Zaal: Ik ben er tegen om prognoses te geven. Ik denk dat je op basis van de delictanalyse gewoon een behandelplan moet opstellen. Dat moet concreet zijn. Je moet daar gedragseigenschappen in zetten waaraan iemand moet voldoen wil hij überhaupt verder kunnen. Hij moet weten waar hij naartoe moet en met hypothesen weet je alleen maar waar je vandaan komt. Ik wil pleiten voor de wereld andersom.

Dhr. Canton: Ik ben het met je eens dat het in principe lastig is om te voorspellen hoe lang iets gaat duren, maar ik denk wel dat je moet proberen om een zo duidelijk

mogelijk pad te maken waarin wordt aangegeven wanneer iets gebeurt en dat mensen daarop ook af te rekenen zijn. Het is nu wel heel vrijblijvend.

Zaal: Je kan niet aangeven wat je in welk jaar gaat doen, maar je kan wel een pad noemen. In dat pad wordt aangegeven: we gaan eerst dit doen en dan gaan we die cursus volgen en dan doen we die training en dan gaan we begeleid verlof aanvragen. En als het goed gaat, gaan we zo en zo verder. Dat pad vind ik belangrijker.

Alle andere medici geven wel prognoses af.

Zaal: Het pad kan ik waarmaken, want daar zitten voorwaarden in waaraan hij moet voldoen. En mijn ervaring met een aantal patiënten is dat als ik zeg dat ze over drie jaar naar buiten mogen, dat ik dan een tijdje later moet uitleggen aan zijn advocaat of aan de rechter waarom die drie jaar al voorbij zijn. Dan word ik getackeld op mijn eigen woorden, terwijl ik transparant wil zijn. Dat voorkom ik door een pad.

Zaal: Maar een pad vind ik boerenbedrog. Ik vind dat je je patiënten niet een pad mag aandoen, want die jongens kennen zichzelf niet. En jij weet niet hoe ze op dat pad reageren en dan krijg je inderdaad dat ze vinden dat ze op verlof mogen omdat ze een cursus hebben gevolgd. Terwijl jij gewoon kijkt of hij nog verslaafd is of niet. Je hebt daarbij hele andere referenties. Daarom geloof ik ook niet zo in paden. Want dat is vooruit kijken en je weet niet waar je terecht wil komen. Ik denk dat je gewoon duidelijk moet zeggen waar je naartoe werkt en wat iemand bereikt moet hebben. En is dat niet zo, dan gaat het feest niet door.

Maar waarom zouden we u dan moeten vertrouwen. U sluit iemand op en legt hem allerlei gedragsbepalende maatregelen op en spuit hem vol met medicijnen, maar u weet eigenlijk niet waar u mee bezig bent.

Zaal: Als ik medicijnen voorschrijf, dan weet ik heel goed wat ik verwachten wil en daar vraag ik de patiënt ook naar.

Maar dan kan je toch ook een prognose geven?

Zaal: Nee, was het maar zo.

Zaal: We hebben tegenwoordig hele andere wetenschappelijke inzichten, want eigenlijk zou de duur en de intensiteit van de behandeling moeten worden bepaald door het risiconiveau. En dat moet je met gestructureerde risicotaxatie-instrumenten doen. De wetenschap geeft ons daar bewijs voor. Die zegt dat je als je mensen met een hoog risico langdurig en intensief behandelt, je een succesvoller behandeling hebt. Je moet je baseren op wetenschappelijke inzichten en die schrijven gestructureerde risicotaxatie voor. De risicotaxatie geeft aan wat de zaken zijn die moeten worden behandeld en die moet je al dan niet in een pad behandelen. En dan mag je wat mij betreft een prognose geven.

