



Tbs uit het gevangeniswezen

Advies 23 december 2009

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Aanleiding	7
Conclusies en aanbevelingen	9
1. Kenmerken van tbs-capaciteit in het gevangeniswezen	11
1.1 Beschrijving van de afdelingen in de periode van het bezoek van de Raad	11
1.2 Veronderstelde voordelen van tbs-plaatsen in het gevangeniswezen	13
1.3 Veronderstelde nadelen van tbs-plaatsen in het gevangeniswezen	15
2. Beoordeling en aanbevelingen	17
2.1 Alleen als tijdelijke noodcapaciteit	17
2.2 Vertragende schakel in een niet goed functionerende keten	17
2.3 De voordelen zijn niet uniek voor het gevangeniswezen	18
2.4 Motivatie als onderdeel van de behandeling	18
2.5 Schaalgrootte telt! Kleinere afdelingen sluiten	19
2.6 Geen nieuwe patiënten samenplaatsen met vastgelopen patiënten	19
Bronvermelding	21

Samenvatting

De tbs-capaciteit in het gevangeniswezen is gecreëerd als een noodmaatregel om het hoofd te bieden aan de capaciteitsproblematiek in de tbs-sector. Onder de aanname dat de tbs-plaatsen in het gevangeniswezen slechts als tijdelijk noodcapaciteit zouden worden gebruikt, heeft de Raad in 2006 positief geadviseerd over deze uitbreiding. In 2009 bezocht de Raad vier afdelingen om te zien hoe deze plaatsen na enkele jaren in de praktijk vorm hebben gekregen.

Sinds 2006 tekent zich een duidelijke ontwikkeling af. De grootste afdelingen hebben een redelijk zelfstandige positie ten opzichte van de penitentiaire inrichtingen ontwikkeld en bieden een therapeutisch klimaat en behandelaanbod dat niet veel onder doet voor een forensisch psychiatrisch centrum (fpc). De kleinere afdelingen beschikken daarentegen niet over volwaardige behandelteams op locatie, waardoor het niveau van zorg niet telkens toereikend is. Bovendien zijn de kleinere afdelingen voor allerlei faciliteiten en organisatorische aspecten sterk afhankelijk van de penitentiaire inrichting die hen huisvest. Hierdoor blijven ook het therapeutisch klimaat en het aanbod van activiteiten achter. De beperkingen van de kleinere afdelingen gelden in meer of mindere mate voor alle fasen van de tbs-maatregel.

De afdelingen in het gevangeniswezen worden ondermeer ingezet om patiënten bij wie de behandeling is vastgelopen te motiveren voor de behandeling. De Raad heeft twijfels over deze functie. Het motiveren van patiënten is een therapeutische vaardigheid, die niet afhankelijk zou moeten zijn van drang door achteruitgang in accommodatie of vrijheden. Als een patiënt zijn motivatie voor de behandeling verliest, dient hij door middel van een daarop toegespitste zorginterventie te kiezen voor behandeling.

De belangrijkste conclusie die de Raad trekt is dat het tenuitvoerleggen van tbs in een penitentiaire inrichting geen meerwaarde heeft. De veronderstelde voordelen kunnen ook, maar waarschijnlijk zelfs beter in fpc's worden gerealiseerd. In dit licht worden de voordelen eerder *ondanks* dan *dankzij* de penitentiaire inrichting tot stand gebracht. Daarnaast blijkt dat kleinere eenheden problemen hebben met de doorstroming. Hierdoor vormen zij een vertragende schakel in een toch al moeizame keten.

Vanwege de uiteenlopende nadelen stelt de Raad voor de kleinere afdelingen, met minder dan 40 plaatsen, te sluiten zodra dat mogelijk is. De grotere afdelingen kunnen blijven bestaan, mits aan verdere verbetering en onafhankelijkheid ten opzichte van de penitentiaire inrichtingen wordt gewerkt. Samenwerking met andere zorgaanbieders kan bij de verdere ontwikkeling van betekenis zijn. Echter, als verdere afbouw van tbs-capaciteit nodig blijkt, dient toch als eerste de keuze op de grotere afdelingen in het gevangeniswezen te vallen. Eventuele uitbreiding van de tbs-capaciteit in de toekomst dient alleen nog plaats te vinden in fpc's of in ggz-instellingen.

Aanleiding

Per 1 januari 2006 zijn zes locaties binnen het gevangeniswezen aangewezen voor verpleging van tbs-patiënten. De staatssecretaris van Justitie zag zich hiertoe genoodzaakt naar aanleiding van twee uitspraken van het Europese Hof van de Rechten van de Mens¹. In die uitspraken stelde het Hof beperkingen aan de oplopende wachttijden van tbs-passanten.² De tbs-plaatsen in het gevangeniswezen zijn in de vorm van een tender aan vier fpc's uitbesteed. De tender heeft een looptijd van zeven jaar. Dat betekent dat deze op 31 december 2012 afloopt.

