

## Tilburg University

### De terbeschikkingstelling

Oei, T.I.

*Published in:*

Justitiële verkenningen: Documentatieblad van het Ministerie van Justitie

*Publication date:*

2005

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

*Citation for published version (APA):*

Oei, T. I. (2005). De terbeschikkingstelling: Van een bijzondere tot een gewone maatregel? *Justitiële verkenningen: Documentatieblad van het Ministerie van Justitie*, 31(1), 23-36.

#### General rights

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

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

#### Take down policy

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

## De terbeschikkingstelling

Van een bijzondere tot een gewone maatregel?

*T.I. Oei\**

Al ruim driekwart eeuw werkt de terbeschikkingstelling als een bijzondere strafrechtelijke maatregel: een beveiligingsmaatregel teneinde delictgevaarlijke personen een tijd uit de samenleving te kunnen weren. Allereerst dus een maatregel ter beveiliging van de maatschappij. Daarnaast kan (en moet) de door de rechter opgelegde dwangverpleging leiden tot vermindering van het recidivegevaar. Terugkeer in de samenleving kan slechts plaatsvinden op grond van een goed afgewogen resocialisatie- en reïntegratieproces. Hiermee is het zogeheten tweesporenbeleid geschetst: beveiliging en verpleging en – in de loop der tijd in zekere zin geworden – behandeling ter vermindering van recidivegevaar, met inachtneming van de rechtspositie van de tbs-gestelde.<sup>1</sup>

Dit stelsel heeft sinds haar invoering in 1928 niet alleen een naamsverandering ondergaan – tbr (terbeschikkingstelling van de regering) naar tbs (terbeschikkingstelling) in 1988 – maar is feitelijk ook, of men het nu wel of niet toejuicht, verder geëvolueerd van puur beveiligingsmiddel naar vooral een strafrechtelijke behandelingsmogelijkheid. Verpleging van overheidswege is langzamerhand een eufemistische uitdrukking geworden voor een vrij chique, wat kostbare vorm van specialistische behandeling. Immers, het aantal professionals in een tbs-kliniek overschrijdt nog steeds, zowel qua financiën als specialistisch gehalte, dat van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Wat laat de praktijk ons zien? Sinds midden jaren negentig van de vorige eeuw is het aantal opgelegde tbs-maatregelen almaar gestegen. Rechters en gedragsdeskundigen hebben het er nogal moeilijk mee<sup>2</sup> om géén tbs op te leggen, in het bijzonder bij verdachten die een ern-

\* De auteur is als hoogleraar Forensische Psychiatrie verbonden aan de Universiteit van Tilburg, Departement Strafrechtswetenschappen.

1 Interne rechtspositie middels de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (BvT) en het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (RvT), externe rechtspositie in artt. 37-381 Sr en 509f-509x Sv.

2 Want het alternatief voor de rechter is vaak alleen maar zwaarder straffen, waarover later meer.

stige stoornis hebben en die door verminderde of volledige ontoerekeningsvatbaarheid voor het gepleegde ernstige delict recidivegevaarlijk zijn. Dat wil zeggen dat de justitiabelen niet in staat zijn op eigen kracht het aan de orde zijnde recidivegevaar op termijn<sup>3</sup> binnen de perken te houden. Met andere woorden: de rechter vreest dat deze justitiabelen tijdelijk dan wel gedurende langere tijd niet in staat zijn recidive van delicten die zij hebben gepleegd te voorkomen. Mij gaat het in deze bijdrage vooral om de vraag of de tbs niet veel subtieler dan wel selectiever zou kunnen worden gehanteerd als middel om verdachten van ernstige delicten in plaats van alleen gevangenisstraf een humane<sup>4</sup> maatregel op te leggen zoals de wetgever dat heeft bedoeld. Daarnaast probeer ik oplossingen aan te dragen die voor alle partijen toepasbaar of uitvoerbaar zouden kunnen zijn. Uiteraard verkondig ik mijn meningen, die op eigen klinische ervaring zijn gestoeld, op persoonlijke titel.

#### Ontwikkelingen in het afgelopen decennium

Eerst wil ik de vraag opwerpen of de tbs als beveiligingsmaatregel in de laatste jaren niet de overhand heeft gekregen boven de tbs als behandelings- en resocialisatiemaatregel. Daarmee bedoel ik dat men zich onvoldoende realiseert dat het langdurig opsluiten van veroordeelden in een tbs-kliniek met zich meebrengt dat deze mensen ook worden onderworpen aan een intensieve, dure behandeling, terwijl zij daar lang niet allemaal 'geschikt' voor zijn.

