



WIE ZIJN GESCHIEDENIS NIET KENT...

Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen
in de forensische zorg sinds 1988

WIE ZIJN GESCHIEDENIS NIET KENT...

Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen
in de forensische zorg sinds 1988

M.J.F. van der Wolf | J. Reef | A.C. Wams

Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden
i.o.v. het Programma Forensische Zorg, Ministerie van Justitie en Veiligheid

Ontwerp omslag en binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Ontwerp infographics: J. Reef

© 2020 M.J.F. van der Wolf, J. Reef, A.C. Wams | Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the authors.

ISBN 978-90-361-0618-4

Inhoud

1 Aanleiding, vraagstelling en verantwoording	5	Infographic 3B: TBS: op vele manieren een kostbaar bezit	39	Infographic 4C: TBS-behandeling: harder – better – faster? – stronger!	63
1.1 Aanleiding	7	Infographic 3C: Forensische zorg: meer en meer overig	41	4.3.2 Ontwikkelingen in de gedwongen GGZ-zorg	67
1.2 Vraagstelling	8	3.2.2 Plaatsingssystematiek en ontwikkeling veld	43	Infographic 4D: Ontwikkelingen GGZ: meer dwang – meer verwarring?	69
1.3 Verantwoording	8				
2 Golfbewegingen	11	4 Contextuele ontwikkelingen	47	5 Duidingen	71
2.1 Lessen uit de verdere geschiedenis	13	4.1 Populatieverschuivingen	49	5.1 Effecten van stelselwijzigingen	73
Infographic 2: Golfbewegingen van de TBS-populatie	15	4.1.1 Kwantitatieve populatieverschuivingen	49	Infographic 5: Veertien historische lessen over de Forensische Zorg	78
2.2 Uitgangssituatie van het forensische veld in 1988	19	Infographic 4A: Ontwikkeling TBS-populatie start – stop – start	51	5.2 Inzichten in ingewikkeldheden	80
		4.1.2 Kwalitatieve populatieverschuivingen	53	6 Aanbevelingen	85
3 Stelselwijzigingen	23	4.2 Recidivecijfers en beleidsbepalende incidenten	55	Verantwoording gebruikte data infographics	89
3.1 Wetgevingsoperaties en beleidsadviezen	25	Infographic 4B: Minder recidive na TBS – maar incidenten bepalen beeld en beleid	56	Literatuur	93
3.1.1 Periode 1988-2000	25	4.2.1 Periode 1988-2000	57	Afkortingen	101
Infographic 3A: Altijd in beweging: van rechtsbescherming naar beveiliging	26	4.2.2 Periode 2000-2020	58		
3.1.2 Periode 2000-2020	29	4.3 Ontwikkelingen in behandeling en geestelijke gezondheidszorg	61		
3.2 Financieringssystematiek, plaatsingsbeleid en ontwikkeling veld	37	4.3.1 Ontwikkelingen in de forensisch psychiatrische behandeling	61		
3.2.1 Financieringssystematiek	37				

EEN

Aanleiding, vraagstelling
en verantwoording

1.1 Aanleiding

Waarom is de forensische zorg zo ingewikkeld georganiseerd? Waarom zijn er bijna dertig forensische zorgtitels? Waarom zijn er zoveel verschillende typen instellingen voor forensische zorg? Waarom is het bepalen van de rechtspositie van forensische patiënten zo ingewikkeld, en waarom zit die vaak de behandeling of de beveiliging van de samenleving in de weg?

Het zijn vragen die regelmatig opkomen bij mensen die in of om het veld van forensische zorg komen te werken. Het kost veel tijd en onderzoek om er enig grip op te krijgen. Men kan er zelfs op promoveren.¹ Maar wie bijvoorbeeld die luxe niet heeft omdat de primaire plicht roept, moet met die vraagtekens en binnen de bestaande kaders om weten te gaan met het werk en de waan van de dag. In het werken met mensen, die weliswaar in kamers kunnen worden ingesloten, maar moeilijk in hokjes zijn te vangen, is het niet verwonderlijk dat men nogal eens hinder ondervindt van

1 Zie bijvoorbeeld P.L.M. Steinmann, *Stelselwijziging forensische zorg: Verklarend onderzoek naar een centralisatie van sturing in de zorg* (dissertatie Twente), Universiteit Twente: 2019. Maar ook het proefschrift van de eerste auteur van dit rapport (zie noot 2) had die achtergrond.

de kaders en er tegenaan wil schoppen. Toch is het moeilijker om die kaders van binnenuit in beweging te krijgen, dan via een door de buitenwacht opgepikt incident. Echter, soms zijn er van die momenten in de tijd dat men het gevoel krijgt dat al het uit nood geboren verzetten van muren het verband van de constructie te zeer heeft aangetast en dat een nieuwe, coherente visie op de toekomst van het stelsel nodig is. Nu is (weer) zo'n moment.

Dit rapport is aangevraagd door het tijdelijke Programma Forensische Zorg (PFZ), dat is opgezet door het ministerie van Justitie en Veiligheid om het stelsel van forensische zorg duurzaam te verbeteren en zo de draagkracht van de sector en het draagvlak voor de forensische zorg te versterken. Onderdelen van het programma zijn het herijken van de visie op forensische zorg, de doorontwikkeling van kwaliteitskaders, versterken van de ketenregie en het aanpakken van zichtbare knelpunten binnen het stelsel van tbs en overige forensische zorg.

Bij deze opdrachten is het om verschillende redenen van belang om de recente geschiedenis van de forensische zorg in kaart te brengen. Ten eerste blijkt uit onderzoek dat veel knelpunten uit de forensische zorg historisch verklaard

kunnen worden.² Zonder inzicht in de oorzaken van knelpunten is het moeilijk om oplossingen daarvoor te bedenken. Ten tweede is evident dat er voor bepaalde – duurzame – knelpunten al vaker beleidsoplossingen zijn bedacht. Van sommige oplossingen zijn de effecten bekend, van andere zijn de effecten niet afgewacht alvorens alweer met nieuw beleid te komen.³ In elk geval is het noodzakelijk om te weten wat al geprobeerd is en wat (niet) effectief is gebleken. Zoals de gevleugelde – en vaak geparafraseerde – uitspraak van de filosoof George Santayana luidt: 'Wie de geschiedenis niet kent, is gedoemd haar te herhalen.'⁴ Het is een uitspraak die vaak wordt gerelateerd aan het gebrek aan historisch besef bij beleidsbepalers. In de 4 mei lezing van dit jaar, bracht Arnon Grunberg overigens een correctie aan op de uitspraak: 'En wie zijn verleden niet kent, is niet zozeer gedoemd het te herhalen, als wel is hij

2 M.J.F. van der Wolf, *TBS – veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenten van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (dissertatie Rotterdam), Nijmegen: Wolf legal publishers 2012.

3 Zo constateerden ook: M.H. Nagtegaal, R.P. van der Horst & H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen*, Den Haag: WODC/Boom Juridische uitgevers 2011.

4 George Santayana, *The Life of Reason: Reason in Common Sense*, 1905.

gedoemd niet te weten wie hij is.⁵ En zo zijn we weer bij de onbevredigende vraagtekens van het begin. Men kan in of om het veld van forensische zorg alleen maar begrijpen waar men staat, en zo ook enig begrip opbrengen voor de onvolkomenheden van de kaders om zich heen, als men weet waar die vandaan komen en aan welke continue dynamiek ze zijn blootgesteld.

1.2 Vraagstelling

Als uitgangspunt voor de beschrijving en duiding van de ontwikkelingen zijn de volgende vragen in overleg met de opdrachtgever geformuleerd:

- Welke wijzigingen van het stelsel van forensische zorg zijn er in de recente geschiedenis geweest in wet- en regelgeving en beleid?
- Welke aanleidingen zijn er geweest voor die wijzigingen in de praktijk van het stelsel, al dan niet via de band van een rapport?
- Voor zover mogelijk is om dat al te beoordelen: welke effecten hebben de wijzigingen gehad, en in hoeverre zijn de

5 A. Grunberg, 'Herdenken gaat uit van de vaststelling die het verleden niet voltooid is', *de Volkskrant* 4 mei 2020.

wijzigingen zelf weer aanleiding geweest voor ontwikkelingen in de praktijk die tot nieuwe wijzigingen hebben geleid?

- Hoe zijn de ontwikkelingen – met als gevolg de complexiteit van het huidige stelsel – inzichtelijk te maken, te verklaren en te duiden?
- En hoe zijn de vragen aan het begin van dit hoofdstuk dan te beantwoorden?

1.3 Verantwoording

Als startpunt voor dit historisch onderzoek wordt 1988 genomen, op een moment dat het veld van forensische zorg nog grotendeels uit het tbs-veld bestond. Dat is het jaar waarin een nieuwe regeling naar aanleiding van de wetgevingsoperatie 'Herziening TBR' in werking trad. En dat is ook het startpunt van een hele reeks aan beleidsstukken te beginnen met de Nota TBS uit 1991.⁶ In de jaren negentig werd de beleidsmotor steeds harder aangedreven door een groeiende tbs-populatie waardoor er een toenemend capaciteitstekort ontstond. Tot 2000 zullen de ontwikkelingen op hoofdlijnen

6 Ministerie van Justitie, *TBS, een bijzondere maatregel. De concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie*, Den Haag: Staatsuitgeverij 1991.

worden beschreven, vanaf 2000 meer gedetailleerd. Dat is het jaar waarin een aantal beleidsstukken naar aanleiding van de vraag naar efficiëntie, waaronder een nieuwe financierings-systematiek, in werking traden. Een jaar later zou de Commissie Kosto haar beleidsvisie 'Veilig en wel' opleveren.⁷ Die titel kondigde aan dat in die jaren het gros van de aandacht verschoof van efficiëntie naar veiligheid. Zo waren geruchtmakende recidives de aanleiding voor een parlementair onderzoek naar de tbs dat in 2006 werd afgerond.⁸ Kort daarna is ook het beleidsbegrip forensische zorg geïntroduceerd, waarin verbreding (niet alleen tbs) en stimulering van forensische zorg hand in hand gaan, culminerend in de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg in stapjes in de afgelopen twee jaar.

Bij ontwikkelingen in het stelsel van forensische zorg zijn daadwerkelijke stelselwijzigingen te onderscheiden van de ontwikkelingen waarin zij hun aanleiding vinden. De daadwerkelijke veranderingen in het stelsel betreffen wijzigingen van wet- en regelgeving, organisatorisch- en financieel beleid. Aanleidingen voor nieuwe

7 Commissie Kosto, *Veilig en wel: Een beleidsvisie op de tbs*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001.

8 Commissie Visser, *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*, Den Haag: Sdu 2006.

regelgeving of beleid worden veelal gemotiveerd in rapporten of beleidsadviezen. Deze stelselwijzigingen vormen het beginpunt van ons onderzoek in hoofdstuk 3. In de genoemde adviezen wordt uiteraard vaak verwezen naar ontwikkelingen in de praktijk die de aanleiding vormden voor het vormen van nieuwe regels of beleid. Daarbij kan gedacht worden aan incidenten, kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen in de populatie, empirische effecten (bijvoorbeeld t.a.v. recidivecijfers of kosten), ontwikkelingen in de organisatie, kwaliteit(sborging) en duur van de behandeling, ontwikkelingen in de praktijk – al dan niet in verband met regelgeving – van de (geestelijke) gezondheidszorg en andere maatschappelijke factoren. Deze ontwikkelingen in de praktijk zullen op hoofdlijnen worden beschreven in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 gaat de beschrijving grotendeels over in duiding, wanneer naar de effecten van wijzigingen wordt gekeken en antwoorden worden geformuleerd op vragen over de ingewikkeldheid van het stelsel. In hoofdstuk 6 volgen aanbevelingen.

Echter, omdat de premisse van dit onderzoek is dat de geschiedenis ons iets kan leren over het punt in de tijd waar we nu staan, zou het een kunstfout zijn om te veronderstellen dat 1988 het begin is van deze geschiedenis. Daarom wordt in hoofdstuk 2 al getracht om lessen te

trekken uit de veel langere geschiedenis van de forensische zorg in Nederland en wordt de uitgangssituatie in 1988 geschetst. Lessen worden vervolgens ook getrokken uit de ontwikkelingen sindsdien, uitkomend op in totaal veertien lessen – zie voor het overzicht Infographic 5.

Voor alle onderdelen van de historische beschrijving geldt dat we ons richten op hoofdlijnen en dat er omwille van het overzicht veel van wat op dat moment van belang was in het licht van het heden tot vergetelheid wordt veroordeeld. Het onderzoek is in korte tijd verricht, mede ook op basis van de ervaring van onderzoekers met (historisch) onderzoek ten aanzien van de forensische zorg. Er wordt ook daarom niet gestreefd naar volledigheid van primaire bronnen, maar gebruik gemaakt van duidingen uit eerder en ander onderzoek.⁹ Het spaarzaam gebruik van voetnoten/referenties komt de leesbaarheid van het rapport hopelijk ten goede – de meeste primaire bronnen worden in de tekst benoemd. Juist omdat overzicht het begrip van – en de grip op – de materie vergroot, proberen we in dit rapport überhaupt spaarzaam te zijn met tekst in het narratief van de geschiedenis. De tijdlijn wordt pas echt overzichtelijk gepre-

senteerd in de infographics die het hart van de verslaglegging vormen. Daarin is niet de exactheid van de onderliggende cijfers het belangrijkste, maar de presentatie van het overzicht op hoofdlijnen en het verhaal dat door het beeld wordt verteld. Die verhalen hebben we trachten te vangen in de titels van de infographics en die zullen ook bij de beschrijving daarvan worden uitgewerkt. De verantwoording van zowel de onderliggende cijfers als de gebruikte bronnen treft men achterin dit rapport. De verslaglegging is er daarmee bewust op gericht om lezers in relatief korte tijd een overzicht te geven van wat zich in de tijdlijn van de forensische zorg op hoofdlijnen heeft voorgedaan en hoe de ontwikkelingen elkaar hebben beïnvloedt.

Dit rapport is inhoudelijk afgesloten op 1 oktober 2020.

⁹ Met name uit het proefschrift uit noot 2, waar veel van de ontwikkelingen tot aan 2012 – zonder verdere verwijzing – aan zijn ontleend.

TWEE

Golfbewegingen

2.1 Lessen uit de verdere geschiedenis

Voor 1988 bestond forensische zorg nog bijna geheel uit het veld van de terbeschikkingstelling. Deze strafrechtelijk maatregel werd vóór 1988 overigens nog afgekort als TBR, dat stond voor terbeschikkingstelling van de Regering. In een proefschrift over de ontstaansgeschiedenis van de tbs wordt als beginpunt van die geschiedenis het jaar 1795 gekozen.¹ Het is het jaar waarin de Franse zenuwarts Philippe Pinel door de kerkers van het Parijse Bicêtre gaat om de psychisch gestoorden te scheiden van de criminelen om ze mee te nemen naar zijn ziekenhuis; een anekdote die wel als de geboorte van de forensische psychiatrie is bestempeld.² Het is het startpunt van een ontwikkeling van opsluiting van deze mensen – bijvoorbeeld in zogenaamde ‘Dolhuizen’ – naar zorg, nadat eerder al de Staat de taak van bescherming had overgenomen van de familie. Vooral de ontwikkeling van de (gedragskundige) wetenschap in de negentiende eeuw en de onderscheiding van subtielere ziektebeelden dan zinneloosheid was relevant voor de rol van de forensische psychiatrie in de rechtspraktijk in die tijd.

1 Zie noot 2 uit hoofdstuk 1.

2 Zie bijvoorbeeld A.W.M. Mooij, *Toerekeningsvatbaarheid. Over handelingsvrijheid*. Amsterdam: Boom 2004, p. 167.

De terbeschikkingstelling als compromis

In 1928 werd de terbeschikkingstelling ingevoerd via de Psychopathenwetten. De term psychopaath had in die tijd nog een andere connotatie dan nu, het stond voor een grensgeval tussen normaliteit en krankzinnigheid. In juridische termen werd over deze personen gesproken als verminderd toerekeningsvatbaar. De maatregel van terbeschikkingstelling was bij uitstek bedoeld voor dit type delinquent, omdat men het problematisch vond dat iemand die op basis van zijn psychische opmaak eerder geneigd was om te recidiveren op basis van diezelfde opmaak verminderd verantwoordelijk werd gehouden en dus een lagere straf kreeg. Overigens werd uiteindelijk de maatregel ook mogelijk voor ontoerekeningsvatbaren, maar dat was vooral omdat men in de toenmalige reguliere psychiatrie geen lastige patiënten wilde. Omdat er op dat moment – ook in het parlement – een scholensrijd gaande was tussen een klassieke visie op strafrecht (vrije wil, schuldverging) en een moderne (determinisme, gevaarlijkheid) is als compromis de terminologie ‘verminderde toerekeningsvatbaarheid’ echter nooit in de wettelijke regeling terechtgekomen. In het moderne denken was namelijk iedereen ontoerekeningsvatbaar. In het klassieke denken was het van belang dat een straf op basis van gevaarlijkheid alleen maar toelaatbaar was bij personen die gevaarlijk waren (gebleken) op basis van een psychische stoornis.

Wat geldt op dit punt, geldt voor de hele regeling van de terbeschikkingstelling. Die is omwille van het compromis zo open geformuleerd, dat in de ontwikkelingsgeschiedenis daarna iedereen zijn of haar eigen visie kwijt kon in wat die maatregel zou inhouden. Zo is anders dan bijvoorbeeld bij de ISD niet in de wet geformuleerd wat het doel van de maatregel is. Dat is één van de redenen dat er altijd veel discussie is geweest over (onderdelen van) de tbs-regeling, maar niet de enige.

Zo werd bijvoorbeeld al na een aantal decennia terbeschikkingstelling door, voor de forensische zorg zeer invloedrijke, hooggeleerden geconstateerd ten aanzien van de invoering van de maatregel:

‘Het is een algemene ervaring, dat de oplossing van elk probleem nieuwe problemen schept, en dat iedere verbetering in de menselijke samenleving en in de menselijke verhoudingen nieuwe onbevredigende toestanden oproept, dus nieuwe taken stelt.’³

3 W.P.J. Pompe & G.Th. Kempe, ‘Ontstaan, ontwikkeling en toepassing der psychopathenwetten’, in: W.P.J. Pompe & G.Th. Kempe (red.), *Klinisch-psychiatrisch onderzoek van delinquenten. Problemen rondom hun observatie in de psychiatrische observatiekliniek van het gevangeniswezen te Utrecht*, Assen: Van Gorcum 1962, p. 9-50.

LES 1

Er zal nooit een stelsel gecreëerd kunnen worden dat een eind maakt aan alle knelpunten en discussies ten aanzien van deze doelgroep. Ook iedere verbetering stelt nieuwe taken.

Het citaat brengt wellicht enige relativering. Niet alleen zijn de huidige problemen ineens slechts nog op te vatten als ‘gestelde taken’, maar ook laat het zien dat de terbeschikkingstelling niet slechts voortbrenger van onbevredigende situaties is, maar vanaf het eind van de negentiende eeuw ook de oplossing daarvan was. De problemen die leidden tot de maatregel van terbeschikkingstelling ontstonden zelf in een tijd waarin met de invoering van het Wetboek van Strafrecht uit 1886 gedacht werd menig probleem te hebben opgelost. Deze dynamiek van actie en reactie tekent de hele strafrechtsgeschiedenis. Ten slotte relateert het ook de verwachting die men van elke beleids- of visiewijziging ten aanzien van de forensische zorg mag koesteren.

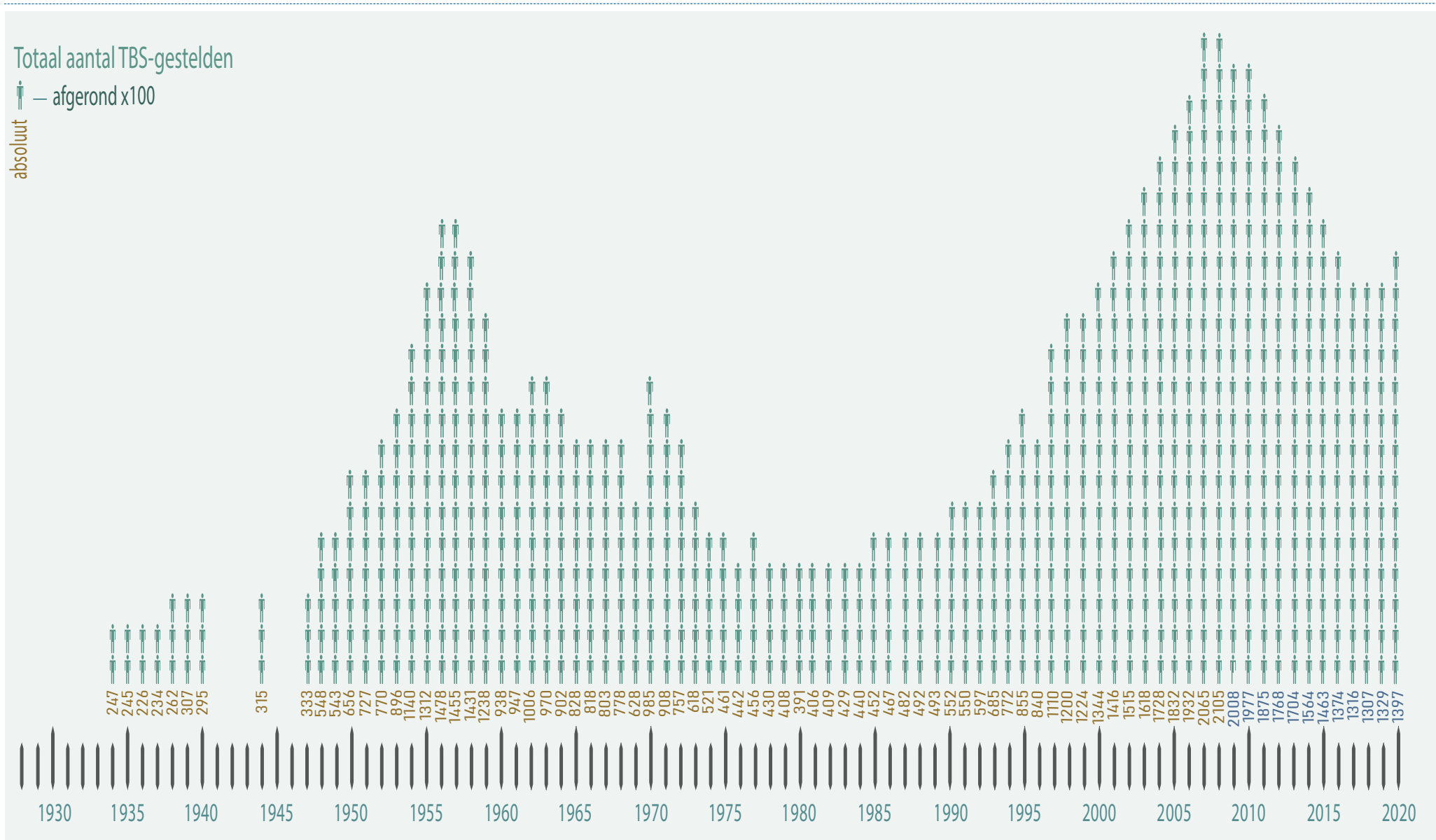
Uit vergelijkingen met internationale alternatieven blijkt ook dat er overall een basale ambivalentie is jegens psychisch gestoorde delinquenten, schipperend tussen de moraal die hen verminderd strafbaar maakt en de moraal die – mede op basis van veronderstelde gevaarlijkheid – ondersteunt dat de sanctie juist langer mag/moet duren dan de schuld rechtvaardigt. Zowel in het strafrecht als in de gedragskunde zijn parallelle ontwikkelingen zichtbaar. Ten diepste positioneren zowel de strafrechtstheorieën als de gedragskundige referentiekaders zich op de dimensie vrijheid-determinisme,

die grotendeels op het terrein van de wereldbeschouwing ligt. Hierdoor hebben mensen van verschillende disciplines elkaar steeds weten te vinden in meer wereldbeschouwend georiënteerde scholen, die bepalend zijn geweest voor de ideeëngeschiedenis ten aanzien van de terbeschikkingstelling. Wisselende dominantie in de ideeën heeft gezorgd voor alternerend beleid, al blijkt ook – bijvoorbeeld uit de ontstaansgeschiedenis van deze maatregel – dat men elkaar regelmatig wist te vinden in tegenstellingen overstijgende doelen. Zowel bij het ontstaan van de terbeschikkingstelling als daarna is ook die dynamiek tussen strafrecht en gedragskunde zichtbaar.

Uitleg Infographic 2: Golfbewegingen van de TBS-populatie

De wisselende ideeën ten aanzien van de terbeschikkingstelling zijn ook goed zichtbaar in de toe- en afname van de populatie door de jaren heen als cumulatieve som van in- en uitstroom, waarvan de instroom niet helemaal samenvalt met het aantal opleggingen in dat jaar (omdat er eerst nog een gevangenisstraf kan volgen). Dat blijkt een uitermate geschikte graadmeter voor de ontwikkeling van het denken over de forensische psychiatrie. In Infographic 2 tonen we deze ontwikkeling op een tijdlijn van 1928 tot 2020. Een ‘poppetje’ staat voor ongeveer honderd mensen.

Golfbewegingen van de TBS-populatie



Vanaf 2009 wordt niet langer het cijfer 'Lopende tbs' gevonden, vandaar dat we daar terugvallen op bezetting van de FPC's. De blauwe kleur van de absolute getallen geeft de gewijzigde definitie aan (voor verdere verantwoording, zie achterin). Wie het beeld overziet ontwaart meteen een 'golfbeweging'.

Bij de inwerkingtreding van de maatregel wordt die door rechters meteen gretig opgelegd, totdat er vanwege capaciteitsgebrek in 1933 een Stopwet nodig is. Dat zet meteen de toon: het is een terugkerende constatering dat praktische en financiële mogelijkheden in grote mate het beleid rond de maatregel bepalen. De tweede, doch veel grotere, golf begint na de Tweede Wereldoorlog. Ten eerste was er met het intrekken van de Stopwet en het toenemen van de bevolking een achterstand in te halen. Ten tweede hadden zowel de beveiligings- als behandelingsdoelstelling van de terbeschikkingstelling in die tijd een aanzuigende werking; het beveiligingsaspect vanwege de labiele wederopbouwtijd, en het behandelingsaspect vanwege de inwerking van het sociaal sterk bewogen tijdsklimaat, wat een vruchtbare bodem bleek voor sociale psychiatrie. Bovendien werden de gevangenis, die eveneens overvol waren, als schadelijk beschouwd, mede onder invloed van geleerden die in de oorlog zelf in de gevangenis hadden gezeten.

Ook waren er tijdens de oorlog, vooral in Amerika, doorbraken geweest ten aanzien van behandelmogelijkheden, zoals psychofarmaca en groepstherapie. Er waarde dus een hele optimistische tijdgeest, waarin men de toenmalige psychiater Pieter Baan – van grote waarde voor de ontwikkeling van de forensische psychiatrie in Nederland – heeft horen zeggen: 'Geef mij de middelen en ik genees alle psychopaten.'⁴ Het was vooral ook de reden dat veel delinquenten een voorwaardelijke maatregel kregen opgelegd: weinig opsluiting en veel behandeling. De TBR werd in die tijd als een 'duiventil' beschreven waar patiënten in- en uitvlogen.

Echter, de open tenuitvoerlegging uit die tijd zorgde voor een kentering. De TBR verloor iets van haar beveiligende karakter, waardoor vanaf eind vijftiger jaren rechters zelfs – tegen de strafrechtsdogmatische visie van die tijd in – langere gevangenisstraffen gingen opleggen om de samenleving te beschermen in plaats van de TBR die taak toe te vertrouwen. Vervolgens waren het vooral de emancipatoire

en anti-autoritaire maatschappelijke invloeden vanaf de jaren zestig, zoals de bekende anti-psychiatrie, die er voor zorgden dat een maatregel waarin mensen buiten de samenleving werden geplaatst, en overgeleverd waren aan een geneesheer-directeur met een grote discretionaire bevoegdheid, niet langer aansprak. Vanaf begin jaren zeventig – met als startpunt de bekende Nota TBR⁵ – is dan ook gewerkt aan het creëren van een nieuw – meer gejuridiseerd – stelsel waarin de rechtsbescherming voor het individu tegenover beveiligings- en behandelingswensen van de administratie zou voldoen aan de toenmalige opvattingen. Dat gold overigens niet alleen voor de strafrechtelijke route van de Herziening TBR, maar ook voor het civiele geestelijke gezondheidsrecht waarbinnen de Krankzinnigenwet moest worden opgevolgd door de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ).

Echter, vanaf het begin van de jaren tachtig is de populatie alweer aan het stijgen, onder andere onder invloed van economisch mindere tijden en een omgeslagen beeld van de misdadiger

4 Zie P.J. Greeven & H.J.C. van Marle, 'Met het oog op de samenleving: de geschiedenis van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek in perspectief', in: J. Meyer, P.J. Greeven & H.J.C. van Marle (red.), *Het helend huis. Dr. Henri van der Hoeven Kliniek 1995-2005. Liber Amicorum*, Amsterdam: Spinhex & Industrie 2005, p. 9-22.

5 *Kamerstukken II 1969/70*, 10 694, overigens naar aanleiding van de Commissie van der Horst.

van ‘het zielige broertje’ naar de vijand die van grote invloed is op het sanctieklimaat.⁶

De drie dimensies van de terbeschikkingstelling in evenwicht

Grof gesteld is de geschiedenis van het TBR-stelsel dus als volgt te beschrijven, het is ontstaan vanuit het oogpunt van beveiliging, het is enorm ontwikkeld vanuit het oogpunt van behandeling en is vervolgens weer wat ingedamd – of beter: uitgebalanceerd – vanuit het oogpunt van rechtsbescherming. In de Nota TBS uit 1991 wordt dan ook een belangrijke visie gepresenteerd – die wel een grondslagenfilosofie genoemd is – die erkent dat beveiliging, behandeling en rechtsbescherming de dimensies van de tbs – maar lees gerust alvast de forensische zorg – zijn, die juist omdat ze met elkaar concurreren, altijd met elkaar in een soort evenwicht moeten zijn. Dat daarbij sprake is van een dynamisch evenwicht blijkt uit het volgende Leitmotiv:

‘In nauw overleg met het veld moet periodiek vanuit een analyse van de gerezen problemen en een heroriëntatie van de eerder gekozen uitgangspunten worden onderzocht of tussen de dimensies van de TBS geen scheefgroei heeft plaatsgevonden, welke knelpunten daartoe eventueel moeten worden opgelost en op welke wijze het nieuwe evenwicht in de toekomst kan worden gewaarborgd.’⁷

De Nota formuleert dus zelf niet zo zeer een afgerond evenwicht, maar beklemtoont de noodzaak van een evenwicht dat past bij de tijd en dat vervolgens ook enige duurzaamheid heeft.

Het evenwicht moet dynamisch zijn omdat juist een stelsel op het grensvlak tussen strafrecht en het geestelijke gezondheidsrecht, twee van de grootste instrumenten van Staatsmacht ten opzichte van het kwetsbare individu,⁸

6 Het eerstgenoemde mensbeeld van de misdadiger was dat van de voor het strafrecht en de forensische psychiatrie invloedrijke Utrechtse School van o.a. Baan, Pompe en Kempe. Zie P. Moedikdo, ‘De Utrechtse School van Pompe, Baan en Kempe’, in: C. Kelk, M. Moerings, N. Jörg & P. Moedikdo (red.), *Recht, macht en manipulatie*, Utrecht: Het Spectrum 1976, p. 90-154.

7 Zie noot 6, p. 9-10.

8 Niet voor niets richtte Foucault zijn pijlen op beide: M. Foucault, *Geschiedenis van de waanzin (in de zeventiende en achttiende eeuw)*, Meppel: Boom 1975/1961; M. Foucault, *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*, Groningen: Historische uitgeverij 2007/1989/1975.

LES 2

Elke nieuwe visie op de forensische zorg zal moeten uitgaan van een dynamisch evenwicht tussen de dimensies van beveiliging, behandeling en rechtsbescherming.

LES 3

Te extreme stelselwijzigingen, op basis van een te eenzijdige of ideële nadruk op één van de dimensies van de balans, of naar aanleiding van een incident of bezuinigingen, zullen vroeg of laat worden teruggedraaid door het volksbewustzijn en de realiteit van de problematiek.

zich bevindt op een terrein dat extreem responsief is voor maatschappelijke invloeden.

De begrenzing van stelselwijzigingen

Grote beleidsveranderingen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg in de tweede helft van de twintigste eeuw waren in veel Westerse landen te observeren. De ontwikkelingen in Amerika zijn geduid door de Amerikaanse psychiater Appelbaum. Alle morele, (crimineel) politieke en wetenschappelijke inzichten ten spijt zijn er volgens hem twee zaken die het meest invloed uitoefenen op wijzigingen van het stelsel: de diepte van de schatkist (financiële overwegingen) en een enkel – high profile – incident.⁹ Hij wijst voor Amerika op John Hinkley, die in 1981 president Reagan neerschoot. Maar elk land heeft dergelijke zaken. Het is niet toevallig dat in de parlementaire debatten over de Psychopathenwetten één lid van de beoogde doelgroep wordt genoemd: de Haarlemse veelpleger Frans Rosier. Ook was het een zaak tegen een beruchte overvaller, bekend als De Zwarte Ruiters, die eind jaren vijftig voor een strafrechtsdogmatisch kantelpunt ten

9 Voor beide invloeden, zie ook P.S. Appelbaum, *Almost a Revolution. Mental Health Law and the Limits of Change*, New York: Oxford University Press 1994, die wijst op John Hinkley die de Amerikaans president Reagan in 1981 neerschoot.

aanzien van proportionele schuldvergoeding zorgde. Doordat de tenuitvoerlegging van de TBR op dat moment heel open was, kreeg hij vanwege zijn gevaarlijkheid juist geen TBR, maar een disproportioneel lange gevangenisstraf voor zijn verminderde toerekeningsvatbaarheid. En ook in de recente geschiedenis – in de volgende hoofdstukken – zullen we dergelijke zaken tegenkomen. Maar Appelbaum doet ook nog een relativerende constatering: de consequenties van verandering zijn juist vanwege de begrenzing door het volksbewustzijn en de realiteit van de problematiek – een reactie op de antipsychiatrische stroming die het bestaan van psychische ziekte als fenomeen ontkende – doorgaans niet zo groot als gedacht.¹⁰ Die trek naar het midden verklaart ook de golfbeweging.