De Raad bezocht de tbs-afdelingen in het gevangeniswezen op het moment dat circa de helft van de looptijd van de tender was verstreken. Naar de mening van de Raad was dit een goed moment om door eigen waarneming te beoordelen hoe de afdelingen het na ruim drie jaar doen. Na het uitbrengen van een kritisch advies in 2006³ had de Raad zich dit voorgenomen. Daarnaast vormden rapporten van de Inspectie voor de Sanctietoepassing⁴ en Regioplan-WODC⁵ aanleiding voor een vervolgonderzoek. Op grond van het advies in 2006 onderschreef de Raad niet de conclusies in beide rapporten, die stellen dat tbs-capaciteit in het gevangeniswezen geen grote beperkingen oplevert voor de verpleging en behandeling van tbs-patiënten. Verder acht de Raad het moment geschikt om stil te staan bij de toekomst van deze afdelingen. In een periode waarin de capaciteitsproblematiek minder dringend is dan enkele jaren geleden en de tbs-sector te maken heeft met teruglopende wachttijden⁶, is herbezinning op de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen nodig.

¹ EHRM 11 mei 2004, 49902/99 (Brand), NJ 2005/57 en EHRM 11 mei 2004, 48865/99 (Morsink).

² In de zaken Brand en Morsink bepaalde het EHRM dat de wachttijd na ommekomst van de detentie niet meer dan 6 maanden mag zijn.

³ Advies Tbs in het gevangeniswezen, RSJ, 31 januari 2006.

⁴ Vervolgonderzoek Tbs in het gevangeniswezen, ISt en IGZ, april 2008

⁵ Tbs plaatsen in penitentiarie inrichtingen, Regioplan, januari 2008

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 29 452, nr. 122.

Conclusies en aanbevelingen

Begin 2006 adviseerde de Raad positief over de ingebruikneming van tbs-capaciteit in het gevangeniswezen, onder de aanname dat de plaatsen zouden dienen als tijdelijke noodopvang. Sindsdien is de wachttijd voor opname in de tbs door verschillende oorzaken afgenomen. Dit heeft tot gevolg dat er op termijn wellicht geen sprake meer is van een noodsituatie, waardoor de grond voor het voortbestaan van de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen wegvalt. Maar ook in het geval de wachtlijsten zouden blijven bestaan, wordt de capaciteit in het gevangeniswezen op principiële gronden afgewezen.

In 2009 zijn vier locaties bezocht. Daarbij zijn grote verschillen tussen deze locaties geconstateerd. De kleinere afdelingen beschikken niet over een volwaardig behandelteam op locatie, waardoor het niveau van zorg niet telkens toereikend is. Bovendien zijn de kleinere afdelingen voor allerlei faciliteiten en organisatorische aspecten sterk afhankelijk van de penitentiaire inrichting die hen huisvest. Mede hierdoor blijft het therapeutische klimaat en het aanbod van activiteiten achter. Als gevolg hiervan ontstaan in iedere fase van de behandeling onnodige beperkingen. De Raad stelt daarom voor de kleinere afdelingen, met minder dan 40 plaatsen, te sluiten zodra dat mogelijk is. De grotere tbs-afdelingen in het gevangeniswezen kunnen wel blijven bestaan, mits aan verdere verbetering en onafhankelijkheid ten opzichte van de penitentiaire inrichtingen wordt gewerkt. Dit neemt niet weg dat ook de grotere afdelingen moeten sluiten, zodra verdere afbouw van tbs-capaciteit mogelijk is. Als uitbreiding van tbs-capaciteit in de toekomst toch weer nodig is, dient dit alleen nog plaats te vinden in fpc's of in ggz-instellingen.

Afwezigheid of verlies van motivatie voor de behandeling is een centraal probleem binnen de tbs. Om dit probleem aan te pakken dienen speciaal daarop toegesneden (motiverende) interventies beter te worden ingezet. In dit kader is de enkele overplaatsing naar een minder geoutilleerde afdeling geen wenselijke interventie.

Aanbevelingen

- Maak alleen gebruik van afdelingen die een volledige behandeling kunnen aanbieden.
- Sluit de kleinere afdelingen en zorg dat de grotere afdelingen zich tot zelfstandige klinieken ontwikkelen. Sluit ook de grotere afdelingen zodra verdere afbouw van de tbs-capaciteit mogelijk is.
- Kies in de toekomst alleen nog voor uitbreiding van tbs-capaciteit in fpc's of ggz-instellingen.
- Zorg dat patiënten door middel van een daarop toegespitste interventie gemotiveerd blijven voor hun behandeling. Voorkom dat ongemotiveerde patiënten op tijdelijke afdelingen worden geplaatst uitsluitend om drang uit te oefenen.