Er zijn tal van ontwikkelingen die het bestaan van een dergelijke situatie aantonen. In de tweede helft van de jaren negentig was het probleem van het toenemende aantal opgelegde tbs-maatregelen en het gebrek aan plaatsen in tbs-klinieken, het zogeheten capaciteitsprobleem, een hot issue (Oei, 2000a). Klinieken hadden een lange wachtlijst en het aantal tbs-passanten nam onrustbarend toe (tot tegen de tweehonderd!). Hierover werden talrijke kort gedingen gevoerd. De (voormalige zogeheten) Centrale Raad voor de Strafrechtstoepassing trok toen aan de alarmbel. Dat leidde tot een regeling volgens welke tbs-passanten die te lang moesten wachten op een klinische behande-

3 Twee jaar – eerste verlengingszitting na twee jaar, met herhaalde rechterlijke toetsing na een of twee jaar –, respectievelijk tot zes jaar – na zes jaar wettelijk vereiste multidisciplinaire rapportage.

4 Door leer- en vormingsprocessen en therapeutische methoden veranderen van gedrag.

ling, recht kregen op een schadevergoeding.

Intussen troffen opeenvolgende bezuinigingsrondes de reclasseringsorganisaties. Hun van oudsher sociaal-psychiatrische werkopvatting werd verlaten. De reclasseringsmedewerkers dienden hun werk ten opzichte van de buitenwereld (lees het Ministerie) beter te verantwoorden: hun gebruikte werktijd diende te worden hard gemaakt.<sup>5</sup> Als gevolg hiervan, of om redenen van meer doelmatigheid en doeltreffendheid, werden meer bezigheden ingevoerd. Bezigheden waarvan het resultaat op korte termijn gemakkelijker was te objectiveren – *Goldstein*-trainingen, groepsinterventies, gedragstrainingen, kampelementachtige activiteiten, alternatieve taakstraffen – maar waarvan tegelijkertijd het effect op de langere duur voor een zeker reïntegratieproces niet kon worden vastgesteld.

Met de oprichting van een aantal nieuwe tbs-instellingen (Flevo Future, TBS-Kliniek De Kijvelanden en FPI De Rooyse Wissel), het uitbreiden van tbs-plaatsen in de bestaande klinieken (de Dr. S. van Mesdagkliniek, bijvoorbeeld, verdubbelde het aantal bedden van 90 naar 180) en het inrichten van longstay-plaatsen in het Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht en de Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek (Kempenhuis) werd op landelijk niveau in de belangrijkste behoeften aan capaciteitsuitbreiding voorzien. Een en ander zou echter niet voldoende blijken te zijn.

### Roep om beveiliging

Al deze maatregelen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat zij tegemoetkomen aan de roep om beveiliging van de maatschappij. Dit komt ook tot uitdrukking in de roep om langduriger straffen, het niet aangaan of feitelijk bemoeilijken van de verlofmogelijkheden in het algemeen,<sup>6</sup> het invoeren van bijvoorbeeld elektronisch toezicht, de discussie over het al of niet door chemische middelen ontkrachten van seksuele potenties enzovoort. Hierbij gaat het echter niet om resocialisatie of reïntegratie, wat voor betrokkenen zelf, maar ook voor velen uit dezelfde samenleving (politici, wetenschappers, klinici,

5 Zie recentelijk historisch overzicht bij J.A. van Vliet, 'Tussen welzijn, wet en wetenschap: over sturing in de reclassering', *Proces*, december 2004.

6 Brief Minister van Justitie over Verlofregeling, juli 2004 en de nota Vernieuwd Verlof-beleidskader TBS van de Werkgroep verlof en veiligheidsbeleid TBS, mei 2004. Er kwam wel meer structuur in het verlofbeleidskader: begeleid, onbegeleid en transmuraal verlof.

juristen) onbevredigend is. Op zichzelf is het recidivegevaar – operationeel gezien – alleen toetsbaar (hoe groot is de kans op recidive) door de *praktische* mogelijkheid dat een tbs-gestelde wordt geresocialiseerd. Immers, een ingesloten tbs-gestelde zal in feite geen recidive meer kunnen plegen. Hoe simpel deze gedachte ook is, de juridische, politieke (financiële) en gedragsinhoudelijke evenals de wetenschappelijke implicaties ervan zijn naar ik vrees verre van afdoende doorzocht. Met name is onderzoek nodig om te bezien of bijvoorbeeld alleen vastzitten zonder uitzicht op behandeling niet toch op den duur veel kostbaarder is voor de maatschappij dan opsluiting met behandelmogelijkheden. Daarbij lijken inderdaad de plannen van Justitie (*De Nieuwe Inrichting*) om longstay tbs-gestelden in huizen van bewaring onder te brengen, met behandel- en vormingsmogelijkheden, aantrekkelijker dan de huidige dure longstay-mogelijkheden zonder duidelijk behandeldoel en zonder een op maat verstrekte beveiliging.

