

Vergaderjaar 2003–2004

29 452

Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 maart 2004

1. Inleiding

De maatregel terbeschikkingstelling (tbs) is binnen het huidige bestel een onmisbaar strafrechtelijk instrument om de samenleving te beschermen tegen plegers van (seksueel) geweld bij wie sprake is van een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling van hun geestvermogens. Een effectieve en efficiënte tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel is derhalve van groot belang. Zowel in de samenleving als in de Kamer wordt met zorg gekeken naar de tbs. Met name recidive tijdens verlof, de recidivecijfers bij bepaalde groepen seksueel delinquenten en het verblijf van niet-uitbehandelde tbs-gestelden buiten de kliniek leidden in het afgelopen jaar tot schriftelijke vragen en besprekingen in de Kamer.

Tijdens de behandeling van de justitiebegroting 2003 heb ik toegezegd te bezien of onderzoek naar het tbs-stelsel aangewezen is om de door de Kamer gesignaleerde knelpunten in beeld te brengen. Deze toezegging heb ik tijdens het vragenuur op 4 november 2003 herhaald, mede gezien het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het functioneren van tbs-instellingen. Met deze brief kom ik aan deze toezegging tegemoet. Tevens beantwoord ik met mijn brief de vragen die het lid Joldersma op 16 december 2003 stelde over transmuralisatie.

In het recente verleden zijn twee diepgravende onderzoeken¹ verricht naar het functioneren van de tbs. Hierover verschenen Kabinetsstandpunten² op basis waarvan thans een groot aantal activiteiten wordt uitgevoerd om de effectiviteit en efficiëntie van de tbs-maatregel te vergroten.

In deze brief wordt een korte uiteenzetting gegeven van de tbs-maatregel als zodanig en van het huidige beleid. Het aantal maatregelen dat is getroffen teneinde de doelmatigheid van de tbs te vergroten is zo omvangrijk dat deze in de bijlage worden besproken. Deze maatregelen moeten op middellange termijn belangrijke verbeteringen opleveren, die tot uitdrukking komen in recidivecijfers, de gemiddelde intramurale

¹ Doelmatig behandelen», Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van de Forensisch Psychiatrische Hulpverlening, begrotingsvoorbereiding 1996, rapport nr. 4 en «Over stromen», in-, door- en uitstroom bij de tbs, 21 december 1998.

² TK 1996–1997, 24 561, nr. 1 en TK 1998–1999, 26 562, nr. 1.

behandelduur en wachttijden van tbs-passanten. Deze gegevens zijn eveneens in de bijlage opgenomen.

Voorts ga ik in op de onderwerpen die vorig jaar in de Kamer ter discussie hebben gestaan, zoals het verlof- en longstaybeleid.

Tenslotte sta ik stil bij de bredere context waarbinnen de tbs-maatregel ten uitvoer wordt gelegd: de totale groep van mensen met een stoornis die delictgevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag vertonen, inclusief diegenen die geen tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen. De vraag hoe de samenleving beschermd kan worden tegen mensen die zowel een stoornis hebben als delictgevaarlijk zijn, is een vraag die breder is dan de tbs alleen. Het is een vraag die de gehele forensische psychiatrie betreft. Ik beoog de zorg, behandeling en beveiliging voor deze brede doelgroep in samenhang en in goed overleg met mijn collega bewindspersonen van VWS gestalte te geven.

2. De tbs-maatregel

De rechter kan de tbs-maatregel opleggen aan daders van ernstige delicten bij wie tijdens het begaan van het delict sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Zij zijn daardoor niet of in mindere mate toerekeningsvatbaar verklaard. Tevens moet worden vastgesteld dat er recidivegevaar bestaat. Als het delict wel gedeeltelijk aan de dader kan worden toegerekend kan de rechter tevens een gevangenisstraf opleggen, die voorafgaand aan de tbs ten uitvoer wordt gelegd. Over de mate van toerekeningsvatbaarheid wordt de rechter geadviseerd door gedragsdeskundigen.

De tbs dient ter beveiliging van de samenleving. De veiligheid wordt nagestreefd door gedwongen opname in een tbs-inrichting, oftewel dwangverpleging en het bieden van behandeling (dus geen dwangbehandeling) gericht op vermindering van het delictgevaar. De tbs-gestelde kan zich niet aan de dwangverpleging onttrekken. Dwangbehandeling is echter niet mogelijk, behalve in uitzonderingsgevallen¹. De tbs-maatregel wordt pas beëindigd indien de rechter vindt dat het risico op herhaling van het delict tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht. Zolang dat niet het geval is, kan de tbs steeds met 1 of 2 jaar worden verlengd. Het voorkomen van recidive is dan ook de belangrijkste doelstelling van de tbs. Terugkeer in de samenleving dient voorzichtig te geschieden. Daarom verloopt de terugkeer geleidelijk en gecontroleerd, via opeenvolgende vormen van verlof met een geleidelijk groter wordende mate van vrijheid. Het verlof vormt daarmee een intrinsiek onderdeel van de tbs-behandeling. De rechter kan de tbs, al dan niet voorwaardelijk, beëindigen. Hij krijgt hierover advies van het hoofd van de tbs-instelling. Daar de rechter onafhankelijk beslist, komt het voor dat van het advies wordt afgeweken en er sprake is van contraire beëindiging. Na afloop van de tbs is voor veel personen een vervolg in de (reguliere) geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk. Immers, de tbs eindigt wanneer het delictgevaar voldoende is gereduceerd, maar begeleiding en ondersteuning van de psychiatrisch zieke persoon is vaak nog wel noodzakelijk. Waar mogelijk is de maatschappelijke integratie van de tbs-gestelde het uiteindelijke doel van de tbs.

¹ Behandeling impliceert een actieve medisch-psychiatrische gedragsbeïnvloeding die de betrokkene voelbaar raakt. Behandeling gaat verder dan verpleging waarbij er sprake is van beveiliging en verzorging alsmede het motiveren tot behandeling (vgl. art. 1, onderdeel t Bvt). Dwangverpleging is toelaatbaar, dwangbehandeling is in beginsel uitgesloten, omdat deze een inbreuk vormt op de onaantastbaarheid van het lichaam. Ingevolge artikel 26 Bvt kunnen bepaalde geneeskundige handelingen echter tegen de wil van de betrokkene plaatsvinden, bijvoorbeeld het toedienen van medicatie ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de betrokkene of van anderen.