Zaal: Het gaat erom dat mensen weer mee gaan werken aan de observatie in het Pieter Baan Centrum. De advocaten zeggen dat het een hele lange tunnel is en dat er geen licht is aan het einde van die tunnel. Je weet niet waar je in terecht komt. Van de twee maatregelen die hier op het scherm staan, kan het me niet schelen hoe het heet. Het gaat er om dat je binnen een jaar of anderhalf jaar weet waar je aan toe bent. Dat tegen een patiënt kan worden gezegd: 'als u meewerkt zitten we over anderhalf jaar hier, over twee of drie jaar zitten we in begeleid verlof en als alles goed gaat, gaan

we er vanuit dat u over vier jaar veilig kunt terugkeren in de samenleving.' Hetzelfde geldt voor verlof. In principe kan iedereen met verlof. Dat betekent dat we ervoor moeten zorgen dat mensen snel op verlof kunnen. En de derde maatregel die hier niet bij staat, is dat na twee jaar door externe deskundigen in de kliniek wordt gekeken hoe het met de patiënt gaat. Dan is de munitie voor de advocatuur om te zeggen dat het een zwart gat is en dat er geen licht aan het einde van de tunnel is, weersproken met een aantal maatregelen.

Dhr. Roosjen: Op zich ben ik heel blij met de voorstellen die zijn gedaan, want dan wordt het wat concreter en beter toetsbaar. Ik begrijp de aarzeling wel een beetje, maar als je een plan maakt en je geeft aan wat je wil doen, dan kan je altijd op enig moment uitleggen waarom er afgeweken is van dat plan. Dat legt een zwaardere verantwoordelijkheid bij de kliniek en dat maakt het misschien extra moeilijk, maar ik denk dat belangrijker is om het wel te doen. Ook om de patiënt mee te krijgen in zijn behandeling want patiënten zijn vaak na jaren wachten in de gevangenis eindelijk in de kliniek en verwachten dat het wonder dan gaat gebeuren. Een grotere deceptie is dan niet mogelijk. Dan ben je al weer zoveel jaar kwijt, dat je de gemotiveerde patiënt ook kwijt bent. Dan kan je beter aangeven wat het plan is, met een grote mits als er andere zaken spelen. En dan zal ik als advocaat de laatste zijn om die mits te negeren, mits die helder en duidelijk uitgelegd wordt.

Dhr. Raes: In de somatische geneeskunde, en zeker als het gaat om chronisch verlopende aandoeningen, geeft men een overlevingskans van vijf tot tien procent over vijf jaar als het een ernstige vorm van leukemie betreft. Een soortgelijk voorbeeld

zou je, mede gebaseerd op een wat uitgebreider onderzoek van subgroepen, kunnen toepassen binnen de tbs. Je kan een bepaalde kans aangeven dat iemand bijvoorbeeld binnen twee jaar met verlof mag, mits er aan bepaalde voorwaarden is voldaan.

Zaal: Ik stel voor om die gevallen waarin de verloven bij twee jaar al bestonden te evalueren. Analyseer dat en kijk waarom dat is gebeurd en hoe het is afgelopen. En daar kan je misschien bepaalde criteria uit halen door het over een grote groep heen te trekken, want het lijkt nu vaak wel willekeur.

Stelling 4: Onbehandelbaren en ontkenners moeten structureel worden geweerd uit de tbs.

Dhr. Canton: Onbehandelbaren zijn mensen die stoornissen hebben waarvoor wij vanuit de wetenschap geen goede behandelingen hebben. Ik weet dat het ter discussie staat, maar ik heb het toch genoemd omdat je in de loop van de verlofpraktijk bepaalde groepen ziet waarbij je tegen problemen aanloopt. Dat zijn vooral twee groepen. Dat zijn de ontkenners, de mensen die niet meewerken aan de behandeling omdat ze vinden dat ze niets hebben gedaan. Dan kom je in een patstelling. Het zijn best veel patiënten die daardoor niet verder komen. Klinieken schieten dan ook vaak in een kramp en zeggen dat ze er niets mee kunnen omdat ze de normale procedure niet kunnen volgen. Op het moment dat je dat van tevoren ziet aankomen, zou je ervoor kunnen kiezen om die mensen geen behandeling te bieden want de behandeling gaat nu eenmaal over

het delict.