Forensische zorg is op meer manieren kostbaar

Financiën zijn ook een reële beperking. De toenemende kosten van de forensische zorg – zie paragraaf 3.2 – lopen natuurlijk ook ooit weer een keer tegen een grens aan. Wat dat betreft valt te leren van de situatie ten tijde van het capaciteitstekort rond de millenniumwisseling. Maar ook van de situatie ten tijde van de invoer

10 Zie noot 9, o.a. p. 198, 210, 218.

ring van de TBR. Er was toen sprake van financiële schaarste. Het was een van de redenen dat gesproken werd over het scheiden van de geneesbaren van de ongeneesbaren, precies zoals in de laatste periode van financiële schaarste de 'longstay' werd ingevoerd en zelfs een gevangenisomgeving een tijdlang gebruikt is voor die groep – terwijl het aanvankelijke idee juist was dat als compromis voor het gebrek aan perspectief meer kwaliteit van leven zou worden geboden. Maar net als waar we achter zijn gekomen ten aanzien van onbehandelbaarheid in de recente geschiedenis, werd toen al gezegd over ongeneesbaarheid: *'Daarvan een taxatie te maken, is buitengewoon moeilijk'*.¹¹ Schaarste was ook de reden dat gesproken werd over het verspreiden van terbeschikkinggestelden over krankzinnigengestichten, al werd daar naast bezuiniging ook het bevorderen van deskundigheid als argument voor genoemd. Ook hierin is een parallel met de recente geschiedenis te herkennen is. Maar bovenal wist men toen al dat het niet invoeren van de maatregel vanwege de kosten – want daar werd serieus over gesproken – zou betekenen dat 'de zuinigheid de wijsheid zou bedriegen.' Het is juist een *'eisch van zuinigheid te voorkomen, dat zij opnieuw een misdrijf plegen en daardoor veel*

11 *Handelingen II 1924/25*, p. 1660.

*belangrijker schade toebrengen dan de kosten hunner dwangverpleging.*¹² Deze hypothese is in (straf)rechtseconomisch onderzoek in de recente geschiedenis herhaaldelijk wetenschappelijk onderbouwd en wordt recent ook in het rapport 'Zorg voor een veilige omgeving' als uitgangspunt gehanteerd. Op de korte termijn kost de forensische zorg meer dan sober opsluiten, maar op de langere termijn wordt de investering in beperking van maatschappelijke schade dubbel en dwars teruggewonnen. Maar leg dat maar eens uit als op de korte termijn juist in deze plegers van nare delicten geïnvesteerd wordt, terwijl bijvoorbeeld slachtoffers, of de ouderen die ons land hebben opgebouwd in plaats van afgebroken, minder bedeed worden. Ook dat het zich financieel slechts op lange termijn bewijst maakt het stelsel fundamenteel kwetsbaar, nu vierjaarscycli in de politiek en lange termijn geen gelukkig huwelijk zijn.

2.2 Uitgangssituatie van het forensische veld in 1988

In 1988 werd met de inwerkingtreding van de wetgevingsoperatie Herziening TBR de regeling van een aan de tijd aangepaste tbs

12 Kamerlid Dresselhuys in: *Handelingen II 1924/25*, p. 1639.

LES 4

Investeren op de korte termijn loont door de recidivevermindering op de lange termijn altijd. En in tijden van schaarste is vooral het scheiden van de ogenschijnlijk onbehandelbaren en plaatsen op goedkopere locaties een bekende reflex.

vormgegeven. De praktijk functioneerde eigenlijk al langere tijd voor een groot deel langs de lijnen van de beoogde wetgeving, wat onderdeel van de reden was dat het versmallen van de criteria voor tbs-oplegging toch geen remmend effect bleek te hebben. De wetgeving liep ook toen al – zie paragraaf 3.1 – achter bij de ontwikkelingen in de praktijk. Hoe zag het veld van de forensische psychiatrie er in de praktijk dan uit? Van oudsher bestaat het veld van forensische zorg – of toen nog de forensische psychiatrie – uit drie werkterreinen: gedragskundige voorlichting aan de rechter, penitentiaire psychiatrie en forensisch psychiatrische behandeling,¹³ die hier in omgekeerde volgorde zullen worden besproken.

Het forensisch psychiatrische behandelveld

Als gezegd bestond het veld van de forensisch psychiatrische behandeling in die tijd nog grotendeels uit de klinieken in het veld van de terbeschikkingstelling. Klinieken als Oldenkotte (sinds 1929), Veldzicht (sinds 1932), Dr. S. van Mesdagkliniek (structureel sinds 1962), Dr. Henri van der Hoevenkliniek (sinds 1955) en Prof.mr. W.P.J. Pompekliniek (sinds 1967) waren op dat moment al lange tijd betrokken bij de ‘psycho-

13 Zie ook B.C.M. Raes, 25 jaar forensische psychiatrie in Nederland, een beknopt overzicht, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2008, Jubileumnummer 1959-2008, p. 71-75.

pathenzorg’. Sinds 1931 was ook een deel van het Rijkskrankzinnigengesticht Woensel (De Grote Beek) bij Eindhoven voor terbeschikkinggestelden bestempeld – eerst vooral ook de ontoerekeningsvatbaren. En ook Hoeve Boschoord (sinds 1950, vooral voor wat toen ‘debielen’ heette) en Groot Batelaar in Lunteren (sinds 1953) hadden een historie in de psycho-pathenzorg, en bleven die taak voortzetten ook toen ze onderdeel waren geworden van de reguliere geestelijke gezondheidszorg, waaronder ook de verstandelijk gehandicaptenzorg te verstaan is¹⁴ – pas sinds 2020 zijn de sectoren van GGZ aan de ene kant, en VG en PG (Psychogeriatric) ook juridisch uit elkaar getrokken. Veel klinieken die we nu FPC of FPK noemen, waren er dus al enige tijd in 1988.

Naast terbeschikkinggestelden ook gevangenisgestraften

Overigens zaten er naast terbeschikkinggestelden ook wel (gevangenis)gestraften in deze klinieken. Het is altijd mogelijk geweest dat gedetineerden werden overgeplaatst naar krankzinnigengestichten, maar vanaf de Gevangenismaatregel in 1953 kon dat ook naar ‘Rijkspsychopathenasyls’ (art. 47 voor krankzinnigen

14 Een mooi overzicht van het veld in die tijd is te vinden in het rapport ‘Voorzieningen in de forensische psychiatrie’ van de Nationale Ziekenhuisraad uit 1988.

en art. 120 voor detentie-ongeschikten). Toen de TBR minder populair werd in de jaren zeventig werd goedgekeurd dat de rechter wanneer hij gevangenisstraf oplegde zijn voorkeur mocht uitspreken voor zo’n overplaatsing. Zo werd de gevangenisstraf voor de rechter nadrukkelijker een alternatief, al is een voorkeur uiteraard niet bindend. Van midden jaren zeventig tot midden jaren tachtig was 12-15% van de bevolking in terbeschikkingstellingsklinieken daar op basis van een overplaatsing uit een lange gevangenisstraf.¹⁵ Daarna zou vanwege de capaciteitsnood door toenemende oplegging van terbeschikkingstelling dat aantal snel teruglopen. Ondanks deze mogelijkheid kreeg begin jaren tachtig het thema psychisch gestoorden in het gevangeniswezen meer aandacht. Voor het eerst werd gesteld dat 10% van de gedetineerden lijdt aan een psychische stoornis, wat later wel als een soort ondergrens is blijven gelden. Men vroeg zich af of er niet meer gevangenen terbeschikkinggesteld hadden moeten worden, omdat het aantal opleggingen daarvan niet was meegestegen met het aantal gevangenisstraffen.¹⁶ In 1981 werd dan ook – als voorloper van

15 Zie E.J. Hofstee, *TBR en TBS. De TBR in rechtshistorisch perspectief* (dissertatie Nijmegen), Arnhem: Gouda Quint 1987, p. 413.

16 Nota Taak en Toekomst Nederlandse gevangeniswezen (1982), *Kamerstukken II* 1981/82, 17 539, nr. 1-2.

de huidige PPC's – de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (FOBA) in het gevangeniswezen (in de Bijlmer Bajes) gecreëerd.¹⁷ De Commissie Psychiatrische / Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen (Commissie Mulder) adviseert in 1983 tot meer overplaatsingen naar GGZ en TBR-veld.¹⁸ Maar zeker de doorstroom naar de GGZ bleef vanwege het lage beveiligingsniveau en koudwatervrees heel moeilijk. Dat was ook de reden dat er relatief maar weinig mensen op een bijzondere voorwaarde bij een straf(deel) of schorsing voorlopige hechtenis in een GGZ-instelling zaten, al was dat vanaf 1929 al juridisch mogelijk.¹⁹

Differentiatie klinieken en voorlichting

De behandelingen in de terbeschikkingstellingsklinieken waren gericht op persoonlijkheidsge stoorden, met een wijde variatie aan ernstige en vooral ook minder ernstige delicten. De klinieken waren allemaal gesticht in de verzuilde samenleving en bedienden ook verschillende levensbeschouwelijke zuilen. Godsdienstig

17 Nota Beleidsvraagstukken gevangeniswezen (1976), *Kamerstukken II 1976/77*, 14 102, nr. 1-2.

18 Commissie Mulder, *Rapport van de Commissie Psychiatrische / Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij 1983.

19 Zie J.H. Blankstein, 'De omstreden positie van de intramurale behandeling krachtens Bijzondere Voorwaarde', *DD 1982*, p. 261-267.

onderricht was van oudsher ook een van de belangrijkste middelen voor de zedelijke verheffing van de 'psychopathen'. Maar toen in de wederopbouw de klinieken meer behandelinhoudelijk werden, ontstond het sociotherapeutisch klimaat. Wel bleven de klinieken zich onderscheiden, maar nu op basis van therapeutische stromingen. Zo was bijvoorbeeld de Van Mesdagkliniek psychoanalytisch en de Van der Hoevenkliniek van de therapeutische gemeenschap. Mede vanwege die differentiatie was selectie nodig, wat een taak werd van het Meijers-Instituut, dat niet toevallig gelokaliseerd was naast het Pieter Baan Centrum in Utrecht – dat begin jaren tachtig in naam de in 1949 opgerichte Psychiatrische Observatie Kliniek verving. Het PBC speelde een vooraanstaande rol in (de ontwikkeling van) de gedragskundige voorlichting voor de rechter, in de loop van de jaren tachtig aangevuld met de Districtspsychiatrische Diensten – al bestond het fenomeen van de districtopsychiater al sinds 1953.

Veranderende populatie

In alle drie de zuilen van Gevangeniswezen, TBR en GGZ had men in de jaren tachtig te maken met verandering van de psychisch gestoorde populatie. In 1980 rapporteerde de Werkgroep Sterk Gedragsgestoorde en/of Agressieve Psychiatrische (SGA) patiënten dat er een toename was van comorbiditeit van psychotische- en

persoonlijkheidsstoornissen, in verdere combinatie met drugsgebruik.²⁰ Zeker dat laatste was een probleem dat vanaf die tijd in de maatschappij ook serieuze vormen aannam. Het zorgde in de TBR ook voor een toename van de 'atypische' psychotische patiënt en toename van de behandelduur. En dat is het moment waarop we de ontwikkelingen iets nauwgezetter gaan volgen.

20 Werkgroep SGA-patiënten, *Een systeem voor de behandeling van S.G.A.-patiënten*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij 1980, p. 23.

DRIE

Stelselwijzigingen

3.1 Wetgevingsoperaties en beleidsadviezen

3.1.1 Periode 1988-2000

Herziening TBR, Wet BOPZ, en Nota TBS

Zoals vermeld in hoofdstuk 2 was de wet Herziening TBR de uitkomst van een proces dat rond 1970 was begonnen. Rond die tijd werd de TBR ook nog regelmatig opgelegd voor minder ernstige strafbare feiten. Omdat de TBR van onbepaalde duur kon zijn werd disproportionele vrijheidsbeneming in de emancipatoire jaren zestig en zeventig als meest bezwaarlijke uitwas van de maatregel gezien. Dit verklaarde de belangrijkste wijzigingen in de wetgevingsoperatie, zoals de invoering van de tot vier jaar gemaximeerde tbs voor 'niet-geweldsmisdrijven'. Maar ook de algemene opleggingscriteria voor de maatregel werden opgehoogd. Er moet vanaf 1988 een strafbaar feit gepleegd zijn waarop minstens vier jaar gevangenisstraf staat. Ook het gevaarscriterium werd veranderd van 'het belang der openbare orde' naar 'veiligheid van anderen of algemene veiligheid van personen of goederen'. Het reflecteert het veranderde denken over wat gevaarlijk is in een meer collectieve samenleving rond het ontstaan van de maatregel richting een meer

geïndividualiseerde samenleving rond de herziening. Ook werd voor het eerst multidisciplinaire gedragskundige rapportage een formeel criterium, al was daar in de praktijk natuurlijk meestal al wel sprake van. Dit was om de oplegging zorgvuldiger – wetenschappelijker – te maken. Ook werden er verschillende rechtswaarborgen toegevoegd aan met name de verlengingsprocedure, zoals hoger beroep bij de Penitentiaire Kamer waarin ook gedragsdeskundige Raden zouden zitten, wederom om het deskundig element te versterken. De voorwaardelijke TBR werd een 'tbs met aanwijzingen', wat vooral bedoeld was als stimulans om minder zware delinquenten te behandelen zonder dat een terugval meteen tot dwangverpleging zou leiden. Dat de inwerkingtreding van de wet achterliep bij de in de jaren tachtig veranderde praktijk, blijkt uit het feit dat ondanks de verhoogde drempel voor oplegging, steeds vaker tbs zou worden opgelegd.

De civielrechtelijke opvolger van de Krankzinnigenwet, de Wet BOPZ die in 1994 in werking trad, had een vergelijkbaar lange aanloop gekend. Het diende dezelfde rechtsbeschermende belangen als die van de Herziening TBR. Minder willekeur in de oplegging moest bewerkstelligd worden door het 'bestwilcriterium' te laten vervallen en alleen een – uitgewerkt –

gevaarscriterium te behouden. Ook werd de rechtspositie van de personen die met dwang te maken kregen via allerlei waarborgen versterkt. Een belangrijk uitgangspunt was de scheiding tussen dwangopname en dwangbehandeling; de wet was een opnamewet. Voor dwangbehandeling, wat de autonomie van de patiënt en de onaantastbaarheid van diens lichaam aantastte, gold een hoger criterium van 'ernstig gevaar'. Op tbs-dwangverpleegden die in de GGZ zouden verblijven, werd de interne rechtspositie van de BOPZ van toepassing verklaard. Andere forensische titels, onder voorwaarden of overplaatsing, werden vanwege de instemming gelijkgesteld aan een vrijwillige opname.

Ook in de Nota TBS, een bijzondere maatregel uit 1991, was er een nadruk op rechtsbescherming, vooral door die te erkennen en presenteren als de derde dimensie van de tbs. Voorts werden de veranderde populatie, toegenomen behandelduur en capaciteitsdruk erkend en viel vooral het hoge aantal contraire beëindigingen – tegen het kliniekadvies in – op (78% in 1990). Hoewel dat als een na-ijlend effect van de herziening werd beschouwd – de nadruk op proportionaliteit van de duur –, werd voor het eerst gehint naar de mogelijkheid van een voorwaardelijke beëindiging door de rechter (de minister had indertijd wel die bevoegdheid).

Altijd in beweging: van rechtsbescherming naar beveiliging

Wetswijzigingen

Beleidsadviezen

WETSWIJZIGING VERSTERKT DE DIMENSIE:

● BEVEILIGING ● BEHANDELING ● RECHTSBESCHERMING

JAAR

TBS gestelden



Uitleg Infographic 3A: Altijd in beweging: van rechtsbescherming naar beveiliging

In Infographic 3A worden belangrijke wetswijzigingen en beleidsadviezen van 1988 tot 2020 naast elkaar weergegeven. Op die manier wordt niet alleen duidelijk dat het veld altijd in beweging is, maar ook de verhouding tussen beleidsadvies en wetgeving wordt zichtbaar. Waar heel evident een koppeling te maken is tussen beleidsadvies en latere wetgeving is dat via een lijntje gedaan. Daaruit blijkt dat het vaak zo is dat beleidsadviezen die om wetswijziging vragen enkele tot vele jaren nodig hebben om tot wet te worden. In de infographic wordt voor de wetswijzigingen het jaar van inwerkingtreding aangehouden, terwijl de conceptie van een wetsvoorstel dus doorgaans veel eerder ligt. Ook voor de beleidsadviezen geldt dat het jaar waarin het advies uitkwam is aangehouden, terwijl de opdracht of installatie van de werkgroep of commissie meestal in de jaren daarvoor is geweest. Aan de rechterkant is op een verticale lijn het totaal aantal terbeschikkinggestelden op dat moment weergegeven – ontleend aan Infographic 2. Op die manier kunnen bepaalde ontwikkelingen snel begrepen worden vanuit de groei of krimp van de tbs-populatie. Bij de wetswijzigingen zijn steeds een aantal belangrijke onderdelen daarvan weergegeven en die hebben een kleur meegekregen op

basis van welke dimensie van de tbs ze het meest versterken: rechtsbescherming (blauw), behandeling (groen) of beveiliging (rood). Dat geeft meteen een soort totaaloverzicht waarbij opvalt dat in het begin van deze tijdlijn de kleur blauw overheerst en later met name rood dominant wordt. Er is dus sprake van een ontwikkeling van vooral versterking van de dimensie rechtsbescherming naar vooral versterking van de dimensie beveiliging. Van 1988 tot 2000 worden alleen de meest invloedrijke ontwikkelingen besproken, die overigens allemaal de tbs als focus hebben, vanaf 2000 worden er daarnaast ook ontwikkelingen besproken die niet zo zeer invloedrijk zijn, maar eerder illustratief voor wat er in die periode gebeurt – bijvoorbeeld de verbreding naar forensische zorg. Wetswijzigingen en beleidsadviezen die in een bepaalde periode eenzelfde dimensie dienen worden hieronder in kopjes samen besproken. De selectie is daarbij iets uitgebreider dan in de infographic, maar het blijft een selectie.

Reparatiewet, Sancties op maat, Wet TBS en sanctietoepassing (Wet Fokkens)

De wijzigingen uit deze wetten kenmerkten zich door een correctie op de vorige en een aanpassing aan de tijd, vooral ter versterking van de dimensie veiligheid. Dat blijkt al uit de titel van de Reparatiewet die in 1994 in werking trad. Zo

was door de eis van een multidisciplinair advies, gekoppeld aan de bestaande praktijk om bij verdachten die weigerden mee te werken aan het gedragskundig onderzoek geen advies te geven, de weigeraar ineens problematisch, al had die altijd al bestaan. Velen ontlieden in die jaren een tbs-oplegging door de weigering. De wet werd zo aangepast dat de rapporteur wel een advies over de weigering moest schrijven en eventuele andere rapporten moest overleggen om de rechter voor te lichten. Ook werd gedwongen overplaatsing naar het PBC ter observatie geregeld. Ook het 'lek' van tbs-gestelden die door termijnoverschrijdingen in de verlengingsprocedure vrijgelaten moesten worden werd met regelgeving afgedicht. Ook werd in de regeling van de gemaximeerde tbs 'gewelddsmisdrijf' vervangen door 'misdrijf gericht tegen of gevaar veroorzakend voor de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam' omdat niet duidelijk was of ontuchtplegers die geen geweld gebruikten er wel onder vielen.

De Commissie Fokkens (languit: 'Commissie TBS en Sanctietoepassing Geestelijk Gestoorde Delinquenten'), die in 1993 haar rapport 'Sancties op maat' presenteerde, waarvan bijna alle adviezen in 1997 in de Wet TBS en sanctietoepassing werd ingevoerd, loste vanuit beveiligingsoogpunt twee hiaten op. Ten eerste verstevigde ze de voorwaardelijke tbs-variant

door de tbs met aanwijzingen te veranderen in tbs met voorwaarden, vooral zodat overtreding van een voorwaarde evident kon worden omgezet in dwangverpleging. Ten tweede introduceerde ze de facultatieve rechterlijke voorwaardelijke beëindiging om een meer geleidelijke terugkeer in de samenleving mogelijk te maken; die kon maximaal drie jaar duren. Daarnaast boog ze zich over het fenomeen dat steeds vaker lange gevangenisstraffen in combinatie met tbs werden opgelegd bij niet geheel ontoerekeningsvatbaren. Ze stelde voor om de executievolgorde om te draaien, dus eerst de tbs en dan (eventueel) de gevangenisstraf. Het kabinet vond dit te ver gaan en verzond het compromis dat na een derde van de straf in plaats van na twee derde (VI datum) al zou worden overgeplaatst, wat later dus – eigenlijk ten onrechte gezien het verdergaande advies – de Fokkensregeling genoemd zou worden. Ook werd artikel 13 lid 2 Sr ingevoerd, dat de administratie opdroeg bij combinatiegestrafte regelmatig te bezien of eerdere overplaatsing niet was aangewezen.

Doelmatig behandelen, BVT, Commissie Schwarz, Over Stroom

Van de onderdelen uit deze titel is de invoering van de Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden (BVT) een vreemde eend in de bijt. Niet alleen omdat het een wet betreft, maar

vooral ook omdat het eigenlijk behoorde tot de moderniseringsslag van de Herziening TBR, gericht op een stevigere rechtspositie. Ze werd wat verlaat ingevoerd in 1997. De BVT wordt hier echter met deze beleidsstukken besproken, omdat de parlementaire discussie over de wet gekaapt werd door het meest prangende punt eind jaren negentig: 'efficiency', gezien het capaciteitstekort. Het capaciteitstekort zorgde voor twee problematische groepen. Aan de voorkant de tbs-passant die in het Huis van Bewaring moest wachten op zijn overplaatsing naar een tbs-kliniek. En aan de achterkant de onbehandelbare patiënt die lang in de tbs verbleef en een duur behandelbed bezet hield: de 'longstayer'. Beide situaties werden niet opgelost, maar met beleid en regelgeving gelegitimeerd. In de BVT werd bijvoorbeeld ingevoegd dat een plaatsing binnen zes maanden zou geschieden, al was die termijn verlengbaar. Men hoopte hiermee dat de schadevergoedingen die op basis van rechterlijke uitspraken en de Nationale Ombudsman aan passanten betaald werden niet meer nodig zouden zijn. Maar de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) en in 2004 het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (in de zaak Brand/Morsink) hielden die in stand. Na vier maanden wachten wordt het onrechtmatig. Het EHRM erkende een recht op behandeling

nadat de termijn van de tbs was gaan lopen. Dit terwijl de BVT zelf, anders dan haar voorbereidingscommissie Haars in de jaren tachtig, dit niet erkent. Zo is de wijze van behandeling niet beklagwaardig om de behandeling niet te veel te juridiseren. Ziehier de concurrentie tussen de dimensies behandeling en rechtsbescherming.

In 1993 is door de geneesheer-directeur van Veldzicht, waar als rijksinrichting de hopeloze gevallen terecht kwamen – en waar overigens van oudsher al een begraafplaats op het terrein was –, het taboe van de onbehandelbare tbs-gestelde doorbroken. De capaciteitsdruk maakte uiteindelijk dat de Commissie Zorg voor vóórt-durend delictgevaarlijke TBS-verpleegden (Commissie Schwarz) adviseerde om voor mensen die acht jaar in de tbs zaten en geen perspectief meer hadden, plaatsing op een longstay-afdeling mogelijk te maken, hetgeen kon binnen de bestaande wettelijke kaders. Uiteindelijk werd vanwege de capaciteitsdruk plaatsing op een longstay-afdeling mogelijk na twee behandelingsperiodes van drie jaar. Het idee was dat een longstay-plaats minder duur was, omdat er niet meer behandeld werd gericht op terugkeer in de samenleving. Als compensatie voor het gebrek aan perspectief kreeg men wel ruimere kamers.

Zowel aan de passanten (schadevergoedingen) als aan de invoering van de longstay-afdeling (minder duur) zat dus een financiële kant, maar de belangrijkste financiële efficiëntie was natuurlijk te halen ten aanzien van het gehele tbs-systeem. Daar waren binnen twee jaar na elkaar (1996 en 1998) twee Interdepartementale beleidsonderzoeken Financieringssysteem van Forensisch Psychiatrische Hulpverlening (Werkgroep IBO-I en IBO II) op gericht, waarover meer in paragraaf 3.2.

3.1.2 Periode 2000-2020

Veilig en wel, Verbeterproject TBS terecht

In 2000 waren de longstay-afdelingen al even in functie en was de nieuwe plaatsings- en financieringssysteem van IBO-II in werking. Na alle organisatorische veranderingen, die nog verder werden uitgewerkt in het Verbeterproject TBS terecht, was er weer behoefte aan een beleidsvisie ten aanzien van beveiliging en behandeling. Die kwam er uiteindelijk van de Commissie Kosto in het rapport *Veilig en Wel* uit 2001. De commissie zag zich geconfronteerd met de regionale circuitvorming waar tbs-klinieken in de praktijk al mee bezig waren om de zeer gewenste uitstroom te kunnen bewerkstelligen. Ze stelde twee beleidsopties voor: het versterken van de circuitvorming of, en daar had ze

een sterke voorkeur voor, het laten opgaan van de tbs-klinieken in de GGZ. Vooruitlopend op latere ontwikkelingen moest niet de juridische titel, maar de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak de aangewezen locatie bepalen, met dit verschil: de verantwoordelijkheid zou liggen bij de Minister van Volksgezondheid, terwijl de Minister van Justitie de verantwoordelijkheid zou houden over veiligheidsaspecten zoals verlop, al moest er wel een onafhankelijke verlofcommissie komen. Maar dit ging het kabinet te ver. Dat hield het bij de eerste optie met deeloplossingen zoals voorgesteld in het verbeterproject, met als deelprojecten onder meer: Verbeteren toegang tot de tbs, Verbeteren van de door- en uitstroom, Kwaliteitsverbetering door het ontwikkelen van een expertisecentrum en een kwaliteitssysteem, Financieringssysteem, Organisatie en financiering van de Preklinische interventie, en Vereenvoudigde plaatsingssysteem.

Wet plaatsing in een ISD, Commissie Houtman

In de beginjaren na de millenniumwisseling werd de focus van wetgeving en beleid ten aanzien van zorg in justitieel kader nadrukkelijker breder dan de tbs. Dit kwam door de circuitvorming in de praktijk naar aanleiding van het capaciteitstekort. Maar ook de visie van de Commissie Kosto op basis van zorgbehoefte in

plaats van juridische titel, speelde daar een rol in. Een belangrijke ontwikkeling in dit kader was de invoering van de maatregel van plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) in 2004, nadat al een paar jaar geëxperimenteerd was met de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). Deze maatregel maakt mogelijk dat personen die frequent (geringe) strafbare feiten pleegden, langer dan de schuld rechtvaardigde van de straat gehouden worden (twee jaar) ter bescherming van de samenleving. Maar dit biedt ze ook de kans op een behandeling die binnen een korte vrijheidsstraf niet mogelijk is. Het exclusie criterium psychische stoornis hield, gezien de realiteit van samenloop van psychische stoornis en middelenproblematiek, niet lang stand. En dat gold breder in het gevangeniswezen.

De motie Van de Beeten e.a. van 6 juli 2004, weergegeven op pagina 30, zou het startschot vormen voor een overkoepelend perspectief op de zorg in justitieel kader. Het betekende een belangrijke erkenning van het parlement dat dergelijke zorg goed was voor de veiligheid. De Commissie Houtman – het was eigenlijk een werkgroep, maar zo werd ze genoemd – werd als gevolg daarvan geïnstalleerd. In mei 2005 kwam het ‘Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader’ uit over hoe de aansluiting tussen

Motie Van de Beeten e.a. 2004

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

het gevangeniswezen en de GGZ te verbeteren om continuïteit van zorg te waarborgen. De aanbeveling dat de kwaliteit van zorg in detentie omhoog moest viel in het niet bij het voorstel om voor de forensische zorg een inkoopmodel in te voeren onder verantwoordelijkheid van – en op de begroting van – het ministerie van Justitie in plaats van VWS, omdat het grootste probleem was gelegen in de spanning tussen de formele verantwoordelijkheid en feitelijke mogelijkheden. Zo werd er voor hetzelfde doel – eindelijk de overplaatsing naar de GGZ goed mogelijk maken – dus voor een geheel andere verantwoordelijkheidsverdeling gekozen dan de Commissie Kosto. En kort daarna, op 7 juni 2005 ontsnapte Wilhelm S. aan zijn begeleiders op station Utrecht Centraal. Er trad een tot die tijd ongekend mediacircus in werking – inclusief een opsporingsbericht met een foto – dat hem opjaagde, en een week later doodde hij een oude man in Amsterdam. Een jaar eerder was er al een geruchtmakende recidive van een tbs-gestelde in Eibergen na onttrekking aan verlof en was er een parlementair dossier gestart met de naam 'Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel' (Kamerstuknummer 29452).

Parlementaire onderzoekscommissie tbs en bijbehorende wetswijzigingen

Het leidde tot een parlementair onderzoek naar de tbs door de Commissie Visser, die rappor-

teerde in 2006. Ondanks de nog steeds groeiende tbs-populatie, was veiligheid ineens het hoofdthema. Zo waren ook aanbevelingen over de uitstroom vooral gericht op hoe die vanuit het oogpunt van beveiliging verantwoord vorm te geven waren. De commissie adviseerde om het voorstel van de Commissie Houtman over te nemen. Juist vanwege de veiligheid werd de minister van Justitie verantwoordelijk gemaakt. In de tijd dat minister Donner regelmatig naar het parlement werd geroepen om zich te verantwoorden voor (weer) een incident, wilde het parlement verlofbeslissingen niet uit handen geven aan de onafhankelijke commissie die de Commissie Kosto had vastgesteld, dus kwam er slechts een adviescommissie.

Omdat dit onderzoek in de recente periode het meest centraal is en op het hoogste niveau is uitgevoerd, welhaast alle aanbevelingen zouden dan ook uitgevoerd worden, worden op de pagina hiernaast alle 17 aanbevelingen weergegeven.

Niet alleen werd hierdoor de plaatsingssysteemmatiek, waarmee vanaf 2000 gewerkt werd, weer teruggedraaid. Vanaf 2008 traden de wetswijzigingen die hieruit voortkwamen in werking, zoals de installatie van het Adviescollege Verloftoetsing (AVT). De voorwaardelijke beëindiging en tbs met voorwaarden kunnen

Aanbevelingen Parlementaire Onderzoekscommissie TBS 2006

Gericht op de uitstroom:

- 1 de wettelijke termijn voor voorwaardelijke beëindiging te verlengen tot maximaal 9 jaar
- 2 dat tijdens die voorwaardelijke beëindiging de klinieken samen met de reclassering en eventueel GGZ-instellingen toezicht houden op het naleven van de gestelde voorwaarden
- 3 het aanbod van vervolgotrajecten tijdens intramurale behandeling en nazorg volgend op (voorwaardelijke) beëindiging van TBS-patiënten te vergroten
- 4 meer differentiatie te ontwikkelen voor die situaties waarin langdurige vrijheidsbeneming noodzakelijk blijkt (de huidige 'longstay')
- 5 en Diagnose Behandelingcombinaties (DBC's) binnen de forensische- en reguliere psychiatrie verder te ontwikkelen ter ondersteuning van de (geleidelijke) overgang tussen zorgarrangementen

Gericht op de uitvoering van de TBS-maatregel:

- 6 de bestaande risicotaxatie-instrumenten verder te ontwikkelen om de kwaliteit van individuele verlobbeslissingen te verbeteren

- 7 de wettelijke mogelijkheden voor dwangmedicatie tijdens de behandeling in de TBS-kliniek te vergroten
- 8 meer differentiatie en specialisatie van TBS-klinieken en GGZ-instellingen mogelijk te maken
- 9 en het Ministerie van Justitie een duidelijker sturende rol te geven als 'inkoper' bij klinieken die behandelen ter uitvoering van de TBS-maatregel

Gericht op de instroom van TBS:

- 10 de 'TBS met voorwaarden' zodanig aan te passen dat er beter en effectiever gebruik van kan worden gemaakt
- 11 meer kennis te ontwikkelen over de interculturele factoren die van invloed zijn op de Pro Justitia-adviezen van het Pieter Baan Centrum en de Forensisch Psychiatrische Dienst naar de toerekeningsvatbaarheid van verdachten

Gericht op het systeem:

- 12 omwille van professionele verloftoetsing een nieuw te vormen dienst te creëren, waarin de huidige deskundigheid verder wordt ontwikkeld
- 13 het huidige aselechte plaatsingsbeleid los te laten teneinde de inkoopbevoegdheid van het Ministerie van Justitie en de differentiatie van de klinieken (beveiliging en zorg) te optimaliseren

- 14 wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van behandelingen in de forensische psychiatrie en naar dieperliggende factoren die risico verklaren, onder te brengen bij de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
- 15 opleidingen te ontwikkelen binnen het Hoger Onderwijs voor het werk in de forensische psychiatrie
- 16 dat de instellingen die verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van de zogenaamde PIJ-maatregel (jeugd-TBS) een relatie aanknopen met TBS-instellingen (twinning)
- 17 en al tijdens de detentieperiode voorafgaand aan de TBS-maatregel na te gaan of een vorm van behandeling wenselijk en noodzakelijk is, alsook het nut van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis te onderzoeken.

vanaf dat moment maximaal negen jaar duren. Het was onder meer bedoeld om de tbs met voorwaarden een aantrekkelijker alternatief voor dwangverpleging te maken. Ook werden de PPC's ingevoerd.

Analyses van die periode laten zien dat er een dubbel effect ontstond: bovenop de veiligheidsmaatregelen, werden de klinieken ook nog eens voorzichtiger dan daarvoor, terwijl die maatregelen juist al voor de voorzichtigheid waren.¹ Door de gesloten tenuitvoerlegging liep de behandelduur snel op en de tbs werd minder populair bij verdachten, advocaten (die hun cliënten adviseerden gedragskundig onderzoek te weigeren) en rechters. Vanaf 2008 daalde het aantal tbs-opleggingen flink en vanaf 2009 slonk ook de totale populatie voor het eerst weer. Het is opvallend dat juist op het moment dat er weer ruimte leek te gaan komen in klinieken en de Fokkensregeling eindelijk echt kon gaan functioneren, de regeling nota bene door een lid van de Commissie Visser, dan staatssecretaris Albayrak, werd afgeschaft in 2010. Dit kwam niet voort uit het parlementair onderzoek, maar was gebaseerd op het argument dat er in het toenmalige strafklimaat meer

1 Zie bijvoorbeeld M.J.F. van der Wolf & L. Noyon, 'Zeven jaar na de Commissie Visser: een nieuw evenwicht?', *Justitiële Verkenningen* 2013-4, p. 9-24.

nadruk op het vergeldingsaspect was komen te liggen en zo aan de gevoelens van slachtoffers en nabestaanden tegemoet moest worden gekomen. Haar opvolger Teeven zou op deze voet verdergaan.

