

Forensisch psychiatrisch toezicht

6 september 2008

Advies

*Raad voor Strafrechtstoepassing
en Jeugdbescherming*



Forensisch psychiatrisch toezicht

Advies 6 september 2008

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Conclusies en aanbevelingen	7
1. Inleiding	9
1.1. Beleidskader voor het forensisch psychiatrisch toezicht	9
1.2. Uitgangspunten van de projectgroep	9
2. Beoordeling van het forensisch psychiatrisch toezicht	11
2.1. Instemming met forensisch psychiatrisch toezicht	11
2.2. Maatwerk als doel voor de implementatie en uitwerking van zorgconcepten	11
2.3. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden niet helder	12
2.4. Rechtspositie van tbs-gestelden staat onder druk	15
2.5. Controle op toezichthouders	15
2.6. De opleiding van reclasseringswerkers: noodzaak van specialisatie	16
2.7. Doorlopende nazorg op grond van een voorwaardelijke machtiging	16
2.8. Evaluatie en verdere ontwikkeling van forensische psychiatrisch toezicht	16
Bronvermelding	19
Bijlage 1, Schematische weergave continuïteitsbalken	21
Bijlage 2, ACT en FACT	23

Samenvatting

Op grond van het plan van aanpak *Terbeschikkingstelling en Forensische zorg in strafrechtelijk kader* wordt het reclasseringstoezicht op tbs-gestelden verbeterd en aangescherpt. In de kern bestaan de verbeteringen uit een langere periode voor het toezicht en nauwere samenwerking tussen forensisch psychiatrische centra (fpc's) en reclasseringsorganisaties. De nauwere samenwerking wordt aangeduid met de term forensisch psychiatrisch toezicht. Een projectgroep met deelnemers van het ministerie van Justitie, de Dienst Justitiële Inrichtingen en de reclasseringsorganisaties heeft deze nieuwe vorm van toezicht op tbs-gestelden nader uitgewerkt. In dit advies beoordeelt de Raad de voorstellen van de projectgroep.

De Raad ziet in de voorgestelde uitgangspunten en doelstellingen een goede basis voor de vormgeving van het forensisch psychiatrisch toezicht. Het is een goed plan om de resocialisatie beter af te stemmen op de individuele zorg-, behandel- en toezichtbehoefte van tbs-gestelde. De uitwerking van de voorstellen doet echter betwijfelen of de beoogde uitgangspunten en doelstellingen ermee verwezenlijkt kunnen worden.

Opvallend is dat de beleidsstukken alleen de organisatorische aspecten van het forensisch psychiatrisch toezicht uitwerken en niet de effecten daarvan voor tbs-gestelden. Ook wordt uitsluitend een intensivering van het *toezicht* voorgesteld, terwijl een intensivering van de *behandeling* onbesproken blijft. De Raad stelt voor om in de beleidsstukken uitdrukkelijk in te gaan op het effect voor de tbs-gestelden van langdurig en door verschillende instanties uitgevoerd toezicht. Daarnaast beveelt de Raad aan om het toezicht per tbs-gestelde uit te werken aan de hand van twee 'continuïteitsbalken', één voor het toezicht en één voor de behandeling. De continuïteitsbalken beschrijven per fase welke ingrediënten van toezicht of behandeling en zorg nodig zijn en hoe die onderdelen zich tot elkaar verhouden. Een dergelijke voorstelling maakt de afzonderlijke functies van beide onderdelen duidelijk. Zo kunnen de continuïteitsbalken bijdragen aan de vormgeving van de zorg en het toezicht.

Maatwerk is belangrijk. De Raad stelt voor om op verschillende doelgroepen afgestemde zorgconcepten op te stellen. Dit voorziet in kaders voor de invulling van het toezicht. Daarbij dient er ook aandacht te zijn voor de gevolgen van langere toezichttermijnen, die kunnen oplopen tot negen jaar.

De taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaars en toezichthouders is nog niet helder. De Raad beveelt aan om nog voor de afronding van de testfase van het forensisch psychiatrisch toezicht een heldere taakverdeling uit te werken. De zojuist genoemde continuïteitsbalken kunnen ook op dit punt van nut zijn.

De samenwerking met andere ketenpartners dan de fpc's en reclassering is summier uitgewerkt. Dit kan initiatieven gericht op samenwerking remmen. Nadere uitwerking is nodig. Als onderdeel daarvan moet de informatie-uitwisseling worden verduidelijkt: wie doet wat en wanneer? De informatie moet bovendien goed uitwisselbaar en toegankelijk zijn. De informatiesystemen moeten hierop berekend zijn.

Er is geen controle op het toezicht en de toezichthouders. In het licht van de langere toezichttermijnen acht de Raad aanvullende controlemechanismen nodig. De Raad geeft in overweging om een vorm van gelaagd toezicht te verkennen.

Dit toezicht kan als volgt worden opgebouwd:

1. toezicht op tbs-gestelden door de directe zorgverleners en behandelaars;
2. toezicht 'naast' het behandelstelsel, bijvoorbeeld door een reclasseringswerker die niet direct bij de behandeling is betrokken;
3. toezicht op behandelaars, toezichthouders en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van het forensisch psychiatrisch toezicht.

Tot eind 2008 wordt het forensisch psychiatrisch toezicht in een testfase uitgevoerd. Gedurende de testfase is er sprake van een groeimodel. De Raad vindt dit verstandig. Er wordt voorgesteld om ook in de verdere toekomst de praktijkervaringen te benutten. Aan de hand van een 'lerende toezichtpraktijk' kan de uitvoering van het toezicht nader vorm krijgen.

Conclusies en aanbevelingen

Op hoofdlijnen stemt de Raad met de beleidsvoornemens in. Uitbreiding van het aantal uur toezicht per cliënt geeft meer kansen voor goed toezicht op tbs-gestelden. Ook zal de kwaliteit van het toezicht als gevolg van de professionalisering van reclasseringswerkers en de nauwere samenwerking tussen fpc's en reclassering naar alle waarschijnlijkheid verbeteren.