Bij onbehandelbaren heb ik het met name over mensen die een bepaalde soort hoge score hebben op de psychopathie. Dat wil niet zeggen dat je alle mensen die leiden aan psychopathie niet moet behandelen, maar er zijn bepaalde subgroepen waarvan je zeker weet dat je de behandelresultaten niet op een betrouwbare manier kunt evalueren. Mensen die hoog scoren op factor 1 van de psychopathie zijn per definitie onbetrouwbaar, dus je kan de behandelresultaten van deze mensen niet goed inschatten. Je moet je afvragen of je deze mensen een behandeling moet bieden. Er is onderzoek beschikbaar dat aantoonde dat deze mensen onder behandeling zelfs gevaarlijker worden dan wanneer je ze niet behandelt. Ik denk dat je deze mensen het beste kunt afstraffen. Dus niet een hoop ellende in de kliniek halen waar je toch niets mee kan. Dat is de achtergrond van deze stelling.

Dhr. Raes: Hetzelfde onderwerp is aan de orde geweest toen ik met paar collega's werd gehoord door de parlementaire onderzoekscommissie tbs. Wij hebben daarbij de commissie kunnen overtuigen van de onzin van het dichotome onderscheid tussen behandelbaar en onbehandelbaar. Voor zover ik weet, heeft de commissie die visie overgenomen.

Zaal: Je kan je niet op één wetenschappelijk onderzoek baseren en daar een algemene conclusie over behandelbaarheid en onbehandelbaarheid aan verbinden. Er is meer onderzoek gedaan naar de behandelbaarheid van psychopaten en daaruit blijkt dat ze wel degelijk kunnen veranderen. Ik behandel zelf ook ontkenners. Soms zijn mensen tijdelijke ontkenners. Soms ontkennen ze bepaalde delen. Of ze

ontkennen het delict, maar werken vervolgens prima mee aan alle probleemgebieden waarvan je veronderstelt dat ze met het delict samenhangen. Dan heb je geen enkel probleem en kan je rustig behandelen. Het merkwaardige is alleen dat sommige klinieken bij ontkenners standaard denken dat ze niet te behandelen zijn, maar dat is volgens mij een grove generalisatie.

Zaal: Als strafrechtadvocaat wil ik zeggen dat het dan ook heel stil zou worden in de klinieken, want dan gaan wij al onze cliënten adviseren om gewoon te ontkennen want dan is er in ieder geval geen enkele sprake van tbs.

Dhr. Canton: Een stelling is altijd stellig. Ik begrijp ook wel dat onbehandelbaren een rekbaar begrip is en dat het geen dichotomie is. Ik probeerde net al uit te leggen dat psychopathie ook wel wat genuanceerder ligt, maar je kunt niet ontkennen dat je in de loop van de tbs tegen bepaalde groepen mensen aanloopt, waar het dan ook aan mag liggen, waarbij behandelingen niet op gang komen en waarbij je geen commitment krijgt. En mijn indruk is dat je in ieder geval al aan de voordeur daar naar kunt kijken. Dat je een deel van die ellende aan de voordeur kan voorkomen door een goede inschatting te maken van de behandelbaarheid van mensen. In de tien jaar dat ik in de gevangnissen heb gewerkt, werd helemaal niet gevraagd of mensen behandeld wilden worden of niet. En daar zaten de meest gekke en gestoorde mensen bij elkaar en die gingen gewoon naar buiten. En dan zouden we bij iemand die in de tbs zit jaren moeten investeren of hij alsjeblieft een beetje wil bekennen en dan nog behandeld wil worden. Ik vind dat een beetje scheef.

Zaal: Ik weiger te geloven dat we sinds 1927 tot heden persoonlijkheidsstoornissen niet met succes hebben behandeld. Uitkomst is toch dat tachtig procent van de mensen niet meer recidiveert. En daar vallen ook een hoop mensen met een persoonlijkheidsstoornis onder.

Dhr. Canton: Een persoonlijkheidsstoornis is iets anders dan mensen die psychopathie hebben. Ik ben er van overtuigd dat er, zeker de laatste jaren, zeer goede 'evidence based' behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn ontwikkeld en dat die in de tbs ook wel degelijk worden toegepast.

Ik stel vast dat er voor deze stelling geen steun in de zaal te vinden is.