1. Kenmerken van tbs-capaciteit in het gevangeniswezen

In juli, augustus en september 2009 bezocht de Raad vier penitentiaire inrichtingen met tbs-plaatsen, namelijk p.i. De Grittenborgh, p.i. Oosterhoek, p.i. Overmaze en p.i. Vught. Zodoende heeft de Raad het merendeel van de zes penitentiaire inrichtingen met tbs-plaatsen bezocht. Twee inrichtingen zijn niet bezocht. Daarvoor zijn verschillende redenen. Het project in p.i. Wolvenplein werd al begin 2009 beëindigd. Het was uitsluitend bedoeld als noodopvang gedurende bouwwerkzaamheden bij de Dr. Henri van der Hoevenkliniek. Na afronding van de verbouwing werd het project opgeheven. De andere inrichting die niet is bezocht is de voormalige justitiële jeugdinstelling De Corridor, waar de Pompestichting een nieuwe longstaykliniek heeft gebouwd. Door de nieuwbouw is in de praktijk geen sprake meer van het gebruik van de voormalige justitiële jeugdinstelling. Bovendien is de Pompestichting de enige gebruiker van het terrein. Daardoor is in feite geen sprake van tbs-plaatsen in het gevangeniswezen, maar veeleer van een zelfstandige tbs-kliniek.

1.1 Beschrijving van de afdelingen in de periode van het bezoek van de Raad

De samenwerking tussen fpc De Rooyse Wissel en p.i. Oosterhoek (Thebe)

Aantal plaatsen:	20
Doelgroep:	Alle patiënten, met uitzondering van zeer instabiele patiënten met ontwrichtend gedrag.
Zorg:	Opname en diagnose van patiënten met een seksuele en/of persoonlijkheidsstoornis (IQ > 80). Motivatie van patiënten die in een behandelimpasse (dreigen te) komen (IQ>80).
Behandeling:	Sociotherapie, diagnostiek & risicotaxatie, psychotherapie, psychiatrische behandeling, vaktherapie (drama en psychomotore therapie) en trainingen (tijdbesteding, leren en werken).

De afdeling in p.i. Oosterhoek is onderverdeeld in twee subafdelingen van gelijke omvang. Eén daarvan is bestemd voor de opname van nieuwe patiënten. De andere afdeling is bedoeld als motivatieafdeling voor ongemotiveerde patiënten van wie de behandeling in de kliniek is vastgelopen of dreigt vast te lopen. Een deel van de laatstgenoemde groep wordt voor herselectie aangeboden.

Het grootste knelpunt voor de afdeling is de grote afhankelijkheid van p.i. Oosterhoek en de kwetsbaarheid van het relatief kleine behandelteam, aldus de gesprekspartners. Verder vormt de soms oplopende verblijfsduur een risico voor de motivatie van patiënten.

De samenwerking tussen fpc De Rooyse Wissel en p.i. Overmaze (Aswan en Gizeh)

Aantal plaatsen:	44 (in de toekomst 66)
Doelgroep:	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (IQ > 80).
Zorg:	Volledige behandeling.
Behandeling:	Sociotherapie, diagnostiek & risicotaxatie, psychotherapie, psychiatrische behandeling, vaktherapie en trainingen (tijdbesteding, leren en werken).

In de toekomst zal De Rooyse Wissel op de locatie Overmaze nauw samenwerken met het Penitentiair Psychiatrisch Centrum. De Rooyse Wissel zal de begeleiding en behandeling voor zowel verpleegden als gedetineerden verzorgen. DJI is verantwoordelijk voor het pand, de faciliteiten en de beveiliging. Deze dependance van De Rooyse Wissel heeft een eigen directie.

Naar het oordeel van zowel het personeel als de patiënten is de zeer lange overgangperiode als gevolg van een ingrijpende verbouwing het grootste nadeel binnen p.i. Overmaze. Dit lijkt ook mede de oorzaak van een groot verloop onder het personeel, aldus de medewerkers.

De samenwerking tussen de Pompestichting en p.i. Vught (Linge Vught)

Aantal plaatsen:	24 behandelplaatsen en 48 longstay-plaatsen
Doelgroep:	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (IQ > 80).
Zorg:	Opname en diagnose van patiënten met een seksuele stoornis of persoonlijkheidsstoornis & crisis- en terugvalplaatsing. Verpleging van patiënten met een complexe persoonlijkheidsproblematiek en tevens een longstay-indicatie (48 plaatsen).
Behandeling:	Sociotherapie, diagnostiek & risicotaxatie, psychotherapie, psychiatrische behandeling, vaktherapie (bewegingsagogie), delictanalyse.

Van de 72 plaatsen zijn er 48 bestemd voor longstay-patiënten. Meestal zijn dit patiënten met een complexe persoonlijkheidsstoornis, die meer structuur en begeleiding nodig hebben. De opnameafdeling wordt gebruikt voor de diagnose en motivatie van nieuwe patiënten met een seksuele stoornis (12 plaatsen), danwel een antisociale of narcistische persoonlijkheidsstoornis (12 plaatsen).

De beperkte doorstroming naar de kliniek vormt naar het oordeel van alle betrokkenen het grootste knelpunt voor de opnameafdeling. De verblijfsduur loopt al snel op tot anderhalf jaar. Dit demotiveert patiënten.