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Dat gebeurt in daartoe aangewezen instellingen, die van elkaar verschillen voor wat betreft de aansturing en financiering. Er zijn momenteel 3 rijks tbs-klinieken, 5 justitiële particuliere tbs-klinieken en 4 niet-justitiële forensisch psychiatrische klinieken. De totale formele capaciteit van de inrichtingen in 2003 bedraagt 1303 plaatsen. De recente prog-

noses laten voor de komende jaren een stijgende behoefte aan capaciteit zien, oplopend tot zo'n 1604 plaatsen in 2007. Indien niet in de behoefte aan tbs-plaatsen kan worden voorzien, moet rekening worden gehouden met een aantal tbs-passanten in het gevangeniswezen van ruim 300. De tbs-populatie is sterk gegroeid: in 1995 waren er 855 personen met een lopende tbs-maatregel met bevel tot verpleging, per 1 januari 2004 waren dat er 1623. De laatstgenoemde aantallen omvatten alle personen aan wie een tbs-maatregel is opgelegd, dus inclusief de personen die niet binnen de kliniek verblijven, zoals tbs-passanten en personen met proefverlof.

3. Recente beleidsonderzoek

Tijdens vorige kabinetperiodes werden kritische kanttekeningen geplaatst bij de doelmatigheid binnen de tbs. In 1996 en 1998 werden daarom, kort na elkaar, twee interdepartementale beleidsonderzoeken (IBO's) uitgevoerd. De belangrijkste constatering was dat de gang van zaken die aan de tenuitvoerlegging van een opgelegde tbs vooraf ging onduidelijk was en de gemiddelde intramurale behandelduur te lang. De tbs-klinieken hadden een te geïsoleerde positie, de uitstroom naar de geestelijke gezondheidszorg was gestagneerd en er moest meer worden gepresteerd voor hetzelfde geld om het draagvlak voor de tbs te behouden. Over beide IBO's verscheen een Kabinetsstandpunt¹ dat uitmondde in een reeks activiteiten ter verbetering van de doelmatigheid (zie bijlage).

Tevens is in 2001 in het rapport van de Commissie Beleidsvisie Tbs² een toekomstvisie gepresenteerd die richting gaf aan de vele ontwikkelingen in de tbs. In het Kabinetsstandpunt³ dat over deze visie verscheen werd een niet-vrijblijvende samenwerking tussen tbs-klinieken en GGz-instellingen bepleit. Versterking van de samenwerking moest niet alleen leiden tot een betere door- en uitstroom, maar ook tot algehele kwaliteitsverbetering van de tbs-behandeling. Dit had tot doel de geïsoleerde positie van de tbs te doorbreken.

4. Activiteiten ter verbetering van de tenuitvoerlegging tbs

Sinds het verschijnen van de hiervoor genoemde Kabinetsstandpunten is er veel gebeurd. Alle activiteiten zijn ondernomen om twee hoofddoelen te realiseren: het terugdringen van de recidive en het verbeteren van de in-, door- en uitstroom van tbs-gestelden. Mede hierdoor dienen de kosten van een tbs-behandeling beheerst te worden. Beide doelen kunnen alleen worden gerealiseerd in nauwe samenwerking met partners die werkzaam zijn op het terrein van de forensische psychiatrie.

Een hechtere samenwerking tussen justitiële en GGz-instellingen moet leiden tot kwaliteitsverbetering in de behandeling en een optimale benutting van de schaarse capaciteit die voor forensische psychiatrie beschikbaar is. Kwaliteitsverbetering in de behandeling en efficiëntieverbetering in de tenuitvoerlegging moeten bijdragen aan het verkorten van de intramurale behandelduur. Dat is noodzakelijk om capaciteit vrij te maken voor de tbs-passanten die in penitentiaire inrichtingen wachten op plaatsing in een tbs-kliniek.

Een tbs-gestelde mag zich uiteraard pas buiten de tbs-kliniek begeven als het recidivegevaar voldoende is gereduceerd. Eventuele risico's moeten nog beter dan voorheen worden ingeschat en beheerst. Naast tbs-klinieken speelt de reclassering hierin een belangrijke rol. Voor tbs-gestelden die blijvend delictgevaarlijk zijn, zijn adequate longstay-voorzieningen aangewezen.

¹ TK 1996–1997, 24 561, nr. 1 en TK 1998–1999, 26 562, nr. 1.

² «Veilig en wel» een beleidsvisie op de tbs, mei 2001.

³ TK 2001–2002, 24 587, nr. 75.

Voor een beschrijving van activiteiten die reeds zijn gerealiseerd of momenteel worden uitgevoerd verwijs ik u naar de bijlage bij deze brief.

5. Verlofbeleid

De zorg die recent door de Kamer is geuit betreft niet zozeer de efficiëntie van de tenuitvoerlegging maar vooral de veiligheid van de maatschappij, met name tijdens het verlof van tbs-gestelden. Tbs-gestelden keren geleidelijk en gecontroleerd terug in de samenleving teneinde de veiligheid van de samenleving niet in het geding te brengen. Dat gebeurt via opeenvolgende vormen van verlof met toenemende vrijheidsgraden.

Tbs-behandeling krijgt vorm in verschillende fasen waarvan de eerste intensief is en in een gesloten setting plaatsvindt. Als er geen direct delictgevaar meer aanwezig wordt geacht en de tbs-gestelde toe is aan de volgende stap in zijn behandeling, dient het hoofd van de inrichting voor verpleging van tbs-gestelden bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van mijn ministerie een verlofaanvraag in¹. De verlofaanvraag wordt getoetst waarna al dan niet een machtiging tot verlof wordt verleend. Deze procedure geldt voor alle vormen van verlof en is vastgelegd in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt).

Het verlof heeft een klinische functie en is onmisbaar in de totale tbs-behandeling. De tbs-gestelde is tijdens verlof zeker niet vrij van behandeling, integendeel, het verblijf buiten de kliniek is noodzakelijk om te toetsen hoe betrokkene reageert op de behandeling en om, al naar gelang het verloop, vervolgbehandeling gericht vorm te geven. Tevens dient het verblijf buiten de kliniek om gecontroleerd de vaardigheden te oefenen die in de behandeling zijn verworven.

