
Vergaderjaar 1998–1999

26 562

Interdepartementaal beleidsonderzoek: TBS

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 25 mei 1999

Hierbij zend ik u het Kabinetsstandpunt over de aanbevelingen van de werkgroep die het Interdepartementale Beleidsonderzoek 1997/1998 naar de TBS uitvoerde en het rapport «Over stromen» van deze werkgroep.¹

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

¹ Het rapport is ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

1. INLEIDING

Dit Kabinetsstandpunt is een reactie op het rapport met aanbevelingen van de werkgroep die het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) 1997/1998 naar de Terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging (verder: TBS) heeft gedaan¹. De werkgroep heeft onderzocht hoe de kwaliteit en de organisatie van de toegang tot de TBS kunnen worden verbeterd, en op welke wijze de intramurale behandelduur van tot TBS veroordeelden kan worden verkort.

De opdracht voor dit IBO is kort na een vorig IBO naar de Forensische Psychiatrie gegeven². Daaruit blijkt dat de noodzaak van verdere vergroting van de doelmatigheid binnen de TBS urgent is. Uit WODC-onderzoek³ is gebleken dat ten gevolge van een aantal autonome maatschappelijke ontwikkelingen de behoefte aan de TBS-maatregel vermoedelijk groot zal blijven. Reden voor het Kabinet om met voortvarendheid te werken aan de stroomlijning van de toegang tot de TBS en de verkorting van de intramurale behandelduur. Er moet meer worden gepresteerd voor hetzelfde geld om het draagvlak voor de TBS te behouden.

Aan het behoud van dat draagvlak is het Kabinet veel gelegen. De TBS is onmisbaar als strafrechtelijke maatregel gericht op de beveiliging van de bevolking tegen ernstige vormen van (seksueel) geweld door personen met een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling van hun geestvermogens. Het is van essentieel belang dat deze personen pas in de maatschappij terugkeren wanneer het risico van herhaling door de behandeling tijdens de TBS tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht. Vanwege dit maatschappijbeveiligende karakter is in de opdracht aan de werkgroep als voorwaarde gesteld dat het recidivepercentage niet mag stijgen. Ondanks de in de loop der jaren steeds zwaarder geworden populatie⁴ is het recidivecijfer constant gebleven⁵, en dat moet in de toekomst ook zo blijven. *Het Kabinet benadrukt dat dit ook bij de uitwerking van de voorstellen van de werkgroep een harde voorwaarde is.*

Het Kabinetsstandpunt is als volgt opgebouwd. Eerst wordt een samenfattend overzicht gegeven van de vraagstelling, bevindingen en aanbevelingen van de werkgroep over de toegang tot de TBS en de behandelfase tijdens de TBS. Daarna volgt een korte reactie op de ontvangen adviezen. Dan geeft het Kabinet zijn standpunt over de aanbevelingen van de werkgroep. Om dit standpunt te verhelderen zal vervolgens een schets worden gegeven van de bestuurlijke visie die eraan ten grondslag ligt. In de daarop volgende paragraaf komen de verschillende Kabinetsmaatregelen aan bod, gegroepeerd in een vijftal clusters. Omdat deze IBO kort op de vorige IBO naar de TBS volgde, komt vervolgens de afstemming tussen beide IBO's aan de orde. Tot slot geeft het Kabinet aan welke acties het in gang zal zetten.

2. SAMENVATTING VRAAGSTELLING, BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN VAN DE WERKGROEP

De werkgroep is gevraagd te adviseren op twee in elkaars verlengde liggende terreinen: (1) de toegang tot de TBS, en (2) de behandelfase nadat de rechter TBS met verpleging heeft opgelegd.

¹ De Interdepartementale werkgroep IBO TBS stond onder het voorzitterschap van mr. M.J.E.M. Jager, Commissaris der Koningin van de provincie Flevoland, en was samengesteld uit prof. Dr. F.A.M. Kortmann, hoogleraar psychiatrie, onafhankelijk deskundig lid, en ambtenaren van de ministeries van Algemene Zaken, Financiën, Justitie en VWS.

De werkgroep heeft zijn bevindingen neergelegd in het rapport «Over stroming, in-, door- en uitstroom bij de TBS», 21 december 1998.