Het is een goede zaak dat er meer maatwerk in het toezicht komt. Hierdoor kan het toezicht beter worden afgestemd op de individuele zorg-, behandel- en controlebehoefte bij tbs-gestelden: controle en beveiliging waar nodig en vrijheid waar mogelijk. De Raad vraagt zich echter af of de voorgestelde maatregelen vanzelfsprekend zullen leiden tot het beoogde maatwerk, en beveelt de volgende verhelderingen en verbeteringen van het beleid aan:

- ga in op de effecten van langdurig en door twee instanties uitgevoerd toezicht. Maak hierbij onderscheid tussen effecten voor instanties en voor tbs-gestelden;
- onderscheid verschillende doelgroepen voor het forensisch psychiatrisch toezicht en voorzie in concepten voor het aanbod van toezicht en zorg aan deze doelgroepen; dit kan met behulp van continuïteitsbalken;
- noem maatwerk en continuïteit als doelstellingen voor een succesvolle implementatie van het forensisch psychiatrisch toezicht;
- werk de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor alle betrokkenen goed uit; dit kan met behulp van continuïteitsbalken;
- maak heldere afspraken over informatie-uitwisseling en voorzie in gemakkelijk uitwisselbare en toegankelijke informatie;
- stel toezicht in op de toezichthouders en de toezichthoudende instellingen;
- besteed in de opleiding van reclasseringswerkers en behandelaars ook aandacht aan de dynamiek en valkuilen bij langdurige behandeling, begeleiding en toezicht;
- creëer een 'lerende toezichtpraktijk'.

1. Inleiding

1.1. Beleidskader voor het forensisch psychiatrisch toezicht

Het kabinet werkt aan het verbeteren van de tbs-maatregel. De voornemens van het kabinet zijn vastgelegd in het kabinetsstandpunt tbs, dat is opgesteld naar aanleiding van het rapport *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*¹ en het daarvan afgeleide plan van aanpak *Terbeschikkingstelling en Forensische zorg in strafrechtelijk kader*.

Het vorm geven aan forensisch psychiatrisch toezicht is één van de maatregelen uit het Plan van aanpak, uitgewerkt door een projectgroep met medewerkers van het ministerie van Justitie, de Dienst Justitiële Inrichtingen en de reclasseringsorganisaties. De projectgroep heeft een plan van aanpak en een procesbeschrijving opgesteld. In dit advies worden de voorstellen van de projectgroep beoordeeld. Sinds januari 2008 kan de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging worden verlengd tot maximaal negen jaar, waar dit voorheen drie jaar was. Deze maatregel, eveneens uit het plan van aanpak *Terbeschikkingstelling en Forensische zorg in strafrechtelijk kader*, hangt sterk samen met forensisch psychiatrisch toezicht. Het verdrievoudigen van de maximale toezichttermijn stelt immers nieuwe eisen aan de wijze van toezicht houden en aan de toezichthouders. Daarom is herziening van het toezicht op tbs-gestelden zowel gewenst als noodzakelijk.

1.2. Uitgangspunten van de projectgroep

De kern van forensisch psychiatrisch toezicht is een nauwere en langdurige samenwerking tussen de forensisch psychiatrische centra en de reclassering. Hiervoor zal onder andere het aantal uur toezicht per halfjaar worden verhoogd van 30 naar 120 en zal de kennis bij behandelaars en reclasseringswerkers worden vergroot.

Bij forensisch psychiatrisch toezicht zijn de forensisch psychiatrische centra en reclasseringsorganisaties gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitstroom van tbs-gestelden naar de samenleving. De expertise van beide organisaties wordt gebundeld, zowel tijdens de klinische fase als tijdens proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. Hierdoor kunnen alle betrokkenen zich richten op einddoelen in plaats van op organisatiegebonden deelresultaten. Dit komt ten goede aan zowel de continuïteit van zorg, behandeling en begeleiding als aan een geleidelijke afbouw van de behandeling en het toezicht. Bovendien gaat de kennis die gedurende de intramurale behandeling is opgebouwd minder snel verloren, omdat de reclassering al in de klinische fase bij de begeleiding wordt betrokken. De betrokkenheid van de forensisch psychiatrische centra tot aan het moment van de voorwaardelijke beëindiging zal er aan bijdragen dat het toezicht de behandeldoelen maximaal kan ondersteunen.

De projectgroep forensisch psychiatrisch toezicht formuleert de volgende uitgangspunten:

- *meer maatwerk*. Het niveau van toezicht wordt afgestemd op de individuele zorg-, behandel-, en toezichtbehoefte van tbs-gestelden;
- *veiligheid*. Onnodige of niet in te schatten risico's worden vermeden. Risicomanagement krijgt vorm met behulp van een terugvalpreventie- en risicomanagementplan voor iedere tbs-gestelde;
- *ketensamenwerking*. Alle ketenpartners en alle medewerkers van de betrokken organisaties dragen verantwoordelijkheid voor het resocialisatieproces en daarbij geformuleerde einddoelen;

¹ Kamerstukken 2005-2006, 28 564, nr. 5 en 6, *Tbs, over vandaag, gisteren en morgen. Rapport van de tijdelijke parlementaire onderzoekscommissie tbs*.