De samenwerking tussen fpc Veldzicht en p.i. De Grittenborgh (Grittenveld)

Aantal plaatsen:	22
Doelgroep:	Alle patiënten.
Zorg:	Opnameafdeling voor nieuwe patiënten & motivatieafdeling voor patiënten die in hun behandeling zijn vastgelopen. Verder dient de afdeling als transitieafdeling voor patiënten die naar een andere kliniek worden overgeplaatst, bijvoorbeeld bij ruiling of herselectie.
Behandeling:	Sociotherapie, diagnostiek & risicotaxatie, psychiatrische behandeling en arbeidstraining.

Op afdeling Grittenveld verblijven verschillende categorieën van patiënten. Er zijn nieuwe patiënten die

worden voorbereid op behandeling in de kliniek. Andere patiënten wachten op een behandelplaats nadat zij vanuit een andere kliniek voor herselectie zijn aangeboden, al dan niet nadat hun behandeling is vastgelopen. Zij wachten op afronding van de procedure.

Een gebrek aan een behandelvisie en een heldere omschrijving van de doelgroep worden door medewerkers van de afdeling als grootste knelpunten genoemd. Bovendien verklaren zowel de medewerkers als de patiënten dat er slechts in zeer beperkte mate sprake is van behandeling. Verder is de afdeling organisatorisch sterk afhankelijk van p.i. De Grittenborgh. Hierdoor duurt het lang voordat basale voorzieningen rond de rechtspositie van patiënten zijn geregeld. Verder kan de duur van een herselectie flink oplopen, soms tot meer dan twee jaar, aldus patiënten.

De samenwerking tussen de Pompestichting en j.j.i. De Corridor

Aantal plaatsen:	88
Doelgroep:	Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder kwetsbare patiënten (bijvoorbeeld psychotici en zedendelinquenten), met een longstay-indicatie.
Zorg:	Verpleging is gericht op een humaan verblijf en rehabilitatie van patiënten.
Behandeling:	Sociotherapie, diagnostiek & risicotaxatie, psychotherapie, psychiatrische behandeling en vaktherapie (bewegingsagogie).

Door nieuwbouw en een volledig doorgevoerde verzelfstandiging is de kliniek op het terrein van de voormalige justitiële jeugdinstelling De Corridor niet langer afhankelijk van DJI. De kliniek is hierdoor niet te vergelijken met andere locaties met tbs-capaciteit in het gevangeniswezen. De Raad heeft de kliniek daarom niet bezocht. De elders gesignaleerde knelpunten doen zich waarschijnlijk niet of maar in beperkte mate voor, juist omdat de kliniek het terrein en de bedrijfsvoering niet met anderen deelt.

De samenwerking tussen Dr. Henri van der Hoevenkliniek en p.i. Wolvenplein (tot december 2008)

Aantal plaatsen:	12
Doelgroep:	Psychotische patiënten.
Zorg:	Behandeling van psychiatrisch kwetsbare patiënten met behulp van elementen van de therapeutische gemeenschap.
Behandeling:	Sociotherapie, diagnostiek & risicotaxatie, psychiatrische behandeling, psychotherapie, arbeidstraining en vaktherapie.

In p.i. Wolvenplein werd tot eind 2008 een kleine groep tbs-patiënten behandeld. De afdeling was bestemd voor psychotische patiënten die op de afdeling een volledig diagnostisch en behandeltraject doorliepen. De afdeling diende als noodcapaciteit, in afwachting van de oplevering van nieuwbouw bij de Dr. Henri van der Hoevenkliniek.

1.2 Veronderstelde voordelen van tbs-plaatsen in het gevangeniswezen

Tijdens de bezoeken aan de vier bovengenoemde afdelingen sprak de Raad met tbs-patiënten, behandelend personeel en directieleden. Deze gesprekspartners constateerden verschillende voordelen rond de tenuitvoeringlegging van de tbs-maatregel in een penitentiaire inrichting. In deze paragraaf worden de voordelen kort weergegeven. De nadelen komen in de volgende paragraaf aan bod.

Starten met de behandeling

Het belangrijkste voordeel van de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen ligt voor de hand: de extra plaatsen hebben een snelle uitbreiding van de tbs-capaciteit mogelijk gemaakt. Hier hebben patiënten voordeel van gehad omdat hun behandeling eerder is begonnen. Hier zijn bijna alle geïnterviewden het over eens.

Motiveren van patiënten

Een voordeel waar sommige gesprekspartners op wezen zou liggen in het motiveren van patiënten. Plaatsing in het gevangeniswezen kan patiënten aanzetten om weer aan de behandeling mee te werken. Doordat bepaalde eigenschappen van een behandelafdeling missen en omdat het afdelingsklimaat, de bewegingsvrijheid en faciliteiten in de regel onder het niveau van een fpc liggen, zou het verblijf op een afdeling in het gevangeniswezen patiënten er toe kunnen zetten de behandeling weer op te pakken. Dit zou met name gunstig zijn bij patiënten met een complexe (persoonlijkheids)problematiek. Veel andere gesprekspartners delen deze visie niet.