Per jaar vinden ongeveer 50 000 verlofbewegingen plaats, waarvan 20 000 begeleid en 30 000 onbegeleid. Bij 0,2% hiervan (ongeveer 90 maal per jaar) vindt er een onttrekking plaats. Ongeveer driekwart van die onttrekkingen vindt plaats uit een situatie van onbegeleid verlof, de overige onttrekkingen uit begeleid verlof. Meestal betreft het een afwezigheid die zich beperkt van enkele uren tot enkele dagen en keert betrokkene daarna terug naar de tbs-kliniek zonder dat betrokkene zich aan strafbare feiten heeft schuldig gemaakt. Niettemin wordt ook in die gevallen steeds kritisch bezien of en zo ja wanneer opnieuw verlof kan worden verleend.

Met een aantal hierna beschreven maatregelen, zoals risicotaxatie, wordt gewerkt aan het nog verder verkleinen van de kans op incidenten en delicten. Absolute zekerheid hieromtrent kan echter niet worden verkregen zonder de doelstelling van het zo mogelijk terugkeren in de maatschappij te verlaten. Alleen als tbs-gestelden nooit meer verlof krijgen is elk risico afwezig, maar dan ik ook terugkeer naar de maatschappij onmogelijk.

Kort verlof vanuit de tbs-kliniek

Het verloftraject begint met begeleid verlof. Daarna volgen, als alles goed verlopen is, korte verloven vanuit de tbs-kliniek met een steeds grotere mate van vrijheid (semi-begeleid, onbegeleid kort overdag, onbegeleid met overnachtingen). De volgende stap in de behandeling is een plaatsing buiten de muren van de tbs-kliniek. Hier zijn drie vormen voor beschikbaar, te weten: transmurale plaatsing, woonverlof en proefverlof.

Verblijf buiten de muren van de tbs-kliniek

Tijdens de transmurale plaatsing verblijft de tbs-gestelde in het kader van

¹ Zie hoofdstuk XI van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) en hoofdstuk 16 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt).

zijn behandeling voor langere tijd buiten de beveiligde ring van de tbs-kliniek. De verantwoordelijkheid en de regie over de behandeling, begeleiding en maatschappelijke veiligheid ligt bij de tbs-kliniek die tevens intensief toezicht houdt op de tbs-gestelde. Het toezicht en de begeleiding bouwen voort op de tussen de behandelaars en de patiënt ontstane relatie en richten zich vooral op de delictrisico verhogende factoren. Zo is controle op medicatiegebruik bij psychotici en op gebruik van libidoremmende middelen bij zedendelinquenten van veel belang.

Tijdens de transmurale plaatsing verblijft de tbs-gestelde formeel nog steeds binnen de inrichting. De feitelijke verpleging vindt plaats in een «open dependance» van de kliniek, bijvoorbeeld een woning in de stad. Een andere mogelijkheid is dat de tbs-gestelde wordt geplaatst op ingekochte plaatsen in een Regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW). Transmuraal verlof wordt niet als zodanig in de regelgeving genoemd. De transmurale plaatsing is in de praktijk gegroeid doordat de in de wet vastgelegde vormen van verlof (woonverlof en proefverlof) niet in alle gevallen toereikend zijn om de geleidelijke en gecontroleerde terugkeer naar de samenleving mogelijk te maken.

Woonverlof kan voor maximaal drie maanden worden toegestaan met de mogelijkheid tot verlenging met nogmaals 3 maanden. Deze periode is regelmatig te kort om de tbs-gestelde op verantwoorde wijze naar de samenleving terug te laten keren.

Wanneer proefverlof is verleend verblijft de tbs-gestelde bij wijze van proef buiten de tbs-kliniek. Dat kan bijvoorbeeld in de maatschappij zijn, maar ook op een afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Aan het proefverlof dient een proefverlofplan ten grondslag te liggen. Dit plan komt tot stand op basis van een advies van de reclassering die de betrokkene gedurende het proefverlof begeleidt en toezicht houdt op het naleven van de gestelde voorwaarden. In sommige gevallen is deze vorm van toezicht echter te weinig intensief om de tbs-gestelde adequaat te begeleiden.

Transmuraal verlof biedt een grotere flexibiliteit tijdens de resocialisatiefase doordat de gewenningsperiode langer kan zijn dan in het geval van woonverlof¹. Doordat de tbs-kliniek zelf intensiever toezicht kan uitoefenen dan de reclassering, komen tbs-gestelden voor transmuraal verlof in aanmerking die nog niet met proefverlof kunnen, maar voor wie voortgezette behandeling binnen de muren van de kliniek ook niet meer nodig is. Bij een transmurale plaatsing bestaan ten opzichte van de wet extra waarborgen: bij plaatsing in een open dependance wordt een machtiging bij het ministerie aangevraagd, waartoe de wet niet verplicht. Momenteel worden protocollen ontwikkeld om (de voorwaarden voor) transmuraal verlof eensluidend vorm te geven. Tevens zal in de Beginselenwet verpleging tbs-gestelden een voorziening worden opgenomen om het transmuraal verlof een plaats te geven.

Risicotaxatie

Sinds 1 januari 2003 zijn met alle tbs-instellingen afspraken gemaakt over de fase(n) van de behandeling waarin toepassing van een risicotaxatie-instrument bijdraagt aan de beslissing over het eventueel aan de tbs-gestelde te verlenen verlof. Toepassing van een risicotaxatie-instrument leidt tot een gestandaardiseerde manier van beoordelen van de kenmerken die samenhangen met een verhoogde kans op recidive. De scores van het risicotaxatieinstrument bieden echter geen totaalbeeld. De informatie die uit het instrument voortkomt dient te worden aangevuld met een

¹ In de evaluatie van de Bvt (mei 2001, met de Kamer besproken op 14 maart 2002) is gesteld dat het wellicht voorkeur verdient om de mogelijkheid van het woonverlof te vervangen door transmuraal verlof of de maximale termijn voor woonverlof te verlengen.

klinische rapportage over de situatie van de individuele tbs-gestelde. Dan ontstaat een compleet overzicht.

Op basis van de risicotaxatie vindt er risicomangement plaats. Dit houdt in dat controle wordt gehouden op met name die factoren die bij betrokene in het verleden tot een delict hebben geleid. Bij verlofaanvragen met een moeilijk te taxeren risico wordt een second opinion gevraagd (bij de FPD) over de verlofaanvraag voordat een beslissing wordt genomen.