Interimbesluit Forensische Zorg, Zorg voor forensische zorg, Stoornis en Delict

Op 1 januari 2008 begon de inkoopstelsel van Justitie. Het plan van aanpak Project Vernieuwing Forensische Zorg had regelmatig voortgangsrapportages. De term forensische zorg was al wel eerder in deze context gebruikt,² maar vanaf 2008 voor het eerst als overkoepelend beleidsterrein. Tekenend voor de verbreding van het beleid was de naamsverandering van de sectordirectie TBS als onderdeel van DJI naar DForZo (Directie Forensische Zorg). Evenzo tekenend was de naamswijziging van het ministerie van Justitie in dat van Veiligheid en Justitie. In 2010 werd het Wetsvoorstel Forensische Zorg (WFZ) ingediend (naast invoering van een Interimbesluit Forensische Zorg en een Informatiesysteem forensische zorg), waarin toen

2 Het eerste moment waarop wij de term zijn tegengekomen is overigens al in 1997 in de titel van het rapport: Interdepartementale Werkgroep Kaasjager (ook wel Werkgroep Forensische Zorg), 'Forensische Zorg, het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg', Den Haag: Ministerie van Justitie 1997.

19 forensische zorgtitels waren opgenomen. Dat zijn er thans bijna dertig, al staan die niet meer in de wet zelf omdat ze vanzelf onder de definitie van forensische zorg – zorg in strafrechtelijk kader – vallen. Het is wel gekarakteriseerd als een organisatiewet, omdat het vooral regels bevat met betrekking tot de instellingen die als aanbieder voor een contract in aanmerking willen komen, inkoop en financiering, indicatie en plaatsing van patiënten met de genoemde titels. De belangrijkste doelen waren en zijn de juiste patiënt op de juiste plek qua zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg. Het beoogde samenhang met het Wetsvoorstel Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ) en Wet Zorg en Dwang (WZD) als beoogde opvolgers van de Wet BOPZ, en bestaande wettelijke kaders.

In een advies Zorg voor forensische zorg uit 2009 uitte de RSJ fundamentele kritiek op het wetsvoorstel. Vooral de aansluiting met bestaande en nieuwe wetten werd betwist, vooral ook omdat de WVGZ een heel andere wijze heeft van het bepalen van de interne rechtspositie, zoals later in de 'Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg' uit 2014 is

uitgelegd. Ook het artikel 2.3 WFZ dat de civiele machtiging door de strafrechter regelde, vond ze nog voldoende doordacht – juist ook omdat het geen forensische zorg werd genoemd. Zeker niet in verhouding tot het bestaande artikel 37 Sr en de systematiek van de WVGZ, omdat het nog geënt was op de BOPZ. Er was (en is) geen sprake van harmonisatie van rechtspositie tussen de zuilen (GW, tbs, GGZ) van de forensische zorg. Een andere omissie was volgens de RSJ dat de jeugd uit het voorstel was weggelaten, omdat er in een apart traject een Jeugdwet werd ontworpen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg onderschreef in 2012 in haar rapport 'Stoornis en Delict' dat er één wettelijk uitvoeringsregime moest komen voor forensische en verplichte zorg om de overgang echt mogelijk te maken. Ook deed ze belangrijke aanbevelingen over de continuïteit van zorg door de hele keten.

Beleidsvisie TBS Teeven, Verlofregeling TBS, Wet verruiming dwangbehandeling, WLT

In 2011 presenteerde de nieuwe staatssecretaris Teeven zijn beleidsvisie op de tbs. Daarin stonden de onder andere al in het regeerakkoord aangekondigde maatregelen die beide te boek zijn komen te staan als 'Teeven-jaar'. Het eerste werd ingevoerd via de Verlofregeling TBS uit 2011 en behelst het jaar dat men mogelijk niet op verlof mag nadat men 24 uur ongeoor-

loofd afwezig is geweest of een strafbaar feit heeft gepleegd – al is er voor personen die ver in het verloftraject zijn in sommige gevallen een hardheidsclausule op basis van zwaarwegende persoonlijke omstandigheden. Het tweede was een antwoord op de nog maar sporadisch voorkomende contraire beëindigingen en behelst een verplicht jaar van voorwaardelijke beëindiging voor onvoorwaardelijk ontslag door de rechter mogelijk is. In de praktijk is sindsdien van alles verzonnen om deze maatregelen te verzachten of omzeilen, juist ook omdat ze averechts werken bij het streven om de behandelduur te verkorten, en maatwerk – zoals juist beoogd in de forensische zorg – onmogelijk maken. In een fase waarin het veld al gebukt ging onder de uitwerking van de veiligheidsmaatregelen van de Commissie Visser, voerde de staatssecretaris een eigen vergeldings- en veiligheidsagenda uit vooral op basis van slachtofferbelangen. Zo kwam ook het slachtofferonderzoek voor verlofverlening in de nieuwe regeling te staan en werden deze belangen ingevoegd in de doelstelling van de BVT.

Overigens werd dit tweede 'Teeven-jaar' ingevoegd in het wetsvoorstel Verruiming dwangbehandeling, dat nog wel echt een uitvloeisel was van de Commissie Visser. Het sloot aan bij de ontwikkelingen in de reguliere GGZ waar langzaamaan het lang honoreren van de

autonomie leidend tot isolatie, niet langer de voorkeur had boven het daadwerkelijk gedwongen kunnen behandelen van deze patiënten met de medicatie die ze nodig hebben. Het gevaarscriterium voor dwangbehandeling werd – ook in de BVT – steeds verder verruimd tot het uiteindelijk ook mogelijk is zonder acuut gevaar, als het niet toedienen van medicatie betekent dat iemand onredelijk lang van zijn vrijheid beroofd zal blijven (a-dwangbehandeling genoemd in het tbs-veld). Omdat dit als een ingrijpende inbreuk op grondrechten werd gezien, staat er sindsdien wel een stevige rechtspositie – vooral in de zin van procedure en rechtsmiddel – tegenover.

Een andere belofte van Teeven werd vervolgens bewaarheid in de Wet Langdurig Toezicht. Daarin werd de maximale duur van negen jaar van de voorwaardelijke beëindiging van de tbs met dwangverpleging in 2017 afgeschaft ten faveure van een onbepaalde duur. Ook werd in 2018 via een amendement verlenging van de proeftijd van de voorwaardelijke invrijheidstelling (VI) na gevangenisstraf mogelijk. Ten slotte werd de nieuwe gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM) voor gewelds- en zedendelinquenten ingevoerd die toezicht mogelijk maakt na afloop van een detentie of tbs. De maximering van tbs met voorwaarden en gemaximeerde tbs werden

daarbij als reden genoemd, net als de weigeraars die in plaats van gevangenisstraf eigenlijk tbs hadden moeten hebben. Naar aanleiding van een burgerinitiatief voegde Teeven ook een maatregel tegen de weigeraarsproblematiek toe in het Wetsvoorstel Forensische Zorg; de doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Die maatregel zou echter, vanwege de wens van de Eerste Kamer om de wet samen met de nieuwe civiele zorgwetten te bespreken, pas in werking treden nadat het thema van de weigeraar om een andere reden nog nadrukkelijker op de agenda kwam.

Manifest van Lunteren, Taskforce behandelduur tbs

In de tenuitvoerlegging van de tbs was de toegenomen behandelduur als gezegd het belangrijkste thema na 2010. Het was de reden om de eerste Werkconferentie Recht en tbs te organiseren in Lunteren in 2013 waar alle partijen, betrokken bij de tenuitvoerlegging, bij aanwezig waren. Inmiddels hebben er daar vier van plaatsgevonden. In het Manifest van Lunteren en later via de Taskforce behandelduur tbs werden afspraken gemaakt om de behandelduur te verkorten, waaronder de mogelijkheid van een zorgconferentie met aanwezigheid van de advocaat bij impasses in de behandeling, en een soort financiële resultaatafspraken ten aanzien van doorstroom in verloffasen.

Het capaciteitsoverschot dat ontstaan was in de tbs werd, anders dan tijdens de vorige neergang van de populatie in de jaren zeventig, niet opgevuld met gevangenisstraffen, al werd dat onder andere door de Inspectie voor de Sanctietoepassing wel voorgesteld. Maar de veranderde visie op vergelding – ook al zichtbaar in de afschaffing van de Fokkensregeling – maakte dat volgens Teeven, anders dan toen, onwenselijk. In plaats van op gevangenisstraffen richtte het tbs-veld zich op civielrechtelijk gemachtigden als oplossing voor de leegstand, hetgeen eigen rechtspositionele problemen met zich meebracht (gold de BVT voor die groep wel of niet?). Gelijk met de neergaande tbs-populatie vertoonde ook de longstay-populatie een dalende trend. Hoewel sinds 2009 de rechtspositie versterkt was, met een tussentoets na drie jaar – thans sinds het beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg twee jaar –, bleek uit onderzoek dat vooral het aanmelden van klinieken voor de longstay achterbleef, waarbij het niet ingewikkeld was te vermoeden dat daarbij financiële overwegingen een rol speelden – een leeg bed levert immers niets op.³

3 W.F. van Kordelaar & I. Kluiters, 'Longstay out of the box', *Sancties* 2013, p. 201-216.

Convenant Verwarde Personen, Vraagontwikkeling OFZ, Commissie Hoekstra

Parallel aan al deze ontwikkelingen kwam een nieuw aanpalend beleidsterrein op: dat van de verwarde personen. Vanaf 2011 worden meldingen over verwarde personen door de politie bijgehouden, waarvan het aantal nog elk jaar stijgt. En in 2012 werd het eerste Convenant met die naam tussen de politie en de GGZ afgesloten. Het discours kreeg een enorme impuls doordat begin 2015 bekend werd dat de psychiatrisch patiënt – die ook al bekend was bij Justitie – Bart van U. verantwoordelijk was voor de dood van oud minister Els Borst en van zijn zus. Vooral het gegeven dat instanties niet thuis gaven, ondanks aandringen van de familie, resoneerde. In juni 2015 bracht de Commissie Hoekstra, die onderzoek deed naar de zaak, rapport uit. Ten aanzien van de GGZ werd geadviseerd het OM een centrale rol te geven in de nieuwe wetgeving, terwijl dat bijna geen rol meer had in het wetsvoorstel, en tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan de inbewaringstelling mogelijk te maken. In een nota van wijziging werden onder andere deze onderdelen ingevoegd in de lopende wetgeving, waardoor deze zaak flinke invloed heeft uitgeoefend op de wetgeving. In 2016 werd er een 'Aanjaagteam verwarde personen' ingesteld, dat om evidente redenen uiteindelijk werd omgedoopt tot 'Schakelteam personen met verward gedrag'. Dat schakelteam

bracht in 2018 een eindrapportage uit, waarin naast monitoring en ketensamenwerking, oog voor elkaar de belangrijkste boodschap was. Het beleidsterrein heeft vooral onder de aandacht gebracht dat het veronderstelde gevaar voor de samenleving, dat van (bepaalde) psychisch gestoorden uitgaat, niet alleen vanuit de forensische zorg komt.

Ondertussen werd de vraag naar 'overige forensische zorg', een term voor alle forensische zorg buiten de tbs met dwangverpleging, vooral ook in de forensische GGZ, steeds groter. Uit het onderzoek 'Vraagontwikkeling overige forensische zorg', bleek dit in de eerste plaats te komen door een aanzuigende werking van het nieuwe beleid en andere wijzigingen die daarmee samenhangen. In de tweede plaats kwam dit door meer instroom in het strafrecht vanuit de GGZ, door de versobering en ambulantisering aldaar. En in de derde plaats, door verschuiving van de tbs-populatie naar lichtere (voorwaardelijke) modaliteiten. Door deze twee ontwikkelingen is er veel druk op de (forensische) GGZ gekomen. Vanuit de samenleving komen de verwarde personen, vanuit het strafrecht steeds zwaardere gevallen: één van die gevallen zou vanaf eind 2017 de gemoederen flink bezighouden. Het was bovendien een ontwikkeling waar de aankomende wetgeving niet op berekend was.

Wet Forensische Zorg, WVGZ, WZD, Forensische Zorgen

Als uitvloeisel van een na het parlementair onderzoek gestart proces trad in 2019 de Wet Forensische Zorg (Wfz) grotendeels in werking, wat vooral de promotie was van de al bestaande inkoop- en plaatsingsstructuur tot wet. Die vertraging hing samen met de door de Eerste Kamer gewenste gelijktijdige behandeling met de Wet Verplichte GGZ (WVGZ) en Wet Zorg en Dwang (WZD, voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg). Twee onderdelen van de WFZ zijn pas vanaf dit jaar – 2020 – van kracht, gelijk met de nieuwe civielrechtelijke wetten. Het eerste is de genoemde mogelijkheid voor de strafrechter om op elk moment in het strafproces een zorgmachtiging in de zin van de nieuwe civielrechtelijke wetten af te geven (2.3 Wfz). Het beoogt, samen met de doelen achter de financierings- en plaatsingssystematiek, de doorstroom vanuit het strafrecht naar de GGZ een impuls te geven. Echter, de strafrechter kan de zorg – anders dan bij het oude art. 37 Sr – niet bevelen slechts machtigen, en is dus afhankelijk van OM en GGZ voor stukken en uitvoering.⁴ Ook moet

de strafrechter dan vooraf machtigen welke vormen van verplichte zorg mogelijk moeten kunnen zijn. Hier zitten administratie omwille van de beveiliging en rechtsbescherming, de behandeling in de weg, en wordt er in de GGZ ter omzeiling daarvan veel opgelost binnen de meer acute opties van de tijdelijke verplichte zorg en crisismaatregel. Daarbij helpt dat de dimensie behandeling wel weer wordt geholpen door de gelijkschakeling van de criteria voor opname en dwangbehandeling – beide onderdelen van verplichte zorg – zodat medicatie gebruikt kan worden juist om langere opname te voorkomen. Omdat de interne rechtspositie – welke inbreuken op vrijheden en rechten er mogelijk zijn – door de rechter in de zorgmachtiging geregeld moet worden, maar personen die worden (over)geplaatst in de GGZ op basis van strafrechtelijke titels geen zorgmachtiging hebben, wordt een speciaal hoofdstuk in de WVGZ ingevoegd (hoofdstuk 9) met een rechtspositie voor deze groep, waarbij weer onderscheid gemaakt wordt tussen tbs-dwangverpleegden en de met instemming geplaatsten. Voor beide groepen zijn nu meer inbreuken mogelijk dan onder de oude wetgeving, al is dit nog lang niet (geharmoniseerd) op het niveau van de Justitiële beginselenwetten, geldend in FPC's en het gevangeniswezen (PPC's). Terwijl de populatie in de forensische GGZ qua zwaarte steeds meer op die groepen

⁴ Zie ook P.A.M. Mevis, A.W.T. Klappe & M.J.F. van der Wolf, 'Het afgeven van een zorgmachtiging door de strafrechter: overzicht en eerste indrukken van de praktijk betreffende art. 2:3 Wfz sedert 1 januari 2020. Rechtspraakrubriek', *Delikt & Delinkwent* 2020/43.

LES 5

Het beleidsterrein forensische zorg is altijd in beweging. Waar beleid een actueel knelpunt adresseert, loopt de daaruit voortvloeiende wetgeving vaak alweer achter bij de ontwikkelingen in de praktijk.

gaat lijken, maar daar dan op lichtere titels verblijft (minder inperkingsmogelijkheden, kortere duur). Doorstroom naar de reguliere GGZ blijft ingewikkeld, vandaar ook het Programma Continuïteit van zorg dat loopt van 2016 tot 2017.

Dat blijkt ook uit het rapport 'Forensische zorgen' uit 2018, dat als hoofdboodschap heeft dat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en medewerkers onder druk staat. Naast de verzwaring van de doelgroep, wordt gewezen op toegenomen administratieve taken, personeelstekort, grotere financiële kwetsbaarheid van de sector en werkdruk. Het zijn de randvoorwaarden waarbinnen in 2017 in een FPC een nieuw personeelslid gedood wordt. Het zijn de randvoorwaarden waarbinnen Michael P. eind 2017 Anne Faber kan verkrachten en doden, tijdens zijn verblijf op een FPA na een overplaatsing uit het gevangeniswezen. Deze gebeurtenis doet de vraag rijzen waarom deze gevaarlijke dader na eerdere ernstige (zedes)delicten geen tbs heeft gekregen, maar 'slechts' een gevangenisstraf. Hij blijkt als verdachte geweigerd te hebben mee te werken aan het gedragskundig onderzoek. Het tweede onderdeel van de Wet Forensische Zorg dat vanaf 2020 van kracht is, is de genoemde doorbreking van het medisch beroepsgeheim bij deze weigeraars. Omdat de aanleiding hiervoor ver voor de gebeurtenissen uit 2017 ligt, zijn

deze gebeurtenissen wel de reden dat men in Den Haag het gevoel krijgt dat met deze wetswijziging niet kan worden volstaan. Daar doet de omkering van de volgorde van de naamswijziging van het departement tot ministerie van Justitie en Veiligheid in 2019 niets aan af.

Aanpak Weigerende observandi, Wet USB, Casus Michael P., Zorg voor een veilige omgeving

Hoewel er naar aanleiding van de zaak Michael P. verschillende zaken die mis zouden zijn gegaan de aandacht krijgen, is het probleem van de weigerende observandi een van de eerste die door minister Dekker wordt aangepakt. Uit onderzoek blijkt dat er binnen de bestaande wettelijke kaders al meer mogelijk is en dat met name doordat het EHRM in 2015 in de zaak Constancia goedkeurde dat de rechter zelf het stoorniscriterium voor oplegging van tbs vaststelt, de mogelijkheden in de praktijk ook al beter benut worden. Toch voert hij ter verduidelijking een wetswijziging door via de Invoeringswet USB, die in 2020 in werking treedt, waarin art. 37a Sr geredigeerd wordt om in overeenstemming te zijn met de bestaande praktijk. Zo wordt de betekenis van de stoornisten opzichte van het gevaar gerelativeerd, door de volgorde van beide vereisten in het artikel om te draaien.

Naar aanleiding van de rapporten van de inspecties en de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de zaak Michael P. wordt ook aandacht besteed aan het meer delen van (medische) gegevens zonder toestemming van de betrokkene – iets wat ook door de zaak Thijs H. aandacht krijgt. Behandelaars zouden iets missen, wat wel ‘forensische scherpte’ wordt genoemd. Voor overplaatsingen vanuit het gevangeniswezen – toevallig de situatie van Michael P. – naar de (forensische) GGZ geldt nu dat die niet meer worden gedaan zonder risicotaxatie en delictanalyse.

Het is niet vreemd om te vermoeden dat deze geruchtmakende zaak iets te maken heeft met het feit dat het aantal opleggingen van tbs sindsdien weer wat stijgt. Dat de capaciteitsdruk ook in de tbs weer toeneemt, maakt ineens weer de groep langverblijvers problematisch. De leegloop van de longstay (inmiddels LFPZ) heeft enigszins verhuld dat er ondertussen een grote groep langverblijvers op behandelafdelingen zit – een groep waarop de RSJ in een advies uit 2020 de aandacht vestigt. Dat de capaciteitsdruk op de hele forensische zorg toeneemt, en dus ook de kosten, maakt dat er ook alweer nagedacht wordt over beheersing daarvan. In het kader van een Brede Maatschappelijke Heroverweging (BMH) schets de ambtelijke Werkgroep ‘Zorg voor een veilige omgeving’

een aantal scenario’s die in hun variatie appelleren aan het gehele politieke spectrum: optimalisatie, eenvoudiger organiseren, behandeling centraal of straf centraal.

3.2 Financieringsystematiek, plaatsingsbeleid en ontwikkeling veld

3.2.1 Financieringsystematiek

Budgetverdeling

In 1988 was al lange tijd sprake van de verdeelsleutel 20/80. De kosten voor de terbeschikkingstelling stonden weliswaar op de Justitiebegroting, maar ze konden voor 80% gedeclareerd worden via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor niet verzekerde zorg. Dit moest uitdrukken dat de maatregel voor 80% verpleging en voor 20% beveiliging was. Echter, de verantwoordelijkheidsverdeling kende eerder een tegengestelde verhouding. Dit was reden voor de genoemde Commissie Kosto om in 2001 te bepleiten de tbs in de GGZ te integreren en zo Volksgezondheid ook echt meer verantwoordelijkheid te geven – anders gezegd de verantwoordelijkheidsverdeling in overeenstemming brengen met de financiële verdeling.

Dat laatste werd uiteindelijk verwezenlijkt, maar dan diametraal in tegenovergestelde richting op basis van ander advies. In beide gevallen was het achterliggende doel de uitstroom naar de GGZ echt goed mogelijk te maken. Naar aanleiding van de Commissie Houtman en de Commissie Visser werd in 2008 overgegaan op een systeem van inkoop van zorg door Justitie, waar zo bijna de volledige verantwoordelijkheid kwam te liggen. Tussen 2008 en 2019, toen de Wet Forensische Zorg grotendeels in werking trad, is het declareren via de AWBZ afgebouwd tot 0%.

Financieringsystematiek

In 1988 was de financieringsstructuur op basis van de plek van verblijf. Het budget van de Rijksinrichtingen werd door Justitie bepaald en het budget van de particuliere inrichtingen via productieafspraken en contracten op basis van de tarieven van het toenmalige Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Er was verder geen differentiatie in de prijs op basis van het type plek – alles werd betaald als intensieve zorg – en er waren geen prikkels ingebouwd om doorstroom te bevorderen. Werkgroep IBO-I, die in 1995 als eerste de kosteneffectiviteit beoogde te verhogen, concludeerde dat er prikkels tot doelmatige behandeling ontbraken, net als informatie over effecten en kosten van behandelmethoden, en er niet gemotiveerde

verschillen bestonden in bekostiging tussen instellingen voor dezelfde dienstverlening. Als prikkel om de behandelduur te verkorten en doorstroom te bevorderen moest er volgens de werkgroep een 'persoonsgebonden budget' komen door differentiatie van bekostiging op basis van patiëntgroep en behandelfase, naast stimulering van forensisch-psychiatrische circuitvorming en transmuralisering en de bewijslast moest worden omgekeerd richting een uitleg waarom langer behandelen noodzakelijk was. Patiënten moesten goed geselecteerd worden en gemonitord op individueel en geaggregeerd niveau; en mogelijk moesten Rijksklinieken geprivatiseerd worden.

De langetermijnvisie van IBO-I werd echter ingehaald door de nood van het moment. Werkgroep IBO-II nam op tenminste twee belangrijke punten een ander standpunt in. Ten eerste ten aanzien van de plaatsingsystematiek, waarover meer in de volgende paragraaf. Ten tweede door ter vervanging van het persoonsgebonden budget van IBO-I, een kliniekgebonden budget voor te stellen, met daarin een financiële prikkel. De werkgroep beoogde door een nieuwe financieringsystematiek de kosten beheersbaar te maken en de door- en uitstroom uit de tbs te bevorderen, wat vanaf 2000 ook beleid werd. Er werden vaste normprijzen gehanteerd, nog steeds naar de plek van verblijf,

maar meer gedifferentieerd. Zo was er uiteraard een goedkoper tarief voor de longstay en er kwam voor het eerst ook een toeslag voor extreem vlucht- en beheersgevaarlijke patiënten. Ook werden de tarieven niet gekoppeld aan zorgzwaarte en behandel aanbod, maar aan een genormeerde behandelduur. Deze 'outputfinanciering' was bedoeld als financiële prikkel voor de doorstroom. Na zes jaar kreeg een kliniek ongeveer de helft minder geld voor een patiënt. Dat dit aansloot bij de zes jaar behandeling die toen als entreevoorwaarde voor de longstayafdeling werd gesteld, heeft ongetwijfeld een aanzuigende werking gehad op de longstay, die zich in de jaren 2000 ook vulde tot iets meer dan 200 voordat die populatie weer samen met de totale populatie ging dalen.

Uitleg Infographic 3B: TBS: op vele manieren een kostbaar bezit

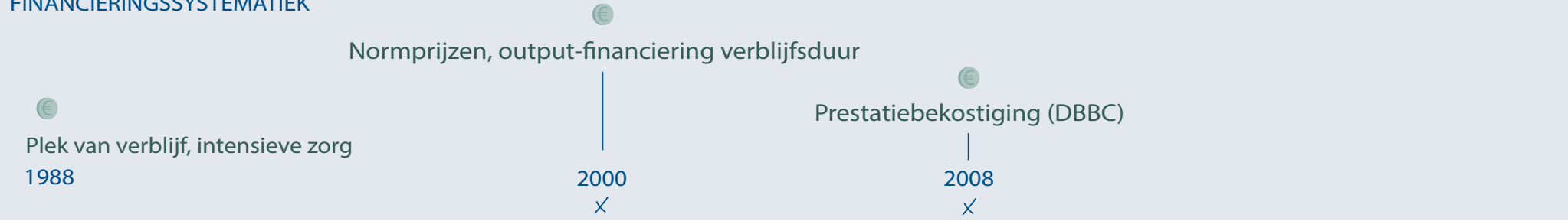
Wie de discussies over de financiering van de forensische zorg vanaf 1988 overziet, kan grofweg drie thema's onderscheiden: de budgetverdeling tussen de departementen van Justitie en Volksgezondheid, de financieringsystematiek, en de reële kosten. Uiteraard hangt de financiering van de zorg vooral samen met de benodigde capaciteit. Om die reden is er in Infographic 3A voor gekozen om naast de wijzigingen in de financieringsystematiek en de

budgetverdeling, een maat te hanteren die onafhankelijk is van de capaciteit. Alleen op die manier kunnen eventuele effecten van een andere financieringsystematiek inzichtelijk gemaakt worden. De meest voor de hand liggende maat die daarvoor in aanmerking komt, omdat die de hele periode overspant, is de gemiddelde prijs van een tbs-plaats per dag (weliswaar die van een rijksinrichting, en tot aan 2002 omgerekend van gulden naar euro's – en vanaf 2010 de gemiddelde prijs per plaats per dag vanuit de Rijksbegroting). Om te bezien in hoeverre eventuele ontwikkelingen daarin samenhangen met de tbs of forensische zorg zelf, of dat ze tot een meer algemene prijsontwikkeling in de samenleving behoren, worden deze dagprijzen afgezet tegen de gemiddelde kosten van een gevangenisplek. Indachtig les 4 moet de investering in forensische zorg niet alleen als kostbaar worden gezien in de zin van prijzig, maar ook als kostbaar bezit in de besparing van recidiveleed en bijbehorende kosten.

Vanaf 2008 is het inkoopstelsel van de gehele forensische zorg door Justitie en Veiligheid (JenV) begonnen en daarbovenop is (uiteindelijk pas in 2012) een nieuwe financieringsystematiek geïntroduceerd. Niet langer wordt er enkel bekostigd op basis van de plek van verblijf, maar op basis van prestaties. Deze worden

TBS: op vele manieren een kostbaar bezit

FINANCIERINGSSYSTEMATIEK



BUDGETVERDELING



1990

1995

2000

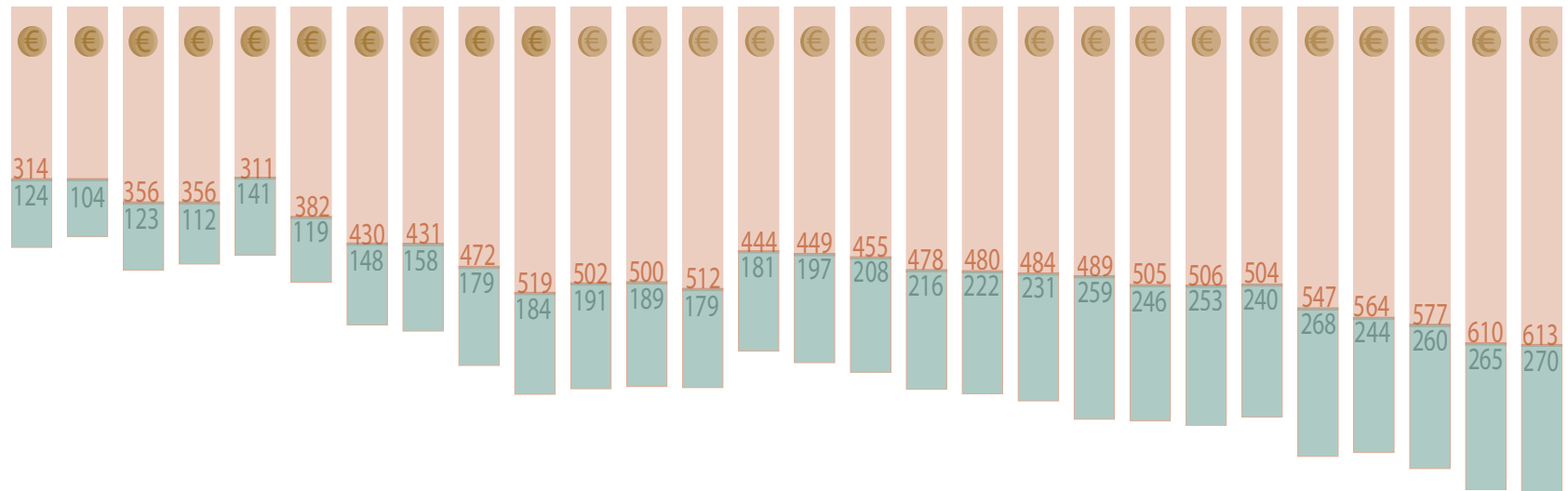
2005

2010

2015

2020

GEMIDDELDE PRIJS PER DAG TBS



GEMIDDELDE PRIJS PER DAG GEVANGENIS

uitgedrukt in Diagnose Behandelingen en Beveiligings Combinatie (DBBC) via tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) – waarin de COTG was opgegaan – voor producten/prestaties (zoals behandelingen) die men levert bij bepaalde patiëntgroepen. Hier zat voor de forensische zorg geen eigen idee achter. De motivering van de Commissie Houtman hiervoor was dat dezelfde taal moest worden gesproken als in de GGZ waar, naar aanleiding van de stelselwijziging van zorgverzekering en in navolging van andere medische specialismen en de curatieve zorg, Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) werden ontwikkeld. Het eigene van de forensische zorg wordt uitgedrukt in de tweede B in de afkorting, die beveiligings- en nazorgaspecten omvat. Voor alle verblijfszorg zonder behandeling bestaan daarnaast zorgzwaartepakketten en voor begeleiding en dagbesteding nog enkele extramurale parameters. Uniek in de wereld is het – mede vanwege internationale standaarden die vanuit het equivalentiebeginsel stellen dat Volksgezondheid verantwoordelijk moet zijn voor de zorg aan Justitiabelen – dat Justitie deze zorg inkoopt in de GGZ. Voorts is het uniek binnen het Nederlandse zorgsysteem dat DForzo als het equivalent van een zorgverzekeraar een monopolie heeft. De systematiek levert in het veld veel administratie op – tijdschrijven, bekostigingsadministratie – en voor beleidsmakers

heel veel meer tarieven en heel veel meer gesleutel aan de tarieven, die steeds moeten worden aangepast aan de ontwikkelingen in de praktijk, en ten behoeve van gewenste sturing. In de reguliere GGZ is al het probleem dat, anders dan in de somatische geneeskunde, in de psychiatrie een diagnose niet zoveel zegt over de voortvarendheid van een behandeling, maar dat geldt voor de complexe problematiek in de forensische zorg nog sterker. Het is mede de reden dat de NZa nu alweer denkt over een nieuwe financieringssysteem voor de GGZ (inclusief forensische zorg). Overigens bestaat er een voortdurende discussie met aanbieders over wat er nu allemaal in de tarieven verwerkt is. Dat er steeds onderzoeken nodig zijn om naar de kosten van de forensische zorg te kijken, toont niet alleen aan dat de kosten steeds groeien, maar ook dat het wat ingewikkeld geworden is. In ieder geval een stuk ingewikkelder dan in 1988.

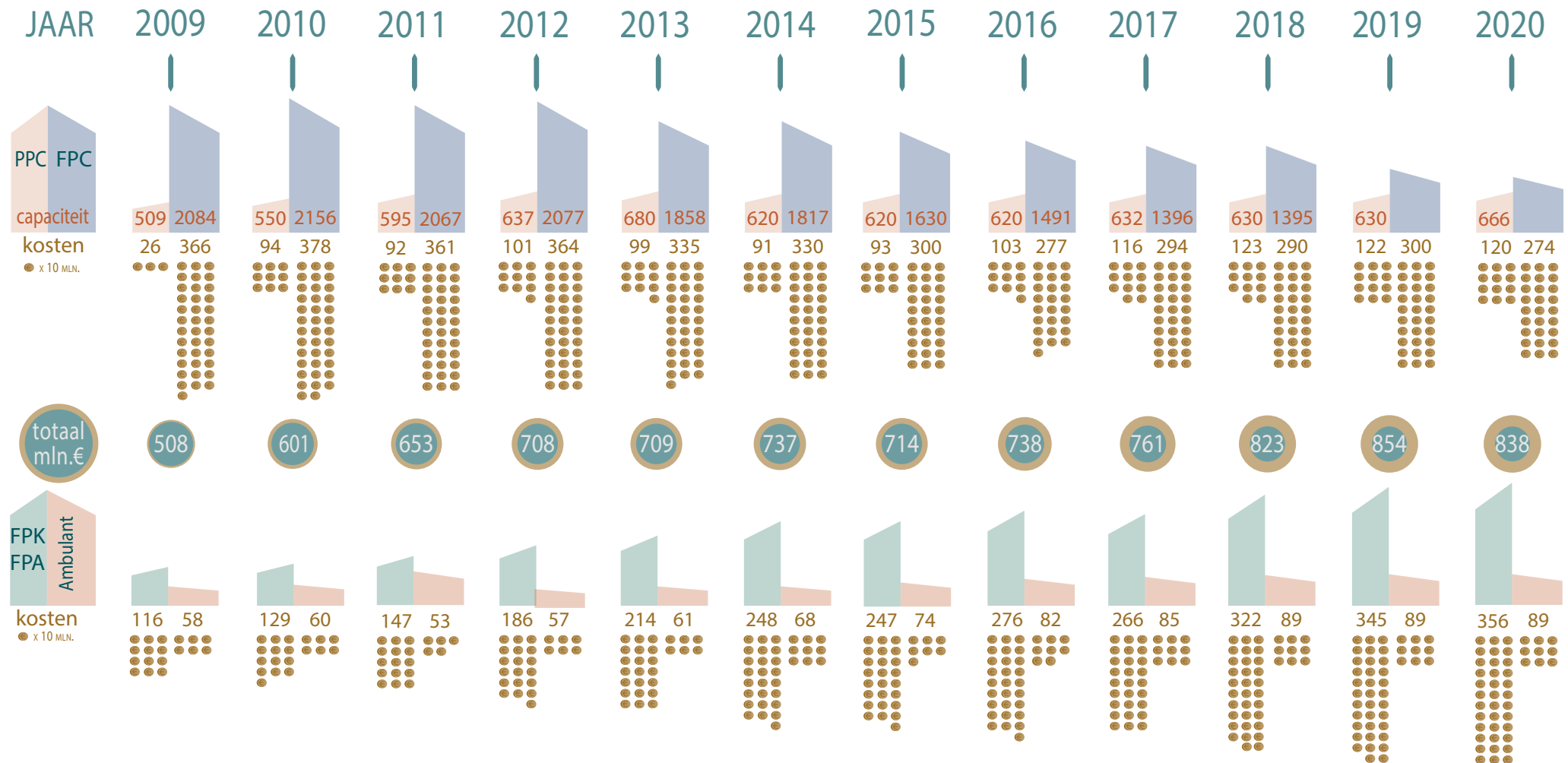
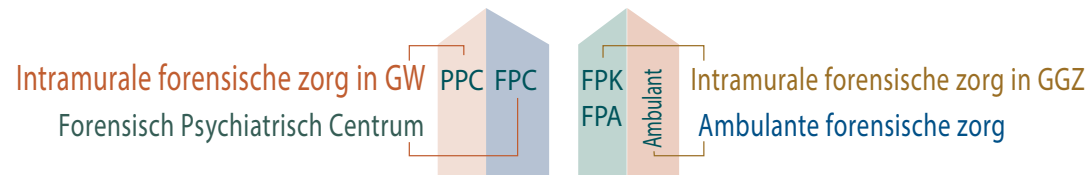
Uitleg Infographic 3C: Forensische zorg: meer en meer overig

Bovenop die prijsontwikkeling wordt dus ook duidelijk dat de reële kosten van de forensische zorg vooral bepaald worden door de ontwikkelingen in de benodigde capaciteit. Pas vanaf 2009, na invoering van het inkoopmodel, kan goed vanaf de Justitiebegroting overzien worden hoe

verschillende onderdelen van de forensische zorg zich hebben ontwikkeld. Daarop worden onderscheiden: Intramurale forensische zorg in het gevangeniswezen (PPC'), Zorg in FPC's, Intramurale forensische zorg in GGZ (waaronder in FPK's en FPA's) en Ambulante forensische zorg (bijvoorbeeld in poliklinieken). In de infographic zijn van deze genoemde typen instellingen naast de ontwikkeling in de begrote kosten ook de ontwikkeling in de capaciteit weergegeven (voor zover de beschikbare cijfers dat toelieten). Daaruit valt op te maken dat in het laatste decennium de forse stijging van de totale kosten voor de forensische zorg – weergegeven in het midden – in ieder geval niet wordt verklaard door de capaciteit van de duurste instellingen, de FPC's. Doordat de populatie is afgenomen in het laatste decennium geldt dat ook voor de kosten. De andere typen instellingen zijn wel allemaal in capaciteit en dus ook kosten toegenomen. Daarbij valt vooral de omennabij verdrievoudiging voor de kosten van de intramurale GGZ op.