Maar hoe verhoudt een zodanig chronische en langdurige aanpak zich tot het uiteindelijke resocialisatiedoel van de tbs? Verder onderzoek daarnaar is nodig. Bestaand onderzoek onder beperkte aantallen toont overigens voorzichtig aan dat het erg moeilijk is om zowel vast te zitten in de tbs-kliniek of zich justitieel beschikbaar te moeten stellen (behandeling in het kader van voorwaardelijke straf of maatregel) als om gemotiveerd te zijn voor (een al of niet opgelegde) behandeling, of zelfs maar te hopen op een verandering. Zowel bij incestplegers (doorgaans niet psychopathisch gestoord) die ambulantly in het kader van een voorwaardelijke straf of maatregel werden behandeld, als bij psychopaten die tbs kregen opgelegd, bestaat een recidive van minimaal 30%. Voor seksuele verkrachters met een bijzondere voorkeur (zie Hildebrand, 2004; Kouratovsky, 2004) geldt dit zelfs tot voor tot 80% van deze categorie.

### Longstay

Sinds enkele jaren bestaat een regeling waardoor tbs-gestelden na uiterlijk zes jaar dienen te worden beoordeeld op de vraag of het gevaar voor recidive wel of niet is verminderd.<sup>7</sup> Blijft er op dat moment sprake van onverminderd recidivegevaar voor het delict dat

<sup>7</sup> Wettelijk dient deze vraag al na twee jaar door de rechter te worden getoetst.

indertijd is gepleegd, dan volgt plaatsing in een zogeheten longstay-afdeling. In de praktijk is het aantal longstay-plaatsen onderworpen aan het schaarsteprincipe. Anders gezegd: er dreigt voorlopig een constant gebrek aan longstay-plaatsen. Thans beschikken FPC Veldzicht en de Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek tezamen over zestig plaatsen, terwijl ik schat dat minimaal het dubbele aantal noodzakelijk is. Het WODC komt op een geschatte behoefte van zeker 425 longstay-plaatsen in 2008 (*Algemeen Dagblad*, 7 oktober 2004). Mijn schatting is gebaseerd op kennis die ik heb vanuit het tbs-netwerk, en ook vanwege het aantal van grofweg een derde deel van de ruim 1.600 tbs-gestelden (begin 2004) dat als longstay-patiënt (formeel en justitieel alsook financieel langer dan zes jaar in de tbs) kan worden aangemerkt. Dat betekent dat van de ruim vijfhonderd (potentiële) longstay-patiënten er ongeveer 440 zouden moeten zijn overgedragen naar andere gezondheidszorgcircuits, – hetgeen ik onmogelijk acht. In de praktijk blijkt dat een tbs-kliniek (er zijn er twaalf)<sup>8</sup> al tevreden kan zijn als er vijf à tien tbs-gestelden per halfjaar kunnen worden overgedragen aan een of meerdere centra voor geestelijke gezondheidszorg. Vandaar de zeer voorzichtige schatting van minimaal 120 benodigde plaatsen.<sup>9</sup> Dit aantal is gebaseerd op het tijdstip van publicatie van deze bijdrage, en betreft vooral een voorzichtige schatting omdat niet alle tbs-gestelden die meer dan zes jaar in een tbs-kliniek zijn opgenomen, per definitie als longstay-patiënt (lees: onbehandelbaar) in klinische zin beschouwd kunnen worden.

Door het in werking stellen van de zesjaarsgrens voor tbs-gestelden als deadline voor overplaatsing naar een longstay-afdeling is er in feite een rekening opgesteld voor de tbs-klinieken die vrij zorgelijk is voor het aantal potentiële longstay-patiënten. Ik kom daar later op terug. Bijna alle klinieken konden het percentagegetal (aantal longstay-patiënten op het totale aantal tbs-gestelden) niet of amper onder de veertig stellen. Sommige klinieken benaderden of overschreden zelfs de 50%-grens. Inmiddels zijn er wel al wat, al of niet potentiële, longstay-patiënten over en weer uitgewisseld, respectievelijk aan GGz-klinieken overgedragen, maar het is zeer onwaarschijnlijk dat dit voldoende soelaas kan bieden.

8 Waaronder drie forensisch psychiatrische klinieken (en de categorale Hoeve Boschoord) die, gezien de geringere capaciteit respectievelijk specifieke populatie minderbegaafden, op verhoudingsgewijs andere cijfers komen.