- *de reclassering heeft een taak in de resocialisatiefase.* Reclasseringswerkers kunnen tijdens de resocialisatiefase in de kliniek relevante informatie verzamelen en ervaring opdoen. Ook wordt de rol van de reclassering bij het risicomanagement beter ingebed;
- *meer forensisch psychiatrische expertise.* Integratie van forensisch psychiatrische expertise in de fasen van het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging moet resulteren in het tijdig signaleren van (dreigende) terugval of recidive;
- *multidisciplinair toezicht.* Forensische poliklinieken en andere ggz-instellingen krijgen een rol bij het toezicht. Daarnaast kunnen tbs-gestelden snel met verschillende deskundigen uit een multidisciplinair team, zoals een psycholoog, psychiater of arbeidsdeskundige, in contact worden gebracht;
- *gefaseerd uitstroomtraject.* Tbs-gestelden doorlopen iedere fase van de tbs-maatregel;
- *nazorg tijdens de maatregel.* Bij goed verloop van de maatregel is nazorg na het beëindigen van de tbs niet meer nodig;
- *vroegsignalering en risicotaxatie.* Dreigende terugval en recidive moeten eerder worden gesignaleerd. Hiervoor wordt ook een beroep op het sociale netwerk van tbs-gestelde gedaan;
- *verdere professionalisering van de reclassering.* Reclasseringswerkers worden beter opgeleid in psychopathologie, risicomanagement en werken in gedwongen kader;
- *betere door- en uitstroom.* Intensief toezicht geeft eerder gelegenheid voor door- en uitstroom;
- *forensisch psychiatrisch toezicht is niet statisch.* Met wetenschappelijk onderzoek naar de effectieve onderdelen van het forensisch psychiatrisch toezicht wordt gestreefd naar een hogere effectiviteit.

2. Beoordeling van het forensisch psychiatrisch toezicht

2.1. Instemming met forensisch psychiatrisch toezicht

De Raad kan zich op hoofdlijnen in de beleidsvoornemens vinden. Het uitbreiden van het aantal uur toezicht biedt meer mogelijkheden voor goed toezicht op tbs-gestelden. Ook zal de kwaliteit van het toezicht als gevolg van de professionalisering van reclasseringswerkers en de nauwere samenwerking tussen fpc's en reclassering naar alle waarschijnlijkheid verbeteren. Er zijn goede uitgangspunten en doelstellingen voor het forensisch psychiatrisch toezicht geformuleerd.

Door meer maatwerk in het toezicht kan dit beter worden afgestemd op de individuele zorg-, behandel- en beveiligingsbehoefte bij tbs-gestelden. Dit is zowel van belang voor de maatschappelijke veiligheid als voor de tbs-gestelden zelf. Maatwerk zal naar verwachting leiden tot het toepassen van controle en beveiliging waar nodig en het verlenen vrijheden waar mogelijk. De Raad vraagt zich echter af of de voorgestelde maatregelen vanzelfsprekend tot het beoogde maatwerk zullen leiden.

De Raad beoordeelt de uitgangspunten als goed, maar is van mening dat de organisatorische aspecten van het forensisch psychiatrisch toezicht te veel worden benadrukt. In de beleidsplannen worden vooral de verhoudingen tussen de fpc's en de reclasseringsinstellingen geregeld, terwijl de gevolgen van het forensisch psychiatrisch toezicht voor tbs-gestelden nauwelijks worden uitgewerkt. De Raad stelt voor om uitdrukkelijk in te gaan op de invloed van langdurig toezicht op tbs-gestelden en de effecten van toezicht dat gelijktijdig door twee verschillende instanties wordt uitgeoefend.

De voorstellen geven de indruk dat het forensisch psychiatrisch toezicht niet alleen *toezicht* maar ook (het voortzetten van de) *behandeling* kan omvatten. Daarbij valt op dat de beleidsplannen eenzijdig nadruk leggen op intensivering van het *toezicht*. Het intensiveren van de *behandeling* wordt niet genoemd. Dit bevreemdt omdat veel ex-verpleegden ook na de klinische fase nog langdurig behandeling en begeleiding nodig hebben. Dit geldt temeer nu – onder intensief en langdurig toezicht – patiënten de inrichting eerder verlaten. Verder is niet duidelijk of 'kaal' toezicht tot de mogelijkheden behoort.

2.2. Maatwerk als doel voor de implementatie en uitwerking van zorgconcepten

De projectgroep forensisch psychiatrisch toezicht noemt meer maatwerk als één van de belangrijkste uitgangspunten bij de vormgeving en uitvoering van het forensisch psychiatrisch toezicht. Een verwijzing naar maatwerk alleen biedt echter amper een leidraad voor de uitvoering. Om maatwerk in de behandeling en het toezicht te waarborgen doet de Raad drie voorstellen, die samenhangen en in elkaar grijpen:

1. noem maatwerk en continuïteit als doelstellingen voor een succesvolle implementatie van het forensisch psychiatrisch toezicht;
2. onderscheid doelgroepen bij het forensisch psychiatrisch toezicht en de behandeling / begeleiding;
3. besteed aandacht aan de lange termijnen.

Ad 1. De Raad onderschrijft de einddoelen van het forensisch psychiatrisch toezicht –meer maatschappelijke veiligheid en een betere door- en uitstroom van tbs-gestelden– maar mist een verwijzing naar maatwerk en continuïteit. Deze doelen werken door in alle uitgangspunten van het forensisch psychiatrisch toezicht en kunnen, anders dan de uitgangspunten, alleen gaandeweg tot stand komen. Maatwerk en continuïteit zijn echter geen einddoelen. Op dit punt wordt voorgesteld om het belang van maatwerk en continuïteit uit te drukken door beide te benoemen als doelstellingen voor een geslaagde implementatie van het forensisch

psychiatrisch toezicht. Zo wordt erkend dat de inspanningen ook telkens moeten leiden tot maatwerk en continuïteit, zonder het belang van de einddoelen te miskennen.

Ad 2. In de beleidsstukken worden geen (diagnostische) doelgroepen genoemd. Als gevolg hiervan ontbreken op behandelaars en toezichthouders toegesneden kaders voor de vormgeving van het toezicht. De Raad beveelt aan om doelgroepen te beschrijven en daarbij zorgconcepten te ontwikkelen. Doelgroepen in combinatie met zorgconcepten kunnen indicaties geven voor het toekennen van vrijheden, het herkennen van signalen voor terugval en mogelijkheden voor het afbouwen van zorg en toezicht.