In het rapport 'Forensische zorgen' wordt goed uitgelegd hoe de huidige financieringssysteem van prestatiebekostiging tot kwetsbaarheid leidt voor de aanbieders van forensische zorg. Zo worden bijvoorbeeld de tarieven bepaald op voorgaande jaren en lopen dus altijd achter bij ontwikkelingen. Maar de tarieven zijn ook

Forensische zorg: meer en meer overig



nog eens maximumtarieven waarbij DForZo via 'afslagen' kan korten. Dit kan generiek, bijvoorbeeld omdat een bezuiniging moet worden doorgevoerd. Zo werden er omwille van het Masterplan DJI vanaf 2013 ook afspraken gemaakt over minder productie. Maar de kortingen kunnen ook worden gebruikt voor specifieke prestaties of 'producten', tevens om te sturen, bijvoorbeeld richting meer ambulante zorg. En er zijn bovendien nog andere manieren om te sturen op doelmatigheid of kwaliteit, zoals via subsidies. Om de behandelduur in de tbs naar beneden te brengen is een tijd gewerkt met negatieve financiële prikkels wanneer bepaalde percentage-afspraken niet werden gehaald (zoals verlof binnen twee jaar). Ook zijn er positieve financiële prikkels om verbeteringen te implementeren, die bijvoorbeeld op basis van onderzoek voortkomen uit het programma Kwaliteit Forensische Zorg. Bovendien zitten er vanaf 2018 financiële consequenties aan het niet (goed) bijhouden van bepaalde prestatie-indicatoren, zoals een bepaald percentage risicotaxaties. Ook is er vanwege Europese regelgeving vanaf 2018 een veranderde aanbestedingsverplichting, die minder maatwerk mogelijk maakt met instellingen, bijvoorbeeld op basis van prestaties in voorgaande jaren. Dat maakt de inkoper nog

sterker ten opzichte van – om marktaandeel concurrerende – aanbieders en versterkt dus ook de afhankelijkheidsrelatie. Het korten op tarieven kan geduid worden als stijging van doelmatigheid of er kan sprake zijn van een soort 'afknijpen' met alle risico's van dien. Hoewel de tarieven in 2018 verhoogd zijn na ernstige incidenten, zagen een aantal instellingen toch aanleiding om een kort geding tegen JenV te starten. Zij kregen begin 2020 gelijk van de voorzieningenrechter ten aanzien van hun bezwaren tegen de niet goed onderbouwde generieke kortingen die worden gehanteerd en de weigering het gesprek aan te gaan over verhoging van de tarieven vanwege de zorgzwaarte in de praktijk. Het kort geding – maar vooral ook het onderliggende gebrek aan gesprek – schetst een dieptepunt in de verhoudingen tussen het departement en de forensische instellingen. Dit terwijl er ondertussen ook veel afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld in de tweede Meerjarenovereenkomst forensische zorg (2018-2021) naar aanleiding van de gedeelde zorgen. De afspraken daaruit worden door de opgerichte Taskforce Veiligheid en Kwaliteit Forensische Zorg uitgevoerd, met als drie voornaamste thema's: verlaging van administratieve lasten, ontwikkelen van een basis opleidingsprogramma voor forensisch

vakmanschap, en komen tot een arbeidsmarkt-aanpak die de positie van de forensische zorg verbetert.

Reële kosten

Uit de ontwikkeling van de gemiddelde dagprijzen van de tbs uit Infographic 3A is geen effect van wijziging van financieringssystematiek af te leiden. Juist ook in vergelijking met de kosten van een gevangenisplaats blijkt vooral dat er sprake is van een maatschappelijke prijsontwikkeling, die in beide sectoren nu ongeveer een verdubbeling inhoudt ten opzichte van de prijs in 1988. Deze kosten konden vanwege het niet ontvangen van cijfers niet over de gehele linie vergeleken worden met de kosten van een plek op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis of een plek in de forensische GGZ. Maar als indicatie, in 2020 kost een plek op een PUK/PAAZ (Psychiatrische Universitaire Klinieken/Psychiatrische Afdelingen van het Algemeen Ziekenhuis) 397 euro per dag en in 2019 een plek in de forensische GGZ rond de 320 per dag. Die prijzen liggen dichterbij de kosten van een gevangenisplek dan die van een tbs-plek, ongeveer anderhalf en twee keer zo duur. De dagprijs van de tbs neemt nog steeds toe, maar de totale kosten nemen de laatste jaren af vanwege de slinkende populatie.

3.2.2 Plaatsingssystematiek en ontwikkeling veld

Plaatsingssystematiek

Zoals beschreven waren de klinieken rond 1990 nog gedifferentieerd aan de hand van een historisch gegroeid verschil in de waardering voor bepaalde therapeutische concepten. Werkgroep IBO-I accepteerde dit als een gegeven. In die tijd fungeerde het Meijers-Instituut (MI) als selectie-instituut (SI). Immers, als sprake is van gedifferentieerde en gespecialiseerde klinieken, dan is het van belang dat ze de patiënten krijgen die passen bij de specifieke doelgroep en behandelmethodes. Maar doelgroepen kunnen verschillen qua complexiteit en behandelmethoden verschillen ook qua ideale duur. Er was dus ten aanzien van behandelduur niet te vergelijken tussen de klinieken en ook was en is de wetenschap niet in staat om voor verschillende patiëntcategorieën eigen behandelduurnormen te formuleren. Werkgroep IBO-II werd mede geïnstalleerd naar aanleiding van een vraag tijdens de begrotingsvoorbereiding van 1998 in het kabinet of de gemiddelde duur van de intramurale behandelingen niet langer was dan noodzakelijk. Met een dergelijke oorsprong – men kon ook weinig anders aanpakken nadat het kabinet in feite al alle andere voorstellen

van Werkgroep IBO-I had omarmd – kon het bijna niet anders dan dat de plaatsingssystematiek zou worden aangepakt. Er werd een systeem van a-selectie toewijzing van patiënten aan klinieken voorgesteld en ingevoerd, zodat klinieken op den duur vergelijkbare populaties zouden hebben en dus konden worden vergeleken wat betreft prestaties, zodat *'slechtpresteerders zich niet kunnen verschuilen achter de zwaarte van hun populatie'*.⁵ Er werd dus rigoreus gebroken met de historisch gegroeide differentiatie van de klinieken, waarmee ook de selectiefunctie van het MI en dus het instituut als zodanig, dat door IBO-I juist een spilfunctie werd toegedicht, overbodig werd. Als voordelen hiervan werden genoemd dat de observatieplaatsen van het MI dan konden worden gebruikt als behandelplaatsen – het werd de Meijerskliniek –, terwijl ook de behandelverantwoordelijkheid vanaf de passantentijd bij de klinieken kwam te liggen, wat de deur opende voor preklinische interventies in het Huis van Bewaring (HvB). Selectie en plaatsing werd voortaan minder op deskundigheid gedaan, en kwam in handen van de afdeling Interne TBS Zaken) ITZ van DJI. De monitoringsfunctie die

5 Werkgroep IBO-II 1998, p. 5.

het MI ook had, zou overgaan naar het latere EFP, die de opdracht kreeg de behandeling op basis van wetenschappelijke inzichten te rationaliseren.

Maar wederom, voordat de resultaten van de a-selectie plaatsing konden worden geogost, het vergelijken van de prestaties van klinieken op behandelduur kon gaan plaatsvinden, werd het beleid alweer teruggedraaid vanwege aanbeveling 13 van de Commissie Visser om met deze vorm van plaatsing te stoppen. Nu de Commissie Visser efficiëntie ondergeschikt maakte aan veiligheid, was vergelijkbaarheid van klinieken ook minder belangrijk. Uit de bewoordingen van die aanbeveling bleek ook dat het hierbij niet zozeer ging om een terugkeer naar de oude situatie – al besteedde men wel woorden aan de voordelen van differentiatie en specialisatie van (onderdelen van) klinieken – maar vooral omdat het beter bij de inkoopstructuur paste. Nu forensische zorg ineens breder was dan alleen de tbs werd plaatsing sowieso weer ingewikkelder, op basis van zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak. Deze taak van de Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ) werd uiteindelijk toebedeeld aan het NIFP. Omdat het ministerie naast zorginkoper ook zorgaanbieder is van bijvoorbeeld de PPC's

en enkele FPC's, is iets meer distantie nodig, al heeft het NIFP ook de zorg in het gevangeniswezen als taak.

Ontwikkeling forensische veld

Ten aanzien van de voorlichting aan de strafrechter, is organisatorisch in deze periode de belangrijkste ontwikkeling dat de Forensisch Psychiatrische Diensten (tot 1996 Districtspsychiatrische Diensten) van de hofressorten en het PBC in het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) samen zijn verdergegaan in 2006. Dit was naar aanleiding van het project 'TBS Terecht'. Het inhoudelijke doel daarachter was de expertise op het terrein van de forensische diagnostiek te bundelen en een efficiënte inzet van middelen voor zowel de ambulante als de klinische rapportage mogelijk te maken. Het PBC, dat vanaf 2018 na zeventig jaar verhuist is uit Utrecht naar een meer moderne locatie in Almere, verloor hierdoor iets van de autonomie ten opzichte van het departement. Het voert voor deze tijdlijn te ver om alle inhoudelijke ontwikkelingen ten aanzien van de pro Justitia rapportage te schetsen, maar een aantal ontwikkelingen vallen op. Ten eerste zagen bij de wetgevingsoperaties dat de weigerende verdachten aan het begin en aan het eind van deze periode voor wetswijzigingen hebben gezorgd. Ook is de visie ten

aanzien van het rapporteren over weigeraars veranderd van 'nee, tenzij' in 'ja, tenzij'. Zeker in het PBC is de omgeving nu zo ingericht op weigeraars om zoveel mogelijk informatie uit de observatie te halen. Een andere belangrijke wettelijke ontwikkeling was de Wet Deskundigen in Strafzaken die in 2010 in werking trad, en waarmee het Nederlands Register voor Gerechtelijk Deskundigen (NRGD) ontstond. Dit heeft de kwaliteitseisen, met bijbehorende administratie, voor de gedragskundige pro Justitia rapporteurs verhoogd. Het wordt recent genoemd als een van de redenen waarom er een tekort aan rapporteurs is ontstaan, uiteraard naast financiële redenen. Inhoudelijk zijn er ook vele ontwikkelingen geweest, bijvoorbeeld ten aanzien van de standaardvraagstelling, richtlijnontwikkeling, de gradaties van toerekeningsvatbaarheid, de wijze van gevaarsinschatting, indicatiestelling, et cetera.

Ten aanzien van de zorg in het gevangeniswezen is vooral de introductie van PPC's naar aanleiding van de Commissie Visser het meest opvallende wapenfeit. Aanvankelijk waren er vijf locaties, maar dat werden er later vier – Maastricht viel af in 2013 – en na de verhuizing van de Bijlmerbajes – waar de oude FOBA ook een PPC was geworden – naar Zaanstad, vormt dat samen met Scheveningen, Vught en Zwolle

het hele veld. De capaciteit is de laatste jaren ook vrij stabiel. PPC's worden in de discussie of gevangenisstraf een alternatief voor tbs is, bijvoorbeeld ook bij afschaffing van de Fokkensregeling, regelmatig in de strijd geworpen, maar daarop klinkt doorgaans de kritiek dat ze – anders dan FPC's – minder resocialisatie-oogmerk hebben en bijvoorbeeld minder geschikt zijn voor persoonlijkheidsgestoorden. De doelen zijn eerder crisisbeheersing – symptoombestrijding – en eventuele terugplaatsing naar gewone afdelingen in het gevangeniswezen. Al zijn er in de meeste gevangenissen ook nog wel afdelingen die extra op zorg zijn gericht. En er zijn na creatie van de ISD, speciale afdelingen voor de ISD gekomen. Daarnaast is de belangrijkste manier om vanuit detentie zorg te ontvangen de overplaatsing naar GGZ, verslavingszorg of gehandicaptenzorg, zeker sinds in detentiebeleid ten aanzien van forensische zorg 'GGZ tenzij' als adagium werd aangenomen.

De ontwikkelingen ten aanzien van tbs-klinieken, die zichzelf vanaf de jaren negentig 'aanbieders van topklinische forensisch psychiatrische zorg' noemden voordat ze FPC's werden, hingen in deze periode uiteraard samen met het capaciteitsvraagstuk. Ten tijde van het oplopende tekort kwamen er klinieken bij en later weer eraf. In 1996 opende een nieuwe particuliere

kliniek De Kijvelanden in Poortugaal de deuren. En in 2000 kwam daar de particuliere kliniek De Rooyse Wissel in Venray bij. Het MI dat als selectie-instituut overbodig was geworden, werd in 2001 een behandelkliniek en fuseerde in 2003 met de in 1998 als noodvoorziening gecreëerde kliniek in De Singel, één van de torens van de Amsterdams Bijlmer Bajes, tot Flevo Future, omdat beide moesten opgaan in een Rijkskliniek in Flevoland. Daar opende in 2006 FPC De Oostvaarderskliniek, waar het PBC sinds 2018 naast zit. Het oude MI gebouw werd FPC 2Landen. Die laatste kliniek was samen met FPC Oldenkotte, die werden gesloten in respectievelijk 2015 en 2014, het slachtoffer van de teruggelopen capaciteitsbehoefte. FPC Veldzicht kreeg in die operatie enige bijzondere afdelingen te huisvesten, waaronder een afdeling voor ongewenst vreemdelingen in de tbs. Later zou ook de Van Mesdag een dergelijke afdeling krijgen. Uiteraard hebben zich vooral ook binnen organisaties facilitaire veranderingen voorgedaan, al dan niet op het eigen terrein. Deze hingen soms samen met beleidsveranderingen, zoals preklinische interventies of longstay-afdelingen in het gevangeniswezen. Tegenwoordig zijn, na ook weer een neergang van de longstay-populatie de enige twee overgebleven afdelingen voor LFPZ in handen van de Pompekliniek – één op het terrein van het FPC en één in Zeeland, een

plaatsje in Noord-Brabant. Maar de meeste ontwikkelingen vonden plaats op basis van autonome – niet door het departement gestuurde – beslissingen ten aanzien van de te varen koers. Vanaf begin jaren negentig vond er regionale circuitvorming plaats. Dit werd geïntroduceerd door het rapport 'Advies forensische psychiatrie en haar raakvlakken' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) in 1991. Net als het rapport 'Wordt vervolgd' van de Werkgroep Vervolgvoorzieningen uit 1993 was doorstroom vanuit het strafrecht, vooral de tbs, daarvoor het belangrijkste doel. Belemmerende factoren voor grensverkeer waren en zijn: onvoldoende kennis en ervaring bij het personeel van het ontvangende instituut, een negatief beeld over de forensische patiënt, ontoereikende capaciteit, verschillen in wetgeving en financiering en onbekendheid over de (on)mogelijkheden van opvang. Die zijn nog immer actueel, alsof er niets veranderd is in dit tijdvak. Werkgroep IBO-II meende ook dat de circuits moesten bestaan uit 'TBS-inrichtingen, algemeen psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG, RIBW, forensisch psychiatrische afdelingen, FPK's, districtopsychiatrische diensten, poliklinieken, reclassering, instituten voor dagbehandeling en het Openbaar Ministerie.' Men ging zich dus aan andere instellingen verbinden, zo ging de Van der Hoevenkliniek als eerste samen met De Waag als polikliniek. Alle

particuliere FPC's zijn onderdeel (geworden) van grote overkoepelende zorgorganisaties. Maar de 'transmuralisering' hield ook in dat klinieken tbs-gestelden onder gingen brengen in – vaak zonder ruchtbaarheid – aangekochte huizen in de vrije maatschappij, doorgaans in de nabijheid van de kliniek. Waar samenwerking niet lukte ging men het zelf doen. De klinieken moesten dan ook wennen aan meer centrale aansturing door de minister van Justitie op basis van het inkoopmodel, en minder beleidsvrijheid op basis van de WFZ.

Maar de meest opvallende ontwikkeling in deze periode is de uitbouw van het forensische veld – in klinische en ambulante vorm – in de GGZ, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en in de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), samengenomen: de Overige Forensische Zorg. Deze heeft uiteraard vooral een impuls gekregen door de overgang naar het inkoopmodel in 2008, maar ook daarvoor al was die ontwikkeling gaande. Nog voordat de tbs echt overliep was daar al vraag naar, vanwege de sinds lang bestaande wettelijke overplaatsingsmogelijkheden vanuit het strafrecht, maar ook omdat de populatie in de reguliere psychiatrie veranderde zoals beschreven. Zo opende in 1991 de eerste FPA in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis haar deuren,

LES 6

De huidige financieringssysteem bepaalt grotendeels de complexiteit van de forensische zorg en de verhouding tussen departement en veld op de as controle en vertrouwen.

terwijl er daar nu 15 van zijn, en in 1994 de eerste FPK (van naam) in Assen. Enkele in 1988 al bestaande voorzieningen kregen vervolgens ook die naam en er kwamen nieuwe locaties bij, zodat er nu elf van zijn. Uit Infographic 3C is wel af te leiden dat de grootste groei daarin sinds het inkoopmodel heeft plaatsgevonden. De groei van de ambulante forensische zorg is wat minder spectaculair in capaciteit, al beslaat het in 2020 wel vijftig zorgaanbieders. Vanaf eind jaren negentig werd ook de verslavingszorg meer bij het forensische veld betrokken. Maar ook daar heeft vooral het inkoopmodel voor een verdere ontwikkeling gezorgd, er zijn thans drie FVK's en twee FVA's. In de verstandelijk gehandicaptenzorg worden de forensische afdelingen genoemd naar de doelgroep: Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG+), waar er inmiddels vier van zijn. De meest spectaculaire groei is doorgemaakt in de RIBW's. Waren er in 2012 nog zo'n 400 forensische plaatsen, inmiddels is dat zo ongeveer het vijfvoudige, en bij 174 verschillende aanbieders. Aan verklaringen voor de toename van de Overige Forensische Zorg uit de literatuur, wordt in het volgende hoofdstuk aandacht besteed.

VIER

Contextuele ontwikkelingen

4.1 Populatieverschuivingen

Uit de beschrijving van beleidswijzigingen in hoofdstuk 3 bleek al dat groei of krimp van de populatie van forensische zorg (in het bijzonder ook de tbs-populatie) – in samenhang met financiële- dan wel veiligheidsconsequenties – een oorzaak is voor veranderingen van aanpak, mogelijk meer dan een gevolg. Van belang is dan te doorgronden waardoor deze kwantitatieve ontwikkelingen plaatsvinden, als dat niet door de beleidswijzigingen zelf komt. Daarom worden hieronder eerst verklaringen uit de literatuur voor bepaalde kwantitatieve ontwikkelingen besproken, waarna specifiek wordt gekeken naar de rol van kwalitatieve veranderingen binnen de populatie.

4.1.1 Kwantitatieve populatieverschuivingen

Verklaringen voor de groei van de tbs-populatie vanaf de jaren tachtig

Omdat de beschrijving van de kwantitatieve ontwikkelingen al in hoofdstuk 3 is verweven, worden in deze paragraaf vooral mogelijke verklaringen daarvoor uit de literatuur weergegeven.

Dat stelselwijzigingen niet altijd de gewenste sturende invloed hebben op de ontwikkeling van de populatie blijkt al uit de wetswijziging Herziening TBR, die in 1988 in werking trad. Die was bedoeld om de criteria voor oplegging van de maatregel te versmallen, vooral door de ernst van het gepleegde delict te verhogen, maar heeft desondanks geen remmend effect gehad. Die wijziging kwam als beschreven op een moment dat, vanaf het begin van de jaren tachtig, de populatie alweer aan het stijgen is mede naar aanleiding van een veranderend, verhardend strafrechtsklimaat. Het is een bekend gegeven dat dit (omgekeerd evenredig) samenhangt met economische neergang.

Er zijn veel verklaringen gesuggereerd in de literatuur voor de groei van de tbs-populatie, waarbij het belangrijk is om ter nuancering op te merken dat deze niet op prospectief empirisch onderzoek gebaseerd zijn.¹ Sommigen zoeken het in ontwikkelingen in de samenleving. Zo zou volgens de Commissie Kosto de toegenomen individualisering zorgen voor een toename van ernstige vormen van geweldscriminaliteit en van het voorkomen van sommige psychische stoornissen in de samenleving,

eventueel ‘onder invloed’ van een toenemend gebruik van alcohol en drugs. Andere verklaringen wijzen op het justitiële systeem zelf. Bijvoorbeeld de toename van het selectie-apparaat, het aantal gedragskundigen in de voorfasen van het proces van oplegging, een verbeterde kwaliteit van de Pro Justitia rapportage, wisselingen in attitude ten aanzien van het begrip toerekeningsvatbaarheid. Weer andere verklaringen wijzen op de situatie in de algemene geestelijke gezondheidszorg, zoals veranderingen in psychiatrische diagnostische concepten en de behandelingsmogelijkheden en een mogelijke afzijdigheid van de GGZ met betrekking tot ‘gevaarlijke en lastige’ patiënten. Daarnaast zou de GGZ ook tbs-gestelden kunnen voortbrengen gezien de mogelijkheid tot plotselinge beëindiging van de behandelrelatie en het gebrek aan nazorg, waardoor patiënten in de situatie terecht kunnen komen dat ze een delict plegen. Om die reden is de tbs ook wel oneerbiedig het ‘vuilnisvat van Volksgezondheid’ genoemd. Tot slot wordt erop gewezen dat de tbs goed paste bij het gewijzigde strafrechtsklimaat, dat een zekere maatschappelijke druk op de rechter legde tot het opleggen van een zware sanctie. Omdat het uiteindelijk rechters zijn die de maatregel opleggen en beëindigen, is de hypothese dat zij een voorliefde koesterden voor een sanctie waarmee gelijktijdig de tegenstrijdige belangen van de maatschappij

¹ Vergelijk B.C.M. Raes, *Boter aan de galg* (oratie Amsterdam VU), Nijmegen: Drukkerij Iken 1996, p. 15.

(beveiliging) en het individu (behandeling/resocialisatie) gediend kunnen worden een plausibele.²

Die hypothese onderstreept nog maar eens dat het forensische zorgveld afhankelijk is van degenen die over oplegging van die zorg beslissen – terwijl die weer afhankelijk zijn van zowel het aanbod van binnen de criteria vallende justitiabelen en de verwachtingen van de samenleving, waarvoor zij ontvankelijk moeten zijn, omtrent die groep op een gegeven moment. Die hypothese verklaart ook waarom specifiek beleid vanuit het forensische zorgveld die ontwikkeling niet gestopt heeft – en zelfs de wetwijziging van 1988 dat niet kon. De ontwikkeling werd pas gekeerd op het moment dat het beleid niet langer op efficiëntie, maar op veiligheid gericht werd.

Uitleg Infographic 4A: Ontwikkeling TBS-populatie: start – stop – start

In Infographic 4A wordt de kwantitatieve ontwikkeling van de tbs-populatie, zoals al getoond in Infographic 2, voor de onderzoeksperiode van meer nuance en context voorzien. Zo worden ook de

jaarlijkse (voorwaardelijke) opleggingen en (voorwaardelijke) beëindigingen weergegeven. Uiteraard hebben de opleggingen niet een rechtstreeks effect op het jaar erna omdat in de meeste gevallen sprake is van een combinatie met een gevangenisstraf van een aantal jaar, beëindigingen uiteraard wel. Maar de opleggingen geven wel een goed beeld van de populariteit van de tbs in dat jaar. Uiteraard geldt wel: is het aantal instromende patiënten hoger, dan groeit de populatie, is het aantal uitstromenden groter, dan daalt de populatie. Zo blijkt bijvoorbeeld dat de krimp van de populatie na 2008 niet alleen samenhangt met een minder aantal opleggingen, maar ook met een hoger aantal beëindigingen. De actuele stijging wordt mede verklaard doordat er weer minder beëindigd is in de afgelopen jaren. Op basis van de symbolen die u ook op de afstandsbediening van uw televisie vindt, is de ontwikkeling van de omvang van de populatie in deze periode te beschrijven als start – vervolgens stop – en recent weer start. Ook blijkt heel duidelijk hoe de longstay (thans LFPZ-) populatie precies meebeweegt met de totale populatie, wat aangeeft hoezeer ze verbonden is aan het capaciteitsvraagstuk waar ze ook uit voortkomt. Hoewel deze Infographic zich richt op de tbs, geldt dezelfde dynamiek voor elke forensische zorgtitel. Groei en krimp van populaties hangen samen met

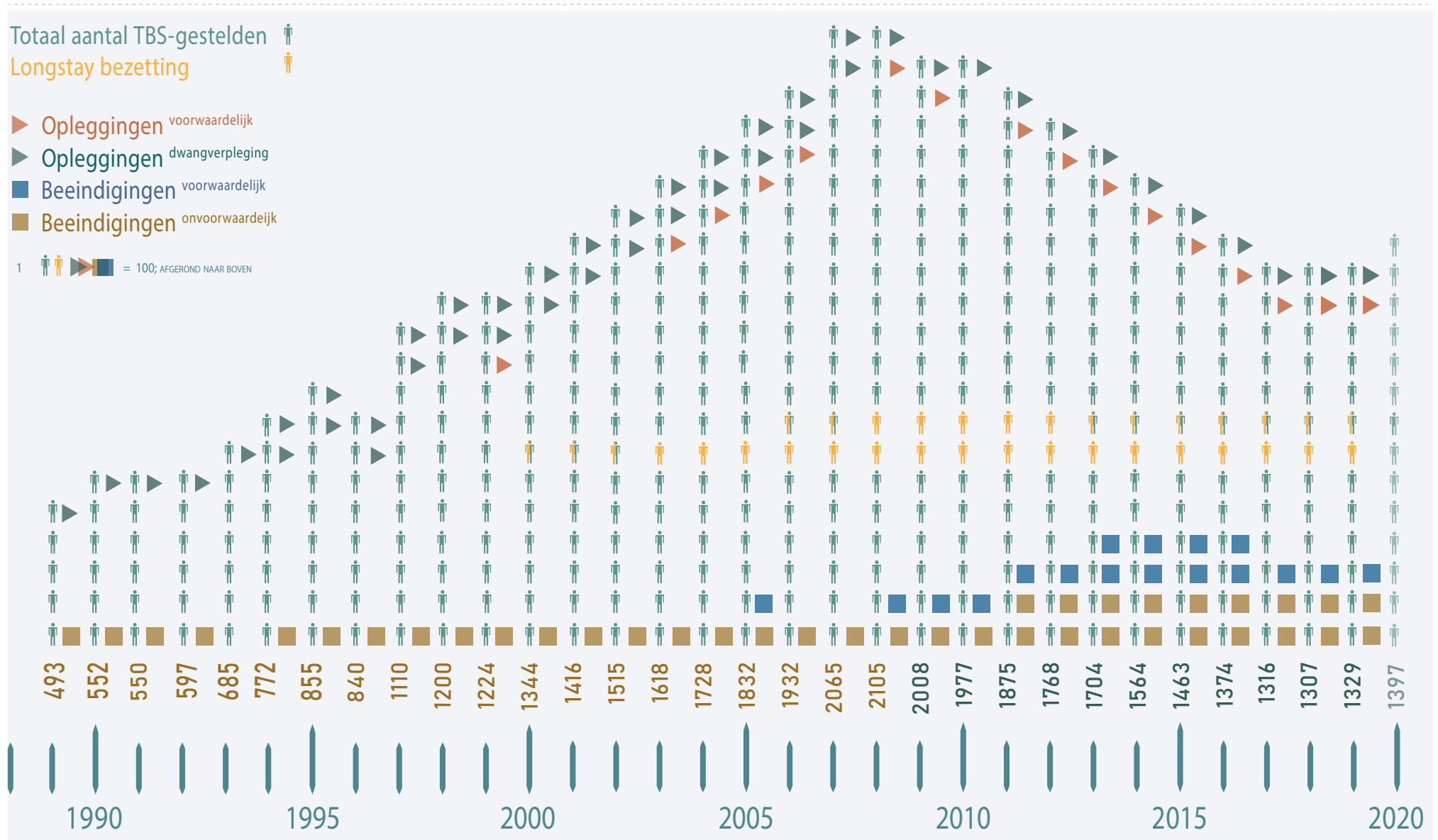
het verschil tussen in- en uitstroom, waarvoor aanbieders dus afhankelijk zijn van beslissers uit het strafproces (inclusief de tenuitvoerlegging van sancties), zoals de rechter en het ministerie. Voor veel forensische zorgtitels zijn specifieke aantallen niet te achterhalen, zodat hier gekozen is om de dynamiek weer te geven aan de hand van cijfers over de tbs. In de bespreking van de verklaringen hieronder wordt ook aandacht besteed aan andere forensische zorgtitels, al is het alleen maar dat die voor de rechter mogelijke alternatieven zijn voor tbs. Capaciteitscijfers van verschillende typen instellingen (Infographic 3C) geven wel een indicatie over populatie-ontwikkelingen binnen de overige forensische zorg, maar juist vanwege het uitgangspunt dat niet de titel maar de zorg- en beveiligingsbehoefte de plaatsing bepalen niet zoveel over specifieke titels.

Verklaringen voor de krimp van de tbs-populatie en groei van de overige forensische zorg na 2008

De daling van de tbs-populatie is uiteraard in verband gebracht met de veiligheidsmaatregelen naar aanleiding van de Commissie Visser. In hoofdstuk 3 is al gesproken van een dubbel effect: bovenop de veiligheidsmaatregelen, worden de klinieken ook nog eens voorzichtiger dan daarvoor – dat blijkt onder andere uit het gemiddeld later aanvragen van vormen

2 Zie E. Leuw, 'De capaciteitscrisis in de TBS, feiten en verklaringen', *Proces* 1998-7/8, p. 113-118, p. 118.

Ontwikkeling TBS-populatie: start - stop - start



van verlof. Het meest in het oog springende gevolg daarvan was de toegenomen gemiddelde intramurale behandelduur – waarover meer in paragraaf 4.3. Zo werd de tbs minder populair bij verdachten en advocaten, die hun cliënten adviseerden gedragskundig onderzoek te weigeren.³ Met name de weigerende observandi zijn wel aangewezen als oorzaak voor het dalend aantal opleggingen, maar die betekenis blijkt minder groot dan het afgenomen aantal delicten met een bovengemiddelde kans op tbs. Maar bovenop het verminderde aanbod voor rechters, zijn er ook wel aanwijzingen dat de tbs bij hen minder populair wordt. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat het aantal beëindigingen in die jaren ook is toegenomen, en dat bij wel meewerkende verdachten minder vaak tbs wordt opgelegd – overigens tevens minder geadviseerd in pro Justitia rapportages. Ten slotte is geopperd dat de rechter in zaken die wel voor tbs in aanmerking komen vaker kiest voor een andere sanctiemodaliteit, zoals de gevangenisstraf – zeker bij weigeraars – en

3 Zoals bijvoorbeeld advocaat Heidanus toegaf bij zijn lezing 'De raadsman en de tbs' voor het Lutje PJG op 15 april 2010, zie www.lutjepjg.nl.

de maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis.⁴

En hiermee is het bruggetje gemaakt naar de groei van de overige forensische zorg (OFZ) ongeveer vanaf het zelfde moment dat de tbs-populatie is gaan dalen. Omgekeerd kan dus geopperd worden dat de neergang van het aantal tbs-opleggingen, samenhangt met de stijging van de overige forensische zorg. Maar uiteraard ligt hiervoor als verklaring de stelselwijziging richting het centraal inkopen van forensische zorg meer voor de hand. Dat kwam ook als verklaring naar voren uit de expertsessies van het eerder genoemde onderzoek naar deze groei: de ontsluiting van dit aanbod via het inkoopmodel. Veel van deze aanbieders leverden wellicht voor die tijd al zorg aan deze doelgroep maar nog niet onder de – toen nog niet bestaande – vlag van forensische zorg. Dit was dus geen reëel effect, maar het anders 'labelen' van bestaande zorg en vervolgens een registratie-effect. Ook vond men aanwijzingen dat de gegroeide instroom samenhangt met het succes van de forensische zorg in de zin van recidivevermindering, waarop weer andere wetswijzigingen en beleidswijzigingen geënt waren.

4 E.M.H. van Dijk, *Daling opleggingen tbs met dwangverpleging. Ontwikkelingen en achtergronden*, Den Haag: WODC Memorandum 2011-1.