9 Aangenomen dat de druk op de longstay populatie door het toenemende aantal nieuwe tbs-gestelden niet verder wordt opgevoerd. Dit getal heb ik ook getoetst aan bevindingen van klinici in het tbs-veld.

Daarnaast kunnen de tbs-klinieken het zich over het algemeen om redenen van juridische, klinische en financiële aard in de praktijk niet veroorloven om tbs-gestelden al na twee of drie jaar te ontslaan dan wel te doen resocialiseren, ook al zou bijvoorbeeld de patiënt genezen zijn verklaard.<sup>10</sup> Het gaat namelijk om de vraag of het *recidivegevaar* wel of niet beduidend is verminderd. Het antwoord op die vraag bepaalt of een tbs-gestelde kan worden geresocialiseerd. Juridisch is de kwestie duidelijk: zonder vermindering van het recidivegevaar zal de rechter niet tot voorwaardelijke beëindiging van de verpleging besluiten. (Tenzij het proportionaliteitsbeginsel aan de orde is, daar de duur van de tbs die van de wettelijk maximale strafduurbepaling ter zake van het delict niet aanzienlijk mag overschrijden.)

#### Klinische factoren

De klinische redenen van de toename van het aantal tbs-gestelden zijn complex. De meerderheid van de tbs-gestelden kampt met ernstige persoonlijkheidsproblemen, vooral narcistische, psychopathische of borderline kenmerken, al of niet gecombineerd met verslavingsproblematiek en/of psychotische stoornissen of zwakbegaafdheid. Velen onder hen hebben al een indrukwekkende reeks GGz-opnames achter de rug, hebben al of niet de zogeheten staat van veelpleger verworven, en vormen om zo te zeggen het moeilijkste gedeelte van de patiëntenpopulatie voor psychiaters en psychologen.

Een voorbeeld uit eigen ervaring leert dat wanneer iemand van zijn psychose is genezen, dat allerminst wil zeggen dat hij ook verminderd recidivegevaarlijk is geworden. Deze persoon zou bijvoorbeeld een bloeiende persoonlijkheidsstoornis kunnen blijken te hebben, die ten tijde van de oplegging van de tbs gedragskundig (nog) niet kon worden vastgesteld, aangezien betrokkene toen nog psychotisch was.

<sup>10</sup> Betrekkelijke uitzondering vormt Ferdi E. die al na twee jaar tbs 'genezen' werd verklaard, maar zijn straf nog verder moest uitzitten. Pikant is zijn verhaal aan de media dat hij in het PBC zich zieker heeft voorgedaan dan hij zich inwendig voelde. Vergelijk *Algemeen Dagblad* en *Het Parool* 7-11-1998. Het genezen verklaard worden is een medische beoordeling en geen juridische voor 'recidive verminderd'. Genezen verklaard worden is te vergelijken met de situatie waarbij de operatie (bijvoorbeeld harttransplantatie) is gelukt maar er verder moet worden gerevalideerd, waardoor het gevaar van terugval in de gezondheid (in analoge zin: recidivegevaar) blijft bestaan.

De aanleiding voor de tbs-oplegging lag niet zozeer in de helderheid van de diagnostiek, laat staan in de heldere doorwerking van de stoornis in het delict, ook niet in de ernst van de feitelijke toedracht (Oei, 2004), doch in de verwachting dat zonder langdurige tbs-opsluiting verdachte een aanmerkelijk gevaar voor de samenleving bleef vormen door de ernstige stoornis ter zake. Naderhand moet echter geconstateerd worden dat betrokkene recidivegevaarlijk is en blijft; niet zozeer vanwege de psychose in engere zin alswel vanwege de door andere gedragsmatige, al of niet aangeboren, factoren instandgehouden persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld gecompliceerd door zwakbegaafdheid en/of verslavingsproblematiek). Er is aldus sprake van een getrapte, gestapelde vorm van persoonlijkheidspathologie die niet of niet geheel door scoringslijsten kan worden ontdekt dan wel vastgesteld.

Vergelijkenderwijs zien we – en ik baseer dit eveneens op eigen ervaring – het verschijnsel dat een antidepressivum van de tweede generatie, bijvoorbeeld fluoxetine of paroxetine, de depressieve mens kan helpen bij de oplossing van zijn ernstigste ruminaties (psychisch malen). Dit veroorzaakt een zekere opluchting bij de betrokkene, terwijl aan de andere kant het ontstaan dan wel het verergeren van libidoverlies als ongewenste bijwerking van dat middel juist ziektegedrag, relatieproblemen en huwelijkse spanningen in de hand kan werken. Men ziet hier dat uiteindelijk het antidepressivum zowel geneest als iatrogeen ziek maakt. Gelukkig zijn er ook antidepressiva die dit soort negatieve bijwerkingen niet of in verminderde mate hebben. Libidoverlies of impotentie kan overigens zowel onderdeel van de depressie zelf zijn als daar geheel los van staan.