Stelling 5: Praktisch bekeken is het systeem door gebrek aan instroom binnenkort failliet.

Dhr. Poelmann: De feiten zijn nu al zo dat door een gebrek aan instroom de klinieken leeg komen te staan en dat de tenders die voor zes jaar zijn uitgezet om bedden bij te plaatsen dat die vervallen en dat de bedden er straks niet meer zijn. We gaan al een krimp in en als er verder geen instroom plaatsvindt, dan is het logisch dat het systeem onderuit gaat. Ik denk niet dat we werkloos worden, want er zijn ontzettend veel psychiatrisch gestoorde delinquenten, dus in die zin is er altijd werk. We zouden niet alleen maar in hokjes moeten denken aan een tbs kliniek en een GGZ kliniek en een gevangenis. Je moet het zien als één geheel. Op de ene of andere manier komen we wel weer in een nieuwe stroom, maar de tbs als zodanig gaat failliet als we zo doorgaan. Ik denk dat we in de toekomst

wellicht overgaan op een Engels stelsel, waarbij een hele beperkte groep kan solliciteren naar een behandeling in een zogenaamd 'special hospital'. En dat in de gevangenissen hele goede psychiatrische behandelingen worden gegeven.

Zaal: Wordt er door u ook een waardeoordeel gehecht aan het feit dat er zo weinig instroom zou zijn? Komt dat nu alleen door het slechte imago van de tbs of zouden er niet ook andere dingen aan de hand kunnen zijn? Bijvoorbeeld dat rechters andere mogelijkheden zien voor behandeling, dat er meer wordt gekeken naar andere mogelijkheden of dat in het verleden voor relatief lichte delicten het relatief zware middel van tbs uit de kast werd getrokken. Is het perse zo slecht dat de instroom kleiner wordt?

Dhr. Poelmann: Nee, de vraag stellen is hem ook beantwoorden. Misschien is het ook helemaal niet zo slecht en als ik eerlijk ben, zou ik er ook klaar voor zijn om als Pompestichting veel meer te gaan doen voor gestoorde gedetineerden. Alleen vind ik dat die niet in het gevangenisstelsel moeten worden behandeld, omdat het behandelklimaat daar niet naar is, maar dat die naar forensische psychiatrische instellingen moeten gaan. Dus de toezegging die in het verleden ook door de Staatssecretaris is gedaan om het grootste deel van de psychiatrisch gestoorde naar de klinieken te laten gaan, die moet ze nakomen. En niet omdat er toevallig leegstand is in het gevangeniswezen allerlei penitentiaire psychiatrische inrichtingen gaan oprichten, want de bewaarders kan je niet met een kleine cursus omscholen tot forensische psychiatrische werkers. Dat werkt zo niet.

Mw. Joldersma: Het begint met de vraag of je vindt dat elke tbs-er moet worden behandeld in een tbs kliniek of dat je daar een verandering in moet aanbrengen. Daar begint de discussie over zorginkoop die nu plaatsvindt. Wat overblijft is het vraagstuk van de instroom en dat baart me iets meer zorgen. Is de tbs blijkbaar zo in het systeem ingebakken dat andere alternatieven aantrekkelijker zijn, terwijl je dezelfde persoon een aantal jaar geleden tbs zou hebben gegeven. Dat kan een goede ontwikkeling zijn, maar het kan ook een slechte ontwikkeling zijn. Ik zou willen dat het ministerie dat gaat onderzoeken.

We hebben het er over waar die patiënten dan blijven. We hebben vandaag een aantal keer gehoord dat die mensen de gevangenis in gaan en dan gebeurt er helemaal niets met ze, omdat ze samen met hun advocaat er voor hebben gekozen om desnoods dan maar een langere gevangenisstraf te accepteren en niet in een situatie terecht te komen waarin ze helemaal niet weten wat hun toekomst zal zijn. Dat lijkt me toch zorgwekkend.