Het is begrijpelijk dat het beschrijven van doelgroepen vooralsnog achterwege is gelaten om ruimte te geven aan het bieden van maatwerk. Zonder de verschillen tussen individuele tbs-gestelden te miskennen, signaleert de Raad dat er vaak ook duidelijke overeenkomsten bestaan in de zorg-, behandel- en toezichtbehoeften bij verschillende groepen tbs-gestelden. Zo hebben patiënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis prevaleert vaker (intensieve) begeleiding en kritische monitoring nodig, terwijl gestabiliseerde, psychotische patiënten eerder langdurige behandeling en begeleiding nodig hebben, doorgaans in combinatie met aandacht voor medicatie, psychologische interventies en interventies gericht op verslavingsproblematiek en op sociale aspecten, zo nodig aangevuld met een mogelijkheid om snel een crisisopname te realiseren. Dit zijn twee geheel verschillende scenario's. Het lijkt zinvol om op voorhand de wijze van zorgverlening en de wijze van toezicht voor dergelijke doelgroepen aan de hand van verschillende zorgconcepten uit te werken, zonder daarbij de ruimte voor maatwerk uit het oog te verliezen. Ook de studie van De Kogel e.a. (2008) wijst nadrukkelijk in deze richting.

Ad 3. Door de nauwere samenwerking tussen de forensisch psychiatrische centra en de reclassering vermengt het toezicht zich met zorg- en behandel functies. Tbs-gestelden kunnen eerder doorstromen naar de resocialisatiefase en lange toezichttermijnen zullen geen uitzondering zijn. Dit resulteert erin dat behandelaars en reclasseringswerkers langdurig samen aan één einddoel werken. Een uitstekend uitgangspunt, maar de plannen geven nauwelijks richtlijnen voor de invulling van de samenwerking gedurende langere termijnen. Met de staatssecretaris verwachten wij dat een langdurige begeleiding vraagt om een specifieke aanpak. Die aanpak moet nog nader worden uitgewerkt, waarbij ten minste aandacht moet uitgaan naar:

- de intensiteit van de samenwerking;
- het delen van verantwoordelijkheid voor toezicht- en behandelings taken;
- de inzet en reikwijdte van controlemiddelen;
- de mogelijkheid om naast toezicht ook hulp en steun te bieden.

De al genoemde zorgconcepten en de hieronder te bespreken continuïteitsbalken kunnen daarbij van nut zijn. Voorts moeten ook de gevolgen van langdurige zorg, begeleiding en toezicht voor tbs-gestelden worden benoemd. Van maatwerk kan anders geen sprake zijn.

2.3. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden niet helder

De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van behandelaars en toezichthouders zijn summier uitgewerkt, terwijl de taken aanmerkelijk zijn veranderd: behandelaars krijgen toezichttaken en toezichthouders krijgen zorgtaken. Als gevolg hiervan zijn eventuele lacunes of overlappings in de rolverdeling niet zichtbaar. Hierdoor kunnen betrokkenen in verleiding raken om activiteiten uit te stellen en verantwoordelijkheden af te wentelen. De Raad beveelt aan om nog voor de definitieve invoering van het forensisch psychiatrisch toezicht een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling op te stellen. Deze

verdeling dient ook in de betreffende wettelijke bepalingen te worden vastgelegd.

De Raad vraagt zich af in hoeverre de reclassering formeel juridisch verantwoordelijk wordt voor het toezicht. Uit het functieprofiel van de contactfunctionaris valt op te maken dat de reclassering een grotere verantwoordelijkheid krijgt. Als gevolg hiervan wordt de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het Openbaar Ministerie en de reclasseringsinstellingen diffuus. Het lijkt nodig de OM-aanwijzing *Tbs met voorwaarden en voorwaardelijke beëindiging tbs met dwangverpleging* op dit punt aan te passen; de Raad heeft begrepen dat dit ook gebeurt.

Twee continuïteitsbalken: één voor behandeling en één voor toezicht

De Raad geeft in overweging om de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden uit te werken aan de hand van nieuw te introduceren 'continuïteitsbalken': één voor behandeling, zorg en begeleiding en één voor toezicht in engere zin².

1. In de behandelings- en zorgbalk worden de verschillende, bij voorkeur overlappende en goed op elkaar aansluitende activiteiten van zorgverleners³ genoemd. Ook behandelings- en begeleidingstaken die door de reclassering worden uitgevoerd, worden in deze balk genoemd. Zo wordt de continuïteit van zorg nauwkeurig beschreven en worden overdrachten en samenwerking bevorderd.
2. De toezichtbalk bevat per fase de verantwoordelijke instantie voor uitoefening van toezicht in engere zin. Hier worden de verschillende taken, zoals de controle op het naleven van het behandelplan, het signaleren van risicofactoren en het melden van terugval/recidive, duidelijk vastgelegd.

Het gebruik van continuïteitsbalken kan resulteren in een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot toezicht en zorg tussen de betrokken organisaties per fase van de maatregel. Daarnaast kunnen continuïteitsbalken van nut zijn bij het onderscheiden van de behandeling en het toezicht. Als deze onvoldoende worden onderscheiden bestaat immers het risico dat behandeling en toezicht te zeer met elkaar worden verweven, waardoor de zelfstandige functie van beide onderdelen verloren kan gaan.

Het gebruik van continuïteitsbalken kan ook bijdragen aan de vormgeving van het toezicht. In duur uitgewerkte trajecten kunnen kaders aanreiken voor een geleidelijke en verantwoorde afbouw van de behandeling en/of het toezicht, als deze is geïndiceerd. Verder bieden ze indicaties voor een tijdige door- en uitstroom en vormen ze een instrument voor het waarborgen van continuïteit in de zorg en het toezicht. Bij het opstellen van continuïteitsbalken kunnen de in paragraaf 2.2 voorgestelde zorgconcepten van pas komen. Zorgconcepten geven immers ook indicaties over het vereiste niveau van zorg en toezicht, zowel per fase van de maatregel als per instelling.