### Financiële factoren

De financiële redenen van het chronische tekort aan tbs-plaatsen betreffen de onkosten voor de staat ofwel de inkomsten van de tbs-kliniek die verbonden zijn aan de status van tbs-gestelde *sec* en die van de tbs-gestelde binnen de longstay-afdeling. De tbs-gestelde *sec* (op wie intensieve behandelingsinspanning wordt gericht) levert de kliniek financieel globaal anderhalf tot twee keer zoveel op als een longstay-patiënt. Anders gezegd: de tbs-gestelde *sec* kost de staat anderhalf tot twee keer zoveel als de longstay-patiënt. Het ligt daarom in de lijn van de verwachtingen dat een tbs-kliniek een tbs-gestelde



*sec* zolang mogelijk wil blijven behandelen, maar een longstay-patiënt het liefst kwijt is. Dit veroorzaakt wellicht een gevoel van onbehagen bij de lezer, maar mechanismen van deze aard doen zich voor.

Dat betekent dat tbs-gestelden *sec* op grond van klinische en financiële overwegingen over het algemeen minstens zes jaar in dezelfde kliniek zullen verblijven, aangenomen dat tussentijdse overplaatsing naar een andere kliniek niet noodzakelijk was. Genoemde processen vinden plaats doordat klinieken door de overheid noodgedwongen deze doorgaans zeer problematische groep af moeten staan, dan wel op een longstay-afdeling moeten plaatsen.

De financieel politieke overwegingen doorkruisen, vrees ik, hoe dan ook vaak de beleidslijnen bij de behandeling. Er zullen al of niet quasi-professioneel prioriteiten worden gehanteerd door leidinggevende beleidsorganen binnen de tbs-klinieken die de behandelprioriteiten wellicht versterken, maar ook kunnen doorkruisen. Wanneer dit laatste het geval is, kan dit uitlopen op contraproductief werken en/of weerstanden bij belangengroepen in en buiten de kliniek.

Behandelaars zijn bijvoorbeeld op tijdstip 0 bezig met een intensieve behandeling binnen de kliniek (in de vorm van klinische psychotherapie, farmacotherapie, sociotherapie of psycho-educatie), terwijl de overheid middels financiële prikkels de ambulante opvang stimuleert. Daardoor zal er vaker ambulante worden behandeld, zodat er meer doorstroming is van tbs-gestelden in het algemeen, zonder dat duidelijk wordt of de tbs-gestelde al aan zo'n verandering op tijdstip 1 toe is. Hier wordt het behandelprimaat in principe geleid door of staat onder druk van het pragmatische, economische of politieke stramien. Ook wanneer de rechter de aanvang van de reïntegratiefase ogenblikkelijk of op korte termijn geboden acht, kan het enerzijds een stimulans zijn voor de kliniek om de behandeling in die richting om te buigen, maar kan het anderzijds ook een aanslag betekenen op de flexibiliteit van de behandeling zelf, die een zodanige breuk op een dergelijk moment nog niet toelaat.

### **Rechtspraak en richtlijnen**

Jurisprudentie en O.M.-richtlijnen hebben grote invloed op de oplegging van tbs. De argumentatie ten aanzien van en de motivering voor vordering tot of oplegging van tbs dan wel levenslange gevangenisstraf leidt ertoe<sup>11</sup> dat soms een tbs-veroordeling wordt uitgesproken