Nieuw verlofkader

Op dit moment wordt een nieuw verlofkader opgesteld. Het verlofbeleid zal worden vereenvoudigd en veel sterker dan voorheen gaan risicotaxatie en risicomangement een rol spelen. In het nieuwe verlofkader wordt omschreven aan welke eisen moet zijn voldaan voordat een verlof wordt toegekend. De verwachting is dat dit verlofkader in 2004 wordt afgerond en het nieuwe verlofbeleid in 2005 zal worden geïmplementeerd.

6. Longstaybeleid

Een aantal tbs-gestelden komt niet in aanmerking voor terugkeer in de samenleving, omdat hun recidiverisico ondanks langdurige verpleging en behandeling niet tot een aanvaardbaar niveau kan worden teruggebracht. Zij zijn blijvend delictgevaarlijk. Blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden komen in aanmerking voor plaatsing op een longstay-afdeling, waar de behandeling niet langer gericht is op verbetering maar alleen op stabilisatie en waar wordt verpleegd en beveiligd. Immers, ook als de doelstelling van het verminderen van de delictgevaarlijkheid niet realiseerbaar is, blijft de opdracht tot beveiliging van de samenleving via dwangverpleging van kracht.

Volgens de huidige criteria, die mede op basis van rechtspraak tot stand zijn gekomen, kan plaatsing op een longstay-afdeling pas geschieden indien er twee behandel pogingen van elk ten minste drie jaar zijn ondernomen. Voorts dient er sprake te zijn van voortdurende delictgevaarlijkheid. Er zijn momenteel 60 landelijke longstay plaatsen beschikbaar.

Terugplaatsing vanuit een longstay-afdeling naar een behandelvoorziening is mogelijk, bijvoorbeeld wanneer er een verandering in de persoon optreedt, of wanneer nieuwe behandel mogelijkheden voorhanden komen. Ook bij tbs-gestelden die op een longstay-afdeling verblijven wordt de noodzaak tot verlenging van de tbs steeds opnieuw door de rechter getoetst. De huidige doelgroep, selectiecriteria, financiering en verlofregeling zijn vastgelegd in een uitvoeringskader longstay.

De groep van voortdurend delictgevaarlijke tbs-gestelden is divers. Afhankelijk van de stoornis en het gedrag van de verpleegde is er in meer of mindere mate beveiliging nodig en dient er in meer of mindere mate zorg te worden geboden. Dit vraagt om een differentiatie in het aanbod van voorzieningen. In het uiterste geval dient de tbs-gestelde de rest van zijn leven op een hoog beveiligde longstay-afdeling te blijven. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich tbs-gestelden bij wie het delict risico kan worden beheerst door langdurig toezicht te houden en minimale zorg te bieden. Omdat er sprake is van een diverse doelgroep zal steeds per individu worden besloten of en onder welke condities verlof is toegestaan.

De omvang en opbouw van de groep voortdurend delictgevaarlijke tbs-gestelden en daarmee de behoefte aan longstay-capaciteit wordt momenteel in kaart gebracht door het WODC. Dit onderzoek is medio 2004 gereed. Op basis daarvan zal worden bepaald aan welke soorten en

aantallen longstayplaatsen behoefte is en of het longstaybeleid anderszins aanpassing heeft.

7. Sturing en financiering

In het Kabinetstandpunt op het rapport van de Commissie Beleidsvisie tbs wordt vastgesteld dat het aanbeveling verdient de verschillende sturingsrelaties die nu bestaan tussen de minister van Justitie en de tbs-klinieken, te harmoniseren. Een gelijke uitgangspositie van klinieken maakt hun resultaten beter vergelijkbaar en biedt hun gelijke kansen om samen te werken met de GGz. Deze samenwerking is noodzakelijk om een betere door- en uitstroom van tbs-gestelden naar de GGz te realiseren. Van een nauwere samenwerking wordt tevens kwaliteitsverbetering in de tbs-behandeling verwacht, waardoor het mogelijk wordt de behandelduur te verkorten zonder het recidiverisico te verhogen.

Dit is voor mij reden in 2004 een wetsvoorstel op te stellen waarin de bevoegdheden van de minister van Justitie ten aanzien van de particuliere justitiële tbs-inrichtingen zodanig worden aangepast, dat deze inrichtingen op dezelfde wijze worden aangestuurd. Het nieuwe sturingsinstrumentarium moet het mogelijk maken dat op afstand wordt gestuurd, maar tevens dat in crisissituaties kan worden ingegrepen. Tevens onderzoek ik de mogelijkheden tot verzelfstandiging van de rijks tbs-kliniek dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen over te gaan. Momenteel laat ik alle aspecten van deze mogelijke verzelfstandiging in kaart brengen. Op basis hiervan neem ik een definitieve beslissing.

In het algemeen kan worden vastgesteld dat zowel de samenwerking tussen verschillende instanties binnen de forensisch psychiatrische circuits als de samenwerking met de reguliere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg goed op gang komt¹. Voor verdere intensivering van de samenwerking is het naast de wijziging van sturingsrelaties met tbs-klinieken van belang aan te sluiten bij ontwikkelingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ik licht dit nader toe.

AWBZ

De kosten van de tbs-maatregel worden voor 80% verrekend met het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ wordt gemoderniseerd. Op 1 april 2003 zijn het gewijzigde Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA) en het gewijzigde Zorgindicatiebesluit in werking getreden. De gemoderniseerde AWBZ stelt de zorgvraag van de verzekerde centraal en maakt zorg op maat eenvoudiger te leveren. Voor de indicatiestelling en zorgtoewijzing van forensisch psychiatrisch patiënten is een nieuw traject ontworpen dat op 1 januari 2004 is ingevoerd. De indicatiestelling en zorgtoewijzing in de rechtstreeks vanuit de AWBZ gefinancierde forensische psychiatrie wordt landelijk uniform vormgegeven om een verantwoorde en veilige in-, door- en uitstroom te bewerkstelligen. Het is voor de tbs van belang aan te sluiten bij deze ontwikkelingen, omdat tbs-gestelden na hun verblijf in de tbs-instelling veelal hun plek moeten krijgen in de geestelijke gezondheidszorg. De wijze waarop de aansluiting vorm kan krijgen wordt momenteel interdepartementaal besproken.

8. Verbreding

De tbs is fors in beweging. In het bovenstaande is aangegeven dat er de afgelopen jaren veel maatregelen zijn getroffen waardoor het tbs-stelsel efficiënter en effectiever moet gaan functioneren. De zorg die de afgelopen maanden over de tbs is geuit, motiveert mij om de gestelde doelen te blijven nastreven.