'GGZ tenzij' was daar één van en die heeft ook enig effect gehad. Enkele andere aannemelijke verklaringen waren dat het aantal opleggingen met zorg als een bijzondere voorwaarde is toegenomen – mede onder invloed van de Wet voorwaardelijke sancties in 2012, al bevestigde die meer een bestaande trend naar meer persoonsgerichtheid en gedragsverandering – en dat binnen de VI vaker (klinische) zorg als bijzondere voorwaarde wordt opgelegd. Ook de toename van voorwaardelijke tbs-modaliteiten, met name de voorwaardelijke beëindiging is daarbij genoemd.

Uiteraard kan die instroom ook samenhangen met een toename van de doelgroep, bijvoorbeeld door ontwikkelingen in de samenleving en de reguliere GGZ – versobering van maatschappelijke voorzieningen, ambulantisering en eigen bijdrage. Hierdoor zou het risico groter geworden zijn dat mensen in de criminaliteit belanden en met multiproblematiek de strafrechtsketen instromen. Ook al midden jaren negentig werd door de Werkgroep Kaasjager geconstateerd dat in detentie het aantal mensen met een psychische stoornis was toegenomen, onder andere vanwege de toename van de totale populatie en de steeds complexere psychische en verslavingsproblematiek.⁵

5 *Kamerstukken II 1996/97, 24 587, nr. 15.*

Ten slotte kan – net als eerder in de tbs – volgens het onderzoek naar de vraagontwikkeling van de OFZ ook een stagnerende uitstroom uit de GGZ een deel van de groeiende capaciteitsbehoefte verklaren. Zo is gewezen op de beperkte mogelijkheden voor doorstroom naar zelfstandig of begeleid wonen en een veranderd beeld wanneer iemand kan doorstromen naar een lager beveiligingsniveau of klaar is om toe te werken naar resocialisatie en te starten met verlof. De forensische zorgtrajecten zouden hierdoor langer zijn geworden. Het werd aanmerkelijk geacht dat heftige maatschappelijke incidenten met (ex)forensische zorgpatiënten hierop van invloed zijn.

Verklaringen voor de ontwikkelingen in de laatste jaren

Juist die stagnerende uitstroom uit de OFZ heeft weer een effect gehad op bijvoorbeeld de groei van het aantal RIBW's als forensische zorgaanbieder. Het lijkt erop dat Justitie zich steeds verder in het nazorgtraject moet inkopen om doorstroom mogelijk te maken. De barrière tussen strafrecht en GGZ is niet geslecht, maar steeds verder opgeschoven. Ook de capaciteit in de intramurale OFZ blijft, zij het in mindere mate, doorgroeien. Daarbij kan het argument van het zijn van alternatief voor de tbs minder gebruikt worden. Want ondertussen lijkt de verschuiving van een deel van de tbs-populatie

naar de OFZ, weliswaar via (lange) detentie, vanaf 2019 weer te zorgen voor een toename van de tbs-populatie – en zal ook vanwege de onderlinge verbondenheid de LFPZ-populatie wel weer stijgen. Dit is van de kant van de tbs-klinieken mede verklaard door het 'Michael P. effect'.⁶ Juist omdat na de dood van Anne Faber, de discussie zich richtte op het feit dat P. vanwege een weigering mee te werken aan gedragskundig onderzoek mogelijk tbs ontlopen had, wordt de tbs plots weer als panacee voor dergelijke daders beschouwd. Oftewel, door het eerdere onaantrekkelijker maken van de tbs met dwangverpleging en het vergroten van alternatieven, wordt door een vanwege het omzeilen van de beveiligingsdimensie te verwachten incident, ineens de tbs weer aantrekkelijker. Zo is het dal van deze golf lang niet zo laag als het vorige dal in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Toen werden de lege tbs-plaatsen opgevuld met gevangenen. Dat had recenter met Michael P. ook gekund. Nu moest hij vanwege zijn – mogelijk op basis van zijn gevaarlijkheid oneigenlijke – titel op een te licht beveiligingsniveau plaatsnemen. De vraag is echter of de verzwaring van de populatie in de OFZ een meer algemeen gegeven is?

⁶ 'Michael P-effect: Aantal tbs'ers neemt toe, maar niet genoeg capaciteit', *Metro* 15 juli 2020.

4.1.2 Kwalitatieve populatieverschuivingen

Verschuivingen binnen de tbs-populatie

Het was mooi geweest als Infographic 4A ook meer kwalitatieve informatie had kunnen bevatten, anders dan de longstay-populatie, die overigens op zichzelf weer divers is van samenstelling. Zijn er bijvoorbeeld verschuivingen geweest in de tbs-populatie op basis van type delict of problematiek? Zoals in hoofdstuk 2 geschetst werd de TBR geconfronteerd met een verandering van de populatie, in de zin van verzwaring van de problematiek. In dit tijdvak – dat grofweg dertig jaar beslaat – zijn er op drie momenten gerichte studies naar de tbs-populatie verricht, in 1991, 2001 en 2011.⁷ Voor de meest recente periode zijn we aangewezen op lossere observaties of bevindingen, wat

⁷ Respectievelijk de Nota TBS 1991, p. 81 e.v. en 106-107; J.L. van Emmerik, *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001; Ch. van Nieuwenhuizen e.a., *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*, Den Haag: WODC 2011, die een steekproef trokken uit de gehele populatie van 180 casussen, waarvan de de representativiteit is gecontroleerd op kenmerken als geslacht, leeftijd, delictcategorie, primaire stoornis, nationaliteit en IQ. Het betreft patiënten van na 1 februari 2000, die geen longstay- of illegale vreemdeling-status hebben.

jammer is omdat het juist interessant zou zijn om te zien wie bij de neergang van de populatie als doelgroep 'overbleven'.

Het percentage vrouwen is toegenomen van 2% in 1991 naar 7% in 2010, en het is thans ongeveer 6%. Ter vergelijking, in de overige forensische zorg was dat percentage in 2018 10%. De gemiddelde leeftijd nam toe van 32 jaar in 1991 tot 41 jaar in 2010, wat voor een deel wordt verklaard door de toegenomen behandelduur. Het aantal mensen met een niet-Nederlandse achtergrond is redelijk stabiel tussen de 25 tot 30%, waarbij opvalt dat er onder deze groep veel meer psychotici zijn dan onder de autochtonen (43% vs. 16%, schizofrenie: 32% vs. 10%). Waar in 1971 nog maar 38% van de populatie geweldsdelinquent was (inclusief zeden en mogelijk in combinatie met vermogensdelicten) ten opzichte van 56% vermogensdelinquenten, was dat in 1991 al 90% en in 2001 al 98%. Het toont aan dat de wetswijziging van 1988 slechts een trend in de praktijk bevestigde – en mogelijk dat de gemaximeerde tbs voor niet-geweldsdelinquenten die toen werd ingevoerd niet zo populair was en is bij rechters. Een vrij stabiel gegeven is het percentage zedendelinquenten van rond de dertig procent. Minder stabiel is het percentage *first offenders* dat in 2001 ongeveer een derde van de populatie betrof en in 2011 nog maar 18%.

Omgekeerd nam het aantal personen met een hulpverleningsgeschiedenis in die periode toe van 67% naar 81%, waar wel conclusies over de continuïteit van zorg en de weinig forensische behandelinhoud van de GGZ aan worden opgehangen.

Van oudsher bestaat de populatie grotendeels uit persoonlijkheidsgestoorden. Maar aan het begin van dit tijdvak had een nieuwere, ook wel atypisch genoemde, groep al een stevige plaats in de populatie bemachtigd: degenen met een psychotische stoornis. In 1978 was dat nog maar 3%, maar in 1990 al 27%; voor een groot deel dus te verklaren door allochtonen, die vanwege acculturatieproblematiek een predisponerende omgevingsfactor hebben. In dit tijdvak bleef dat redelijk constant, in 2001 25% en in 2011 30%. Het percentage dat met verslavingsproblematiek kampt (al dan niet in remissie) is flink gestegen, van 25% in 1991 tot 70% in 2011. Het deel zwakbegaafden bleef redelijk constant, van 20% in 1991 (definitie niet bekend) naar 33% (IQ<90) in 2001 en 21% (IQ<85) in 2011.

Over het algemeen kan gezegd worden dat in dit tijdvak, zeker in vergelijking met de jaren zeventig de populatie op vele kenmerken niet sterk veranderd is. Alleen het aantal *first offenders* lijkt sterk afgenomen en het aantal patiënten dat een hulpverleningsgeschiedenis heeft en kampt met verslavingsproblematiek is (sterk) toegenomen. Dat suggereert wel een verdere

verzwaring van de problematiek. Het betreft dus een gemêleerd gezelschap, maar de driedeling psychotici, zedendelinquenten en persoonlijkheidsgestoorde/ middenmisbruikende geweldsdelinquenten is vrij constant. Er zijn uiteraard andere indelingen mogelijk, maar belangrijk om te bedenken is dat de populatie niet op basis van diagnostische- maar juridische criteria door de rechter wordt samengesteld.

Verschuivingen binnen de forensische zorg

In het rapport Forensische zorgen uit 2018 wordt de vraag beantwoord in hoeverre sprake is van een verzwarende populatie in de totale forensische zorg. Het antwoord daarop is bevestigend en wordt niet zozeer geweten aan de toenames van verslaving, multi- en LVB-problematiek, maar aan de verdichting van een zware populatie op alle afdelingen door de snellere uitstroom van lichtere populatie naar ambulante of civielrechtelijke trajecten. Zo zijn er dus per saldo niet meer zware gevallen, maar vooral minder lichte. Dat leidt tot een gevoel van verzwaring van het werk, mede op basis van druk vanuit rechter (resocialisatie) en financier (doorstroom). Ook worden meer crisisplaatsingen van patiënten uit de reguliere GGZ, met een ontwrichtend effect op de forensische afdelingen, geconstateerd. Evenals een verandering van de wijze waarop strafrechtelijke maatregelen worden opgelegd waardoor mensen met

zware problematiek, relatief 'lichte' of korte titels of voorwaarden opgelegd krijgen. Ook neemt de diversiteit aan titels op een afdeling toe, dat zorgt voor onduidelijke situaties en daarmee voor onrust bij patiënten. Zo zijn dus vooral de kaders om de populatie heen verzwaard.

In dat zelfde jaar werd door de RSJ specifiek naar verzwaaring van de populatie op FPK's en FPA's gekeken. Toen werden vergelijkbare factoren benoemd als: de instroom van (niet-psychotische maar complexe) patiënten die zijn opgenomen onder justitiële voorwaarden en de verschuiving die heeft plaatsgevonden door ambulantisering (zowel in de forensische als in de reguliere GGZ), waardoor de moeilijke patiënten 'overblijven'. Maar daar werd wel de relatie gelegd met de afname van het aantal tbs-opleggingen. Zo zou er naast een kwantitatieve, dus ook een kwalitatieve verschuiving hebben plaatsgevonden van de tbs-populatie naar minder stevige omgevingen en forensische titels. Er zijn wel aanwijzingen voor wie dan overgebleven zijn in de tbs aan het eind van de neergang van de populatie. Hoewel op dit moment de longstay-populatie ook weer in een dal (onder de honderd) zit, blijkt er een grote groep van bijna driehonderd perspectiefarme langverblijvers op behandelafdelingen in de tbs te zitten, zoals de RSJ in een recent rapport voorrekende. Daaruit blijkt eens te meer dat de LFPZ-status vooral samenhangt met de beschik-

bare capaciteit en maar weinig met een veranderde inhoudelijke visie op (on)behandelbaarheid. Deze groep is divers maar heeft doorgaans wel complexe, comorbide, problematiek. Ook daar treedt dus verdichting op.

4.2 Recidivecijfers en beleidsbepalende incidenten

Uitleg Infographic 4B: Minder recidive na TBS – maar incidenten bepalen beeld en beleid

In deze infographic worden op de tijdlijn bewust de tbs-waardige recidivecijfers zoals die uit wetenschappelijk onderzoek naar voren komen afgezet tegen de aandacht voor recidives in de media. Uit het eerste Medialogica onderzoek uit 2006, uitgevoerd in opdracht van de Commissie Visser, bleek dat er steeds meer aandacht was voor recidives van (ex)-tbs-gestelden in de media, terwijl er in werkelijkheid minder recidives waren.⁸ De recidivecijfers na uitstroom van de tbs worden weergegeven voor de langst mogelijke (gelijke) observatieperiode van zeven jaar en voor

⁸ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Medialogica*, Bijlage bij Commissie Visser 2006.

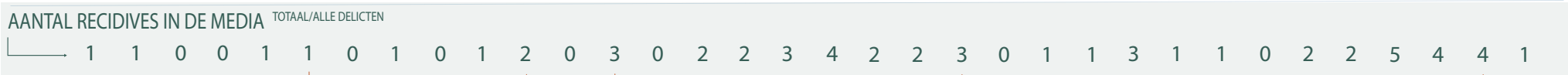
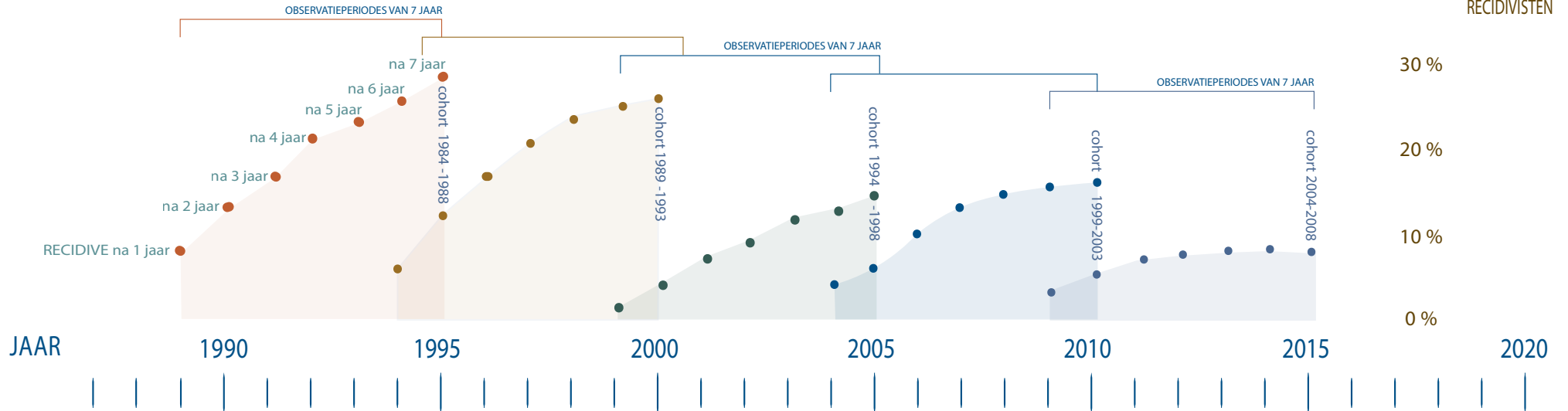
LES 7

Verschuivingen van de populatie naar minder beveiligde omgevingen en forensische titels plaatsvindt bereikt vanzelf weer een kantelpunt.

Minder recidive na TBS - maar incidenten bepalen beeld en beleid

TBS-WAARDIGE RECIDIVE

40% PERCENTAGE
RECIDIVISTEN



VOORBEELD MEDIA ZAKEN

(EX-) TBS PATIËNT — GEEN TBS PATIËNT

GESLAAGD LEVENSDELICT

SLACHTOFFER

- WILLEM VAN DER S.** L. Burgdorffer
- 30-JARIGE T.** José Burbank
- 40-JARIGE TBS PATIËNT** cafébezoeker
- Michel S.** Jessica Laven en 2 Duitse jongens
- JOS E.** Gijs Verbree
- AALT M.** Buddy C.
- DIRK DE V.** Tjirk v. Wijk
- FRANS B.** H. Klein Overeem
- PAUL DE R.** Baarns echtpaar
- ERIC K.** G. Jolink
- PETER H.** Melanie Sijbers
- WILHELM S.** Appie Luchies
- WILHEM VAN E.** 3 prostituees
- BRUNO M.** Hofman-van Ark
- THEO H.** J. Marees
- DAWAN S.** P. van Harpen
- PAUL R.** Edith Arends-van Greene
- MICHAEL T.** Medewerker FPC
- BART VAN U.** Els Borst + Zus
- RENE DE L.** 'dubbele hotelmoord'
- JAN VAN K. & MICHAEL B.** G.Thomassen
- MICHAEL P.** Anne Faber

tbs-waardige delicten. De media-aandacht wordt weergegeven in aantallen, waarbij alle geslaagde levensdelicten door (ex)-tbs-gestelden worden uitgelicht aan de hand van de naam van dader en slachtoffer(s) – mede om eventueel de herinnering te prikkelen. Uiteraard zegt dit selectie criterium (levensdelict) niet per se iets over de hoeveelheid media-aandacht, maar wij willen juist wel objectief blijven. De recidives die het meest invloed hebben gehad op het beleid omtrent forensische zorg zijn rood omcirkeld. Op basis van dat criterium zijn er twee recidives bijgeplaatst die op dat moment niet waren van (ex)-tbs-gestelden, te herkennen aan de rode mutsjes. Thans, na de recidive, zijn beiden wel tbs-gesteld. Uit de Infographic blijkt ook dat er geen verband bestaat tussen de betere recidivecijfers na tbs en de impact van recidives in de media.

4.2.1 Periode 1988-2000

Bewustwording zonder afrekening

Rond het begin van dit tijdvak verschoof het paradigma in de forensische psychiatrie al van genezing van de stoornis (waaruit het gevaar geacht werd voort te komen), naar beheersing van het gevaar – no cure but control. Dit gebeurde volgens sommigen mede naar aanleiding van de ernstige incidenten of minder

eufemistisch calamiteiten, zoals te zien in Infographic 4B, eind jaren tachtig.⁹ Voor die tijd werden recidives wel buiten het nieuws gehouden, of – ook als dat niet het geval was – wel als bedrijfsongevallen gezien.¹⁰ Ook werd toen ongeoorloofd afwezige patiënten soms proefverlof verleend om de situatie te legitimeren.¹¹ De omslag maakt ook dat recidivecijfers (weer) relevanter worden en beter worden bijgehouden.

Van het eerste cohort uitstromers (1983-1988) in de Infographic buigt de curve van tbs-waardige recidive af rond de 30%. Hierbij moet worden aangetekend dat er toen nog meer vermogensdelinquenten in de populatie zaten, dus dat het waarschijnlijk is dat dit een belangrijk deel van de hoogte van de recidive verklaard. Niet veel van die recidives kregen veel aandacht in

de media. Het valt op dat aan het begin van dit tijdvak (overigens beginnen we hier met opzet in 1987) nog nauwelijks hele namen van daders worden gebruikt in de media. Ook valt op dat toen al – en verder over de hele tijdlijn – vooral recidives tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel bij de media resoneren¹² en dat de reacties nog liggen in de sfeer van de ‘onvoorspelbaarheid’. Van de genoemde recidives uit de jaren negentig zijn alleen Michel S. en Aalt M. op dat moment voormalig tbs-gestelden, de anderen zijn op onbegeleid verlof, proefverlof of – na 1997 – met voorwaardelijke beëindiging, zoals Dirk de V., die overigens na deze recidive aan zijn derde terbeschikkingstelling toe was en dus wel vrij berucht was in het veld. Vanuit hedendaags perspectief kan men zich afvragen of zo iemand nu nog dergelijke vrijheden zou krijgen, maar ook is het opvallend dat delicten als die van Michel S. – drie kinderen van het leven beroven – niet tot wijzigingen aan het stelsel hebben geleid. Wellicht ook omdat de problemen voor het hele systeem in die tijd vooral waren gelegen in het toenemende capaciteitstekort.

9 Zie J.L. van Emmerik, ‘Risicotaxatie in de forensische psychiatrie’, in: H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragkundige rapportage in het strafrecht*, Deventer: Kluwer 2008, p. 427-478, p. 433.

10 Zie C. Kelk, ‘Honderd jaar debat over (straf)recht en psychiatrie’, in: Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap (red.), *Tussen behandeling en straf. Rechtsbescherming en veiligheid in de twintigste eeuw*, Deventer: Kluwer 2007, p. 75-134, p. 114.

11 Zie S. van der Kwast, ‘Het uitje van de TBR-gestelde’, *NJB* 1980, p. 857-859, die ook twee ernstige recidives tijdens verlof noemt van eind jaren zeventig om vervolgens verlof als instrument te verdedigen.

12 Die blijven buiten de de infographic getoonde recidivecijfers. Wat dat betreft is de nieuw gevonden methode om ook die cijfers te meten in Cahier 2020-9, zie noot 57, van toegevoegde waarde.

Dit lijkt een soort overgangperiode te zijn. In de behandeling is de aandacht al wel verschoven van 'cure' naar 'control', hetgeen wellicht ook mede de eerder afbuigende recidivecurves van cohorten uit de jaren negentig – uit Infographic 4B – verklaard ondanks de druk die er toen stond op het systeem vanwege het capaciteitstekort. Men wordt zich al bewuster van de kerntaak, maar wordt er nog niet op afgerekend. Maar de periode tot aan 2000 was er daardoor vooral één van wantrouwen jegens het systeem vanwege de efficiëntie. Rond de millenniumwisseling echter verschuift het wantrouwen helemaal naar veiligheid. Of zoals Minister Donner het voor de parlementaire onderzoekscommissie over het moment van zijn aantreden in 2002 zei:

'De problemen die ik aantrof, lagen vooral in het verlengde van de vraag naar de kwaliteit van het functioneren en die hadden betrekking op de overgang naar normale geestelijke gezondheidszorg. De aandacht verschoof toen in feite al naar aanleiding van onder andere de zaak Van Harpen in Den Haag.'¹³

13 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30250, nr. 6, p. 379-388.

4.2.2 Periode 2000-2020

Wantrouwen in het tbs-systeem vanwege de veiligheid

In het begin van deze periode buigt de curve van tbs-waardige recidive al af rond de 20%. In het Justitie-brede Programma Terugdringen Recidive uit 2002 wordt voor de tbs echter al als streefcijfer 10% genoemd. Het geeft aan dat de tolerantie voor gevaar steeds minder wordt. Dat blijkt ook uit de groeiende media-aandacht voor recidives, al zitten er ook behoorlijk wat ernstige recidives tussen. Ook geeft het aan dat het systeem daadwerkelijk meer afgerekend wordt op recidives, net als de individuen zelf. Waar de met een of meer levensdelicten recidiverende tbs-gestelden uit de jaren negentig doorgaans weer tbs krijgen, krijgen kort na 2000 Willem van E. ('Het beest van Harkstede') en Dawan S. beiden levenslang. En dat geldt later bijvoorbeeld ook voor Rudolf K. de 'Beul van Twente' die wordt veroordeeld voor pogingen tot moord en mishandelingen van dieren in 2003, evenals voor Frans. B. – die een medepatiënt levend begroef op het terrein van de kliniek – en Paul de R. Het geeft aan dat vergelding als strafdoel dominantier wordt en gebreken onbehandelbaarheid niet langer leidt tot nieuwe kansen als er een onschadelijkmakend alternatief is. Illustratief voor die cultuur van verantwoordelijkstelling was dat minister Donner

zo vaak in de Kamer moest spoeddebateren naar aanleiding van 'ontsnapte' tbs-gestelden dat hij de kamervoorzitter verzocht maar een bed voor hem te installeren in het parlamentsgebouw.¹⁴ Donner staat echter wel pal voor het stelsel, met als Leitmotiv dat het nooit honderd procent veiligheid kan bieden. Maar als hij een streefgetal van acht recidives per jaar noemt, krijgt hij een motie van wantrouwen te verduren.¹⁵ Dat was overigens in het debat na de aanhouding van Wilhelm S. in 2005.

Dit individuele geval was uiteindelijk de druppel die leidde tot een parlementair onderzoek. De rol van de media was hierbij evident, omdat er een aantal mediagenieke aspecten aan de zaak kleefden. Ten eerste was het een ont-trekking aan een begeleid verlov op Utrecht Centraal. Daarna werd besloten zijn foto te verspreiden in de media ter opsporing. Het land leefde dus al een paar dagen in spanning, toen hij naar eigen zeggen zich daardoor zo opgejaagd voelde dat hij in Amsterdam de oude Appie Luchies doodde op diens boot. Politie en Justitie zijn sindsdien heel terughoudend geweest ten aanzien van het in de media brengen van foto's van ontsnapte tbs-gestelden. De stapeling aan ernstige delicten, versterkt

14 'Spoeddebat', *NRC Handelsblad* 14 maart 2007, p. 7.

15 *Kamerstukken II* 2004/05, 29 452, nr. 24.

door de medialogica, getriggerd door een mediageniek geval, leidde tot de genoemde aanpassingen aan het systeem. Het argument van onvoorspelbaarheid, wat in de jaren negentig nog geaccepteerd was, bleek dat ineens niet meer. Hier speelt mogelijk een rol dat door het risicotaxatie-onderzoek de kennis hierover was toegenomen, al blijft er zelfs met de beste instrumenten nog genoeg foutmarge over om het argument van onvoorspelbaarheid te kunnen gebruiken. Ook speelt mee dat begeleid verlof juist suggereert dat bepaalde mensen het gebeuren hadden kunnen voorkomen. Ook zal de veiligheidsparadox hier een rol spelen; hoe veiliger we worden, hoe minder veilig we ons voelen. De steeds betere recidivecijfers die het systeem kan overleggen, zouden daarmee dus paradoxaal genoeg een averechts effect kunnen hebben op het vertrouwen van de samenleving. Sindsdien wordt er door ministers over het algemeen ook anders gereageerd op recidives – niet verdedigend, maar aanvallend ten opzichte van het stelsel, meer in de trend van: dit gaan we voortaan voorkomen en wel met deze maatregelen.

Vertrouwen in het systeem van forensische zorg vanwege de veiligheid

Kijkend naar de ontwikkeling in de recidivecijfers is te zien dat bij het laatste uitstroomcohort dat al zeven jaar in vrijheid heeft geleefd

de curve van tbs-waardige recidive afbuigt rond de 10%, het streefgetal uit het begin van dit tijdvak. Uiteraard zijn daar wel kanttekeningen bij te plaatsen, zoals het gegeven dat wellicht meer mensen dan vroeger heel lang in de tbs worden gehouden, al dan niet in de LFPZ, en zo dus buiten de cijfers blijven. Maar toch kan men zich afvragen of de genomen veiligheidsmaatregelen na de Commissie Visser dit effect hebben bewerkstelligd? Zeker ook omdat het aantal ernstige incidenten in de media ook geringer is – wat voor het behoud van het stelsel in die tijd wellicht ook wel goed was. Als dit verband al gelegd kan worden, dan is dat wel gekomen met de prijs van een ‘gesloten’ tbs, waarvan de gemiddelde behandelduur flink was toegenomen. En wellicht is het toeval, maar op het moment dat er weer meer druk op doorstroom komt, nemen ook de recidives vanuit de tbs in de media rond 2015 weer toe. Analyse van (zeer ernstige) recidive tijdens tbs toont ook dat dit een stijgende trend vertoont vanaf 2013, waarbij een handleiding uit dat jaar ter ondersteuning van een eerder ingevoerde aangifteplicht als mogelijke verklaring wordt gegeven.¹⁶ Eén daarvan – de dood in 2017 van een

16 J. Hill, K. Drieschner & G. Weijters, Op zoek naar methoden om recidive tijdens een strafrechtelijk traject in kaart te brengen. Recidive tijdens tbs met dwangverpleging als testcase, Den Haag: WODC-Cahier 2020-9.

nieuwe medewerker in FPC De Kijvelanden – is typerend voor de ontstane situatie dat juist de veiligheid van buiten wringt met de veiligheid binnen. Door de inspectie wordt zijn dood in verband gebracht met de werkdruk.¹⁷ Niet veel later wordt in het rapport Forensische zorgen voor de gehele forensische zorg de noodklok geluid over de onveiligheid op de werkvloer. De geringe mate van media-aandacht die deze recidive in verhouding kreeg, suggereert dat het grote publiek de dood van een werknemer wellicht meer als een bedrijfsongeval beschouwd. De aandacht viel in ieder geval in het niet bij een andere al vaker genoemde recidive later dat jaar, al betrof het hier geen tbs-gestelde. Uiteraard had deze zaak, net als bij Wilhelm S., het mediagenieke van een meerdaags meeleven, maar nog sterker omdat het begon met de verdwijning van Anne Faber tijdens een fietstocht en de dader pas later in beeld kwam. Zijn verblijf in FPA Den Dolder zorgde ervoor dat sindsdien ook ongeoorloofde afwezigheden vanuit die FPA, weer inclusief foto in de media kwamen; iets wat voorheen was voorbehouden aan de tbs. Het voedde ook de discussie over de weigerende observandi en de waarde van de tbs, die er mogelijk voor gezorgd had

17 Inspecties Justitie en Veiligheid en Gezondheidszorg en Jeugd, *Steekincident FPC De Kijvelanden, Incidentonderzoek*, Den Haag: 2018.

LES 8

De forensische zorg presteert steeds beter ten aanzien van recidivereductie, maar incidenten bepalen grotendeels het beeld en het beleid.

dat Anne Faber nog zou leven. Dit hele andere mediaframe, zeker na een periode van weinig recidives in de media (en een vermindering van de gemiddelde behandelduur), voedde het publieke – en dus ook rechterlijke – vertrouwen in de tbs. Nieuw mediologica onderzoek laat ook zien dat een concreet mediaframe altijd ‘plakkender’ is dan een algemeen frame en dat dit een zeldzaam voorbeeld is van een concreet deproblematiserend frame rond de tbs – uiteraard wel problematiserend rondom de overige forensische zorg.¹⁸

Maar niet alleen de verschuiving van (een deel van) de populatie van de tbs naar de overige forensische zorg heeft de aandacht – ook van de media – gevestigd op dit terrein. Dat is uiteraard al begonnen in 2008 met het inkopen van zorg door Justitie vanuit het oogpunt van recidivevermindering. Dat vertrouwen in forensische zorg, als middel daartoe, heeft ook verwachtingen geschapen. Zo wordt het ineens ook van belang om andere forensische zorgtitels af te rekenen op hun prestaties. In 2019 is dan ook de eerste recidivestudie voor het gehele spectrum van de forensische zorg gepubliceerd over twee jaar na uitstroom. Exclusief de voorwaardelijke

tbs-modaliteiten is het recidivepercentage van de verzamelgroep ‘voorwaardelijke kaders’, waar de meeste zorgtitels onder vallen, bijvoorbeeld gemiddeld 35%. Daaronder valt de voorwaardelijke veroordeling (35,9%), voorwaardelijke invrijheidstelling (VI, 43,5%), schorsing voorlopige hechtenis (VH, 44,7%), sepot met voorwaarden (20,6%) en strafbeschikking met aanwijzingen (27,5%). Forensische zorg in het kader van een vrijheidsstraf kent blijkens het rapport een algemeen recidivepercentage van 54,8%. Daaronder valt de interne overplaatsing naar een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC; 56,9%), overbrenging vanuit detentie naar een psychiatrisch ziekenhuis (63,5%), overbrenging vanuit detentie voor hulpverlening (51,1%), een penitentiair programma (PP) met zorg (35,1%) en poliklinische GGZ in detentie (56,5%).¹⁹ Een duiding van deze cijfers aan de hand van de doelstelling per titel, de juridische ingangscriteria die voor elke titel anders zijn wat verschillende doelgroepen oplevert met elk een andere *base rate* voor recidiverisico en een andere responsiviteit – zo zouden personen in voorwaardelijke kaders bereidwilliger moeten zijn om mee te werken aan behandeling – kan bijna alle cijfers goed verklaren. De titel bepaalt ook of er meer of minder lange

18 Taalstrategie, *Nuttig en noodzakelijk of een regelrecht risico?*, Kwalitatief framingonderzoek naar de perceptieve van forensische zorg binnen de actuele mediologica, Amsterdam: Taalstrategie 2020.

19 K. Drieschner, J. Hill en G. Weijters, *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*, Den Haag: WODC-Cahier 2018-22, p. 54.

en intensieve behandelingen plaatsvinden, mede mogelijk gemaakt of juist tegengewerkt door het juridische kader. Voor sommige titels is algemene recidive een passende uitkomstmaat, voor andere titels juist (zeer) ernstige. Alles bij elkaar genomen, is de optimistische conclusie dat elke vorm van forensische zorg voor recidivevermindering beter is dan de sobere gevangenisstraf.²⁰ Recent gecorrigeerd voor type trajecten, blijkt ook dat als detentie een onderdeel van het justitiële traject heeft uitgemaakt, de recidivepercentages hoger liggen.²¹

Ten slotte moet hier apart de zaak van Bart van U. genoemd worden, die weliswaar een Justitieel verleden had, maar eigenlijk vooral op de radar van de GGZ stond of had moeten staan (frame: falende instituties). Hij werd na de moorden op voormalig minister Els Borst en zijn zus niet alleen tbs-gesteld, maar als uitzonderlijk en dus niet-representatief geval desondanks ook de verpersoonlijking van het verwarde personen debat. Via de Commissie Hoekstra had zijn zaak een grote invloed op de nieuwe civielrechtelijke wetgeving voor gedwongen zorg.

20 Zie C.L. van der Vis, S. Struijk & M.J.F. van der Wolf, 'Recidivecijfers na forensische zorg: een juridische 'proof of the pudding'', *Ars Aequi* 2020, p. 321-330.

21 K. Drieschner, J. Hill en G. Weijters, *Recidive na forensische zorgtrajecten met uitstroom 2013-2015*, Den Haag: WODC-Cahier Cahier 2020-8.

Zo waren de twee invloedrijkste recidives in de voorbije jaren van niet-tbs-gestelden.

4.3 Ontwikkelingen in behandeling en geestelijke gezondheidszorg

4.3.1 Ontwikkelingen in de forensisch psychiatrische behandeling

Ontwikkelingen in paradigma's en behandelinhoud

De bekende Utrechtse psychiater Rümke concludeerde in 1957 al: *'Wanneer veranderingen zich in de psychiatrie voordoen is dit, zoo niet altijd, dan toch zeer dikwijls een weerspiegeling van veranderingen in het wijsgerig denken in die tijd en dan vooral ook van de overheerschende levens- en wereldopvatting.'*²² Hiermee is onder meer aangegeven dat de ontwikkeling van de psychiatrie, en de forensische psychiatrie als onderdeel daarvan, maar zeer ten dele berustte op de autonome ontwikkeling van wetenschappelijke

22 H.C. Rümke, 'De ontwikkeling der psychiatrie in het tijdvak 1907-1957', in: *Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, Gedenkboek 1907-1957*, Amsterdam: F. Van Rossen 1957, p. 23-64, p. 40.

theorieën.²³ Dat geldt evenzeer voor de grote lijnen die zijn aan te wijzen in de gedragskundige ontwikkelingen in dit tijdvak.