Mw. Joldersma: Dat is de discussie die nu gaande is in het gevangeniswezen, in de Penitentiaire Psychiatrische Centra. Dat is pas een jaar geleden opgestart en werkt nog allemaal niet optimaal. Wat daar achter zit, is dat je niet uitgaat van de vraag of iemand recht heeft op behandeling maar of er noodzaak is voor behandelen. Ik zie in dat de tbs sector daar heel veel expertise in kan bieden. Ik denk dat er veel meer flexibiliteit komt tussen tbs klinieken en het gevangeniswezen. Voor mensen die geen tbs krijgen, moet je kijken of ze een aanvullende maatregel nodig hebben want anders staan die mensen na hun detentie weer op straat en dat vind ik een slechte zaak.

Zaal: Ik wil daar toch een grote zorg over uitspreken. Waar de tbs wereld zich jaren

lang heeft ontwikkeld tot een goed behandelklimaat, is er in de gevangenis volstrekt geen goed behandelklimaat. Het gat in kennis en de hoeveelheid goed opgeleide mensen dicht je niet. De ontwikkeling van de PPC's gaat nog jaren duren als je er al veel geld in zou stoppen. We hebben gezien bij de ISD-maatregel hoe moeilijk de opbouw daarvan is. Het kost tijd om een goed en wetenschappelijk onderbouwd behandelklimaat te maken en daar zijn we nog vele jaren vanaf. Als de tbs nu niet meer opgelegd wordt, waar komen de mensen met de stoornissen dan terecht? Daar zou ik me echt veel zorgen over maken.

Dhr. Raes: Ik wil twee wezenlijke opmerkingen maken in deze discussie, die niet mogen ontbreken. Volgens de 'international prison rules' hebben alle gedetineerden recht op 'equity' wat betreft de zorg terwijl ze in detentie zitten. Daarmee wordt bedoeld dezelfde kwaliteit van zorg die ze zouden krijgen als ze niet in detentie zaten. Dat is een probleem wat het gevangeniswezen op een of andere manier op moet lossen. Hoe ze dat doen, is vers twee. Het andere essentiële punt is dat er een principiële onderscheid is met de mensen die een ernstig delict hebben gepleegd waarvoor ze niet of slechts ten dele toerekeningsvatbaar zijn. Wij leven in een humane maatschappij, die de morele plicht op zich heeft genomen om ook de zorg voor deze mensen op zich te nemen.

Zaal: Ik wil de moeilijkheid van behandelen in de gevangenis bevestigen. Ik werk voor de long stay in Vught en we hebben daar al ruim drie jaar een aantal afdelingen voor de behandeling en begeleiding van tbs-gestelden met een long stay status. Daar werken allemaal mensen vanuit het gevangeniswe-

zen, die worden getraind, geschoold en begeleid. En er werken behandelcoördinatoren vanuit de Pompestichting. Als je ziet hoe verschrikkelijk hard die mensen moeten werken om in de buurt te komen van een fatsoenlijk therapeutisch milieu, nog dagelijks opnieuw na 3,5 jaar. Denk daar alstublieft niet licht over, om te gaan behandelen in de gevangenis, want je kan overal behandelen maar daar hangt een geweldig prijskaartje aan.

Stelling 6:
In zijn huidige vorm is de tbs oneerlijk en onethisch.

Dhr. Canton: De oneerlijkheid heb ik al geprobeerd toe te lichten naar aanleiding van de behandelduur. Als iemand het label van gestoord krijgt en in de tbs terecht komt, dan duurt de behandeling in ieder geval in de zin van vrijheidsbeneming veel langer dan wanneer iemand dat label niet krijgt. En het onethische noemde ik vooral in het kader van de risicotaxatie. Op het moment dat wij ons realiseren dat het toch een tamelijk wankel en weinig betrouwbaar en valide systeem is, en we dus weten dat als we zoveel mogelijk rampen willen voorkomen we heel veel mensen moeten binnenhouden die minder gevaarlijk zijn, dan levert dat spanning op ten aanzien van je ethische beroepsnorm.