¹ Zie rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003.

Hoe de samenleving het beste beschermd kan worden tegen mensen die zowel een stoornis hebben als delictgevaarlijk zijn, is echter een vraag die breder is dan de tbs alleen. Dit is een vraag die de gehele forensische psychiatrie betreft. Forensische psychiatrie bevindt zich op de grensvlakken van de geestelijke gezondheidszorg, justitie en (gedeeltelijk) de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ook zijn er raakvlakken met de verslavingszorg. Degenen die forensisch psychiatrische zorg ontvangen, hebben een stoornis die doorgaans mede heeft geleid tot het plegen van misdrijven of tot het vertonen van delictgevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag. Ze bevinden zich niet alleen in het tbs-systeem, maar ook in het gevangeniswezen en in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg. Als zij niet adequaat worden behandeld, is de kans op recidive en overlast bij terugkeer in de maatschappij hoog. Ook in het gevangeniswezen en in de GGz zijn maatregelen getroffen teneinde zowel de beveiliging van de maatschappij als de psychiatrische zorg te verbeteren. Te denken valt aan de projecten voor de uitbreiding van de zorg in detentie met een behandelaanbod uit de (forensisch) psychiatrische poliklinieken en de vernieuwingen in de BOPZ.

De komende tijd wordt -samen met het ministerie van VWS, aangezien het een gezamenlijke verantwoordelijkheid betreft- verder in kaart gebracht welke vormen van zorg en behandeling en welke mate van beveiliging de onderscheiden groepen forensisch psychiatrische patiënten nodig hebben teneinde de maatschappij optimaal te beveiligen. Hierbij zal duidelijk worden of mensen die een stoornis hebben en gevaarlijk zijn zich op de juiste plaats bevinden en zo nee, welke dit wel is. Vervolgens breng ik in kaart hoe dit benodigde zorg- en beveiligingsaanbod georganiseerd kan worden. Indien verdere maatregelen voor een betere zorg en maatschappijbeveiliging noodzakelijk zijn zullen die waar mogelijk worden getroffen.

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner

OVERZICHT VAN ACTIVITEITEN MET BETREKKING TOT DE TBS

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen die binnen de tbs hebben plaatsgevonden.

Achtereenvolgens worden besproken:

- verbetering van de toegang tot de tbs;
- verbetering in de plaatsing;
- oplossen passantenproblematiek;
- verkorten van de behandelduur;
- kwaliteitsverbetering in de behandeling;
- verlof en onttrekkingen
- door- en uitstroom;
- beëindiging van de tbs-maatregel;
- recidive;

Verbetering van de toegang tot de tbs

Een groot aantal actoren is betrokken bij het voortraject van de tbs. De keuzes die deze personen en instanties maken zijn van invloed op het antwoord op de vraag of tbs dient te worden opgelegd. Goede diagnostiek is cruciaal om er voor te zorgen dat de tbs aan de juiste personen wordt opgelegd. De onderstaande maatregelen leiden tot verbetering van de kwaliteit en de organisatie van de toegang tot de tbs (transparanter en doelmatiger):

Samenvoeging FPD en PBC

Gezien het onafhankelijke karakter van de rapportagetaak en het grote belang van deze taak onder meer voor de toegang tot de tbs, wordt de rapporterende instanties Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) en Pieter Baan Centrum (PBC) een onafhankelijke en duidelijk herkenbare plaats binnen de justitiële organisatie gegeven. Inmiddels is besloten de FPD en het PBC samen te voegen om te komen tot bundeling van de expertise op het gebied van forensische diagnostiek en optimalisatie van de werkprocessen en de inzet van de voorzieningen voor ambulante danwel klinische rapportage. In 2004 wordt de samenvoeging van het PBC en de FPD gerealiseerd.

Ontwikkeling, validering en invoering van het indicatie-instrument BooG

BooG is een indicatie-instrument voor strafrechtelijke forensische diagnostiek rapportages (pro justitia). Het gebruik van dit instrument zal meer eenheid brengen in de besluitvorming om een onderzoek in te stellen naar de geestvermogens van de verdachten en zal leiden tot een verbeterde en consequentere indicatiestelling. Het valideringstraject is reeds gestart en duurt tot medio 2005. Bij een succesvolle validatie wordt het instrument geïmplementeerd in alle arrondissementen bij de rechterlijke macht, de raden voor de kindbescherming en de forensische psychiatrische diensten.

Instroom van ongewenst verklaarde vreemdelingen / illegalen

In tbs-instellingen verblijft een groep illegale/ongewenst verklaarde vreemdelingen. Zij kunnen niet of nauwelijks uit de tbs worden ontslagen doordat zij niet voor resocialisatie in de Nederlandse samenleving in aanmerking komen. Daardoor kan de tbs-behandeling niet worden afge maakt. Het gevolg is dat zij vaak jarenlang in een tbs-instelling verblijven, zonder dat uitzicht bestaat op beëindiging van de tbs. Zij houden (schaarse en dure) plaatsen bezet. Er zijn maatregelen genomen om te trachten de instroom van illegalen in de tbs te verminderen. Bij de verde-

ring c.q. oplegging van de tbs zal, indien mogelijk, met de verblijfsstatus van de betrokkene rekening moeten worden gehouden. Met de immigratie en naturalisatiedienst (IND) zijn afspraken gemaakt opdat het strafdossier ten tijde van de zitting voldoende informatie geeft over de status van betrokkene en de gevolgen die de te vorderen straf of maatregel daarop zal hebben. Om de nu reeds in de tbs verblijvende illegalen te doen uitstromen wordt in samenwerking met de IND gezocht naar vergelijkbare behandelplaatsen in het land van herkomst.

In de onderstaande tabel wordt de totale instroom in de tbs weergegeven.

Instroom

De instroom in de tbs neemt de laatste jaren toe en zal naar verwachting in de komende jaren stijgen.

Jaar	1999	2000	2001	2002	2003
Aantal tbs-opleggingen	171	151	177	203	n.n.b.

Verbetering in de plaatsing

De volgende maatregelen ter verbetering van de plaatsing van tbs-gestelden zijn gerealiseerd:

Vereenvoudigde plaatsingssystematiek

In het verleden vond de plaatsing van tbs-gestelden plaats op basis van de klinische observatie en indicatiestelling van het Dr. F.S. Meijers Instituut. Daarbij werd rekening gehouden met de kenmerken en behandelwijze van tbs-instellingen.