Tot slot wordt opgemerkt dat voor continuïteit van zorg en toezicht meer nodig is dan het aanwijzen van plaatsvervangers bij uitval of vertrek van collega's. Er moet aan verschillende voorwaarden worden voldaan: een gelijke visie binnen het team, een goed functionerend team, goede informatieoverdracht, passende facilitaire voorzieningen en goede organisatorische afspraken. Alleen als ook aan deze randvoorwaarden wordt voldaan, kan continuïteit in het toezicht en de behandeling worden gegarandeerd.

Het in paragraaf 2.7 nader te bespreken uitgangspunt rond nazorg is op dit punt van invloed. Hier wordt

² Zie bijlage 1 voor een schematische uitwerking van de continuïteitsbalken.

³ Dit betreft de klinische, de transmurale en de extramurale fase.

volstaan met de opmerking dat de continuïteitsbalken voor bijvoorbeeld een chronisch psychotische patiënt naast 'toezicht' ook daadwerkelijk een langdurige (of blijvende) periode van nazorg omvatten⁴.

Ketensamenwerking vraagt om een heldere taakverdeling

Ketensamenwerking is een belangrijk uitgangspunt bij het forensisch psychiatrisch toezicht. Het belang ervan ligt onder meer in de continuïteit van behandeling en toezicht, waardoor tbs-gestelden minder risico lopen om terug te vallen. Bovendien kunnen alle betrokkenen zich richten op einddoelen, wat bijdraagt aan het succes van de maatregel. In de voorgaande paragraaf is al gewezen op de noodzaak om de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de forensisch psychiatrische centra en reclassering nader uit te werken. Deze noodzaak geldt ook voor de samenwerking met ander ketenpartners. Zonder een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling bestaat er enerzijds kans op dubbel werk en anderzijds ruimte om taken te laten liggen of verantwoordelijkheden af te schuiven. Hierdoor zullen partijen eerder samenwerking willen mijden.

In de beleidsplannen wordt een betere samenwerking met lokale overheden en semi-particuliere organisaties genoemd. Welke organisaties worden hier bedoeld en waar ligt het belang van een onderscheid tussen overheid en semi-particuliere organisaties? Als samenwerking met deze organisaties van belang is, zullen de samenwerking en de taakverdeling in ieder geval goed moeten worden uitgewerkt. Daarbij stelt de Raad voor om aan te dringen op contactfunctionarissen bij de gemeenten. Een vast aanspreekpunt maakt gemeenten beter toegankelijk. Daarnaast kan een contactfunctionaris zich specialiseren op het terrein van de forensische zorg, voor zover dat voor zijn werk nodig is. Meer in het algemeen ontstaat de vraag of gemeenten zijn voorbereid op een eventuele taak bij het begeleiden van tbs-gestelden en of de kennis bij gemeentefunctionarissen daarvoor toereikend is.

Met het oog op samenwerking wordt in de procesbeschrijving voorgesteld om meer dan voorheen een beroep te doen op het sociale netwerk van de tbs-gestelde. De Raad vindt dit een zware morele verplichting voor personen uit het sociale netwerk. Medewerking mag worden gevraagd, maar kan niet altijd worden verwacht. Het mag in geen geval worden afgedwongen. Dit zal voor alle betrokkenen duidelijk moeten zijn.

Goede informatie-uitwisseling

De geleidelijke overdracht van verpleegden aan de reclassering en de nauwe betrokkenheid van forensisch psychiatrische centra tijdens het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging kunnen niet tot stand komen zonder betrouwbare informatie van de wederpartij. Maar ook andere vormen van ketensamenwerking zijn afhankelijk van een goede informatie-uitwisseling, waaronder risicosignaleringen en incidentmeldingen. In de beleidsplannen wordt daarom terecht de noodzaak van goede informatie-uitwisseling benadrukt. Bovendien wordt een informatieplicht voorgesteld. De Raad onderschrijft deze voornemens, maar plaatst enkele kanttekeningen.

Het 'wie, wat en wanneer' bij het uitwisselen van informatie en het signaleren van risico is onduidelijk. Het is bijvoorbeeld niet bekend voor welke gegevens een haal- of brengplicht geldt. Ook is het onduidelijk welke risico's en overtredingen altijd moeten worden gemeld en bij wie. Deze punten moeten worden vastgelegd in de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de instructies voor de betrokken functionarissen. Daarnaast kan meer duidelijkheid worden gegeven in de toezichtplannen of in de terugvalpreventie- en

⁴ Deze nazorg kan eventueel vorm krijgen in het kader van 'Assertive Community Treatment' of een ACT-team. Bijlage 2 bij dit advies bevat een toelichting op deze vorm van behandeling.

risicomanagementplannen. Het initiatief voor de gegevensuitwisseling zal in eerste instantie moeten uitgaan van medewerkers van justitiële inrichtingen. Het ministerie kan hier actief op sturen.

De bescherming van persoonsgegevens begrenst het uitwisselen van informatie. Het is noodzakelijk om de wettelijke gronden voor het verstrekken van justitiële informatie en patiëntendossiers goed uit te zoeken en in de beleidsstukken toe te lichten. Het is van belang dat behandelaars en reclasseringswerkers in hun opleiding met de wettelijke mogelijkheden en beperkingen voor gegevensuitwisseling leren omgaan.

2.4. Rechtspositie van tbs-gestelden staat onder druk

De Raad voorziet een uitholling van de rechtspositie als er geen uitzonderingen worden toegestaan op het uitgangspunt dat tbs-gestelden iedere fase van de maatregel doorlopen. Sommige tbs-gestelden zullen anders onnodig een fase van de behandeling of het toezicht moet doorlopen, ook als er geen behandelings- en/of beveiligingsindicaties zijn. Dit is strijdig met het uitgangspunt van maatwerk. Behandelaars en toezichthouders dienen samen over de noodzaak van iedere fase van de behandeling en het toezicht te beslissen. Hiertoe zullen zij moeten beschikken over voldoende deskundigheid en ervaring.