Overgangsvoorziening

De gevangenis zou volgens enkele gesprekspartners een geschikte plek zijn om de overgang vanuit detentie naar behandeling te maken. Een stapsgewijze overgang geeft gelegenheid om de bajescultuur, waar machogedrag en beveiliging domineren, te ontwennen. Tegelijkertijd kunnen patiënten toegroeien naar een behandelklimaat. Een klimaat dat zich juist kenmerkt door relatief veel autonomie en een sterke nadruk op interpretatie en beoordeling van gedrag. In dit kader biedt een opnameafdeling in een penitentiaire inrichting uitkomst. Doordat niet alle gedragingen meteen worden geïnterpreteerd en tot rapportage leiden, kunnen patiënten zich vrijer uitdrukken en meer ontspannen handelen, wat de overgang naar de behandeling uiteindelijk bespoedigt. Een dergelijke overgangsperiode is vooral geschikt voor patiënten met een gecompliceerde persoonlijkheidsstoornis, menen enkele gesprekspartners. Deze redenering wordt op één locatie nadrukkelijk genoemd. Elders wordt dit voordeel sterk gerelativeerd of zelfs betwijfeld. Op één locatie werd naar voren gebracht dat plaatsing op een opnameafdeling de stabilisatie van patiënten kan bevorderen. Een penitentiaire inrichting biedt meer structuur en regelmaat. Daarnaast zou de invoer van drugs beter te controleren zijn. Op andere locaties is dit argument in twijfel getrokken.

Start van de behandeling in een afgeschermd omgeving

Enkele gesprekspartners verklaarden dat vooral zedendelinquenten baat hebben bij het bestaan van een opnameafdeling, waar de behandeling in een afgeschermd omgeving begint. Dit pleit echter vooral voor een aparte opnameafdeling, maar niet zo zeer voor een afdeling binnen een penitentiaire inrichting, zo laten de gesprekspartners weten.

Korte lijnen

Organisatorisch gezien bieden de afdelingen in het gevangeniswezen voordelen. Door de kleinere omvang en de afstand tot de moederkliniek ervaren de medewerkers minder bureaucratie. Daarnaast zijn de communicatielijnen binnen de afdeling kort, zowel in de richting van het management als in de richting van de patiënten. Door de combinatie van beide voordelen kunnen de medewerkers sneller en creatiever handelen. Dit zou gunstig zijn voor de behandeling: signalen van patiënten worden snel opgepakt, waarna zorg en begeleiding relatief snel aan de situatie kunnen worden aangepast. Bovendien komen de medewerkers tijdens het bezoek makkelijker in contact met familie en vrienden. Deze contacten zijn onder meer gunstig

voor de behandeling.

Kortom, in vergelijking met de situatie in de moederkliniek is het regelen van zaken binnen de afdeling doorgaans eenvoudiger. Medewerkers vinden dit een belangrijk bijkomend voordeel. Wel merken zij op dat het regelen van zaken met DJI veel moeizamer verloopt.

1.3 Veronderstelde nadelen van tbs-plaatsen in het gevangeniswezen

Naast de voordelen komen uit de gesprekken ook allerlei nadelen naar voren. De Raad ziet hierbij als belangrijkste uitkomst dat de gesprekspartners vrijwel zonder uitzondering zouden kiezen voor sluiting van de afdelingen, als er voldoende behandelplaatsen in fpc's beschikbaar zouden zijn⁷.

Beperkingen voor verpleging en behandeling

Door de relatief kleine omvang van de tbs-afdelingen in het gevangeniswezen is er op een aantal locaties geen volledig (eigen) behandelteam beschikbaar. De behandelaars komen voor een aantal dagdelen vanuit de moederkliniek. Hiervoor moeten zij doorgaans een flinke afstand afleggen. Als gevolg hiervan zijn behandelaars niet altijd op ieder gewenst moment beschikbaar. Dit hindert soms het werk. Meer in het algemeen zijn de kleinere teams kwetsbaar bij uitval van personeel, want invalkrachten zijn niet zo snel voorhanden. De gesprekspartners gaven aan hiervan beperkingen in het werk te ondervinden.

Beperkingen in outillage en dagprogramma

Zolang het gebouw en het terrein met de DJI worden gedeeld, blijft de beheersmatige cultuur van het gevangeniswezen botsen met de eisen die een therapeutisch klimaat stelt aan de omgeving. Dit geldt met name op de kleinere afdelingen. Het aanbod van algemene activiteiten, zoals sport of recreatie, ligt daar al snel onder het niveau van dat in de fpc's. Ook de bewegingsvrijheid en het luchten zijn vaak sterk gelimiteerd. In het algemeen draagt de sobere gebouwelijke omgeving van de penitentiaire inrichtingen ook niet bij aan het tot stand brengen van een therapeutisch klimaat. Deze constatering wordt gedeeld door gesprekspartners bij alle afdelingen. Bij de kleinere afdelingen is dit nog meer het geval, omdat deze afdelingen minder in staat zijn de (gebouwelijke) omgeving een passend eigen karakter te geven.