Zaal: Ik wil wel met een oplossingsvoorstel komen voor de problematiek. Ik denk dat er inderdaad sprake is van rechtsongelijkheid en dat er ook een probleem is met de proportionaliteit. De heer Canton gaf al aan dat er sprake is van een arbitraire scheiding tussen gestoord en niet gestoord. Die scheidslijn is heel moeilijk te trekken. En dan krijg je dat sommige mensen in een tbs

kliniek komen voor een stoornis en een delict en daar behandeling voor krijgen en dan aan de hand van risicotaxatie naar buiten gaan, terwijl mensen in de gevangenis dat gewoon aan het einde van de detentie krijgen. Daar zitten proportionaliteitsproblemen bij. Ik zou willen voorstellen om heel kritisch naar het tbs systeem te kijken en iets te veranderen rondom de instroom en ook de uitstroom. Ik ben zelf gecharmeerd van het idee van de 'special prison'. Ik zou het onderscheid tussen gevangenisstraf en behandeling of verblijf in de tbs kliniek willen beëindigen. Ik zou minstens willen adviseren om de tbs te maximaleren, onafhankelijk van de vraag of de recidive verminderd is. Misschien moet je het woord tbs zelfs afschaffen en het 'special prison behandeling' moeten noemen. Wat doe je dan aan het einde als er toch nog gevaar is? Dan hou je toch een stoornis over en dan denk ik dat het BOPZ-traject in gang gezet moet worden, zodat die mensen naar de GGZ kunnen. Wat betreft de instroom lijkt het er op dat deze door de duur van de tbs vermindert en dat de tbs zichzelf opblaast. Dat is heel begrijpelijk want je weet echt niet waar je aan begint als je in de tbs komt. Ik stel voor om dat met de maximering op te lossen. Als je een delict hebt gepleegd, is dat de grootste voorspeller voor het opnieuw plegen van een delict. Ik zou adviseren dat als mensen niet meewerken aan observatie, de tbs wel op te leggen maar in combinatie met de maximering van de tbs. Ik onderschrijf de stelling.

Zaal: Ik onderschrijf de stelling ook. Ik ben lid van de penitentiaire kamer en betreur het heel erg dat ik de stelling moet onderschrijven. Ik kan wel een beetje meevoelen met de advocaten die ik door de jaren heen meegemaakt hebt. Die heel

toegewijd zijn aan hun mensen en toch adviseren om niet mee te werken aan het onderzoek. Als je nu vindt dat het systeem oneerlijk en onethisch is, hoe moet je je dan als dokter opstellen in dat veld. Ik ben ook lid van het regionale tuchtcollege in Groningen en dat komt daar nu een enkele keer op tafel. Hoe moet je je gedragen? Je hebt als dokter en psycholoog een verbintenis en commitment met je patiënten, maar tegelijkertijd ben je in dienst van de Staat. Ik wil aan de heer Canton vragen hoe hij daar mee omgaat.

Dhr. Canton: Ik vind het ook een moeilijke kwestie. Ik heb voor mezelf ook overwogen of ik hier mee door kan gaan. De reden dat ik er mee doorga, is dat ik het idee heb dat ik meer invloed kan uitoefenen en er over na kan denken als ik er in zit dan als ik me er uit terugtrek.

Zaal: De voorzitter van het Adviescollege Verloftoetsing TBS zei dat iedereen in beginsel op verlof kan. De klinieken sturen 54% van de patiënten op verlof. Daarvan houdt het adviescollege 7% tegen terwijl ze de patiënt niet hebben gezien. Mijn voorstel is om die 7% gewoon op verlof te laten gaan, maar met aanvullende voorwaarden. Op het moment dat je dat doet in plaats van afwijzen, dan zal je zien dat de klinieken ook met de 46% op tafel komt die nu niet op verlof gaan. Ik maak af en toe als behandelcoördinator de afweging dat ik een aanvraag niet doorstuur omdat die er toch nooit doorkomt. Dat is een oplossing waar het verlofcollege zelf mee kan beginnen.