2.5. Controle op toezichthouders

In de beleidsplannen ontbreken controlemechanismen voor toezicht op de toezichthouders. De Raad geeft in overweging om een vorm van gelaagd toezicht op de uitvoering van het forensisch psychiatrisch toezicht te onderzoeken. Het samenstel van toezicht wordt als volgt opgebouwd⁵:

1. toezicht op tbs-gestelde door de directe zorgverleners en behandelaars; dit betreft adequate signalering door behandelaars en begeleiders ingeval zich risicosymptomen of recidiverisico's voordoen;
2. toezicht 'naast' het behandelstelsel, bijvoorbeeld door een reclasseringswerker die niet direct bij de behandeling betrokken is; dit is het toezicht op het naleven van de voorwaarden door de tbs-gestelde: het forensisch psychiatrisch toezicht in engere zin;
3. toezicht op behandelaars, toezichthouders en de organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van het forensisch psychiatrisch toezicht. Dit betreft toezicht op de aangeboden zorg en behandeling: wordt het vastgestelde plan uitgevoerd? Dit is een vorm van systeemcontrole. Een onafhankelijke organisatie beoordeelt het functioneren van zorgverlenende en toezichthoudende instanties.

De laatste twee vormen van toezicht zijn belangrijke instrumenten, onmisbaar wegens het verlengen van de toezichttermijnen. De verhoudingen tussen de tbs-gestelde enerzijds en de behandelaars en toezichthouders anderzijds zullen immers na verloop van tijd door gewenning aan bepaalde patronen en het oprekken van grenzen minder 'scherp' kunnen worden. Bij lange toezichttermijnen zal dit veel meer dan voorheen gaan spelen.

In de lijn van de tweede vorm van toezicht introduceren de reclasseringsorganisaties een nieuwe werkwijze bij het forensisch psychiatrisch toezicht: duo-begeleiding. Deze werkwijze voorziet in het optreden van een alfa- en een bètabegeleider. De alfabegeleider is verantwoordelijk voor het dagelijkse toezicht. De bètabegeleider kijkt over de schouder van de alfabegeleider mee en stelt zich kritisch op, onder andere om de alfabegeleider

⁵ Voor nadere uitwerking zie Van Veldhuizen, Berkhout en Horsman, *Check, check en doublecheck, Proces 2006/5*.

scherp te houden. Ook kan de bètabegeleider bij ziekte of afwezigheid inspringen. In dat geval wordt een nieuwe bètabegeleider aangewezen. De Raad waardeert het bijzonder dat de drie reclasseringsorganisaties deze werkwijze gezamenlijk hebben ontwikkeld.

Als derde laag van toezicht stelt de Raad systeemcontrole voor. Dit is toezicht op de werkwijze en organisatie van de toezichthoudende instellingen. Bij deze vorm van toezicht wordt gecontroleerd of daadwerkelijk uitvoering wordt gegeven aan het vastgestelde behandelplan. Dit toezicht is nodig omdat nogal eens blijkt dat niet zozeer de onder toezicht gestelde persoon zich niet aan alle verplichtingen houdt, maar dat ook hulpverleners en toezichthouders van de vastgestelde aanpak afwijken.

2.6. De opleiding van reclasseringswerkers: noodzaak van specialisatie

De reclasseringsorganisaties zullen taakspecialisten inzetten voor het forensisch psychiatrisch toezicht. Omdat deze reclasseringswerkers over specifieke kennis en competenties moeten beschikken, krijgen zij scholing in forensische psychiatrie, psychopathologie en risicomanagement. Een goed voornemen, waarbij de Raad erop wijst dat scholing en specialisatie ronduit noodzakelijk zijn. De duo-begeleiding, de langere toezichttermijnen en nieuwe taken bij behandeling van tbs-gestelden kunnen niet goed worden uitgevoerd zonder scholing en verdere specialisatie. Het is belangrijk dat voortvarend uitvoering wordt gegeven aan de scholingsprogramma's.

2.7. Doorlopende nazorg op grond van een voorwaardelijke machtiging

Het is goed dat de fase van de voorwaardelijke beëindiging in principe ook de nazorg zal omvatten. De definitie van nazorg is echter nog onvoldoende uitgewerkt. Hierbij realiseert de Raad zich dat de definities en werkwijzen tijdens de testfase nog worden uitgewerkt en aangepast. Na de testfase zal de definitie helder moeten zijn.

Voor een groot aantal verpleegden zal ook na het doorlopen van alle fasen van de tbs-maatregel en het volledig benutten van de maximale duur van de maatregel een vorm van zorg nodig blijven. Deze zorg zal vaak bestaan uit een combinatie van care, cure en participatie⁶, bijvoorbeeld in de vorm van langdurig gebruik van medicijnen, gecombineerd met begeleiding en ondersteuning vanuit het sociale netwerk. Deze vorm van langdurige zorg zal soms moeten worden voortgezet op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) of de Wet onvrijwillige zorg, die de Wet Bopz zal vervangen. Als de langlopende nazorg een gedwongen kader vergt, heeft het de voorkeur van de Raad om – indien nodig en mogelijk – het toezicht na het beëindigen van de maatregel voort te zetten op grond van een *voorwaardelijke* machtiging, in plaats van een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf, zodat opname in een ggz-instelling kan worden voorkomen.

2.8. Evaluatie en verdere ontwikkeling van forensische psychiatrisch toezicht

De invoering van forensisch psychiatrisch toezicht wordt door verschillende kwaliteitsinstrumenten omgeven. Voorafgaand aan het beleidskader is een pilot Forensisch psychiatrisch toezicht uitgevoerd. De definitieve implementatie van forensisch psychiatrisch toezicht wordt voorafgegaan door een testfase, met ondersteuning

⁶ Zie ook het advies van de Sociaal-Economische Raad, *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*. In dit advies wordt gesteld dat een gebrek aan zorginhoudelijke en logistieke samenhang in de zorg ten koste gaat van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

van een klankbordgroep, en in de komende jaren zal er een procesevaluatie worden uitgevoerd. De Raad oordeelt positief over deze initiatieven en kijkt uit naar de resultaten van zowel de klankbordgroep als van de procesevaluatie.