om de verdachte levenslang vast te kunnen houden of om de terugkeer van de verdachte in de samenleving te bemoeilijken, dan wel praktisch onmogelijk te maken. Zo werd in Roermond een ex-mariener veroordeeld tot twintig jaar en tbs met dwangverpleging. Het O.M. had in deze zaak levenslang geëist aangezien zij de verdachte onbehandelbaar achtte en terugkeer in de maatschappij uitsloot. Op andere momenten wordt gekozen voor levenslang, al of niet gecombineerd met tbs met bevel tot verpleging van overheidswege, om te bewerkstelligen dat een verdachte niet meer terugkeert in de samenleving, zoals bijvoorbeeld het geval was in de zaak Lucy de B. (zie Oei, 2004). Steeds minder lijkt de levenslange gevangenisstraf optioneel waar de rechter wel aan een langdurige straf denkt, maar niet tot levenslang wil gaan. In die afweging kiest de rechter relatief vaak voor de tbs als *beveiligingsinstrument* voor de maatschappij<sup>12</sup> en veel minder als *behandelinstrument*<sup>13</sup> om recidivegevaar te doen verminderen. De rechter gaat eraan voorbij dat de behandeling van sommige verdachten vanwege het ontbreken van een ernstige stoornis die tot het delict heeft geleid of had kunnen leiden niet voor de hand ligt. Dat kan zijn omdat een feitelijke behandelingsvoorziening ontbreekt. Daarbij komt dat tbs-gestelden helemaal niet meer beantwoorden aan de min of meer 'ideale Yavis-patiënt' (young attractive verbal intelligent 'social'), de in de jaren vijftig geroemde of beruchte charmante fraudeur, oplichter of exhibitionist, die indertijd wel de tbs-klinieken bevolkte. Integendeel, het zijn thans de bad hysterici, de (alsof) borderliners en narcisten, de ernstig rancuneuze psychopaten (30%), de kernpedofielen en de maligne (vaak dodende) verkrachters (30%) alsmede de grote groep psychotici (30%), al of niet verslaafd aan harddrugs, die in de tbs-klinieken worden verpleegd. En voor deze groep moeilijke patiënten hebben behandelaars regelmatig geen afdoende, behandel-effectief antwoord klaar. Beide sancties (tbs en levenslange gevangenisstraf) zijn mogelijk om de beveiliging van de maatschappij voor die ene persoon te bereiken. Als gedragsdeskundige opteer ik uiteraard meer voor de maatregel als behandel-mogelijkheid dan als beveiligingsmiddel.

11 Vaker in de laatste jaren dan voorheen, is mijn indruk.

12 Zich houdende aan het doel van de wettelijke regeling.

13 Verpleging van overheidswege vormt, zij het in tweede instantie, onderdeel van de maatregel.

### Behandeling in detentie

Ondanks de capaciteitsuitbreiding van tbs-plaatsen en de inrichting van longstay-afdelingen, is er nog steeds een wachtlijst voor tbs-passanten (recentelijk ruim 170). De overheid wil wel tegemoetkomen aan de behoefte aan behandelmogelijkheden in detentie. Er zijn lopende projecten voor preklinische therapieën (onder meer in Vught), wetenschappelijk onderzoek voor het kunnen toepassen van psychotherapie binnen gevangenissen (promotieproject O.P. de Haas), het inrichten van regionale FSU's (forensische schakelunits binnen de huizen van bewaring) voor de opvang van patiënten met subacute en chronische psychiatrische problemen onder vaste psychiatrische begeleiding, en dergelijke meer. Al zijn niet alle projecten alleen maar bedoeld voor of gericht op tbs-gestelden en hun problemen, toch kunnen ook zij hiervan profiteren.

De uitbreiding van behandelmogelijkheden binnen detentie is dankzij de uitvoerige studie van Vegter enkele jaren geleden juridisch ontsloten. De gevangenis is niet alleen maar een ellendige plek waar het slecht toeven is (Vegter, 1999; Oei, 1997; Oei, 2000b; Oei, 2000c), voor velen (veelal multi-probleemgevallen die langdurig zwerfgedrag vertonen) is de gevangenis een plek waar ze op adem en tot rust kunnen komen, zo nodig medisch-psychiatrisch behandeld kunnen worden om vervolgens de harde buitenwereld weer tegemoet te kunnen treden. Het gaat hier in het bijzonder om verslaafden met psychische problemen die al of niet illegaal in ons land verblijven en vaak niet door algemene ziekenhuizen worden behandeld vanwege het ontbreken van een personeelsnummer of ziektekostenverzekering. Ik heb voor dit probleem enige jaren geleden aandacht gevraagd. Dat de overheid en de wetgever dit probleem ook hebben ingezien – maar dan vanuit de optiek van overlastbestrijding – blijkt uit de recente invoering van de ISD (plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders, als uitbreiding op of opvolger van de SOV) (zie Oei, 2003).<sup>14</sup> Daarbij is sprake van een tweejarige detentie voor veelplegers. Hierdoor is het mogelijk om veelplegers die hun omgeving tot overlast zijn en langdurig psychische problemen kunnen vertonen, voor een zekere periode in het justitiële en gezondheidsrechtelijke systeem te screenen en zonodig te behandelen.

<sup>14</sup> Ten tijde van het schrijven van deze bijdrage – oktober 2004 – was het nog niet duidelijk of de SOV in de rechtspraak verdwijnt, dan wel zal opgaan in de ISD, of dat deze sanctie blijft bestaan naast die van de ISD.