Ten eerste, samenhangend met een maatschappelijke trend richting onzekerheidsmijding, een hang naar houvast, via 'evidence based' werken. Door deze nadruk op effectiviteit en eenduidigheid, zeker ook onder druk van verzekeraars, zijn de bestaande en vroeger dominante referentiekaders (zoals het psychoanalytische) langzaam vervangen door een eclecticische aanpak – het maakt niet uit hoe het werkt, als het maar werkt. In de diagnostiek heeft dit gezorgd voor dominantie van het, vanwege de gevraagde consensus en eenduidigheid eveneens a-theoretische, en vanwege de 'labeling' reductionistische, instrument van de DSM. In de behandeling heeft dit, vooral langdurige, psychotherapieën, naar achteren gedrongen. Psychofarmaca hebben een belangrijke plaats verworven, ondanks het dominanter wordende biologische perspectief grotendeels ook als symptoombestrijding. Richtlijnen op basis van wetenschappelijke inzichten op groepsniveau bepalen grotendeels ook het individuele programma. Voor de forensisch psychiatrische

23 Vergelijk B.C.M. Raes, *Boter aan de galg* (oratie Amsterdam VU), Nijmegen: Drukkerij Iken 1996, p. 9.

behandeling geldt dit alles nog sterker, mede vanwege de financiële- en capaciteitsdruk uit het begin van dit tijdvak. Zo is via IBO-II een definitief einde gemaakt aan de differentiatie van de klinieken, zowel naar referentiekader, als naar doelgroep. Dit laatste was weer nodig om de prestaties te kunnen vergelijken. Ook de forensisch psychiatrische diagnostiek heeft deze ontwikkeling doorgemaakt, al bleek het loslaten van theorieën daar moeilijker omdat vooral ook verklaringen voor delictgedrag worden gevraagd, bijvoorbeeld bij de vaststelling van de mate van toerekeningsvatbaarheid – die eveneens onder invloed van het ‘evidence beast’ (zoals dat door sommigen beschouwd wordt) van vele via vijf tot drie gradaties is teruggebracht. Bij de gevaarsinschatting is dezelfde ontwikkeling zichtbaar, onder invloed van de opkomst van risicotaxatie-instrumenten in de jaren negentig. Ook daarbij geldt echter dat de beschrijving slechts op wetenschappelijk groepsniveau mogelijk is, en dat de vertaalslag naar het individu daarmee nog maar moeilijk te maken is. Hiermee is de gehele ontwikkeling ook te duiden als minder op de individuele mens, minder anthropologisch, en minder op diens subjectieve ervaring, minder fenomenologisch, gericht. Dat waren stromingen binnen de gedragskunde die, zeker voorafgaand aan dit tijdvak, de ontwikkelingen in de forensische psychiatrie grotendeels bepaald hadden.

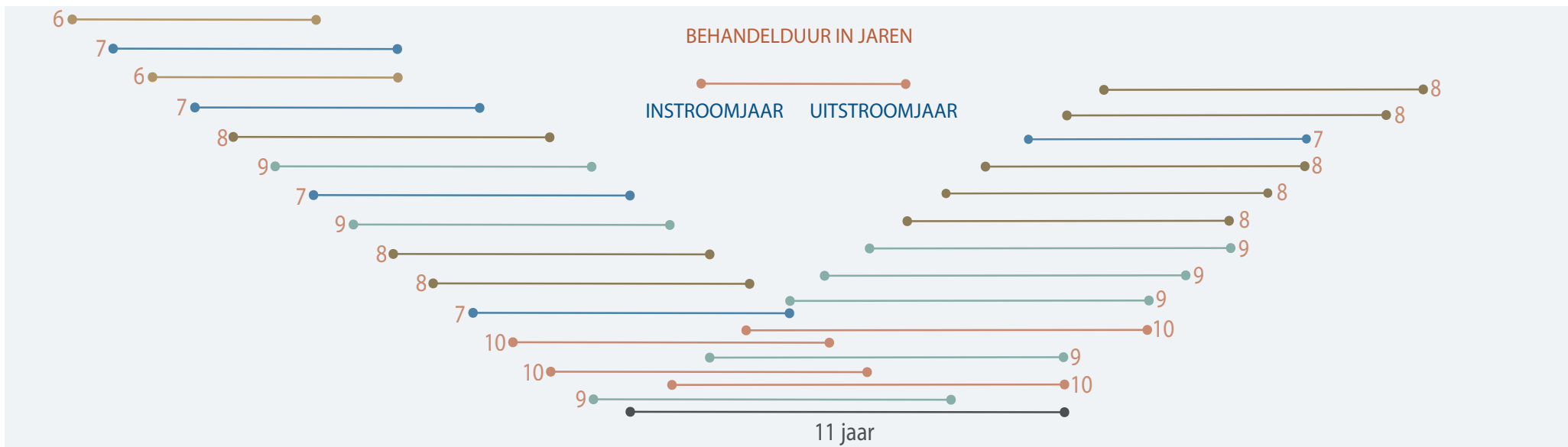
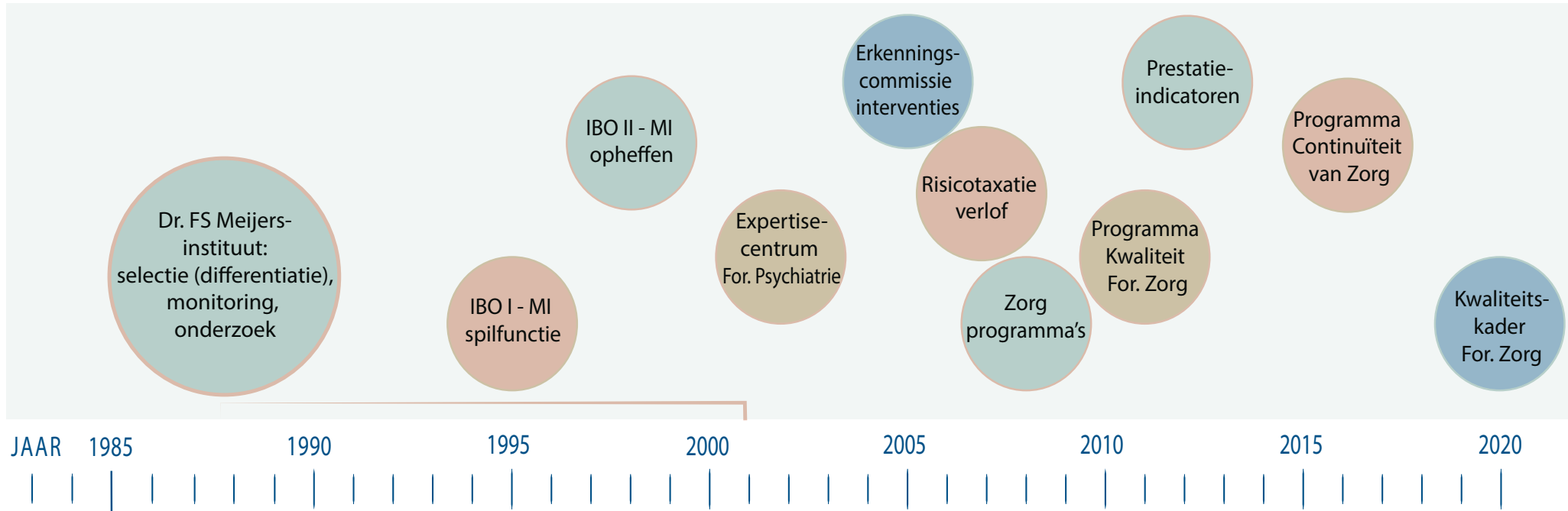
Uitleg Infographic 4C: TBS-behandeling: harder – better – faster? – stronger!

Omdat de behandeling in de forensische zorg gericht is op recidivereductie zijn recidivecijfers (tijdens en na forensische zorg) een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van de behandeling, maar zeker niet de enige maat voor effectiviteit. Voor behandelingen gericht op verandering van problematiek, is dat uiteraard een belangrijke graadmeter, net als de duur die nodig is om die verandering te bewerkstelligen oftewel de voortgang van de behandeling. Ook is van belang dat de behandeling zelf voldoet aan de ‘state of the art’ van het gedragskundige vakgebied. In deze infographic wordt de gemiddelde duur van de tbs-behandeling, als een maat voor de behandelkwaliteit, afgezet tegen ingestelde waarborgen om die kwaliteit te verzekeren en verbeteren. Vanwege de volledigheid van de cijfers is er wederom voor gekozen om tbs-data te presenteren, maar zeker bij de kwaliteitsborging gelden bepaalde waarborgen voor het gehele spectrum van de forensische zorg. De ondertitel van deze Infographic beoogt – onder verwijzing naar een bekend liedje – aan te geven dat de verzwaarde populatie de behandeling moeilijker heeft gemaakt. Allerlei verbeteringen in de kwaliteitsborging moeten daar al voor compenseren. De kwaliteitsborgende maatregelen maken de

behandelduur niet korter, mede wellicht vanwege de administratieve lasten die daarbij horen. Wel versterken ze de verantwoording van wat er gebeurt in de tbs.

Een tweede lijn, die samenhangt met het loslaten van theorieën en de mogelijkheid van het wegnemen van oorzaken, is die van de erkenning van chroniciteit in de algemene GGZ. Het behandelparadigma veranderde in de richting van rehabilitatie en revalidatie, later uitgebreid met psycho-educatie: het benutten en versterken van de ‘gezonde’ kenmerken van de persoonlijkheid. Binnen de forensische psychiatrie, is dat niet alleen zichtbaar in de erkenning van de blijvend delictgevaarlijke patiënt, maar ook in het adopteren van het ‘no cure but control’ model. Het symptoom waar men zich in de forensische psychiatrie vervolgens op richt is de gevaarlijkheid, die het belangrijkste object van de behandeling is geworden, en de inschatting en het management daarvan de core business. Zelfs de psychotherapie is zich gaan richten op delictscenario’s en terugvalpreventie. Het dominante behandelparadigma is daarmee het Risk Need Responsivity model geworden, later – gelijk aan ontwikkelingen in de GGZ – vanwege de gerichtheid op het negatieve (risico’s) aangevuld en genuanceerd door een meer positieve blik. In de

TBS-behandeling: harder - better - faster? - stronger



behandeling bijvoorbeeld vertegenwoordigd door het Good Lives Model en in de gevaarsinschatting door de beschermende factoren.

Een derde ontwikkeling die hiermee samenhangt, is die van de ambulantisering, waaraan in eerste instantie een emancipatoire wereldbeschouwing ten grondslag lag – de psychiater moest niet langer iemand ongecontroleerd uit de maatschappij kunnen verwijderen. In de wetgeving rond gedwongen zorg – waarmee die controle grotendeels wordt gejuridiseerd – is deze ontwikkeling ook zichtbaar, waarbij het verwijderen van het bestwilcriterium in de BOPZ de discretionaire bevoegdheid van de geneesheer-directeur ten aanzien van vrijheidsbeperking inperkte, en via de WVGZ nu ook verplichte zorg zonder opname wordt gestimuleerd. Uiteraard maken de hierboven geschetste ontwikkelingen ambulante zorg ook beter mogelijk en inmiddels laat de ‘evidence’ zien dat als vrijheidsbeneming vanwege het risico niet nodig is, deze vermaatschappelijking de behandeling ook bevordert. Daarnaast is het uiteraard ook voor de nazorg, of continuïteit van zorg na opname, van grote waarde. In de forensische psychiatrie uit dit zich niet alleen in de totstandkoming van forensische poliklinieken, maar ook in de door regelgeving steeds meer verplichte geleidelijkheid van de overgang naar de samenleving via vrijheidsbeperking en in de

praktijk van transmuralisering waarbij klinieken zelf (woon)voorzieningen ontwikkelden. Een recentere ontwikkeling is die van zorginterventies – zelfs na het juridisch kader – op basis van vrijwilligheid. In navolging van de reguliere GGZ zijn sinds 2007 dan ook Forensische (F) ACT-teams (Function Assertive Community Treatment) in toenemende mate actief om zorg aan te bieden in de leefomgeving van (ex-)forensische patiënten.

Ontwikkelingen in kwaliteitsborging

Borging van de kwaliteit van de behandeling kan op vele manieren. Van oudsher is opleiding van de individuele behandelaar in dit verband een belangrijke pijler. Echter evenzeer van oudsher is de roep om meer specifiek onderwijs, zie bijvoorbeeld ook de Commissie Visser. In het rapport Forensische zorgen wordt het gebrek hieraan niet alleen in verband gebracht met een kwalitatief gebrek aan personeel, maar ook met het kwantitatieve tekort omdat er geen brede structuur van basisopleidingen is die toeleidt naar de forensische zorg. Koppel hieraan de berichtgeving in de media, de reële risico's en de administratieve werkdruk, die het werk onaantrekkelijk maken, en een structureel personeelstekort is een gegeven. Waar in de forensisch gedragskundige voorlichting aan de rechter het NIFP zelf voor (verdere) opleiding zorgt, is er via het Nederlands Register voor

Gerechtigd Deskundigen in dit tijdvak een mechanisme bijgekomen dat de kwaliteit van de individuele deskundige toetst. Een dergelijk specifiek toetsend mechanisme, gekoppeld aan een op het forensische domein toegesneden eisenpakket, ontbreekt voor behandelaars in de forensische zorg. Individuele kwaliteit wordt geborgd via de disciplinaire structuren van de eigen beroepsgroep in brede zin, inclusief de verantwoording naar aanleiding van tuchtrechtelijke klachten op basis van de Wet BIG. Een vaker gehoorde klacht ten aanzien van het tuchtrecht, zeker ook bijvoorbeeld ten aanzien van (de weigeraarsproblematiek binnen) de pro Justitia rapportage, is dat die weinig is toegesneden op het specifieke karakter van de forensische deskundigheid en de doelgroep. Dat het tuchtrecht, zeker binnen de tbs-behandeling, soms ook oneigenlijk wordt gebruikt, hangt echter ook samen met de onmogelijkheid om tegen de individuele wijze van behandeling in het geweer te komen.²⁴ Zorgconferenties bij behandelstagnaties komen deze behoefte wel

24 Klachten daarover zijn onder de BVT niet ontvankelijk, zie M.J.F. van der Wolf, P.A.M. Mevis, S. Struijk, L. van Leeuwen, M. Kleijn, H.J.C. van Marle m.m.v. E. van Leeuwen & D. Bektesevic, *Op zoek naar nieuw evenwicht. Derde evaluatie van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden*, Den Haag: Boom Juridisch, WODC 2016. Hierin wordt onder andere voorgesteld oneigenlijke behandelvertraging beklagwaardig te maken.

tegemoet. Overigens is een algemeen bezwaar tegen al dit soort mechanismen de administratieve last die ermee gepaard gaat, terwijl die last al hoog is op basis van meer algemeen toezicht op de behandeling.

Want juist op dat punt, mechanismen ter borging van de kwaliteit van de behandeling, heeft er in dit tijdvak wel veel ontwikkeling plaatsgevonden. De bovenste helft van Infographic 4B toont daarvan wat 'hoogtepunten' aanzien van de tbs. Zo was tot 2001 het Meijers Instituut dat vanwege de gedifferentieerde klinieken voor selectie zorgde, als centrale partij die alle tbs-gestelden langs zag komen ook verantwoordelijk voor monitoring van individuele trajecten en deden ze ook aan wetenschappelijk onderzoek. Overigens hadden bijna alle klinieken ook eigen onderzoeksafdelingen, die maar weinig gericht waren op samenwerking. In IBO-I werd aangedrongen op doelmatigheid, waarbij het MI juist nadrukkelijker een spilfunctie kreeg toegewezen voor monitoring en onderzoek. Maar in IBO-II werd de doelmatigheid gezocht in 'rationalisering' van de behandeling en monitoring van de prestaties via vergelijkbaarheid van de klinieken. Voor rationalisering was wetenschappelijke fundering nodig en daarvoor informatie: centrale registratie en sturing van het onderzoek onder

gezamenlijke verantwoordelijkheid van het veld en het departement. Vooral vanwege het laatste punt kon dit geen taak van het te nauw aan het departement verbonden MI zijn, maar werd in 2002 het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht. Omdat voor de vergelijkbaarheid ook de differentiatie verdween werd het MI in 2001 opgeheven en de bedden meteen ingezet om het capaciteitstekort in de behandeling te dichten. Het EFP heeft overigens de verwachting ten aanzien van het doorbreken van de eilandjescultuur bij de klinieken niet helemaal kunnen waarmaken. Het Programma Kwaliteit Forensische Zorg uit 2011 richt zich er dan ook op om onderzoek door de individuele klinieken (in samenwerking) via subsidies centraal te sturen. Daarbij blijkt het overigens nog steeds lastig om kennis uit onderzoek dat in de ene kliniek verworven is ook te implementeren in andere klinieken, al zijn hier thans ook positieve financiële prikkels aan verbonden. Anders dan het MI, heeft het EFP (inclusief het KFZ) de verbreding naar de gehele forensische zorg sector meegemaakt.

Implementatie en toetsing van het gebruik van wetenschappelijke inzichten zijn, naast het creëren ervan, ook reden geweest voor het instellen van borgende mechanismen. In 2005 werd de Erkenningscommissie gedragsinter-

venties Justitie ingevoerd, die later Erkenningscommissie Justitiële Interventies is gaan heten. Vanaf 2008 werden de eerste zorgprogramma's ingevoerd, richtlijnen voor hoe bepaalde patiëntgroepen te behandelen, later aangevuld met een Basiszorgprogramma voor de forensische zorg. Voor verantwoording van de overgang naar vrijheden, werd toen dit al even gangbare praktijk was het gebruik van bepaalde risicotaxatie-instrumenten bij de verlofaanvraag in de tbs verplicht gesteld. Uiteraard was ook de instelling van het AVT een soort peer review mechanisme voor verantwoorde vrijhedenverlening. Na Michael P. geldt de verplichting van risicotaxatie (en de meer geïndividualiseerde delictanalyse) ook voor de overgang van detentie naar de GGZ. Verplichting als instrument werkt ook gemakkelijker bij de penitentiaire inrichtingen, waar bijvoorbeeld vanaf 1993 psychosociaal (later psychomedisch) overleg verplicht werd gesteld, dan bij de vaak particuliere inrichtingen voor (forensische) geestelijke gezondheidszorg. Al kunnen via de inkooprelatie wel bepaalde zaken worden afgesproken of afdwongen, zoals de opnameplicht uit de WFZ. Maar over de randen van de forensische sector heen is afdwingen moeilijker. Zo heeft het belangrijke programma continuïteit van zorg, voor de overgang tussen de sectoren en naar de maatschappij, wel geleid tot een ketenveldnorm.

De relatie tussen departement en veld komt pas echt op spanning als kliniekprestaties ook gemonitord of geëvalueerd gaan worden, zeker in combinatie met een (financiële) afrekening op dat punt. Het idee van IBO-II van vergelijkbare populaties is nooit gerealiseerd en daarom kan er geen rangorde in kliniekprestatie gegeven worden. De eerste kernset prestatie-indicatoren uit 2012 bestaat dan ook vooral uit procesprestaties, bijvoorbeeld op het gebied van het regelmatig updaten van risicotaxatiescores en behandelvoortgang. In navolging van de algemene GGZ worden hiervoor instrumenten als Routine Outcome Monitoring ingezet. Het is nieuw dat recidivecijfers per kliniek worden bijgehouden, al kunnen daar vanwege de onvergelijkbare populaties geen harde conclusies aan verbonden worden. Naast potentiële aantasting van het vertrouwen tussen departement en zorgaanbieders, is een ander bezwaar tegen al deze mechanismen de administratieve last, die volgens de recente onderzoeken op die manier de kwaliteit van de behandeling juist aantast en het mechanisme zo in eigen staart bijt. In het eerste Kwaliteitskader Forensische Zorg van dit jaar, dat zich afficheert als een eerste stap in een groeimodel dat beoogt om tot een toekomstbestendig kwaliteitsbeleid te komen, worden als premissen dan ook gehanteerd dat het is vormgegeven samen met en gedragen door het

veld en dat het de administratieve lasten zo laag als mogelijk houdt. Inhoudelijk is het een soort overkoepeling van alle voorgaande mechanismen en het beslaat als bouwstenen risicomanagement, continuïteit van zorg en innovatie; en het brengt het aantal prestatie-indicatoren terug tot drie met naast risico en continuïteit de ernst van de problematiek. Andere kwaliteitsonderwerpen, zoals opleiding, balans tussen zorg en veiligheid, komen in de contractgesprekken aan de orde.

Een meer onafhankelijk, en daarmee in het veld minder bevochten, toezichtsmechanisme op behandelkwaliteit is dat van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd. Reguliere beoordelingen tonen dat de kwaliteit van de forensische zorg over het algemeen goed is, maar terugkerende gebreken zijn er ten aanzien van de kennisuitwisseling en doorstroom. Steinmann constateert dat er in de reguliere GGZ nog veel meer kwaliteitsmechanismen zijn, die voor de forensische zorg niet gelden.

Ontwikkelingen in behandelduur

Een meetbaar gegeven ten aanzien van de behandeling is de duur daarvan. Eigenlijk is dit binnen de forensische zorg alleen relevant binnen juridische kaders van onbepaalde duur, zoals de tbs, omdat het aflopen van een juridische titel niets zegt over het afronden van een

zorgtraject. In de onderste helft van Infographic 4C is daarom de gemiddelde behandelduur in de tbs in dit tijdvak weergegeven op basis van instroomcohort. Over het algemeen valt op hoe de golf van de behandelduur samenvalt met de golf van de populatie. Kort gezegd suggereert dat: is de tbs populair (meer opleggingen dan beëindigingen) dan stijgt ook de behandelduur, en is de tbs impopulair – en worden de belangen van het individu zwaarder gewogen dan die van de samenleving – dan daalt de gemiddelde behandelduur. Zelfs de recente stijging in beide statistieken valt weer ongeveer samen. Zoekend naar andere invloeden op basis van de eerder in dit hoofdstuk geschetste populatieverschuivingen en attitude ten opzichte van recidive, is de duur van vijf jaar aan het begin van dit tijdvak wellicht mede te verklaren door de nog aanwezige lichtere gevallen en tot eind jaren negentig is de stijging geleidelijk, wellicht mede door een grotere tolerantie ten opzichte van recidives. Door IBO-II werd gekoerst op een daling van de behandelduur naar drie tot vier jaar – afhankelijk van de patiëntgroep, maar daar bleek juist geen wetenschappelijke evidentie voor –, bij gelijkblijvende recidivepercentages. Het vanaf 2002 bewust koersen op lagere recidivepercentages lijkt dan weer verband te houden met een stijging van de behandelduur. Groepen die begin jaren 2000 uit hadden

moeten stromen beginnen last te krijgen van het veranderde tij, eigenlijk al voor de echte veiligheidsmaatregelen naar aanleiding van de Commissie Visser in 2008 in werking treden. Wel is het zo dat mede door die maatregelen een piek van afgerond elf jaar wordt bereikt. Alle kwaliteitsborgende inspanningen ten spijt, lijken het toch vooral de harde (financiële) afspraken te zijn, en het weglaten van langverblijvers uit de cijfers, die de behandelduur vervolgens weer doen dalen. Recent stijgt de behandelduur weer, wat mede zou kunnen worden verklaard door de verdichting van zwaardere (langverblijvende) problematiek. Het WODC onderzocht namelijk in 2011 de stijging van de behandelduur. Als verklaringen hiervoor worden door het WODC gesuggereerd: de ontwikkeling van gestructureerde risicotaxatie en –management, de veranderingen in de verlooppraktijk, de veranderingen in het toezicht (die toch mede bedoeld waren voor snellere uitstroom) en de stroom aan beleidsmaatregelen in de laatste twee decennia, waaronder uiteraard de longstay en de aselechte plaatsing, maar meer in het algemeen dat, zoals eerder geconstateerd, het ene beleidsonderzoek nog niet geheel was afgerond, terwijl het volgende al weer werd opgeleverd. Op de daarbij behorende conclusie wordt in hoofdstuk 5 teruggekomen.

4.3.2 Ontwikkelingen in de gedwongen GGZ-zorg

Zowel in de gesuggereerde verklaringen voor de groei van de tbs-populatie aan het begin van dit tijdvak als in die voor de groei van de populatie overige forensische zorg wordt gewezen naar ontwikkelingen in de reguliere gedwongen GGZ. Uit de vorige paragraaf blijkt wel hoezeer inhoudelijk de forensische zorg de GGZ volgt. Mede daarom is het aangewezen om ook de ontwikkelingen in de GGZ te overzien. Eerder is ook al benoemd dat de GGZ niet alleen vanuit het strafrecht maar ook vanuit de samenleving wordt gevoed met als gevaarlijk ingeschatte personen, zogeheten met verward gedrag.

Uitleg Infographic 4D:

GGZ: meer dwang – meer verwarring?

In Infographic 4D worden daarom naast het gebruik van gedwongen civiele titels ook het aantal meldingen van verwarde personen bij de politie, zoals dat sinds 2011 geregistreerd wordt, links onderaan weergegeven. Bovenaan zijn de rechterlijke machtigingen uit dit tijdvak afgezet tegen de inbewaringstellingen door de burgemeester. Rechts onderaan worden vanaf 2000 de rechterlijke machtigingen zo uitgesplitst dat duidelijk wordt in hoeverre het geen (eerste)

LES 9

Kwaliteitsverbetering en -borging versterken (de verantwoording van) het veld, maar bijbehorende administratieve lasten en een verzwarende populatie remmen een effect op behandelduur.

opname betreft, maar een voorwaardelijke machtiging of juist een verlengde opname via de machtiging voortgezet verblijf. Als eerder beschreven was voor een machtiging onder de BOPZ een – weliswaar ruim geformuleerd, tot en met maatschappelijke verwaarlozing – gevaarscriterium benodigd. Een inbewaringstelling werd door de burgemeester afgegeven en was bedoeld voor situaties van acuter gevaar, waarbij een trage rechterlijke procedure niet kan worden afgewacht. Daarna moest uiteraard de rechter, die volgens de Grondwet over vrijheidsbeneming gaat, de vrijheidsbeneming toetsen. Het moge duidelijk zijn dat in dit tijdvak de dwang sterk is toegenomen. Wordt dat wellicht verklaard doordat er meer personen met verward gedrag zijn? Niet per se.

Duiding van deze ontwikkelingen

Er zijn uit deze infographic drie aanwijzingen te halen dat er sprake is van minder tolerantie ten opzichte van potentieel gevaar van psychisch gestoorden. Ten eerste uiteraard de grote stijging van het aantal gedwongen opnames, beginnend vanaf 1995. Vanaf 2006 zijn dat er meer dan 100 per 100.000 inwoners. Uiteraard wordt vanaf 2005 de groei ook verklaard door de toename van voorwaardelijke machtigingen. Als uitdrukking van ambulantisering kon dan bijvoorbeeld opname afgewend worden door

mee te werken aan bijvoorbeeld medicatiegebruik. Maar vanaf 2008 konden deze ook zonder nieuwe rechterlijke machtiging, namelijk door de geneesheer-directeur tot opname worden omgezet. Als teken voor drempelverlaging is echter nog veelzeggender dat sinds 2003 voor het eerst het aantal rechterlijke machtigingen, voor minder acute gevallen, het aantal inbewaringstellingen overstijgt. Als mogelijke redenen voor deze trends wordt in de literatuur gewezen op meer aandacht voor veiligheid, een meer paternalistische houding van overheid, hulpverleners, psychiaters en rechters. Daarnaast is ook gewezen op een mogelijke verzwaring van de problematiek rond psychisch gestoorden. Zo leek het erop dat het drugsgebruik onder psychiatrische patiënten is veranderd, dat wil zeggen dat steeds meer patiënten drugs als cocaïne en amfetaminen gebruiken, waardoor extra gedragsproblemen optreden en gedwongen opname vaker nodig is.²⁵

Om de toepassing van dwangopname terug te dringen is in de praktijk al begonnen met ambulantisering via (F)ACT-teams, multidisciplinaire teams die hoog intensieve zorg verlenen

²⁵ Zie bijvoorbeeld C.L. Mulder, *Psychiatrie voor mensen die er niet om vragen. Naar een wetenschappelijke onderbouwing van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg* (oratie Rotterdam), Alphen aan den Rijn: Demmenie Grafimedia 2007, p. 17-18.

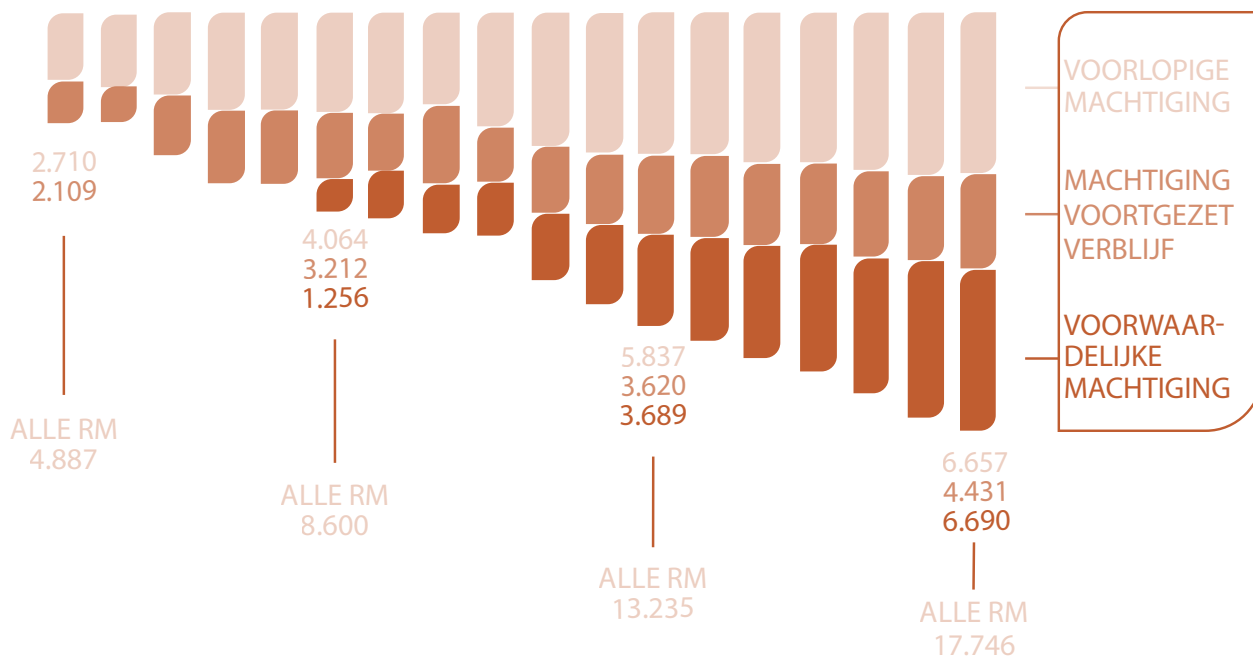
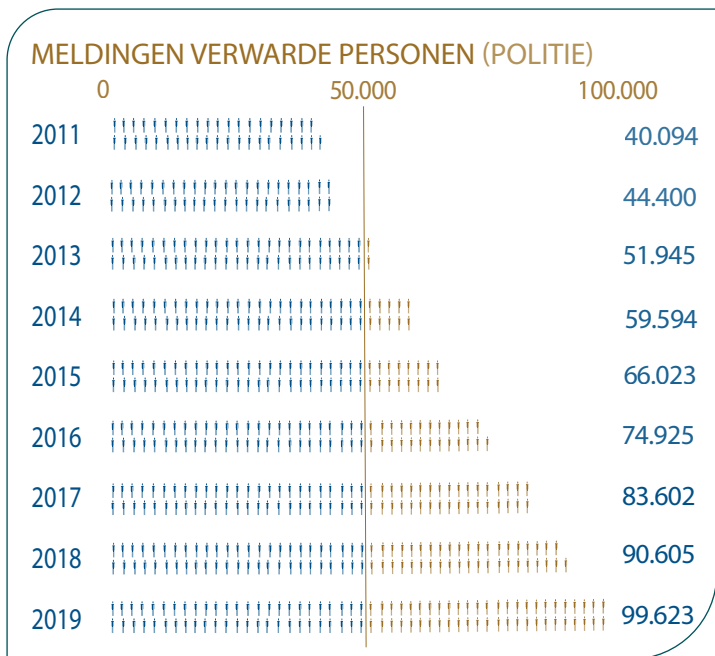
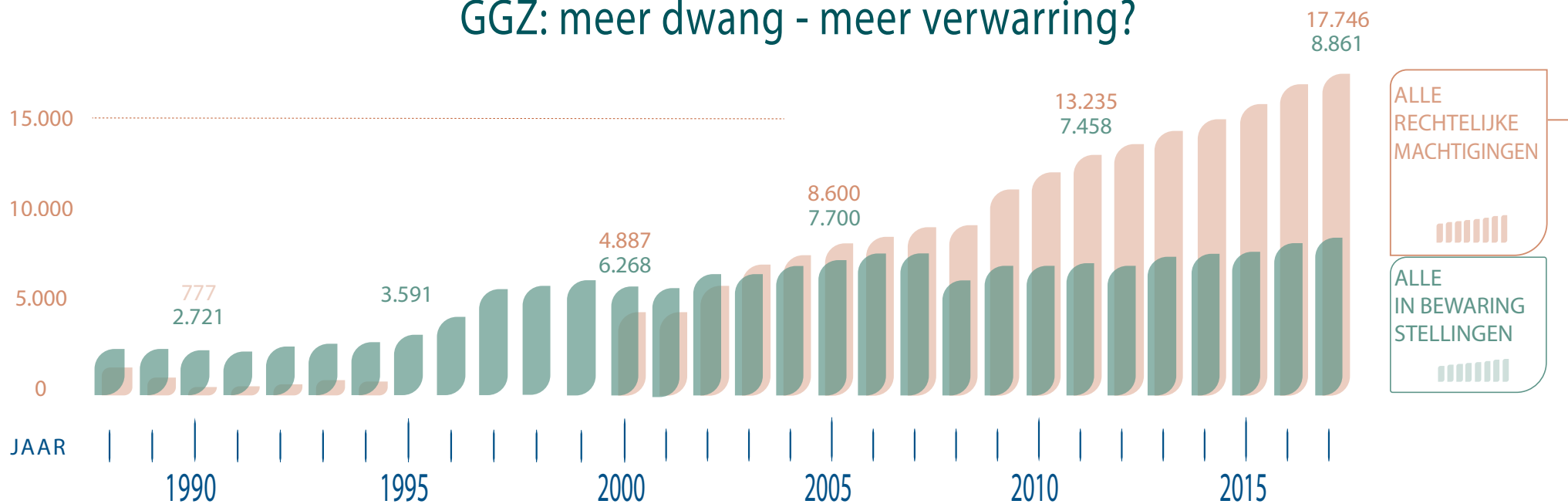
aan huis. Vanaf 2012 is men ook begonnen om gesloten plaatsen in de GGZ, 'bedden', te verminderen. De vraag of dit samenhangt met de toename van meldingen van verwarde personen bij de politie vanaf 2011 is in de literatuur ook al bestudeerd, maar biedt nog geen eenduidig antwoord. De meldingen betreffen slechts in 40% van de gevallen situaties van mentale onrust, daarnaast veel agressief, overlastgevend of gedrag gerelateerd aan drugsgebruik. Ook hier ligt dus de verklaring wellicht minder bij de verwarde persoon en meer bij de melder die eerder ongerust raakt. Het is dan wellicht ook beter om in de benaming het probleem te leggen bij de juiste actor: onbegrepen gedrag.²⁶ Als al forensische zorg toegenomen is door veranderingen in GGZ, dan is het niet omdat dat ze daar minder te doen hebben.