Beperkingen in de doorstroming

De doorstroming op de kleinere afdelingen stagneert, verklaren de gesprekspartners bij deze afdelingen. De kleinere afdelingen richten zich in hoofdzaak op de opname van nieuwe patiënten en/of het aanbieden van patiënten voor ruiling en herselectie. Hierbij gaat het slechts om een onderdeel van de verpleging dat wordt gevolgd door plaatsing in een kliniek. De doorstroming naar de klinieken verloopt echter stroef. Hierdoor loopt de duur van het verblijf op de kleinere afdelingen regelmatig op.

Gesprekspartners bij de grotere afdelingen herkennen dit probleem niet of in mindere mate. Deze afdelingen functioneren meer als een volwaardig fpc, waar patiënten de volledige behandeling op de afdeling kunnen doorlopen.

Personeelsbeleid en scholing worden bemoeilijkt

Door de afstand ten opzichte van de moederkliniek zijn er minder professionals beschikbaar, menen

⁷ Deze uitspraak is niet op De Corridor van toepassing omdat deze locatie niet door de Raad is bezocht in het kader van de voorbereiding van dit advies.

verschillende medewerkers. Met name de kleinere, maar deels ook de grotere afdelingen, zijn voor bijscholing van het personeel afhankelijk van de moederkliniek. Het volgen van een opleiding heeft daarom meer reistijd tot gevolg. Om dezelfde reden wordt het inroepen van invalkrachten bemoeilijkt.

Onvoldoende voorbereiding op uitbreiding

Op alle afdelingen die de Raad bezocht hadden medewerkers startproblemen ondervonden. Zelfs tot drie jaar naar de ingebruikneming is de rechtspositie van patiënten nog lang niet overal vergelijkbaar met die in een fpc. Hoewel de Raad niet heeft gehoord van ernstige tekortkomingen in de verpleging en/of behandeling, is de kwaliteit van de verpleging en behandeling op nieuwe locaties voor verschillende gesprekspartners een punt van zorg.

2. Beoordeling en aanbevelingen

2.1 Alleen als tijdelijke noodcapaciteit

De Raad is van oordeel dat tbs-capaciteit in het gevangeniswezen alleen zou moeten worden toegepast als noodmaatregel. Momenteel nemen de wachtlijsten in de tbs-sector niet verder toe en nemen in de toekomst mogelijk zelfs af. Op afzienbare termijn zal dan de noodzaak vervallen om deze noodvoorziening te handhaven. Maar zelfs als wachtlijsten zouden blijven bestaan, vormt dit naar het oordeel van de Raad nog geen reden om de tbs-capaciteit in het gevangeniswezen zonder nadere overweging te behouden. De Raad is van mening dat er gedurende de looptijd van de *tender* voldoende tijd is geweest om uitbreiding van volwaardige tbs-capaciteit te realiseren. Van *noodcapaciteit* kan daarom, na zeven jaar, geen sprake meer zijn.

Vooralsnog stelt de Raad niet voor om alle tbs-plaatsen in het gevangeniswezen onmiddellijk op te heffen. Ten opzichte van 2006 ontwikkelen sommige afdelingen zich goed, waarbij is te wijzen op beter uitgewerkte doelgroepen, beschikbaarheid van beleidsplannen, meer aanbod van behandeling en activiteiten en, tot slot, beter geoutilleerde afdelingen. De Raad merkt wel op dat deze ontwikkelingen bij een deel van de afdelingen achterblijven.

Vanaf 2007 koopt het ministerie van Justitie forensische zorg in bij verschillende zorgaanbieders. Onder de zorgaanbieders bevinden zich fpc's en ggz-instellingen. Naar de mening van de Raad zijn dit de aangewezen instellingen voor de behandeling van tbs-patiënten. Om die reden stelt de Raad voor om extra capaciteit, voorzover die na 2012 nodig is, buiten het gevangeniswezen te realiseren. Dit kan door het bouwen of uitbreiden van fpc's of door het aangaan van samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders. Als inkoper kan Justitie hierin zelf sturen.

Al met al dient bij het afnemen van de capaciteitsproblematiek het voortbestaan van de tbs-plaatsen in het gevangeniswezen kritisch te worden heroverwogen. Dit zou tot de conclusie kunnen leiden dat een deel van de tbs-capaciteit nog voor het aflopen van de *tender* kan worden afgebouwd.

Aanbeveling:

Kies in de toekomst alleen nog voor uitbreiding van tbs-capaciteit in fpc's of ggz-instellingen.

2.2 Vertragende schakel in een niet goed functionerende keten

Het is een goede zaak dat de behandeling bij een groot aantal tbs-patiënten eerder heeft kunnen beginnen dankzij de ingebruikname van afdelingen in het gevangeniswezen. Een kanttekening is echter op zijn plaats. De snellere start van de behandeling is alleen gunstig voor zover de behandeling op de afdeling kan worden afgerond of tijdig een vervolg krijgt in een kliniek. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn. De doorstroming binnen de klinieken is sinds de ingebruikname van de afdelingen in het gevangeniswezen niet of nauwelijks verbeterd. Patiënten op een opnameafdeling moeten daardoor alsnog wachten op een behandelplaats in de moederkliniek. De behandeltime op de opnameafdeling loopt hierdoor regelmatig op, in sommige gevallen tot meer dan twee jaar. Dit staat in schril contrast tot de beoogde duur van de opnamefase, namelijk een half jaar tot een jaar.