### Het begrip onbehandelbaarheid

Het vraagstuk van de onbehandelbaarheid van de verdachte voor de rapporteur pro Justitia en voor de rechtsgang is een actueel onderwerp. Nog recentelijk werd de verdachte in de Baarnse moordzaak wegens onbehandelbaarheid geen tbs opgelegd maar levenslange gevangenisstraf.

Het begrip 'onbehandelbaarheid' is psychiatrisch gezien een zeldzaam of zelfs nagenoeg ongebruikelijk thema. Psychiaters gaan er, gezien hun Hippocratische eed of belofte, altijd van uit dat personen met een psychische stoornis te behandelen of te helpen zijn. In de praktijk blijkt echter dat ondanks medicatie en/of psychotherapie een derde van de behandelpopulatie niet of amper reageert op de behandeling: in die gevallen is dan sprake van een vorm van therapieresistentie. Dat wil zeggen dat als een behandeling wordt ingesteld, die betreffende groep óf niet beantwoordt aan de behandelverwachtingen óf zelfs tegengesteld reageert, met andere woorden erop achteruit gaat. In dat geval spreken we van een aversieve (iatrogene) behandelreactie en dat is natuurlijk een reden om die mensen niet meer voor een zodanige behandeling voor te dragen.

Voor de rechtbank is het heel belangrijk te weten of iemand wel of niet te behandelen is, vooral wanneer er sprake is van een mogelijke tbs-oplegging. De rapporteurs in kwestie dienen dan ook specifieke adviezen te verstrekken. Zo kan bijvoorbeeld worden geadviseerd om een verdachte in het kader van een tbs te plaatsen in een kliniek voor licht tot matig gestoorde persoonlijkheden zoals Groot Batelaar, of juist in een instituut voor specifieke opvang voor licht verstandelijk gehandicapten zoals Hoeve Boschoord.<sup>15</sup> Zonder een dergelijk specifiek advies zou de klinische opvang van een dergelijke verdachte niet adequaat zijn en bovendien in de weg staan aan een betrouwbare prognose en schatting van het recidiverisico. Overigens is het van belang om de resultaten af te wachten van het onderzoek van tbs-zesjaarverlengingen met betrekking tot de door de rechter bij de indertijd opgelegde behandelaanpakken enerzijds en de *feitelijk* gerealiseerde behandelingen anderzijds.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Zie Rechtbank Maastricht, LJN: AR4570, 03/005338-04.

<sup>16</sup> H.J.C. van Marle bespreekt in dit nummer van JV het begrip onbehandelbaarheid als een in principe multifactorieel bepaald concept. Zie Van Marle, 'Het concept onbehandelbaarheid in de terbeschikkingstelling', *Justitiële verkenningen*, 2001, 27e jrg., juli/augustus, p. 77-95. Zie verder promotieproject M. Westerborg.

### Betekenis van de veranderingen voor de praktijk

Wat betekenen al deze veranderingen nu voor de dagelijkse praktijk van werkenden in de sector en de patiënten/cliënten? Met de beschreven aanpassingen van het bestaande justitiële sanctiestelsel hoopt de overheid/het justitiële beleid situationele en actuele barrières te kunnen slechten. In zekere zin lukt dat wel. De uitbreiding van het aantal tbs-plaatsen is daar een voorbeeld van, doch overtuigt de zorgverleners, alsook de tbs-gestelden (en alle psychisch gestoorde justitiabelen) allerminst. Tbs-gestelden en de meeste zorgverleners leven van dag tot dag; zij zijn als het ware ook in zekere zin drager en soms ook slachtoffer van de heersende waan van de dag.

Een voorbeeld: het opdoemen van het probleem van de bolletjesslikkers vormde voor Justitie aanleiding om cellen voor die doelgroep in te stellen en het aantal al of niet versneld heengezonden gedetineerden uit te breiden. Zorgverleners dienen dus soms ad hoc werk te verrichten in het kader van de zorg en/of behandeling van een doelgroep waar ze voorheen nog helemaal geen weet van hadden. Er heerst een voortdurende druk en spanning als gevolg van dreigende aanpassingen, veranderingen, ook op het terrein van (rechtspositionele) verworvenheden.

Voor de tbs-gestelde en de psychisch gestoorde justitiabele vormt deze druk een negatief appèl op het gevoel van vertrouwen in de autoriteit van de behandelstaf. Deze wordt immers beschouwd als vertegenwoordiger van de overheid. De gezondheid wordt hierdoor niet alleen gefrustreerd, maar vooral kan het ook de psychosociale vooruitgang afremmen of zelfs onmogelijk maken. Dit laatste vormt een tijdbom voor de tbs-gestelde, maar ook voor de psychisch gestoorde justitiabele, die beiden moeten resocialiseren middels verloven en penitentiaire programma's.