Dhr. Canton: Ik denk dat het verlofcollege ook mee kan helpen om verlopen sneller te laten verlopen en te stimuleren dat verlopen sneller worden aangevraagd, door intern goed te blijven kijken naar wat er aan verlof

wordt afgewezen. Ik heb ook wel het idee dat daar het afgelopen jaar een ontwikkeling in zit, waarbij we in het begin misschien wat strikter en strenger waren dan dat we nu zijn. We wijzen met name zaken af in gevallen waarin we ons onvoldoende geïnformeerd achten. Als een kliniek duidelijk kan uitleggen dat er een aantal risicofactoren aanwezig zijn en aangeeft met welke maatregelen ze deze zo goed mogelijk probeert af te dekken, en de kliniek geeft dat duidelijk en onverbloemd aan, dan ben ik er van overtuigd dat het verlof gewoon wordt verleend.

Zaal: Ik ben de vader van een tbs-er die afgelopen maand vrij man is geworden. Dat was voor mij aanleiding om me meer in het systeem te gaan verdiepen. Daarbij ben ik tot de conclusie gekomen dat deze stelling een vervolgstelling moet krijgen, namelijk dat volgtijdigheid zijn tijd gehad heeft. Het oneerlijke in het systeem is dat de straf losgemaakt wordt van en vooraf gaat aan de behandeling. In het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens staat duidelijk omschreven dat ieder mens recht heeft op behandeling. Die behandeling moet kwalitatief op orde zijn en tijdig zijn. Dat betekent dat als iemand een gecombineerde straf opgelegd krijgt, je hem niet zeven jaar kan laten wachten voordat hij behandeld wordt. Als je de behandeling serieus neemt, dan moet hij ook tijdig zijn en dan moet hij aan het begin van de straf starten. Dat geeft ook de mogelijkheid aan de rechter om zich geen zorgen te maken over de vraag of de patiënt wel behandeld wordt op de juiste manier. Hij kan dus straffen naar gelang de ernst van het delict en alle daar omheen hangende factoren die zijn strafmaat bepalen. Dat is een veel zuiverder systeem. Er moet één forensisch zorgsysteem zijn waarin alle vormen geïntegreerd worden.

Dan zou de onaantrekkelijkheid van het tbs systeem voor veroordeelden ook kunnen worden omgezet in iets waarvoor ze kiezen.

Dhr. Poelmann: Het gaat uiteindelijk om de mensen voor wie we dit werk doen. Ik heb veel contact met ex-bewoners en ex-patiënten van de Pompestichting die aangeven hoe goed ze geprofiteerd hebben van de tbs en daarom zal ik altijd een lans blijven breken voor dit systeem. Er zijn heel veel mensen op een hele goede manier vanuit de tbs in de samenleving teruggekeerd.

Einde forumdiscussie

Bijlage

Programma seminar

Dagvoorzitter Karel van de Graaf, journalist en tv-presentator

- 09.30 - 10.00 uur Ontvangst
- 10.00 - 10.30 uur mw. drs. E.M. ten Hoorn Boer, Directeur-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, ministerie van Justitie.
- 10.30 - 11.00 uur mw. dr. F. Joldersma, lid van de Tweede Kamerfractie van het CDA, lid van de Vaste Kamercommissie voor Justitie en voormalig lid van de commissie Visser inzake de tbs.
- 11.00 - 11.30 uur Pauze
- 11.30 - 12.00 uur drs. J. Poelmann, bestuursvoorzitter Pompestichting, voorzitter Forensisch Netwerk GGZ Nederland.
- 12.00 - 12.30 uur prof. dr. B.C.M. Raes, hoogleraar forensische psychiatrie aan de RUG en de VU, lid van de penitentiaire kamer van het gerechtshof Arnhem.
- 12.30 - 13.30 uur Lunch
- 13.30 - 14.00 uur Interview met een tbs patiënt van FPC Veldzicht.
- 14.00 - 14.30 uur mr. S.O. Roosjen, strafrechtadvocaat bij Yspeert wvl advocaten en gespecialiseerd in tbs-zaken.
- 14.30 - 15.00 uur dr. W.J. Canton, forensisch psychiater, lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS.
- 15.00 - 15.30 uur Pauze
- 15.30 - 16.30 uur Forumdiscussie onder leiding van Karel van de Graaf.
- 16.30 - 17.30 uur Borrel