Duiding van de nieuwe wetgeving

Naast ambulantisering en beddenreductie moet ook de nieuwe wetgeving van begin dit jaar bijdragen aan het terugdringen van het aantal dwangtoepassingen. Een van de manieren waarop beoogd is dat doel te bereiken is door dwangmedicatie niet aan hogere criteria te laten voldoen, maar aan precies dezelfde.

²⁶ Zie B. Koekkoek, *De kwestie verwarde personen. Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*, Tiel: Lannoo Campus 2019.

GGZ: meer dwang - meer verwarring?



LES 10

Minder dwang in de GGZ gaat niet samen met minder tolerantie voor verwarring en verondersteld gevaar aan de ene kant en meer doorstroom vanuit het strafrecht aan de andere kant.

Dit hangt samen met een veranderde visie op autonomie van de patiënt, die er vroeger voor zorgde dat Nederland volgens de Commissie Visser ‘wereldkampioen’ separeren was. Omdat iemand niet onder dwang medicatie kon krijgen, werd die dan wel vaak lange tijd gesepareerd werd bijvoorbeeld vanwege psychotische decompensatie. Het evenwicht in de afweging wat humaner was, verschoof in dit tijdvak, een letterlijke cultuuromslag. Dit bleek eerder al uit de verruimde mogelijkheden voor dwangmedicatie, die thans dus in civiel kader nog ruimer zijn, en dus ook ruimer dan binnen het strafrecht.

Waar voor een goede overgang van Justitie naar GGZ juist harmonisatie van wetgeving nodig is, zodat een verschil in rechtspositie – mogelijke inbreuken op rechten en vrijheden – geen drempels opwerpt, heeft de nieuwe wetgeving die kans niet geheel gegrepen – al zijn wel iets meer inbreuken mogelijk, maar nog niet op het niveau van de Justitiële beginselenwetten. Dat is begrijpelijk vanwege de achtergronden van de nieuwe wetgeving, waarin ook de stem van de patiënt en diens familie belangrijker is geworden. De sterke lobby van patiëntenbelangenverenigingen ligt waarschijnlijk ook ten grondslag aan hernoeming van concepten als gevaar (ernstig nadeel) en inrichting (accommodatie). Maar een dergelijke lobby heeft de forensische populatie niet. Dat de WVGZ

geen opnamewet meer is, maar dat de zorgmachtiging verschillende vormen van verplichte zorg bevatten, die dan wel thuis, dan wel in de accommodatie mogelijk zijn, maakt het voor de strafrechter ook ingewikkelder om iemand een zorgmachtiging op te leggen. Juist nu die daar door artikel 2.3 WFZ – dat de plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis op grond van art. 37 Sr vervangt – veel meer mogelijkheden toe heeft. Omdat 2.3 WFZ geen forensische zorgtitel is, wordt hiermee een financiële drempel voor deze overgang opgeworpen, zoals voorspeld was en nu ook in de praktijk blijkt.²⁷ Tegengesteld aan het beoogde doel van de WFZ, komen er zo weer te zware patiënten op te weinig beveiligde plekken, van oudsher reden voor de GGZ om deze personen dan maar vrij te laten.

27 Zie respectievelijk P.A.M. Mevis, A.W.T. Klappe & M.J.F. van der Wolf, ‘Wet forensische zorg: doelen, middelen en verwachte knelpunten’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2019-5, p. 359-373 en A. Visscher e.a., ‘Behandel ‘boeven’ buiten de reguliere psychiatrie’, *de Volkskrant* 12 juli 2020.

VIJF

Duidingen

In hoofdstuk 3 is antwoord gegeven op de vraag welke wijzigingen van het stelsel van forensische zorg er zijn geweest in de recente geschiedenis in wet- en regelgeving en beleid. In hoofdstuk 3 en met name 4 is de vraag beantwoord welke aanleidingen er zijn geweest voor die wijzigingen in de praktijk van het stelsel, al dan niet via de band van een rapport. De infographics trachten de ontwikkelingen inzichtelijk te maken. In dit hoofdstuk worden de overige onderzoeksvragen beantwoord. In paragraaf 5.1 wordt getracht ter verklaring en duiding te beoordelen welke effecten de wijzigingen hebben gehad, en in hoeverre de wijzigingen zelf weer aanleiding geweest zijn voor ontwikkelingen in de praktijk die tot nieuwe wijzigingen hebben geleid. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de lessen uit de verdere geschiedenis, zoals getrokken in hoofdstuk 2, en daarbij worden ook lessen getrokken op basis van de ontwikkelingen in dit tijdvak. In paragraaf 5.2 wordt getracht de complexiteit van het huidige stelsel te verklaren en te duiden en de vragen hierover aan het begin van het rapport te beantwoorden.

5.1 Effecten van stelselwijzigingen

Te veel, te snel, te slordig, te vaak lapmiddel, te weinig vrucht van beschouwing

In hoofdstuk 3 is gebleken dat wijzigingen aan het stelsel van forensische zorg elkaar in rap tempo opvolgen. Dat werd ook geconstateerd in een WODC-onderzoek naar de toegenomen gemiddelde behandelduur in de tbs uit 2011. Deze veelheid aan wijzigingen werd juist als een van de oorzaken voor die toename gepresenteerd. Er wordt geconcludeerd dat er, achteraf bezien, weinig gelegenheid geboden is om de maatregelen kundig en volledig te implementeren en de resultaten daarvan af te wachten.¹ Staatssecretaris Teeven schrijft mede op basis van dit onderzoek zijn beleidsvisie op de tbs en besluit dan ook met een belofte:

‘De komende jaren zal zo min mogelijk aan het beleid worden gewijzigd – eerst na doorvoering van al deze maatregelen kan de balans worden opgemaakt. Voordien is het niet zinvol met steeds

weer nieuwe wijzigingen te komen. Pas als de resultaten bekend zijn, kan eventueel worden besloten tot aanpassing van het stelsel. We moeten ervoor waken dat beleidsmaatregelen niet een doel op zichzelf worden.’²

Het zijn verstandige woorden, die echter aan geloofwaardigheid inboeten doordat die de afsluiting zijn van een stuk waarin allerlei niet in eerdere beleidsstukken aangekondigde of uit onderzoek voortvloeiende – maatregelen worden afgekondigd. Maatregelen die niet alleen te talrijk worden bevonden, maar ook te symbolisch (of te politiek), te weinig vrucht van beschouwing en daardoor te slordig.³ Vooral het te veel is zelf dan weer symbolisch voor dit gehele tijdvak: de opsomming uit Infographic 3A is nota bene slechts een selectie.

De symbolische maatregelen zijn duidelijk van na de millenniumwisseling, de periode waarin de dimensie beveiliging steeds meer op de voorgrond is komen te staan, gepolitiseerd is, en de beveiligingsparadox voor een

1 M.H. Nagtegaal, R.P. van der Horst & H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen*, Den Haag: WODC, BJu 2011. Zie met name Bijlage 8 voor hun chronologisch overzicht van de beleidsmaatregelen sinds 1990, dat zowel overlapt als aanvult wat in dit rapport is besproken.

2 *Kamerstukken II 2010/11*, 29 452, nr. 138, p. 8-9.

3 Zie bijvoorbeeld P.C. Vegter, ‘Een dam tegen de vloed aan TBS-regelgeving’, *Sancties* 2011, p. 65-69. De slordigheid is bijvoorbeeld terug te zien in een dubbel artikel 38 lid 5 Sr. Met name over de twee Teeven-jaren wordt ook thans nog genoeg geklaagd.

LES 11

Er zijn voor een goede, voortvarende en veilige uitvoeringspraktijk te veel stelselwijzigingen doorgevoerd, te snel achter elkaar zonder evaluatie van voorgaande maatregelen, te slordig, te vaak lapmiddel en te weinig vrucht van beschouwing.

viciuze cirkel zorgt: elk mogelijk risico moet worden uitgesloten. Wat die mogelijke risico's zijn, blijkt dan vooral uit incidenten, op basis waarvan vaak te algemene conclusies worden getrokken. Het dak had op elke plaats kunnen lekken, maar wordt alleen daar gedicht waar het laatste druppeltje is gevallen. Er gaat ook een signaal vanuit – 'het dak is weer dicht, u blijft voortaan droog' – dat het beleid uiteindelijk alleen maar hindert. Als er weer een lekkage is, is het signaal een valse belofte gebleken en is er steeds weer een lapmiddel nodig, want dat precedent is geschapen. Handiger is het, zoals de verantwoordelijke bewindspersonen tot en met Donner duidelijker communiceerden dan daarna, dat het dak nu eenmaal af en toe lekt, maar dat geen enkel ander dak ons droger houdt. Uiteraard begrijpen wij dat het, zeker voor slachtoffers of nabestaanden van die ene 'lekkage', een onwelgevallige boodschap is: het leed is beter te verkroppen als duidelijk is wat er mis is en als anderen in de toekomst niet precies dat hoeven mee te maken. En het is vaak extra moeilijk om die boodschap te brengen omdat niet alleen de patiënten soms de onvoorspelbaarheid van een mens hebben, maar ook de behandelaars de feilbaarheid van een mens. Er is meestal wel een fout aan te wijzen. Maar omdat het systeem nu eenmaal slechts zo goed is als het wordt uitgevoerd, en de uitvoering aan mensen is, moet dat misschien gewoon

als onderdeel van het systeem beschouwd worden – zeker bij de huidige werkdruk. Alle ontwikkelingen die de werkdruk verhogen, wellicht bedoeld om de kwaliteit van de behandeling of de veiligheid te bevorderen, kunnen een averechts effect hebben en juist leiden tot fouten. Maar die fouten verhullen dat ook als iedereen foutloos zou werken, er gezien de stand van de wetenschap altijd nog een flinke foutmarge overblijft in de gevaarsinschatting. Overigens gaan, bij de huidige stand van het evenwicht met een nadruk op beveiliging, die fouten vooral ten koste van onterecht langere vrijheidsbeneming of -beperking van de betrokken individuen – fout positieven – en niet ten koste van slachtoffers. Foute beslissingen horen bij een systeem waarvan risicotaxatie de 'core business' is, zelfs zonder dat er een fout gemaakt is in de procedure van de besluitvorming; en dan maken mensen ook daar nog wel eens fouten in.

Lapmiddelen brengen het dynamische evenwicht vaak te zeer in disbalans, omdat ze per definitie geen vrucht zijn van beschouwing, niet voortkomen uit de in de Nota TBS uit 1991 genoemde 'heroriëntatie' van uitgangspunten en de stand van het dynamische evenwicht. In de hier gebruikte analogie: een algehele inspectie van de staat van het dak. Een dergelijke heroriëntatie van het evenwicht is er voor de

tbs voor het laatst geweest door de Commissie Visser. Thans beoogt het PFZ, onder andere door het initiëren van het onderhavige en andere onderzoeken, en in combinatie met de BMH en het vervolg daarop, wel een dergelijke heroriëntatie te doen.

Leerpunten uit de verdere geschiedenis toegepast op dit tijdvak

De les dat geen enkele wijziging ooit alle knelpunten zal oplossen, omdat die juist zelf ook nieuwe taken of knelpunten oproept, is in dit tijdvak nadrukkelijk bevestigd. Steeds hebben wijzigingen bepaalde effecten, die om nieuwe wijzigingen vragen. Een vrij algemeen effect van wijzigingen is doorgaans dat de mensen op de werkvloer tijd moeten stoppen in het verwerken van de wijzigingen in plaats van in het primaire werk. Nieuwe taken is wat dat betreft wel een goede omschrijving, want ze komen over het algemeen bovenop de bestaande taken. De administratieve lasten nemen alsmaar toe en het primaire werk komt onder druk. Alleen al daarom is spaarzaamheid met wijzigingen aan te raden. Wijzigingen betreffen ook allerlei verschillende terreinen: wetgeving, financiering, kwaliteitsborging, etcetera. Ze komen ook vanuit verschillende zenders, die daardoor niet door hebben hoe groot het totaalpakket is, dat het werkveld steeds opnieuw moet verwerken – en zo als ‘stoorzenders’ worden ervaren.

Coördinatie van wijzigingen is dan ook een belangrijke opdracht voor het beleid.

De tweede les die wijst op het behouden van een dynamisch evenwicht en de mogelijkheid van scheefgroei, is ook duidelijk zichtbaar in dit tijdvak. In Infographic 3A is dan ook weergegeven welke dimensie bepaalde wijzigingen versterkten. Na de Commissie Visser is de balans, mede door een voorzichtige opstelling van het veld en verdere (symbolische) veiligheidsmaatregelen, te ver doorgeslagen naar de kant van beveiliging. In combinatie met de derde les – dat er dan een soort zelfcorrigerende, middelpuntzoekende, mechanismen in werking treden – is gebleken dat dan de tbs-maatregel langer gaat duren, minder populair wordt en bijvoorbeeld rechtsbescherming zwaarder gaat wegen. Totdat blijkt dat te zware gevallen op te licht beveiligde plekken terechtkomen, het misgaat, en de beveiliging weer zwaarder gaat wegen. Maar ondertussen werken er ook dimensies van buiten in op deze dynamiek tussen de drie. Uiteraard zijn er invloeden vanuit ontwikkelingen in de samenleving, zoals veranderingen in het denken. Het dynamisch evenwicht tussen rechtsbescherming en behandeling ten aanzien van dwangmedicatie is bijvoorbeeld op basis daarvan sinds de tachtiger jaren heen- en weer bewogen, eerst naar meer en daarna naar minder rechtsbescherming. En veranderingen in de samenleving kunnen

op allerlei manieren hele concrete gevolgen hebben, zoals de toename van multiproblematiek bij mensen – waar alle sectoren mee te maken hebben en er dus niet alleen maar sprake is van verschuiving tussen sectoren. Aan de andere kant zorgt vervolgens de ‘reverse inference’ (omgekeerde afleiding) denkfout er voor dat we meer zware gevallen – gevaarlijke verwarde personen – zien dan er in werkelijkheid zijn.

Soms is de timing van (inwerkingtreding) van een wijziging verkeerd omdat het denken of de praktijk al lang weer verder is. Dat gold voor de Herziening TBR (inclusief de gemaximeerde tbs), maar bijvoorbeeld ook voor de Fokkensregeling: bij invoering zat het capaciteitstekort in de weg, en toen dat weg was het toegenomen vergeldingsdenken. Dat laatste zorgt nu recent ook voor een veranderde VI-regeling, die bijvoorbeeld de RSJ noopt tot het advies van herinvoering van de regeling. Een andere relevante dimensie is kostenbeheersing. Als de nood hoog wordt, kan dat een dimensie worden die bijvoorbeeld de dimensie van behandeling tegenwerkt. Zeker de a-selecte plaatsing om vergelijkbare populaties te creëren ging tegen de kwaliteit van de behandeling in, die gebaat is bij differentiatie en specialisatie. Ook was het een te zwaar controlemiddel vanuit het departement richting het veld, waar vertrouwen van wezenlijk belang is om een gemotiveerd

LES 12

Er is in de forensische zorg weinig voorspelbaar, anders dan dat de geschiedenis zich – op basis van golfbewegingen en middelpuntzoekende krachten – in net weer een ander jasje blijft herhalen.

werkveld te houden of weer te krijgen. Bij de pro Justitia rapportage zien we nu bijvoorbeeld een tekort aan menskracht op grond van kostenbeheersing en kwaliteitsborging (de administratieve last van de NRGD-registratie): meer moeten doen voor minder geld is op termijn niet houdbaar – dat is recent met nieuwe afspraken ook ingezien. Ten aanzien van een behandelveld waar er al structureel personeels-tekorten zijn, moet dit als een waarschuwing gelden. Ook tussen vertrouwen en controle is sprake zijn van een dynamisch evenwicht. Over kosten gesproken, de vierde les is in dit tijdvak zeker bevestigd, met name omtrent de longstay. Financiële efficiëntie hangt sterk samen met de mate van schaarste. In de forensische zorg heb je met veel partijen te maken die eigen belangen hebben. Ten aanzien van kosten staat het departement nogal eens tegenover het behandelveld. Samen zijn deze partijen als uitvoerende macht, weer enorm afhankelijk van de wetgever – die de kaders bepaalt, soms op basis van een incident of om andere politieke redenen – en de rechter – die de vraag bepaalt. Nu de kosten van de forensische zorg maar blijven oplopen en ook de tbs weer volstroomt, is het wederom verleidelijk vooral te investeren in ontvankelijke patiënten. Maar de afgelopen periode van onderbezetting in de tbs toont ook aan dat er bij veel moeilijke patiënten belangrijke vooruitgang kan worden

geboekt als daar maar tijd voor genomen wordt – zie de terugloop van de LFPZ-populatie. Het grootste probleem bij het maken van de scheiding tussen behandelbaren en onbehandelbaren is dat de wetenschap dat onderscheid nog niet goed kan maken of rechtvaardigen en – mogelijk tijdelijke – impasses in de praktijk de doorslag geven. De RSJ heeft voor het omgaan met deze moeilijke groep in haar recente advies enkele behartigenswaardige voorstellen gedaan.

Kortom: de dynamiek van de forensische zorg is er een van golfbewegingen van vele dynamische evenwichten tussen meer dan drie dimensies, met allemaal eigen frequenties, die soms voor interferentie zorgen, in fase of tegenfase dimensies versterken of verzwakken, die vanuit verschillende zenders beïnvloed wordt, en gevoelig voor verstoringen van binnenuit en buitenaf. Een recept voor onvoorspelbaarheid.

Effecten van stelselwijzigingen

Hierboven zijn al wat effecten van stelselwijzigingen besproken. Als we het over effecten hebben, hebben we het overigens niet of nauwelijks over gemeten effecten op basis van prospectief effectevaluatie-onderzoek. Meer in het algemeen valt er wel iets over wetenschappelijke evidentie te zeggen, bijvoorbeeld dat behandeling/zorg zich als middel voor recidivereductie heeft bewezen. Hierboven is uitgelegd welke

dynamiek er schuilgaat achter het gegeven dat elke stelselwijziging weer leidt tot een volgende. De stelselwijziging die het meest bepalend is geweest voor de huidige situatie is de verbreding van de forensische zorg via het inkoopmodel vanuit Justitie, dat een gigantische administratieve omslag is geweest. Recidivevermindering, maatwerk en doorstroom richting GGZ en samenleving waren daarachter de belangrijkste gedachten. Kostenbeheersing, als dat al een doel was, is er niet mee bereikt – blijkt ook uit onderzoek van Steinmann. Ook bekritiseert zij het stelsel vanuit internationaal-rechtelijk perspectief, forensische zorg is zo bekeken een taak voor Volksgezondheid. Op een Justitiebegroting is zij ook kwetsbaarder voor bezuinigingen. In het rapport Forensische zorgen wordt – het verbaast niet meer – gewezen op het feit dat deze aanpassingen geleid hebben tot een voortdurende dynamiek in organisaties en beleid.

‘In combinatie met de beschreven druk op de sector kunnen aanbieders daardoor geen ruimte en tijd vinden om de veranderingen in beleid in te passen. Aanpassingen in ICT worden over de jaren heen ingeregeld, en de tijd om dat goed te doen is nog niet verstreken als de volgende aanpassing volgt. Deze dynamiek speelt sterker bij de OFZ waarin ook regelgeving

vanuit het ministerie van VWS en vragen vanuit zorgverzekeraars en gemeenten impact hebben op de bedrijfsvoering en zorgprocessen.’⁴

De doorstroom vanuit de tbs naar lagere beveiligingsniveau’s blijkt wel met de wijziging geholpen, maar juist voor de overige forensische zorg is de doorstroom richting reguliere GGZ – of de continuïteit van zorg – verslechterd. Het anders ‘labelen’ van bestaande zorg – in één categorie met tbs-gestelden nota bene – heeft volgens Steinmann die patiënten herkenbaarder gemaakt als forensische patiënten, met als gevolg dat GGZ en samenleving ze minder verwelkomen. Er lijkt ook wel enige evidentie voor die stelling in de toegenomen media-aandacht voor forensische patiënten die geen tbs-gestelde zijn. En ook de groei van het aantal zorgaanbieders achterin de keten lijkt erop te wijzen dat Justitie zich steeds verder in het nazorgtraject moet inkopen om doorstroom mogelijk te maken. De barrière tussen strafrecht en GGZ is niet geslecht, maar gewoon opgeschoven. Daarnaast is die overgang niet alleen van geld afhankelijk. Van oudsher zijn ook drempels in gegevensuitwisseling – wat met de WFZ al wat is verbeterd, maar nog steeds

4 Andersson, Elffers, Felix 2018, p. 15.

werk in uitvoering is –, cultuur en rechtspositie daarbij van belang.⁵

Die drempel slechten of verlagen is dé grote uitdaging voor een toekomstige stelselwijziging. Ten aanzien van de financiële kant van de zaak, vraagt Steinmann zich bijvoorbeeld voorzichtig af – want is weer een enorme wijziging los van de inhoud überhaupt een goed idee? – of weer een andere budgetverdeling met Volksgezondheid een optie is. In ieder geval is er in het recent afgeronde wetgevingsproces te weinig harmonisatie tussen verplichte en forensische zorg verwezenlijkt. Sterker nog, juist de verschillende systematiek ten aanzien van de rechtspositie in de WVGGZ – persoonsvolgend in plaats van instellingsvolgend, de interne rechtspositie meeregeld in de zorgmachtiging – werpt mogelijk een hogere drempel op voor de overgang. Dat is niet onbegrijpelijk, nu de WVGGZ hele andere achtergronden heeft en niet bedoeld is om de problemen in de forensische zorg op te lossen. Daarbij is het ingewikkeld dat juist in de rechtspositie bepaalde cultuurverschillen tussen strafrecht en GGZ tot uitdrukking komen, zoals ‘geen vrijheden tenzij’ versus ‘alle vrijheden tenzij’ en een verschillende

5 Zie J. Legemaate, M.C. Ploem, J. uit Beijerse, P.A.M. Mevis, M.J.F. van der Wolf, C.P.M. Akerboom, M. Schol, H. Winter & N. Woestenburg, *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMW 2014.

Veertien historische lessen voor de Forensische Zorg

LESSEN UIT GOLFBEWEGINGEN IN DE VERRE GESCHIEDENIS

1

Er zal nooit een stelsel gecreëerd kunnen worden dat een eind maakt aan alle knelpunten en discussies ten aanzien van deze doelgroep. Ook iedere verbetering stelt nieuwe taken.



Elke nieuwe visie op de forensische zorg zal moeten uitgaan van een dynamisch evenwicht tussen de dimensies van beveiliging, behandeling en rechtsbescherming.

2

3

Te extreme stelselwijzigingen, op basis van een te eenzijdige of ideële nadruk op één van de dimensies van de balans, of naar aanleiding van een incident of bezuinigingen, zullen vroeg of laat worden teruggedraaid door het volksbewustzijn en de realiteit van de problematiek.



Investeren op de korte termijn loont door de recidivevermindering op de lange termijn altijd. En in tijden van schaarste is vooral het scheiden van de ogenschijnlijk onbehandelbaren en plaatsen op goedkopere locaties een bekende reflex.

4

LESSEN UIT STELSELWIJZIGINGEN SINDS 1988

5

Het beleidsterrein forensische zorg is altijd in beweging. Waar beleid een actueel knelpunt adresseert, loopt de daaruit voortvloeiende wetgeving vaak alweer achter bij de ontwikkelingen in de praktijk.



De huidige financieringsystematiek bepaalt grotendeels de complexiteit van de forensische zorg en de verhouding tussen departement en veld op de as controle en vertrouwen.

6

LESSEN UIT CONTEXTUELE ONTWIKKELINGEN SINDS 1988

7

Verschuivingen van de populatie naar minder beveiligde omgevingen en forensische titels bereikt vanzelf weer een kantelpunt.



De forensische zorg presteert steeds beter ten aanzien van recidivereductie, maar incidenten bepalen grotendeels het beeld en het beleid.

8

9

Kwaliteitsverbetering en -borging versterken (de verantwoording van) het veld, maar bijbehorende administratieve lasten en een verzwarende populatie remmen een effect op behandelduur.



Minder dwang in de GGZ gaat niet samen met minder tolerantie voor verwarring en verondersteld gevaar aan de ene kant en meer doorstroom vanuit het strafrecht aan de andere kant.

10

LESSEN UIT DUIDINGEN

11

Er zijn voor een goede, voortvarende en veilige uitvoeringspraktijk te veel stelselwijzigingen doorgevoerd, te snel achter elkaar zonder evaluatie van voorgaande maatregelen, te slordig, te vaak lapmiddel en te weinig vrucht van beschouwing.



Er is in de forensische zorg weinig voorspelbaar, anders dan dat de geschiedenis zich - op basis van golfbewegingen en middelpuntzoekende krachten - in net weer een ander jasje blijft herhalen.

12

13

De grens tussen het strafrecht en de GGZ (en andere domeinen van zorg en nazorg) is niet geslecht, maar opgeschoven - en blijft de grootste uitdaging voor de forensische zorg.



Ingewikkeldheden zijn onvermijdelijk bij een beleidsterrein dat sectoren met heel verschillende juridische kaders en culturen overstijgt, maar er is wel wat te winnen.

14

LES 13

De grens tussen het strafrecht en de GGZ (en andere domeinen van zorg en nazorg) is niet geslecht, maar opgeschoven – en blijft de grootste uitdaging voor de forensische zorg.

visie op gevaar – dat niet of wel volledig dient voort te komen uit een psychiatrische stoornis – en de maatschappijbeveiligende functie van de GGZ. En dan is het ook nog eens nodig dat wetgeving en financieel beleid op elkaar aansluiten, wat bijvoorbeeld bij art. 2.3 WFZ nu niet voldoende het geval is. Ook is door gebrekkige aansluiting van wet en (financieel) beleid compleet maatwerk op basis van veiligheidsnoodzaak en zorgbehoefte nog niet mogelijk. De titel blijkt soms nog steeds een belemmering. Wettelijk is het mogelijk dat iemand bijvoorbeeld zonder tbs-titel op beveiligingsniveau 4 terecht komt als hij/zij dat nodig heeft, maar hoe gemakkelijk is dat financieel en in de praktijk te organiseren, nu er voor tbs-gestelden al weer wachtlijsten zijn?

Uitleg Infographic 5: Veertien historische lessen over de forensische zorg

In Infographic 5 staan de historische lessen ten aanzien van de forensische zorg opgesomd.

5.2 Inzichten in ingewikkeldheden

Dit rapport begon met een aantal vragen, die hieronder zo goed mogelijk worden beantwoord, vooral op basis van de verworven historische inzichten. Analooq aan delictanalyses bij onze doelgroep kan het effect van verklaren

excuseren zijn, maar het is ook voorwaarde om zaken aan te pakken en te voorkomen dat de geschiedenis zich herhaalt.

Waarom is er altijd zoveel te doen over de forensische zorg?

Voor de tbs is al eens getracht die vraag te beantwoorden.⁶ Ten aanzien daarvan speelt mee dat het een strafrechtelijke maatregel betreft. Anders dan de aan meer voorwaarden – zoals proportionele schuldvergoeding en strafbaarheid – gebonden straf, is dat een sanctie die in algemene zin een ‘ongewenste maatschappelijke situatie’ als ad hoc geformuleerde grondslag kent.⁷ Hierdoor is de maatregel aan minder voorwaarden gebonden – en dus gemakkelijker aan te passen dan de straf. Daarnaast is voor de tbs zelf een heel aantal onderdelen van de regelingen niet wettelijk vastgelegd – denk bijvoorbeeld aan de verminderde toerekeningsvatbaarheid, de combinatiemogelijkheid met straf en de executievolgorde in dat geval –

6 M.J.F. van der Wolf, *TBS – veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamente van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (dissertatie Rotterdam), Nijmegen: Wolf legal publishers 2012.

7 Zie T. Kooijmans, *Op maat geregeld? Een onderzoek naar de grondslag en de normering van de strafrechtelijke maatregel* (dissertatie Rotterdam), Deventer: Kluwer 2002, die dat als eerste vaststelde.

omwille van het compromis tussen strafrechtstheoretische scholen ten tijde van het ontstaan van de maatregel, zodat iedereen de tbs kan beschouwen vanuit, en vormen naar, de eigen wereldbeschouwing. Bovendien begeeft de sanctie zich op het grensvlak met de eveneens zachte en kneedbare wetenschap van de forensische gedragskunde. Het gevolg hiervan is dat de tbs bij uitstek responsief is voor veranderde dominante opvattingen in de samenleving, die als gezegd een zekere ambivalentie koestert jegens deze doelgroep en dus gevoelig is voor (scheve) beeldvorming en denkfouten. Ook is in het recente tijdvak het veiligheidsdenken gepolitiseerd, waardoor een sanctie die op beveiliging gericht is, zich mag verheugen in aandacht van samenleving, politiek en media. Dat is mede gebeurt onder invloed van de veiligheidsparadox, nu we steeds meer grip krijgen op risico's kunnen we steeds minder onzekerheid velen. Zeker de ervaren onvoorspelbaarheid van de psychisch gestoorde dader, vanwege het onbegrepen gedrag, is een affront voor onze onzekerheidsmijding. Nu het label van de tbs is opgegaan in de forensische zorg, hebben we in dit tijdvak gezien dat een aantal van dit soort associaties zijn overgegaan op het gehele beleidsterrein. Ten slotte zijn er vele partijen betrokken bij de forensische zorg, met verschillende belangen, die ook steeds te maken hebben met stelselwijzigingen en daar ook wel wat van vinden.

Zo blijft door de geschetste golfbewegingen de discussie eeuwigdurend licht ontvlambaar.

Waarom is de forensische zorg zo ingewikkeld georganiseerd?

Forensische zorg is kort gezegd zorg op strafrechtelijke titel. Het is van belang te begrijpen dat door de creatie van dit overkoepelende beleidsterrein in 2008 – wat in essentie een (financieel) administratieve operatie is geweest – aan deze strafrechtelijke titels op zich verder niets veranderd is. Wel verandert er regelmatig iets aan die strafrechtelijke titels vanuit de wetgever. Ook verandert er regelmatig iets aan het gebruik van die titels in de rechtspraak, vanwege ontwikkelingen in de samenleving die het aanbod van binnen de criteria vallende justitiabelen beïnvloeden en de verwachtingen van de samenleving – waarvoor vooral rechters ontvankelijk moeten zijn. Zo heeft het beleidsterrein geen greep op de vraag naar forensische zorg en moet ze desondanks het aanbod organiseren. Ook heeft ze geen volledige greep op het aanbod, omdat de aanbieders – anders dan binnen het terrein van de straf – op een paar uitzonderingen na niet in beheer zijn van Justitie. Via de contracten kan er uiteraard wel sturing plaatsvinden, maar particuliere instellingen hebben ook een eigen stuur. Bij te veel controle en te weinig vertrouwen wordt eerder tegengestuurd. Het is dus een glibberig

krachtenveld waarbinnen het beleidsterrein van de forensische zorg moet manoeuvreren.

Een ander ingewikkeld aspect is dat de forensische zorg zich uitstrekt over de drie traditionele sectoren – ook wel zuilen genoemd – van gevangeniswezen, tbs-veld en de (forensische) GGZ. Het beleid is dan wel sectoroverstijgend, maar de wetgeving en cultuur zijn dat absoluut niet. Zeker in het GGZ veld krijgt Justitie maar moeilijk invloed op de regelgeving omdat de forensische populatie maar een heel klein deel van de GGZ is en dus niet dominant is in regelgevingsprocessen. Het grootste deel van de GGZ wil – zeer begrijpelijk – namelijk niet geassocieerd worden met Justitie. De cultuur in de GGZ is van oudsher gericht op zorgverlening en minder op maatschappijbeveiliging, al toont de forensische GGZ aan dat dit binnen dezelfde rechtspositionele kaders op basis van financiering en beveiligingsniveau wel kan.

Ook in de financieringssystematiek is het beleidsterrein volgend geweest. Er is aangesloten bij de systematiek voor de gezondheidszorg gebaseerd op marktwerking, die achteraf voor de geestelijke gezondheidszorg al minder geschikt blijkt te zijn en voor de forensische zorg allerlei extra vragen oproept. Zo zijn bijvoorbeeld marktwerking en monopolie alleen al een wezensvreemde combinatie, waarvoor Steinmann bijvoorbeeld voorzichtige veranderingen aanbeveelt.

Waarom zijn er bijna dertig forensische zorgtitels?

In het eerste wetsvoorstel forensische zorg waren maar negentien forensische zorgtitels geïdentificeerd. Dat was toen al een grove onderschatting van alle strafrechtelijke titels op basis waarvan zorg verleend werd of wordt in de praktijk. Sindsdien zijn er vooral veel bestaande titels geïdentificeerd, op basis waarvan in de praktijk zorg wordt verleend en die betaald moeten worden. Een paar titels zijn niet op de wet gebaseerd, maar op beleid: zoals de vormen van forensisch psychiatrisch toezicht, verdiepingsdiagnostiek en voorgenomen indicatiestelling. Er is ook een enkele titel vanuit de wetgever bijgekomen – zoals de GVM – of afgevallen – art. 37 Sr is vervallen bij invoering van art. 2.3 WFZ. Er zijn titels uit alle fasen van het strafproces. Tijdens de vervolging is bijvoorbeeld een zorgvoorwaarde mogelijk bij voorwaardelijk sepot of schorsing van de voorlopige hechtenis, tijdens de berechting kunnen er allerlei (voorwaardelijke) sancties opgelegd worden die ook uit zorg bestaan, en in de tenuitvoerlegging van bepaalde sancties kunnen overgangen naar andere sectoren omwille van (afbouw van) zorg plaatsvinden. Over de meeste titels beslist de rechter (waaronder alle mogelijke sancties tijdens de berechting), in de tenuitvoerlegging zijn er vooral titels op basis van ministeriële beslissingen en zelfs van de Kroon (voorwaar-

delijke gratie). Die laatste is een voorbeeld van een titel die nauwelijks gebruikt wordt, maar als die gebruikt wordt moet de zorg wel betaald worden.

Er is in één van de scenario's van de BMH recent geadviseerd het aantal titels te verminderen. Het verminderen van wettelijke titels is niet iets wat het beleid zelf kan bewerkstelligen, het niet langer labelen van bepaalde titels als forensische zorg kan wel, maar dan moeten de afgevallen titels nog steeds wel ergens van betaald worden. Daar wordt het niet minder ingewikkeld van. De flexibiliteit die er is op basis van de vele titels om op allerlei momenten te schakelen tussen sectoren en fasen is voor het maatwerk dat met de wet forensische zorg beoogd is juist een groot goed.