Een tbs-passant die vele maanden in detentie moet verblijven omdat er geen plaats is in de tbs-kliniek, vormt het meest in het oog lopende risico voor vertraagde resocialisatie op termijn. Het is dan ook een primaire noodzaak dat hij zo spoedig mogelijk wordt voorbereid op die behandeling in de kliniek door trainingen en cursussen die zijn behandelmotivatie vergroten. Vorming door middel van trainingen en cursussen is overigens altijd een belangrijk onderdeel van de motivatie tot verandering en verbetering van de eigen gedragingen. Dat een en ander een flexibelere inzet vereist van de beschikbare middelen en personen ter zake is onvermijdelijk. Ook hiervoor is verder onderzoek noodzakelijk.

### Tot slot

Het ging mij in deze bijdrage vooral om de vraag of de tbs niet veel subtieler en selectiever zou kunnen worden gehanteerd als middel om verdachten van ernstige delicten in plaats van alleen gevangenisstraf een humane maatregel op te leggen zoals de wetgever dat heeft bedoeld. Dat kan worden gerealiseerd door het aanbod en de mogelijkheden van de overheid/justitie beter af te stemmen op de behoeften van de justitiële zorgconsument.<sup>17</sup> Een meer vraaggerichte aanpak is gewenst.

Elk beschreven onderwerp zou ik tot een aparte bijdrage verder hebben kunnen uitdiepen, maar dat zou de opzet van dit artikel te buiten gaan. In de praktijk blijkt er altijd een stroming te zijn die vergelding laat prevaleren boven zorg voor de individuele justitiabele. Ook is het doel om via een zo goed mogelijk verloop van de verlofregeling terugkeer in de maatschappij te bewerkstelligen een blijvende uitdaging voor tbs-kliniek en tbs-gestelde, hoe onbewust ook door de laatste beleefd.

De overheid is voornemens om veel strikter te zijn met de controle over de genoemde verlofregeling. Anderzijds wil de overheid ook de financiële prikkel als beleidsinstrument hanteren voor de tenuitvoerlegging van de tbs, middels zesjaarsrapportage en longstay-plaatsing. Nieuwe alternatieven voor een klinische opvang moeten in de ambulante vormen van behandeling worden vergemakkelijkt met elektronische toezichtsinstrumenten. Of een verdere structurering middels wetgeving en verordeningen op overheids- en op beleidsniveau in de behoeften in het veld kan voorzien staat niet vast. Maar het zou nu meer gewoon moeten worden om op een andere manier, zoals boven omschreven, vorm te geven aan de tbs als humane maatregel.

### Literatuur

Berg, A. van den  
*Risicotaxatie en zelfreflectie van de manager in de forensische psychiatrie*

In: T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen,  
*Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Deventer, Kluwer, 2003, p. 459-473

<sup>17</sup> Tbs-gestelden en alle psychisch gestoorde justitiabelen die direct dan wel indirect in de ketenzorg met de tbs-maatregel van doen hebben.

**Hildebrand, M.**

*Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients*

Amsterdam, 2004 (diss.)

**Kouratovsky, V.G.**

*Voorwaardelijk behandeld; evaluatie van het project Incestdaderbehandeling Rotterdam*

Tilburg, 2004 (diss.)

**Oei, T.I.**

*De geregleerde toekomst van tbs; problemen en oplossingen*

Delikt en delinkwent, 2000a,

p. 336-354

**Oei, T.I.**

*De ontleding van de forensische psychiatrie door de generalist*

RM Themis, nr. 6, 2004

**Oei, T.I.**

*Ik WEET, ik weet wat JIJ niet weet*

Proces, nr. 9, 1997, p. 163-165

**Oei, T.I.**

*Een kijkje in de behandelkamer van de forensische psychiater in de P.I. De IJssel*

In: T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen

(red.), *Forensische psychiatrie*

anno 2000, Deventer, Gouda

Quint, 2000b, p. 213-222

**Oei, T.I.**

*In het slop geraakt; de sociale functie van de penitentiaire inrichting*

Medisch contact, 2000, 55<sup>e</sup> jrg.,

nr. 39, 2000c, p. 121-123

**Vegter, P.**

*Behandelen in de gevangenis*

Nijmegen, KU Nijmegen,

Deventer, Gouda Quint, 1999

(oratie)

**Oei, T.I.**

*De Sov-maatregel gedragsdeskundig de maat genomen*

In: T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen

(red.), *Actuele ontwikkelingen in*

*de forensische psychiatrie,*

Deventer, Kluwer, 2003,

p. 121-133