De testfase geeft gelegenheid om 'best practices' en positieve en negatieve ervaringen te delen. Zoals de Raad begrijpt, zullen de ervaringen worden gebruikt om het landelijke samenwerkingsconvenant tussen de forensisch psychiatrische centra en de reclasseringsinstellingen, evenals de OM-aanwijzing *Tbs met voorwaarden en voorwaardelijke beëindiging tbs met dwangverpleging* aan te passen. De Raad ziet voordelen van een testfase, maar merkt op dat uitstellen van een nadere uitwerking niet tot afstel mag leiden. Bij het afronden van de testfase zal het forensisch psychiatrisch toezicht daadwerkelijk moeten worden uitgewerkt.

Het forensisch psychiatrisch toezicht heeft nog geen definitieve vorm. De Raad wijst in dit kader op het model van een 'lerende toezichtpraktijk'. In dit model worden ervaringen uit de praktijk benut om in een doorlopend proces vorm te geven aan de uitvoering van het toezicht. Vooral bij een nieuwe werkwijze, die zowel een nauwe samenwerking als wezenlijk langere toezichttermijnen omvat, kan blijvende aandacht voor verbeteringen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van het toezicht.

Een belangrijke voorwaarde voor een lerende praktijk is dat de betrokken instellingen, in dit geval de forensisch psychiatrische centra en de reclassering, hun gegevens beschikbaar stellen en dat deze worden gebundeld voor onderzoek. Als de Minister kiest voor een lerende toezichtpraktijk geeft de Raad in overweging de zorg hiervoor neer te leggen bij één organisatie, die een centrale en onafhankelijke positie in het veld inneemt.

Bronvermelding

Abraham, M., Van Dijk, B., Zwaan, M., *Inzicht in toezicht. De uitvoering van toezicht door de reclassering*, DSP-Groep, WODC, Den Haag, 2007.

Bovenberg, F., Klaver, J., Arends M., Marle, J. van, Gras, H., *(F)act en forensisch psychiatrische patiënten. Internationale ontwikkelingen en de eerste ervaringen met een forensisch ACT-team in Drenthe*, Handboek FACT, red. Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D., Os, J. van, De Tijdstroom, Utrecht, 2008.

College Procureurs Generaal, *Aanwijzing TBS met voorwaarden en voorwaardelijke beëindiging TBS met dwangverpleging*, Den Haag, Staatscourant 2006, 202.

Gestel, B. van, Knaap, L.M. van der, Hendriks, A., *Toezicht buiten de muren. Een systematische review van extramuraal toezicht op tbs-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland*, Cahier 2006-2, m.m.v. Kogel, C.H. de, Nagtegaal, M.H., Bogaerts, S., WODC, Den Haag, 2006.

Inspectie Sanctietoepassing, *Reclasseringstoezicht veroordeelden met tbs met voorwaarden*, Den Haag, mei 2006.

Kogel, C.H. de, Nagtegaal, M.H., *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanisme*. WODC, Den Haag, 2008.

Meyer, J., *Evaluatierapport forensisch psychiatrisch toezicht voor tbs-gestelden*, EFP, Utrecht, 2006.

Projectgroep fpt (DSP, DJI, 3RO), *Plan van aanpak forensisch psychiatrisch toezicht*. Ministerie van Justitie, Den Haag, 18 maart 2008.

Projectgroep fpt (DSP, DJI, 3RO), *Procesbeschrijving forensisch psychiatrisch toezicht*. Ministerie van Justitie, Den Haag, 18 maart 2008.

Reclassering Nederland, *Beleidskader Tbs-casuïstiekoverleg 3RO*, Utrecht, 17 juli 2007.

Reclassering Nederland, *beleidsmemo over verdubbeling normering toezicht op tbs'ers*, Utrecht, 13 juli 2007.

RSJ, *Het tbs-systeem na het parlementaire onderzoek*, Den Haag, 13 oktober 2006.

Sociaal-Economische Raad, *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*, adviesnummer 2008/03, Den Haag, 18 april 2008.

Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 28 564, nrs. 5 en 6, *Tbs, over vandaag, gisteren en morgen*.

Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 9. Kabinetsreactie op het rapport *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*.

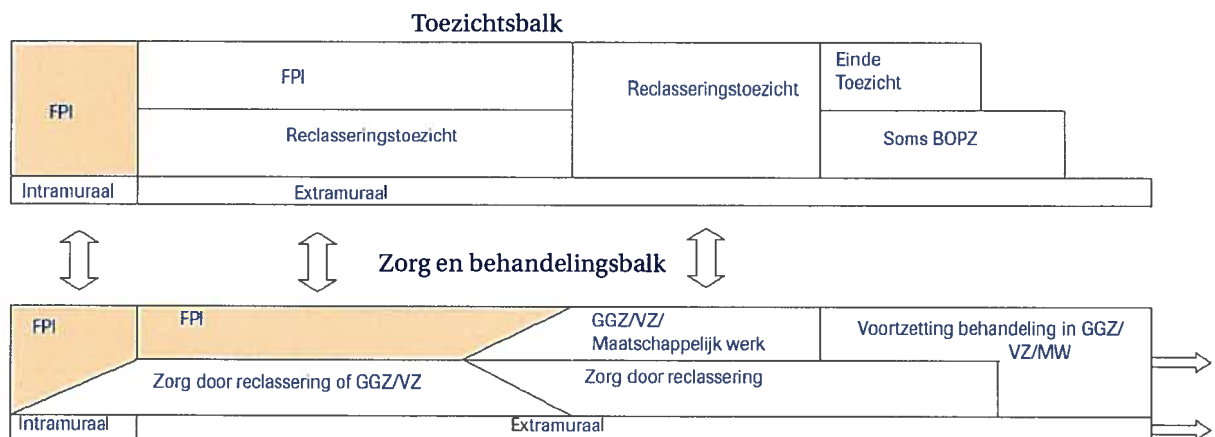
Veldhuizen, J.R. van, Berkhout, J.J. en Horsman, L. Th., *Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: check, check, double check*. Proces, 2006/5.