Bij sommige patiënten krijgt het verblijf in het gevangeniswezen het karakter van een 'wachtkamer' binnen de tbs-maatregel. Het behandelplan blijft achter, terwijl de behandeling formeel gezien doorloopt. Als daarbij nog wordt bedacht dat het einde van de zesjaarstermijn en uiteindelijk ook een longstayplaatsing dichterbij

komen, wordt een ernstig probleem zichtbaar. In verband hiermee is de Raad er voorstander van uitsluitend gebruik te maken van tbs-plaatsen in het gevangeniswezen met een volledig behandel aanbod.

Aanbeveling:

Maak alleen gebruik van afdelingen die een volledige behandeling kunnen aanbieden.

2.3 De voordelen zijn niet uniek voor het gevangeniswezen

De Raad onderkent enkele van de door de gesprekspartners genoemde voordelen, maar plaatst vraagtekens bij de noodzaak om deze voordelen binnen het gevangeniswezen te zoeken. Bijna alle voordelen kunnen ook worden behaald met apart daarvoor op te richten afdelingen bij fpc's of ggz-instellingen. In vergelijking daarmee kennen de afdelingen in het gevangeniswezen beperkingen die afdelingen op het terrein van een fpc of ggz-instelling niet of in mindere mate zouden hebben.

Ook een ander door respondenten aangegeven voordeel vraagt om relativering. De afstand tot de kliniek, zowel de fysieke als de 'gevoelde' afstand, bemoeilijkt de overgang van de opnamefase naar de fase van de behandeling. In dit licht is een afgesplitste opnameafdeling nabij een fpc waarschijnlijk te verkiezen boven een tbs-afdeling in een penitentiaire inrichting, die zich vaak op grotere afstand van de fpc bevindt.

Waar het de stabilisatie van patiënten betreft, dient te worden bedacht dat bij het merendeel van de tbs-gestelden de behandeling pas begint na een voorlopige hechtenis en eventueel het uitzitten van een straf⁸. Stabilisatie heeft dus doorgaans al elders plaatsgevonden.

2.4 Motivatie als onderdeel van de behandeling

Op enkele tbs-afdelingen in het gevangeniswezen verblijven patiënten van wie de behandeling is vastgelopen. Deze patiënten worden daar tijdelijk geplaatst als vorm van 'time-out', waarna zij mogelijk de behandeling weer willen voortzetten. Verder worden er patiënten geplaatst van wie de behandeling is mislukt. Deze patiënten verblijven daar in afwachting van een herselectie.

De Raad vindt het niet wenselijk dat de tijdelijke afdelingen hiervoor worden gebruikt. Als de behandeling niet wil lukken, om welke reden dan ook, dient de patiënt door middel van een daarop toegespitste interventie weer te worden gemotiveerd. Het motiveren van patiënten is een therapeutische aangelegenheid. Plaatsing van ongemotiveerde patiënten op een 'minder aangename' afdeling verdraagt zich niet met dit uitgangspunt. Ook als herselectie en ruiling aan de orde zijn, dienen patiënten niet te worden weggezet in het gevangeniswezen. Hierdoor ontstaat het risico dat patiënten onnodig lang in een omgeving met minimale zorg en behandeling moeten wachten.

Aanbeveling:

Zorg dat patiënten door middel van een daarop toegespitste interventie gemotiveerd blijven voor hun behandeling. Voorkom dat ongemotiveerde patiënten op tijdelijke afdelingen worden geplaatst uitsluitend om drang uit te oefenen.

⁸ In 2005 en 2006 is aan 383 personen een tbs-maatregel opgelegd. Hiervan heeft 87% ook een detentie opgelegd gekregen. De opgelegde straf bedraagt in veel gevallen (64%) een periode van maximaal twee jaar. Een relatief klein deel (11%) van de tbs-gestelden met een combinatievonnis krijgt een lange gevangenisstraf opgelegd: meer dan 6 jaar. Voor het resterende deel (25%) geldt een opgelegde gevangenisstraf van twee tot zes jaar (WODC, 2008).