Waarom zijn er zoveel verschillende typen instellingen voor forensische zorg?

Wat voor de titels geldt, geldt evenzeer voor de instellingen. Ze waren er vaak al (zie paragraaf 3.2.2), met een in de praktijk gegroeide mate van gebouwelijke beveiliging, voordat er door het beleid beveiligingsniveau's werden geformuleerd. Uiteraard zijn er op basis van de geformuleerde eisen aan een niveau wel aanpassingen gedaan aan gebouwen en beveiligingssystemen om voor forensische zorg op dat niveau in aanmerking te komen. De differentiatie naar beveiligingsniveau is nodig om het

beoogde maatwerk te kunnen leveren. Er zijn in de praktijk nu eenmaal vele combinaties denkbaar van benodigd beveiligingsniveau en zorgbehoefte, en de bijbehorende personen bestaan.

Zeker in de GGZ waren er een aantal instellingen die zo nu en dan al personen op strafrechtelijke titel opvingen voordat het beleidsterrein forensische zorg bestond. Sinds deze zorg gelabeld wordt als forensische zorg en er via wetgeving, beleid en contracten allerlei eisen aan het mogen verlenen van deze zorg worden gesteld, is vooral in de GGZ het aantal aanbieders toegenomen. Voor RIBW's geldt eigenlijk hetzelfde: de behoefte aan doorstroom met forensische titel creëert het aanbod.

Waarom is het bepalen van de rechtspositie van forensische patiënten zo ingewikkeld, en waarom zit die vaak de behandeling of de beveiliging van de samenleving in de weg?

De rechtspositie is onder te verdelen in externe rechtspositie – regels en waarborgen ten aanzien van oplegging, duur en eventueel beëindiging van de titel – en interne rechtspositie – regels die gelden tijdens de tenuitvoerlegging van de titel. De interne rechtspositie gaat bijvoorbeeld over rechten en vrijheden, gronden op basis waarvan die rechten en vrijheden mogen worden ingeperkt, en de rechtsmiddelen die gebruikt kunnen worden om op

te komen tegen vermeende schending van rechten. Deze interne rechtspositie wordt van oudsher bepaald door 'het dak' van de instelling, oftewel is instellingsgebonden – de regelgeving van de sector waarbinnen de instelling valt vigeert. In de sector van het gevangeniswezen, dus ook in de PPC's, geldt de Penitentiaire Beginselenwet. In de sector van de tbs geldt de Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden. In de GGZ geldt thans de WVGZ en uiteraard in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie de WZD. De WVGZ introduceert echter een nieuw systeem voor de rechtspositie, die grotendeels wordt meegeregd in de zorgmachtiging en dus persoonsvolgend is. Forensische zorgpatiënten in de GGZ zitten daar niet op basis van een zorgmachtiging en daarom is er een speciaal hoofdstuk 9 voor die groep in de WVGZ geplaatst om toch in een interne rechtspositie te voorzien. Voor tbs-gestelden zijn daarin flinke inbreuken op rechten en vrijheden mogelijk gemaakt. En – meer dan voorheen – ook een paar voor patiënten die daar verblijven op een voorwaardelijke of overplaatsingstitel. Die worden vanwege de instemming van oudsher als vrijwillig geplaatsten beschouwd. En voor die patiënten geldt traditiegetrouw enkel de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Dan zijn er in beginsel geen inbreuken op rechten en vrijheden mogelijk.

Zo kunnen er vooral in de forensische GGZ mensen op verschillende titels met verschillende interne rechtsposities op één afdeling naast elkaar zitten. Bijvoorbeeld een civielrechtelijk geplaatste met de rechtspositie in de zorgmachtiging, de tbs-gestelde waarvoor het grootste deel van hoofdstuk 9 WVGZ geldt, en de persoon met een voorwaardelijke gevangenisstraf waarvoor een enkel artikel uit hoofdstuk 9 geldt en verder de WGBO. Personeel op de werkvloer moet dan bij elke persoon op een andere plek zoeken om te weten wat wel of niet mag.

De dimensies van beveiliging en behandeling concurreren met die van rechtsbescherming. Cru gezegd: voor Michael P. in het FPA gold grotendeels dezelfde rechtspositie als voor iedere burger die naar de huisarts gaat. Dan zit de rechtspositie dus de beveiliging in de weg. Dat komt omdat die civiele wetgeving niet in eerste instantie voor forensische patiënten is bedoeld en de 'forensische lobby' – die voor meer veiligheidsmaatregelen en dus inbreuken op vrijheden of rechten pleit – altijd aanloopt tegen het argument dat 'de goeden niet onder de kwaden mogen lijden'. De rechtspositie kan ook de behandeling in de weg zitten. Bijvoorbeeld de externe rechtspositie die een bepaalde duur heeft – denk aan de gemaximeerde tbs of een proeftijd bij een voorwaardelijke sanctie – terwijl een behandeling langer

LES 14

Ingewikkeldheden zijn onvermijdelijk bij een beleidsterrein dat sectoren met heel verschillende juridische kaders en culturen overstijgt, maar er is wel wat te winnen.

nodig is. Bij behandeling onder dwang is uiteraard een stevige rechtspositie mogelijk. In de BVT is bewust de wijze van behandeling uitgezonderd van klachtmogelijkheid om de interne rechtspositie niet te zeer de behandeling te laten hinderen. Maar – als eerder gezegd – dat nu ook niet tegen onnodige behandelvertraging in het geweer kan worden gekomen, heeft ook negatieve gevolgen voor de behandeling, via de motivatie.

Op zich biedt hoofdstuk 9, die alleen van toepassing is op forensische zorgpatiënten, de mogelijkheid om meer inbreuken mogelijk te maken dan ten tijde van de BOPZ. Wellicht biedt de aanstaande reparatiewetgeving nog een kans om die rechtspositie nog verder te harmoniseren met die in de Justitiële beginselenwetten, om geen overgangen te belemmeren die stevigere inbreuken op rechten en vrijheden vergen.

ZES

Aanbevelingen

We hopen dat het bovenstaande iets verheldert over de huidige plaats van de forensische zorg in de tijd. Hiernaast volgen enkele aanbevelingen voor visievorming op basis van historische bevindingen. We onthouden ons daarbij van inhoudelijke aanbevelingen ten aanzien van actuele knelpunten, omdat het onderzoek zich daar niet voor leent. Op hoofdlijnen kan men wel stellen dat in de drie sectoren van de forensische zorg verschillende van de drie geformuleerde dimensies nog tekort schieten. In het gevangeniswezen is de dimensie van behandeling zwak, in de tbs de dimensie van rechtsbescherming (ten opzichte van de behandeling) en in de forensische GGZ de dimensie van beveiliging. Ook in recente onderzoeken, bijvoorbeeld van de RSJ ten aanzien van langdurig tbs-gestelden, de scenario's van de BMH of het proefschrift van Steinmann zijn voorstellen te vinden die hierbij aansluiten.

- 1 Accepteer de ingewikkelde dynamiek van de forensische zorg, relativeer het effect van stelselwijzigingen vanwege middelpuntzoekende krachten en anticipeer zo veel mogelijk op golfbewegingen.**
- 2 Voorkom omwille van het dynamisch evenwicht tussen beveiliging, behandeling en rechtsbescherming wijziging van losse onderdelen, zeker als het lapmiddelen of symbolische maatregelen betreft op basis van incidentele gevallen of financiële overwegingen.**
- 3 Wees in het algemeen spaarzaam met wijzigingen, zeker extreme wijzigingen of achterlopende wetwijzigingen, en wijzig bij voorkeur na een 'heroriëntatie' van uitgangspunten en de stand van het dynamische evenwicht.**
- 4 Waardeer de forensische zorg als systeem ter beveiliging van de samenleving, dat bovendien vanuit historisch perspectief steeds beter presteert en steeds breder inzetbaar is; verdedig ook dat systeem, diens kaders en de investeringen die het vraagt.**
- 5 Vereenvoudig de complexiteit van de financiering van forensische zorg op basis van een eigenstandige visie, waarin meer balans zit tussen controle van het veld en vertrouwen in het veld, en laat wetgeving in de verschillende sectoren van de forensisch zorg meer op elkaar aansluiten zodat de balans tussen de dimensies over de sectoren verbetert.**

Verantwoording gebruikte
data infographics

Infographic 2: Golfbewegingen van de TBS-populatie

Cijfers van de jaarlijkse populatie tot en met 2008 zijn ontleend aan het proefschrift van M.J.F. van der Wolf. De gegevens vanaf 2009 zijn op basis van de bezetting op 1 september van dat jaar, ontleend aan de reeks van DJI 'Forensische Zorg in getal'. De cijfers van de laatste twee jaar zijn rechtstreeks van DJI verkregen.

Infographic 3A: Altijd in beweging: van rechtsbescherming naar beveiliging

Bevat geen data.

Infographic 3B: TBS: op vele manieren een kostbaar bezit

Het overgrote gedeelte van de cijfers voor de gemiddelde prijs per dag voor het gevangeniswezen en TBS komt voort uit de rijksbegrotingen vanaf 1987 tot en met 1994, 2004, 2005 en 2007 tot en met 2020. Hiervoor zijn de gegevens uit de begroting van het Ministerie van Justitie (en Veiligheid) gebruikt. Als aanvulling hierop zijn de cijfers vanaf 1995 tot en met 1999 en 2006 afkomstig uit de WODC-rapporten 'Criminaliteit en rechtshandhaving' uit 2010 en 2004. De gegevens over de gemiddelde prijs per dag voor TBS tussen 2000 en 2003 zijn verder aangevuld uit het rapport van de DJI – TBS in getal – uit 2005. De gegevens over de gemiddelde prijs

per dag van het gevangeniswezen tussen 2000 en 2005 zijn afkomstig uit de rijksbegrotingen vanaf 1999 tot en met 2006. De bedragen vanaf 1988 tot en met 1994 zijn omgerekend van guldens naar euro's.

Infographic 3C: Forensische zorg: meer en meer overig

De kostencijfers over de Forensische Zorg vanaf 2008 zijn afkomstig uit de rijksbegrotingen vanaf 2009 tot en met 2020. Specifiek de begroting van het Ministerie van Justitie (en Veiligheid) onder het agentschap Dienst Justitiële Inrichtingen DJI – hoofdstuk V. De capaciteitscijfers voor de FPC's en PPC's zijn afkomstig uit rapporten van de DJI – Forensische zorg in getal 2008-2012, 2013 -2017 en Masterplan DJI 2013-2018 en IGJ.

Infographic 4A: Ontwikkeling TBS-populatie: start – stop – start

Zie voor de totale populatie 2A. Cijfers over (voorwaardelijke) opleggingen en beëindigingen zijn tot 2009 ook ontleend aan het proefschrift van Van der Wolf en zijn vanaf 2009 aangevuld met cijfers uit de DJI serie 'Forensische zorg in getal'. De informatie over de bezetting van de longstay afdeling is vanaf 2000 tot en met 2006 afkomstig uit het Advies Longstay van de RSJ uit 2008 en vanaf 2006 aangevuld met

gegevens uit 'Forensische zorg in getal'. Gegevens over 2020 zijn ons niet bekend.

Infographic 4B: Minder recidive na TBS – maar incidenten bepalen beeld en beleid

De tbs-waardige recidivecijfers zijn ontleend aan Factsheet 2011-6 van het WODC – Recidive TBS 1974-2008. Voor de mediaberichten zijn gegevens uit het proefschrift van M.J.F. van der Wolf gebruikt en aangevuld met een zoektocht via openbare internetbronnen.

Infographic 4C: Infographic 4C: TBS-behandeling: harder – better – faster? – stronger!

De gegevens over de behandelduur zijn gebaseerd op instroomcohorten en ontleend aan het onderzoek van F.A. Felso en dr. J.J.M. Theeuwes – de vraag naar TBS. De overige gegevens zijn afkomstig uit de rapporten van de DJI – Toenemende verblijfsduur in de TBS – en de reeks 'Forensische zorg in getal'.

Infographic 4D: Ontwikkelingen GGZ: meer dwang – meer verwarring?

Gegevens over het aantal meldingen van verwarde personen bij de politie zijn afkomstig uit artikelen op www.politie.nl. Deze cijfers zijn gebaseerd op het aantal geregisseerde meldingen bij de politie van verwarde personen per

gemeente in Nederland. De gegevens over het aantal inbewaringstellingen vanaf 1988 tot en met 1996 zijn afkomstig uit het onderzoek van het WODC naar de instroom en capaciteit in de tbs-sector van Ed Leuw (1998). Deze gegevens zijn verder aangevuld tot 1999 uit het onderzoek van C.L. Mulder en collega's – versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De overige gegevens zijn verworven uit het onderzoeksrapport van het Trimbos Instituut – GGZ in tabellen 2008 – en een onderzoek van GGZ Nederland door J. Broer en collega's – Stijging van BOPZ-maatregelen en dwangopnames in de GGZ – uit 2018. De gegevens uit deze laatste twee onderzoeken zijn ook gebruikt om het aantal rechtelijke machtigen vanaf 2000 tot 2017 verder aan te vullen. In deze onderzoeken is ook specifiek gekeken naar het aantal voorlopige machtigen, machtigen voortgezet verblijf en voorwaardelijke machtigingen vanaf 2000. Als laatste is het totaal aantal rechtelijke machtigen vanaf 1988 tot en met 1994 verworven uit de Nota van de Tweede kamer over de wetswijzigingen BOPZ (1991) en het onderzoek van het WODC van M.P. Keizer en collega's naar de Wet Bopz Onvrijwillige opnameprocedures uit 1996.

Infographic 5: Veertien historische lessen over de Forensische Zorg

Bevat geen data.

Literatuur

- Andersson Elffers Felix, *Forensische zorgen; Onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*, 14 mei 2018.
- P.S. Appelbaum, *Almost a Revolution. Mental Health Law and the Limits of Change*, New York: Oxford University Press 1994, die wijst op John Hinkley die de Amerikaans president Reagan in 1981 neerschoot.
- I.M. Bregman & B.S.J. Wartna, '*Recidive TBS 1974-2008' ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*, Den Haag: WODC 2011.
- J.H. Blankstein, 'De omstreden positie van de intramurale behandeling krachtens Bijzondere Voorwaarde', *DD* 1982, p. 261-267.
- E.F.J.M. Brand & A.A. van Gemmert, '*Toenemende verblijfsduur in de tbs' De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar*, Den Haag: DJI 2009.
- J. Broer, C.F. Mooij, J. Quak & C.L. Mulder, 'Stijging van BOPZ-maatregelen en dwangopnames in de ggz' Ontwikkeling in Nederland in de periode 2003-2017, *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 2018, 162, p. 2-8.
- CBS/WODC, *Criminaliteit en rechtshandhaving (2004, 2009 en 2010)*, Den Haag: CBS 2004, 2009 en 2010.
- Commissie Fokkens, *Sancties op maat. Eindrapport van de Commissie TBS en Sanctietoepassing Geestelijk*
- Gestoorde Delinquenten*, Den Haag: Staatsuitgeverij 1993.
- Commissie Haars, *Eindrapport van de Commissie Rechtspositie ter beschikking gestelden*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij 1987.
- Commissie Hoekstra, *Strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U.*, Den Haag: Openbaar Ministerie 2015.
- Commissie Houtman, *Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2005.
- Commissie Kosto, *Veilig en wel: Een beleidsvisie op de tbs*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001.
- Commissie Mulder, *Rapport van de Commissie Psychiatrische/Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij 1983.
- Commissie Schwarz, '*Vóórt-durend delictgevaarlijke' TBS-verpleegden*, Den Haag: Ministerie van Justitie 1998.
- Commissie Visser, *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*, Den Haag: Sdu 2006.
- S. Dekker, *Aanpak weigerende observantie*, Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid 8 oktober 2018.
- De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Advies Longstay*, 1 februari 2008.
- DJI, *TBS in getal*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2005.
- DJI, *TBS in getal 2008*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2009.
- DJI, *TBS in getal 2005-2009*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2010.
- DJI, *Forensische Zorg in getal 2006-2010*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2011.
- DJI, *Forensische Zorg in getal 2007-2011*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2010.
- DJI, *Forensische Zorg in getal 2008-2012*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2013.
- DJI, *Forensische Zorg in getal 2009-2013*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2014.
- DJI, *Forensische Zorg in getal 2013-2017*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2018.
- DJI, *Forensische Zorg in getal 2014-2018*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2019.
- DJI, *DJI in getal 2013-2017*, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2018.
- DJI, Masterplan DJI 2013-2018, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2013.
- E.M.H. van Dijk, *Daling opleggingen tbs met dwangverpleging. Ontwikkelingen en achtergronden*, Den Haag: WODC Memorandum 2011-1.
- S. van Dijk, A. Knispel & J. Nuijen, *GGZ in tabellen 2010*, Utrecht: Trimbos-instituut 2011.
- K. Drieschner, J. Hill en G. Weijters, *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*, Den Haag: WODC-Cahier 2018-22, p. 54.

- K. Drieschner, J. Hill en G. Weijters, *Recidive na forensische zorgtrajecten met uitstroom 2013-2015*, Den Haag: WODC-Cahier 2020-8.
- J.L. van Emmerik, 'De maatregel tbs; een overzicht in cijfer', in: *De toekomst van tbs*, Justitiële Verkenningen 19, 3, Den Haag: WODC/Ministerie van Justitie 1993.
- J.L. van Emmerik, 'Risicotaxatie in de forensische psychiatrie', in: H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragkundige rapportage in het strafrecht*, Deventer: Kluwer 2008, p. 427-478, p. 433.
- J.L. van Emmerik, *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001.
- F.A. Felso & J.J.M. Theeuwes, *De vraag naar tbs*, Amsterdam: WODC/Ministerie van Justitie 2002.
- M. Foucault, *Geschiedenis van de waanzin (in de zeventiende en achttiende eeuw)*, Meppel: Boom 1975/1961.
- M. Foucault, *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*, Groningen: Historische uitgeverij 2007/1989/1975.
- George Santayana, *The Life of Reason: Reason in Common Sense*, 1905.
- P.J. Greeven & H.J.C. van Marle, 'Met het oog op de samenleving: de geschiedenis van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek in perspectief', in: J. Meyer, P.J. Greeven & H.J.C. van Marle (red.), *Het helend huis. Dr. Henri van der Hoeven Kliniek 1995-2005. Liber Amicorum*, Amsterdam: Spinhex & Industrie 2005, p. 9-22.
- A. Grunberg, 'Herdenken gaat uit van de vaststelling dat het verleden niet voltooid is', *de Volkskrant* 4 mei 2020.
- Handelingen II 1924/25*, p. 1639.
- Handelingen II 1924/25*, p. 1660.
- I. Hilderink & H. van 't Land, *GGZ in tabellen 2008*, Utrecht: Trimbos-instituut 2009.
- J. Hill, K. Drieschner & G. Weijters, Op zoek naar methoden om recidive tijdens een strafrechtelijk traject in kaart te brengen. Recidive tijdens tbs met dwangverpleging als testcase, Den Haag: WODC-Cahier 2020-9.
- E.J. Hofstee, *TBR en TBS. De TBR in rechtshistorisch perspectief* (dissertatie Nijmegen), Arnhem: Gouda Quint 1987, p. 413.
- Interdepartementale Werkgroep Kaasjager, 'Forensische Zorg, het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg', Den Haag: Ministerie van Justitie 1997.
- Interdepartementale Werkgroep Kaasjager, 'Forensische Zorg, het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg', Den Haag: Ministerie van Justitie 1997.
- Inspecties Justitie en Veiligheid en Gezondheidszorg en Jeugd, *Steekincident FPC De Kijvelanden, Incidentonderzoek*, Den Haag: 2018.
- IGJ, *Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg*, Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport, 2011.
- Kamerstukken II 1969/70*, 10 694.
- Kamerstukken II 1996/97*, 24 587, nr. 15.
- Kamerstukken II 2004/05*, 29 452, nr. 24.
- Kamerstukken II 2005/06*, 30250, nr. 6, p. 379-388.
- Kamerstukken II 2010/11*, 29 452, nr. 138, p. 8-9.
- C. Kelk, 'Honderd jaar debat over (straf)recht en psychiatrie', in: Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap (red.), *Tussen behandeling en straf. Rechtsbescherming en veiligheid in de twintigste eeuw*, Deventer: Kluwer 2007, p. 75-134, p. 114.
- C.E. Klein Ikkink, A.I. Wierdsma & A.C. de Graaf, Regionale verschillende en tendensen in onvrijwillige openamen in de periode 1984-1988, *Tijdschrift voor de Psychiatrie 1991*, 33, p. 391-406.
- M.P. Keizer, R.F. Kouwenberg, Ed. Leuw & N.M. Mertens, *Wet BOPZ Onvrijwillige Opnamenprocedures*, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1996.
- A. Knispel, M.E. Haggenburg & F. van Hoof, *Landelijke Monitor Intramurale GGZ*, Utrecht: Trimbos-instituut 2012.
- B. Koekoek, *De kwestie verwarde personen. Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*, Tiel: Lannoo Campus 2019.

- C.H de Kogel, C. Verwers & V.E. den Hartogh, 'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering, Den Haag: WODC 2005.
- T. Kooijmans, *Op maat geregeld? Een onderzoek naar de grondslag en de normering van de strafrechtelijke maatregel* (dissertatie Rotterdam), Deventer: Kluwer 2002.
- W.F. van Kordelaar & I. Kluiters, 'Longstay out of the box', *Sancties* 2013, p. 201-216.
- S. van der Kwast, 'Het uitje van de TBR-gestelde', *NJB* 1980, p. 857-859, die ook twee ernstige recidives tijdens verlof noemt van eind jaren zeventig om vervolgens verlof als instrument te verdedigen.
- E.G.M. Landeweer, T.A. Abma, R.L.P. Berghmans, J.C.J. Dute, W.A. Janssen & G.A.M. Widdershoven, *Dwangtoepassing Binnen de Instelling*, Maastricht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007.
- J. Legemaate, M.C. Ploem, J. uit Beijerse, P.A.M. Mevis, M.J.F. van der Wolf, C.P.M. Akerboom, M. Schol, H. Winter & N. Woestenburg, *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMW 2014.
- E. Leuw, 'De capaciteitscrisis in de TBS, feiten en verklaringen', *Proces* 1998-7/8, p. 113-118, p. 118.
- E. Leuw, *Instroom en capaciteit in de tbs-sector*, Den Haag: WODC, 1998.
- P.A.M. Mevis, A.W.T. Klappe & M.J.F. van der Wolf, 'Wet forensische zorg: doelen, middelen en verwachte knelpunten', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2019-5, p. 359-373
- P.A.M. Mevis, A.W.T. Klappe & M.J.F. van der Wolf, 'Het afgeven van een zorgmachtiging door de strafrechter: overzicht en eerste indrukken van de praktijk betreffende art. 2:3 Wfz sedert 1 januari 2020. Rechtspraakrubriek', *Delikt & Delinkwent* 2020/43.
- 'Michael P-effect: Aantal tbs'ers neemt toe, maar niet genoeg capaciteit', *Metro* 15 juli 2020.
- Ministerie van Justitie, *TBS, een bijzondere maatregel. De concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie*, Den Haag: Staatsuitgeverij 1991.
- Ministerie van Justitie, *Toekomst TBS no 3. Kwaliteitsverbetering. Verbeterproject TBS terecht*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001a.
- Ministerie van Justitie, *Toekomst TBS no 4. Preklinische Interventie. Verbeterproject TBS terecht*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001b.
- Ministerie van Justitie, *Toekomst TBS no 5. Plaatsingssystematiek. Verbeterproject TBS terecht*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001c.
- Ministerie van Justitie, *Toekomst TBS no 6. Toegang TBS. Verbeterproject TBS terecht*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001d.
- Ministerie van Justitie, *Toekomst TBS no 7. Veilig oversteken. Verbeterproject TBS terecht*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001e.
- P. Moedikdo, 'De Utrechtse School van Pompe, Baan en Kempe', in: C. Kelk, M. Moerings, N. Jörg & P. Moedikdo (red.), *Recht, macht en manipulatie*, Utrecht: Het Spectrum 1976, p. 90-154.
- NRV, *Forensische psychiatrie en haar raakvlakken*, Den Haag: NRV 1991.
- A.W.M. Mooij, *Toerekeningsvatbaarheid. Over handelingsvrijheid*. Amsterdam: Boom 2004.
- C.L. Mulder, J. Broer, D. Uitenbroek, P. van Marie, A.M. van Hemert & A.I. Wierdsma, Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 2006, 150(6), p. 319-322.
- C.L. Mulder, *Psychiatrie voor mensen die er niet om vragen. Naar een wetenschappelijke onderbouwing van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg* (oratie Rotterdam), Alphen aan den Rijn: Demmenie Grafimedia 2007, p. 17-18.
- M.H. Nagtegaal, R.P. van der Horst & H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen*,

- Den Haag: WODC/Boom Juridische uitgevers 2011.
- C. H. van Nieuwenhuizen e.a., *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*, Den Haag: WODC 2011.
- Nota Beleidsvraagstukken gevangeniswezen (1976), *Kamerstukken II 1976/77*, 14 102, nr. 1-2.
- Nota Taak en Toekomst Nederlandse gevangeniswezen (1982), *Kamerstukken II 1981/82*, 17 539, nr. 1-2.
- Onderzoeksraad voor veiligheid, 'Forensische zorg en veiligheid' *Lessen uit de casus Michael P.*, Den Haag: Onderzoeksraad voor veiligheid 2019.
- W.P.J. Pompe & G.Th. Kempe, 'Ontstaan, ontwikkeling en toepassing der psychopathenwetten', in: W.P.J. Pompe & G.Th. Kempe (red.), *Klinisch-psychiatrisch onderzoek van delinquenten. Problemen rondom hun observatie in de psychiatrische observatiekliniek van het gevangeniswezen te Utrecht*, Assen: Van Gorcum 1962, p. 9-50.
- I. Propper, J. Plaisier, M. Mol & M. Rouw, *De Maatregel 'Inrichting stelselmatige daders' voor Jongvolwassen Veelplegers: de Uitvoeringspraktijk en Lessen voor de Toekomst*, Vlucht/Amsterdam: 2014.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Medialogica*, Bijlage bij Commissie Visser 2006.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Stoornis en Delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*, Den Haag: RVZ 2012.
- B.C.M. Raes, *Boter aan de galg* (oratie Amsterdam VU), Nijmegen: Drukkerij Iken 1996.
- B.C.M. Raes, 25 jaar forensische psychiatrie in Nederland, een beknopt overzicht, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2008, Jubileumnummer 1959-2008, p. 71-75.
- Rijksbegroting, *VI Justitie en Veiligheid agentschap Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)*, Den Haag: 1987; 2020.
- Rijksoverheid, 'Zorg voor een veilige omgeving' *Brede maatschappelijke heroverweging*, Den Haag: Rijksoverheid 2020.
- RSJ, *Zorg voor forensische zorg*, Advies van 30 januari 2009.
- RSJ, 'Langdurig in de tbs' *Stagnatie in de door- en uitstroom van ter beschikking gestelden*, Den Haag: 30 april 2020.
- H.C. Rümke, 'De ontwikkeling der psychiatrie in het tijdvak 1907-1957', in: Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, *Gedenboek 1907-1957*, Amsterdam: F. Van Rossen 1957, p. 23-64, p. 40.
- Significant, *Vraagontwikkeling OFZ: Onderzoek naar de oorzaken van de stijging naar de vraag van Overige Forensische Zorg*, 2014.
- 'Spoeddebat', *NRC Handelsblad* 14 maart 2007, p. 7.
- P.L.M. Steinmann, *Stelselwijziging forensische zorg: Verklarend onderzoek naar een centralisatie van sturing in de zorg* (dissertatie Twente), Universiteit Twente: 2019.
- 'Stijgende trend overlast personen met verward gedrag', *Politie* 21 februari 2017.
- Taalstrategie, *Nuttig en noodzakelijk of een regelrecht risico?, Kwalitatief framingonderzoek naar de perceptie van forensische zorg binnen de actuele medialogica*, Amsterdam: Taalstrategie 2020.
- Taskforce behandelduur tbs, *Rapportage taskforce behandelduur tbs; bevindingen en aanbevelingen*, Den Haag: 2014.
- TBS Nederland, *Manifest recht en TBS*, 8 november 2013.
- P.C. Vegter, 'Een dam tegen de vloed aan TBS-regelgeving', *Sancties* 2011, p. 65-69.
- Vereniging GGZ Nederland en Raad van Korpschefs, *Convenant Politie - GGZ 2012*, 's Gravenhage: Politie en GGZ Nederland 2012.
- C.L. van der Vis, S. Struijk & M.J.F. van der Wolf, 'Recidivecijfers na forensische zorg: een juridische 'proof of the pudding'', *Ars Aequi* 2020, p. 321-330.
- A. Visscher e.a., 'Behandel 'boeven' buiten de reguliere psychiatrie', *de Volkskrant* 12 juli 2020.
- G. Weijters, S. Verweij, N. Tollenaar & J.Hill, 'Recidive onder justitiabelen in Nederland'

- verslag over de periode 2006-2018*, Den Haag: WODV Cahier 2019-10.
- Werkgroep IBO-I, *Doelmatig behandelen*, Den Haag: Ministerie van Justitie 1995.
- Werkgroep IBO-II, *Over stromen: In-, door- en uitstroom bij de tbs*, Den Haag: Ministerie van Justitie 1998.
- Werkgroep SGA-patiënten, *Een systeem voor de behandeling van S.G.A.-patiënten*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij 1980, p. 23
- Werkgroep vervolgvorzieningen, *Wordt vervolgd...*, Den Haag 1993.
- P. Wilms, R. Frierson & J. Weda, *Literatuuronderzoek Privatisering Gevangeniswezen*, Den Haag: ?.
- M.J.F. van der Wolf, *TBS - veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamente van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (dissertatie Rotterdam), Nijmegen: Wolf legal publishers 2012.
- M.J.F. van der Wolf & L. Noyon, 'Zeven jaar na de Commissie Visser: een nieuw evenwicht?', *Justitiële Verkenningen* 2013-4, p. 9-24.
- M.J.F. van der Wolf, P.A.M. Mevis, S. Struijk, L. van Leeuwen, M. Kleijn, H.J.C. van Marle m.m.v. E. van Leeuwen & D. Bektesevic, *Op zoek naar nieuw evenwicht. Derde evaluatie van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden*, Den Haag: Boom Juridisch, WODC 2016.
- WODC Factsheet 2011-6, Recidive TBS 1974-2008. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden.
- 'Zorgelijke trend overlast verward gedrag', *Politie* 27 februari 2018.

Afkortingen

(F)ACT	Function Assertive Community Treatmen	EHRM	Europese Hof voor de Rechten van de Mens	KFZ	Kwaliteit Forensische Zorg
AFP	Ambulante Forensische Psychiatrie	FOBA	Forensische Observatie en BegeleidingsAfdeling	LFPZ	Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling	LVB	Licht verstandelijke beperking
AVT	Adviescollege Verloftoetsing TBS	FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum	MI	Meijers-Instituut
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek	MVV	Machtiging Voortgezet Verblijf
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet)	FVA	Forensisch Verslavingsafdeling	NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
BMH	Brede Maatschappelijke Heroverweging	FVK	Forensisch Verslavingskliniek	NRGD	Nederlands Register voor Gerechtelijk Deskundigen
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet)	FZ	Forensische zorg	NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
BVT	Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden	GGZ	Geestelijke gezondheidszorg	NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg	GVM	Gedragsbeïnvloedende en Vrijheidsbeperkende maatregel	OFZ	Overige Forensische Zorg
DBBC	Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie	GW	Gevangeniswezen	OM	Openbaar Ministerie
DBC's	Diagnose Behandelingscombinaties	HvB	Huis van Bewaring	PAAZ	Psychiatrische Afdeling van Algemeen Ziekenhuis
DForZo	Directie Forensische Zorg	IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek	PBC	Pieter Baan centrum
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen	IBS	Inbewaringstelling	PFZ	Programma Forensische Zorg
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders	ICT	Informatie en communicatie technologie	PG	Psychogeriatric
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie	IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg	PI	Penitentiaire Inrichting
		ISD	Plaatsing Inrichting Stelselmatige daders (maatregel)	PP	Penitentiair Programma
		ITZ	Interne TBS Zaken	PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
		JenV	Justitie en Veiligheid	PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek

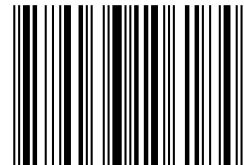
REPRIS	Recidive Prevalentie Informatiesysteem	WFZ	Wet Forensische Zorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen	WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
RM	Rechterlijke Machtiging	WVGGZ	Wetsvoorstel Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming	WZD	Wet Zorg en Dwang
SGA	Sterk Gedragsgestoorde en/of Agressieve Psychiatrische Patiënten		
SGLVG	Sterk Gedragsgestoord en Lichte Verstandelijk Gehandicapt		
SI	Selectie-Instituut		
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden		
Sr	Wetboek van Strafrecht		
TBR	Terbeschikkingstelling van de regering (vanaf 1988 TBS)		
TBS	Terbeschikkingstelling		
USB	Uitvoeringsketen Strafrechtelijke Beslissingen (wet)		
VG	Verstandelijk gehandicaptenzorg		
VH	Voorlopige Hechtenis		
VI	Voorwaardelijke Invrijheidstelling		
VM	Voorlopige Machtiging		
VW	Voorwaardelijke Machtiging		
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport		

In dit rapport worden de stelselwijzigingen in de forensische zorg – wijzigingen in regelgeving en (financieel) beleid – vanaf 1988 tot nu op hoofdlijnen beschreven en in een historische en maatschappelijke context geplaatst. Het hart van het rapport wordt gevormd door de infographics waarin de ontwikkelingen op de tijdlijn overzichtelijk worden gepresenteerd. Kennis van de historie is op verschillende manieren van belang voor een visie op de toekomst van de forensische zorg, want wie zijn geschiedenis niet kent...

Dit rapport is aangevraagd door het tijdelijke Programma Forensische Zorg (PFZ), dat is opgezet door het ministerie van Justitie en Veiligheid om het stelsel van forensische zorg duurzaam te verbeteren en zo de draagkracht van de sector en het draagvlak voor de forensische zorg te versterken. Onderdelen van het programma zijn het herijken van de visie op forensische zorg, de doorontwikkeling van kwaliteitskaders, versterken van de ketenregie en het aanpakken van zichtbare knelpunten binnen het stelsel van tbs en overige forensische zorg.

Michiel van der Wolf, Joni Reef en Annemarij Wams zijn werkzaam bij het Instituut voor Strafrecht en Criminologie bij de Universiteit Leiden, respectievelijk als buitengewoon hoogleraar forensische psychiatrie, universitair docent criminologie en docent criminologie. Michiel van der Wolf is ook universitair hoofddocent strafrecht aan de Rijksuniversiteit Groningen. Joni Reef is ook grafisch ontwerper en heeft de infographics in dit rapport gemaakt.

ISBN 978-90-361-0618-4



9 789036 106184 >