Dit leidde tot specialisatie van de tbs-inrichting voor bepaalde categorieën tbs-gestelden en daardoor werden de prestaties van de tbs-klinieken onderling onvergelijkbaar. De populaties van de klinieken waren immers verschillend.

Bij de selectie en plaatsing van ter beschikking gestelden wordt sinds september 1999 een andere (vereenvoudigde) plaatsingssystematiek gehanteerd. Uitgangspunt is dat tbs-gestelden, behoudens een aantal uitgezonderde categorieën, a-select aan de diverse tbs-inrichtingen worden toegewezen. Dit biedt meer mogelijkheid de prestaties van forensisch psychiatrische instellingen betreffende de door- en uitstroom met elkaar te vergelijken. Het Dr.F.S. Meijers Instituut doet per 1 juli 2000 geen dienst meer als selectie-instituut. Vanaf deze datum is de selectie een taak van het Hoofdkantoor DJI, meer specifiek de afdeling Individuele tbs-zaken (ITZ). Daarnaast zijn er twee commissies ingesteld die ten behoeve van plaatsing kunnen adviseren.

Plaatsingcommissies

De Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) adviseert voor de plaatsing van tbs-gestelden op een longstayafdeling. Tevens is er een commissie ingesteld die advies uitbrengt over het aanmerken van tbs-gestelden als «extreem vlucht- en/of beheersgevaarlijk» of het wijzigen van deze status. Beide categorieën van tbs-gestelden zijn van de reguliere plaatsingssystematiek uitgesloten vanwege de zwaarwegendheid van besluit tot plaatsing, alsmede omdat voor de opvang van deze patiënten speciale (verblijfs-) voorzieningen getroffen moeten worden die niet in alle tbs-inrichtingen voorhanden zijn. Tot slot kan het voorkomen dat de LAP adviseert bij onduidelijkheden in de aanmeldingsdiagnostiek.

De vereenvoudigde plaatsingsystematiek en verdere regels rondom plaatsing worden vastgelegd in de Regeling plaatsing en overplaatsing tbs-gestelden. De Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming heeft reeds geadviseerd over deze regeling, die naar verwachting medio 2004 wordt vastgesteld.

Oplossen passantenproblematiek

De beschikbare capaciteit blijft achter bij de stijgende behoefte aan capaciteit. Het aantal tbs-gestelden dat in het gevangeniswezen wacht op plaatsing in een tbs-instelling stijgt tot bijna 300 plaatsen in 2007. De volgende maatregelen zijn in ontwikkeling om het aantal passanten en de wachttijd terug te dringen:

Tijdelijke capaciteitsuitbreiding creëren met goedkopere plaatsen

Een deel van de wachtlijst is van tijdelijke aard en bestaat uit de tbs-passanten die langer dan 6 maanden op plaatsing wachten. Dit deel kan worden opgelost door uitbreiding van de tbs-capaciteit met tijdelijke, meer sobere plaatsen. Eind 2003 zijn de forensisch psychiatrische instellingen aangeschreven om te komen met voorstellen om een tijdelijke capaciteitsuitbreiding te realiseren tegen een lagere prijs. Naar verwachting kan op basis van deze voorstellen worden uitgebreid met 86 plaatsen, mogelijk meer. In het voorjaar 2004 wordt de exacte uitbreiding bekend.

Behandelvoorzieningen in het gevangeniswezen voor tbs-passanten

De forensisch psychiatrische instellingen en de penitentiaire instellingen zijn verzocht om te komen met voorstellen om behandelvoorzieningen te creëren voor tbs-passanten. Naar verwachting zal in 2004 gestart worden met een beperkt aantal pilots. Door tbs-passanten behandeling te bieden wordt de wachttijd zinvoller besteed en kan de (intramurale) behandelduur in de tbs-inrichting afnemen. De specialistische plaatsen waar tbs-passanten in het gevangeniswezen vaak verblijven komen vrij voor gedetineerden zonder tbs-maatregel.

Capaciteit

Jaar	1999	2000	2001	2002	2003 Formele capaciteit
Tbs-instellingen	1 111	1 245	1 263	1 313	1 297
Aantal passanten	148	138	136	153	185
Gemiddelde wachttijd in dagen	280	283	259	250	229

Verkorting van de behandelduur

Hoe langer de verblijfsduur van tbs-gestelden des te meer capaciteit is nodig voor de tenuitvoerlegging van een zelfde aantal opgelegde tbs-vonnissen. Het beleid is daarom gericht op het terugdringen van de verblijfsduur. Echter verkorting van de behandelduur mag nooit ten koste gaan van de beveiliging van de samenleving. Bij voortdurende delictgevaarlijkheid dient de maatregel te worden verlengd, ook al houdt dat in dat daarmee de doelstelling om de gemiddelde behandelduur terug te dringen niet wordt behaald. Binnen de sector TBS wordt gestreefd naar een *gemiddelde* behandelduur van zes jaar. Op dit moment is de gemiddelde verblijfsduur van patiënten die op een bepaald moment hun behandeling in een tbs-inrichting afronden en uitstromen ruim vijf jaar. De

gemiddelde verblijfsduur van de gehele tbs-populatie is op dit moment ruim negen jaar, waarin meegerekend is de categorie patiënten die langdurig in de tbs-inrichtingen verblijven, de zogenaamde longstay-patiënten. De volgende maatregelen ter verkorting van de (intramurale) behandelduur zijn gerealiseerd:

Preklinische Interventie

Het doel van de preklinische interventie is de intramurale behandelduur in de tbs-inrichting op termijn te verkorten. Door de diagnosestelling en andere preklinische interventies te starten terwijl de tbs-gestelde in een penitentiaire inrichting op plaatsing in een tbs-inrichting wacht, kan een eerdere start van de behandeling worden bereikt. Bovendien kunnen de preklinische interventies helpen voorkomen dat de psychische conditie van tbs-gestelden tijdens het verblijf in de penitentiaire inrichting verslechtert. Inmiddels wordt aan het merendeel van de tbs-passanten preklinische interventie aangeboden uiterlijk drie maanden voor zij geplaatst worden in een tbs-inrichting.