2.5 Schaalgrootte telt! Kleinere afdelingen sluiten

Er bestaan grote verschillen tussen de afdelingen die de Raad bezoekt. Eén daarvan betreft het aanbod van behandeling. Dit loopt uiteen van bijna geen zorg tot een volledige, tbs-waardige behandeling. Daarnaast verschillen de afdelingen sterk in klimaat en uitstraling. Hierdoor lijken een paar afdelingen nauwelijks te verschillen van een penitentiaire inrichting, terwijl andere afdelingen nauwelijks onderdoen voor een fpc. Een laatste belangrijk verschil is zichtbaar bij het aanbod van activiteiten en het dagprogramma. Dit aanbod voldoet aan de minimumeisen van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), zoals de Inspectie voor de Sanctietoepassing en de Inspectie Gezondheidszorg al hebben vastgesteld.⁹ Echter, op sommige locaties komt het aanbod maar net boven het minimum uit, waardoor naar het oordeel van de Raad soms nauwelijks sprake is van een behandelklimaat. Bovendien kan door de grote verschillen, zowel tussen de afdelingen in het gevangeniswezen als met de moederkliniek, de rechtsgelijkheid van tbs-patiënten in het geding komen.

De verschillen tussen de afdelingen lijken samen te hangen met de omvang van de afdelingen. Juist de kleinere afdelingen presteren op alle vlakken minder of zelfs onder het niveau van een zorggerichte afdeling. Kleinere afdelingen beschikken niet over een eigen volwaardig behandelteam. Bovendien zijn de kleinere afdelingen voor allerlei faciliteiten en organisatorische aspecten sterk afhankelijk van de penitentiaire inrichting die hen huisvest. Hierdoor laten aanpassingen lang op zich wachten en is de beheersmatige cultuur van de inrichting maar moeilijk te doorbreken

Een patiëntenpopulatie van een bepaalde omvang is nodig om een goed niveau van zorg en een acceptabel behandelklimaat tot stand te brengen. Afgaande op de genoemde verschillen tussen de afdelingen ligt de ondergrens naar mening van de Raad bij circa 40 patiënten. De Raad stelt daarom voor om afdelingen met minder patiënten te sluiten, zodra dat mogelijk is. De grotere tbs-afdelingen kunnen blijven bestaan, mits aan verdere verbetering en onafhankelijkheid ten opzichte van de penitentiaire inrichtingen wordt gewerkt. Dit neemt niet weg dat ook de grotere afdelingen als eerste moeten sluiten als verdere afbouw van tbs-capaciteit mogelijk is. Zo lang er nog tbs-plaatsen in het gevangeniswezen bestaan, mag eventuele afbouw van tbs-capaciteit in ieder geval nooit ten koste gaan van behandelplaatsen in volledig toegeruste klinieken.

Bij sluiting van afdelingen dient te worden voorkomen dat er een periode ontstaat waarin het niveau van zorg en behandeling onder een absoluut minimum zakt, bijvoorbeeld door het vertrek van behandelaars en sociotherapeuten. Het lijkt de Raad daarom verstandig een afdeling in het geheel te sluiten kort nadat de beslissing daartoe is genomen. Een lange periode van onzekerheid voorafgaand aan de beslissing moet eveneens worden vermeden.

Aanbeveling:

Sluit de kleinere afdelingen en zorg dat de grotere afdelingen zich tot zelfstandige klinieken ontwikkelen. Sluit ook de grotere afdelingen zodra verdere afbouw van de tbs-capaciteit mogelijk is.

2.6 Geen nieuwe patiënten samenplaatsen met vastgelopen patiënten

Het verlof, een onmisbaar onderdeel voor de behandeling, is door de beperkingen van de penitentiaire inrichtingen op de meeste tbs-afdelingen in het gevangeniswezen moeilijk uitvoerbaar. Dientengevolge worden op een aantal afdelingen alleen patiënten zonder verlofmachtiging geplaatst. Op een enkele locatie

⁹ Tbs in het gevangeniswezen, themaonderzoek, ISt, Den Haag, oktober 2006.

heeft dit tot gevolg dat nieuwe patiënten worden samengeplaatst met patiënten die in hun behandeling zijn vastgelopen. Het is echter de vraag of dit zinvol is. Het bij elkaar plaatsen van nieuwe patiënten en ongemotiveerde patiënten kan een negatieve invloed op de nieuwe patiënten hebben, omdat zij dan al bij de start van hun behandeling met de mislukkingen en weerstand van andere patiënten worden geconfronteerd.

Bronvermelding

- L. Desain, Uitbreiding TBS-capaciteit in het gevangeniswezen, *Sancties*, aflevering 1-2009, p. 48-60
- Inspectie voor de Sanctietoepassing en Inspectie voor de gezondheidszorg, Themaonderzoek *TBS in het gevangeniswezen*, Den Haag: oktober 2006
- Inspectie voor de Sanctietoepassing en Inspectie voor de gezondheidszorg, Vervolgonderzoek *TBS in het gevangeniswezen*, Den Haag: april 2008
- E.J.P. Desain, M. Brink en C.C. Koning, *Tbs plaatsen in penitentiaire inrichtingen*, Regioplan beleidsonderzoek, Amsterdam: januari 2008
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Tbs in het gevangeniswezen*, Den Haag: januari 2006
- A.P. van Wijk, e.a., *Uitstel van behandeling, een verkennend onderzoek naar TBS-gestelden met en zonder een combinatievonnis en de mogelijke effecten van detentie*, Advies- en onderzoeksgroep Beke, Arnhem: 2008.