Bijlage 1, Schematische weergave continuïteitsbalken

In paragraaf 2.3 is voorgesteld om het forensisch psychiatrisch toezicht per patiënt nader uit te werken met behulp van continuïteitsbalken: één voor het toezicht en één voor de zorg en behandeling. Hieronder wordt een vereenvoudigde weergave van de continuïteitsbalken gegeven.

Continuïteitsbalken bij een overgang van intramurale naar ambulante behandeling

Gedurende de behandeling en zorg is de continuïteit essentieel. Het werken met continuïteitsbalken draagt er aan bij dat de zorg beter zal aansluiten. Een goede informatie-uitwisseling tussen de behandelaars en toezichthouders vormt een bijkomende voorwaarde voor het werken met continuïteitsbalken.



Continuïteitsbalken maken de rol van de verschillende organisaties inzichtelijk. Tijdens de extramurale periode kunnen de zorg en behandeling gefaseerd door verschillende organisaties worden geboden. Een patiënt kan bijvoorbeeld eerst een transmuraal programma van een forensisch psychiatrische inrichting doorlopen en in een latere fase doorstromen naar de ggz. In de extramurale fase kan ook de (verslavings) reclassering nog een behandelende taak hebben. Uiteindelijk zullen na het vervallen van de toezichtsgrond vaak de zorg en behandeling in ggz/verslavingszorg doorgaan.

Bijlage 2, ACT en FACT

Voordelen van Assertive Community Treatment (ACT) en Functie ACT voor behandeling buiten de kliniek

Forensisch psychiatrisch toezicht gaat uit van ketensamenwerking en multidisciplinair toezicht. Het laatste houdt in dat ook de forensische poliklinieken en andere ggz-instellingen een rol krijgen bij het toezicht op tbs-gestelden. Bovendien moeten tbs-gestelden snel met verschillende deskundigen uit een multidisciplinair team, zoals een psycholoog, een psychiater of arbeidsdeskundige, in contact kunnen worden gebracht. Deze voornemens vertonen sterke gelijkenissen met de principes van de Assertive Community Treatment of ACT. Dit is een intensieve ambulante behandel- en begeleidingsmethode voor mensen met chronische, ernstige psychiatrische problematiek in combinatie met problemen als verslaving, dakloosheid en werkloosheid. De patiënten krijgen verschillende vormen van zorg en begeleiding vanuit één multidisciplinair team, met ondermeer een psychiater, maatschappelijk werker, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een activiteitenbegeleider. De zorg wordt aangeboden in de eigen omgeving. Daarvoor is het ACT-team zeven dagen per week bereikbaar. ACT wordt binnen de ggz toegepast om patiënten met complexe psychiatrische problemen buiten de kliniek te behandelen. ACT richt zich de facto op de 20% meest ernstig bedreigde patiënten uit de Langdurende Psychiatrie, die continu risico lopen het contact met de zorg te verliezen, opnieuw psychotisch (en dus mogelijk delictgevaarlijk) te worden en opnieuw opname nodig te hebben. In Nederland is een variant ontwikkeld op ACT. De zogenaamde Functie ACT (FACT) teams richten zich op de gehele langdurig zorgafhankelijke populatie in de psychiatrie (LZ-populatie). In een bepaalde subregio of wijk zorgen FACT-teams dus voor alle langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Patiënten krijgen reguliere behandeling en begeleiding vanuit verschillende disciplines. Daarnaast is er veel aandacht voor de maatschappelijke inbedding (huisvesting, wonen). Indien een patiënt een recidief psychose dreigt te krijgen of anderszins grotere problemen toont (en daarmee de facto gaat behoren tot de groep die elders ACT krijgt), kan vanuit dit team exact dezelfde intensieve zorg worden geboden als in een ACT team. Voordeel van FACT ten opzichte van ACT is de grote continuïteit van zorg en het meer wijkgericht werken.

Inmiddels wordt op verschillende plaatsen in Nederland (Assen, Utrecht, Rotterdam en Alkmaar) gezocht naar een optimale inbedding van de forensische deskundigheid in dergelijke teams. Voor forensisch psychiatrische patiënten kan een ACT- of FACT team dan worden uitgebreid met deskundigen op het terrein van forensische psychiatrie en verslavingszorg. In dat geval spreekt men van Forensic Assertive Community Treatment (FOR-ACT) of Forensic FACT (FOR-FACT). Bij een FOR-ACT team zal de specialisatiegraad ten aanzien van het forensische aspect sterker geaccentueerd kunnen worden dan in een FOR-FACT team. Echter in ruraal gebied zullen bij FOR-ACT de reistijden snel kunnen oplopen ten opzichte van FOR-FACT. Voor- en nadelen zullen moeten worden bestudeerd.

Hieronder de belangrijkste uitgangspunten van (F)ACT op een rij:

- zorg en begeleiding wordt grotendeels in de eigen omgeving van patiënten aangeboden;
- een ruim aantal hulpverleners (ca. 10) is intensief bij een patiënt betrokken;
- de hulpverlening is multidisciplinair, intensief en outreachend;
- hulpverleners hebben een caseload van ca. één op tien;
- hulpverleners zijn op ieder moment van de dag bereikbaar;
- meerdere hulpverleners bouwen een vaste relatie op met de patiënt;
- voor justitiabelen worden hulpverleners uit de forensische psychiatrie en de verslavingszorg aan het team toegevoegd.