Financieringssytematiek

Om een gemiddelde behandelduur van zes jaar te realiseren is een financiële prikkel ingebouwd. Na zes jaar behandeling wordt een lager tarief betaald. Het is echter aan de kliniek om te bepalen of behandeling daadwerkelijk wordt gestopt. Soms kan deze langer duren, indien de kliniek dit zinvol acht. Soms zal dit korter zijn dan zes jaar. Per 1 januari 2002 is gestart met de invoering van de financiering gebaseerd op twee tarieven (doorstromen verblijftarief) en het invoeren van een maximum termijn van zes jaar voor het doorstroomtarief. Daarmee is een belangrijke efficiëntieslag doorgevoerd in de tbs. De tarieven zijn ontleend aan de bestaande CTG-beleidsregel voor de forensische psychiatrie. Het longstay-basis- en het longstay-intensief tarief zijn samengevoegd tot verblijftarief en het behandel- en resocialisatietarief zijn samengevoegd tot doorstroomtarief.

Kwaliteitsverbetering in de behandeling

Er wordt gestreefd naar verbetering van de kwaliteit van behandeling door onderstaande maatregelen.

Expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP)

In 2003 is in nauwe samenwerking tussen het ministeries van Justitie, het ministerie van VWS en de forensisch psychiatrische instellingen het EFP opgericht. Het EFP is een kleine onafhankelijke stichting die voor een periode van vijf jaar door genoemde partijen wordt gefinancierd. Het EFP levert een bijdrage aan de coördinatie, organisatie en regie van wetenschappelijk onderzoek in de forensische psychiatrie. De oprichting van het EFP is een belangrijke stap in het verder wetenschappelijk onderbouwen van de behandelingen in de forensische psychiatrie, waaronder in het bijzonder de behandeling van tbs-gestelden. Door onderzoek en door de praktische toepassing van de resultaten wordt transparantie en kwaliteitsverbetering bereikt. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan de verkorting van de intramurale behandelduur en vergroting van de effectiviteit en kwaliteit van de behandeling. (Zie TK 2002–2003, 28 921 nr. 2)

Effectiviteit behandelprogramma's

In diverse forensisch psychiatrische instellingen is onderzoek verricht naar de effectiviteit van de behandeling. Het onderzoek is vaak echter klein-

schalig en het vergt jaren voordat men resultaten verkrijgt. Het EFP heeft in 2003 een inventarisatie gemaakt van het lopende wetenschappelijke onderzoek in de instellingen. Dit jaar zullen de lopende behandel-effect studies van meerdere instellingen naast elkaar worden gelegd, waarmee op korte termijn een globaal inzicht wordt verkregen van veranderingen bij patiënten gedurende de behandelingsfase. In 2005 zal met meerdere instellingen een onderzoeksofzet uitgewerkt worden waarbij patiënten vanaf de opname systematisch gevolgd gaan worden. Patiëntenkenmerken, criminogene factoren en specifieke doelgroepen zijn bij dit onderzoek van belang, evenals inzicht in de verschillende vormen van diagnostiek en behandeling die worden toegepast. Bijzondere aandacht zal uitgaan naar farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Eind 2003 is door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een richtlijn advies ontwikkeld in dit kader. Deze richtlijn zal begin februari worden besproken door de behandeldirecteuren van de tbs-inrichtingen. In het komende jaar wil het EFP, tezamen met de instellingen een landelijke onderzoeksofzet ontwikkelen om de effectiviteit van de invoering van deze richtlijn te toetsen.

Forensisch psychiatrische zorgprogrammering

Om de door- en uitstroom te bevorderen en meer «evidence based» werkwijzen te introduceren in de forensische psychiatrie zijn door het Trimbos-instituut in opdracht van de ministeries van Justitie en van VWS drie zorgprogramma's ontwikkeld. Het betreft forensisch psychiatrische zorgprogramma's voor de behandeling van patiënten met een psychotische stoornis, patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die agressief gedrag vertonen en voor daders van seksuele delicten. De zorgprogramma's hebben betrekking op de verschillende aanbieders van zorg in de keten waardoor er een omvattend hulp- en toezichts aanbod ontwikkeld kan worden. Het Trimbosinstituut heeft zijn taak afgerond en heeft de programma's aangeboden aan de opdrachtgevers. In het voorjaar zal in overleg met het veld worden bezien op welke wijze deze programma's zo goed mogelijk kunnen worden benut.

Implementatie van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming (RSJ)

De Inspectiebezoeken door vooral de IGZ en daarnaast de RSJ geven impulsen voor -verdere- verbetering van de kwaliteit (van de organisatie) van de zorg en de rechtspositie van de tbs-gestelde. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2003 een algemene inspectieronde bij de tbs-klinieken afgelegd en hierover gerapporteerd in een rapport per kliniek en een totaalrapport. De aanbevelingen aan de afzonderlijke klinieken, aan de gezamenlijke tbs-inrichtingen en aan de sectordirectie tbs worden in 2004 uitgevoerd. In algemene zin concludeert de IGZ dat er sinds de vorige inspectieronde (2001) veel verbeterd en in gang is gezet.

Verlof en onttrekkingen

Per jaar vinden ongeveer 50 000 verlofbewegingen plaats, waarvan 20 000 begeleid en 30 000 onbegeleid. Jaarlijks vinden er ongeveer 90 onttrekkingen plaats¹. Ongeveer ¾ van die onttrekkingen vindt plaats uit een situatie van onbegeleid verlof, de overige onttrekkingen uit begeleid verlof. Meestal betreft het een afwezigheid die zich beperkt van enkele uren tot enkele dagen en keert betrokkene daarna terug in de tbs-kliniek. Ook dan wordt steeds kritisch bezien of en zo ja wanneer opnieuw verlof kan worden verleend.

¹ Onttrekking: de tbs-gestelde bevindt zich in een verlofsituatie en onttrekt zich aan de voorwaarden, zoals bestemming duur of toezicht.

Herziening verlofkader

Het opstellen van een nieuw verlofkader bevindt zich in een afrondend stadium. In dit herziene verlofkader worden afspraken vastgelegd omtrent de toepassing van risicotaxatie en het toepassen van intercollegiale toetsing bij complexe verlofaanvragen. Deze maatregelen zijn reeds aangekondigd (TK 2002–2003, Aanhangsel 1049). Het nieuwe verlofkader is opgesteld om wetenschappelijke inzichten rond risicomangement in het verlofbeleid op te nemen.

Verlof tbs

Jaar	1999	2000	2001	2002	2003
Gemiddeld aantal proefverloven	87	86	103	120	120

Door- en uitstroom

De onderstaande maatregelen leiden tot verbetering van de door- en uitstroom van tbs-gestelden naar vervolgvorzieningen:

Circuitvorming

In een circuit ligt de nadruk op samenwerking (tussen instellingen) en samenhang (in het programma-aanbod) van ggz-instellingen en tbs-inrichtingen. Circuitvorming is niet alleen een noodzakelijk middel ter verbetering van de door- en uitstroom maar dient vooral ook een middel te zijn om te komen tot een kwalitatief goed en dekkend programma-aanbod voor forensische psychiatrische patiënten opdat recidive zoveel mogelijk kan worden voorkomen. Eind 2001 is tezamen met het ministerie van VWS een driejarige stimuleringsregeling voor circuitvorming in de forensische psychiatrie getroffen. Er zijn middelen beschikbaar gesteld voor het aanstellen van een circuitcoördinator. Inmiddels is in alle Hofressorts een circuitcoördinator aangesteld die als taak heeft de doorstroom in de zorgcircuits en de uitstroom daaruit te verbeteren. In alle ressorten zijn startconferenties georganiseerd. In nagenoeg alle ressorten zijn convenanten gesloten waarin afspraken zijn vastgelegd over het verbeteren van de dooren uitstroom.

Forensisch psychiatrisch toezicht

Forensisch psychiatrisch toezicht onderscheidt zich van reclasseringstoezicht doordat het wordt uitgevoerd door de tbs-instellingen zelf. De tbs-instelling houdt toezicht op de tbs-gestelde die zich buiten de kliniek bevindt. Er worden expliciete voorwaarden gesteld aan het gedrag van de verpleegde in de gemeenschap. Ervaren medewerkers uit de kliniek monitoren het gedrag en dragen zorg voor de integratie van het hulpverleningsaanbod buiten de kliniek.

Door het positioneren van een extra vorm van toezicht tussen het huidige aanbod van de reclassering en het aanbod van de tbs-instelling in de vorm van forensisch psychiatrisch toezicht kunnen naar verwachting meer tbs-gestelden doorstromen naar voorzieningen buiten de kliniek. Daardoor zal een soepele overgang naar proefverlof of voorwaardelijke beëindiging van tbs met verpleging met toezicht door de reclassering ontstaan. Dit heeft tot gevolg dat er meer eerste opnames van tbs-gestelden mogelijk zijn. Er wordt in 2004 gestart met een beperkt aantal pilots om te bezien of forensisch psychiatrisch toezicht realiseerbaar is en het gewenste effect wordt bereikt.

Longstay

Door voortdurend delictgevaarlijke tbs-gestelden op landelijke longstay-voorzieningen te plaatsen komt er capaciteit vrij voor behandelbare tbs-gestelden. De capaciteit van de lonstay-voorzieningen is recentelijk uitgebreid van 20 plaatsen naar 60 plaatsen. Er is een uitvoeringskader longstay vastgesteld dat het huidige beleid rondom de plaatsing, verlof e.d. van longstay patiënten vastlegt. In 2004 wordt er onderzoek van het WODC naar de behoefte aan longstay-capaciteit afgerond. Op dat moment wordt bezien welke veranderingen er eventueel nodig zijn.

Samenwerking GGz

Onder meer ter bevordering van de door- en uitstroom van tbs-gestelden en de uitwisseling van kennis en expertise tussen tbs en GGz is het wenselijk is dat tbs-klinieken op bestuurlijk niveau samenwerking aangaan met GGz-instellingen (zie kabinetsstandpunt TK 2001–2002, 24 587, nr. 75). Twee tbs-inrichtingen werken op bestuurlijk niveau nauw samen met een ggz-instelling.

Beëindiging van de tbs-maatregel

De rechter kan tot (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs-maatregel besluiten. Hij krijgt over de verlenging of (voorwaardelijke) beëindiging advies van het hoofd van de tbs-instelling. Als de verpleging reeds voorwaardelijk was beëindigd, wordt het advies van de reclassering vergezeld van een advies van een psychiater. Op basis van het advies dient het OM een vordering ter verlenging of (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel in. Daar de rechter onafhankelijk beslist, komt het voor dat van het advies of de vordering wordt afgeweken. (Zie antwoorden op TK vragen 2 april 2003 (2002–2003, 1053, Aanhangsel, blz. 2199).

Onderzoek naar reden toename contraire beëindigingen

Mede om het percentage contraire beëindigingen terug te dringen is de wetgeving inzake de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging in 1997 aangepast. Dit leek het gewenste effect te hebben. Het aantal contraire beëindigingen is van 1998 tot 2001 teruggelopen van 42% tot 28%. In 2002 liep het aantal plotseling op naar 47,5 %. Ik ben voornemens in 2004 onderzoek te starten naar de oorzaken van deze ontwikkeling.

Uitstroom tbs

Jaar	1999	2000	2001	2002	2003
Beëindiging tbs met bevel tot verpleging	84	79	88	80	83
Waarvan contraire beëindiging door rechter	24 = 29%	18 = 23%	25 = 28%	38 = 47%	26 = 31%

Recidive

Het uitblijven van recidive is de uiteindelijke doelstelling van een tbs-behandeling. Weliswaar kan geen rechtstreeks causaal verband worden gelegd tussen de recidive en de wijze van tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel, maar desalniettemin is het wel een goede indicatie voor de mate waarin het doel van de maatregel is bereikt. Het voorkomen van recidive moet worden bereikt door een adequate behandeling van de tbs-gestelde, en door toepassing van een gestructureerde wijze van risicotaxatie. De meest recente recidive cijfers van het WODC dateren uit 1999. Binnenkort wordt door het WODC het onderzoek opgeleverd dat inzicht geeft in de

recidive van tbs-gestelden waarvan de tbs-maatregel tussen 1994 en 1999 is beëindigd. Het recidivepercentage van tbs-waardige delicten (zoals geweld, seksueel geweld en brandstichting) bedraagt over de loop der jaren gemiddeld circa 15–20%. De *algemene* recidive (alle geregistreerde misdrijven) na beëindiging van de tbs bedroeg in de tweede helft van de zeventiger jaren 63% en nam af naar 53%. Er is een systeem in ontwikkeling waarbij terugkoppeling plaatsvindt van de recidive op individueel niveau naar de behandelaars.