² Het Kabinetsstandpunt «Doelmatig behandelen» (TK 24 561, nr. 1) van 4 maart 1997.

³ Leuw, Ed., Instroom en capaciteit in de tbs-sector, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, serie Onderzoek en beleid, nr. 168, 1998. De prognose van de benodigde capaciteit wordt elk jaar vastgesteld. De volgende prognose zal najaar 1999 verschijnen.

⁴ De bevolking van de TBS-klinieken bestaat vrijwel uitsluitend uit personen die de ernstigste (seksuele) geweldsmisdrijven hebben gepleegd, en doorgaans lijden aan meervoudige en chronisch verlopende psychische aandoeningen. In vergelijking met het buitenland presteert de TBS-sector niet onder de maat. Zie het aan het in noot 2 genoemde Kabinetsstandpunt ten grondslag liggende rapport «Doelmatig behandelen», Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van de Forensisch Psychiatrische Hulpverlening, Begrotingsvoorbereiding 1996 – Rapport nr. 4.

⁵ Dit percentage ligt op 20%. Dit is gemeten op grond van nieuwe veroordelingen tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf van meer dan zes maanden en/of TBS. In 11% is een zwaar gewelddelict gepleegd. (Leuw, Ed., Recidive na ontslag uit TBS, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, serie Onderzoek en beleid, nr. 141, 1995). De rapportage over een nieuw recidive-onderzoek zal naar het zich laat aanzien nog voor de zomer verschijnen.

2.1. Toegang

2.1.1. Vraagstelling

Bij de toegang tot de TBS gaat het om de volgende drie clusters van vragen:

- Wat bepaalt de selectie van verdachten die voor voorlichtingsrapportage over de (mate van) ontoerekeningsvatbaarheid in aanmerking komen?
- Voldoen de inhoud en de kwaliteit van de voorlichtingsrapportage aan de eisen van de gebruiker (OM en rechter), mede gelet op de centrale vraagstelling (beperking behandelduur)?
- Is de organisatie van de voorlichting en de selectie efficiënt, gelet op de huidige verdeling over twee instituten?¹

2.1.2. Bevindingen van de werkgroep

De werkgroep heeft de (deel)vragen rond de toegang opgenomen in een analyse van het gehele toegangstraject. Uit het onderzoek is gebleken dat verschillende stadia kunnen worden onderscheiden waarin belangrijke beslissingen worden genomen en waarbij diverse actoren betrokken zijn. Belangrijkste bevinding van de werkgroep is dat er bij geestelijk gestoorde verdachten van een ernstig strafbaar feit eenduidige richtlijnen ontbreken voor:

- de inschakeling van gedragsdeskundigen door de politie,
- het sepotbeleid van het openbaar ministerie,
- de keuze tussen het soort voorlichtingsonderzoek (ambulant of klinisch),
- de vorm, inhoud en kwaliteit van de voorlichtingsrapportage,
- het aanvragen van een dergelijk rapport door de rechter.

2.1.3. Aanbevelingen van de werkgroep

De maatregelen hebben betrekking op de volgende aspecten:

- Het transparanter en doelmatiger maken van de besluitvormingsprocessen bij de politie, het OM en de Rechter-commissaris en de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD)², en de regelgeving daarbij.
- Het borgen van de kwaliteit van de voorlichting aan de Rechter-commissaris (RC).
- Het doelmatiger organiseren en aansturen van de Pro Justitia rapportage³.

2.2. Behandelfase

2.2.1. Vraagstelling

De centrale vraagstelling met betrekking tot de behandelfase luidt als volgt.

Onder welke voorwaarden kan de intramurale behandelduur van tot TBS met verpleging veroordeelden worden beperkt en op welke termijn kan deze beperking worden ingevoerd?

De werkgroep is gevraagd drie varianten uit te werken: een intramurale behandelduur van maximaal (1) drie en (2) vier jaren, en (3) gemiddeld drie jaren. In de deelvragen is verzocht na te gaan of er verband is te leggen tussen de behandelduur bij verschillende categorieën patiënten en het recidiverisico. Voorts is bepaald dat bij de uitwerking van deze varianten de vraag moet worden beantwoord welke vervolgvoorzieningen nodig zijn wanneer de intensieve behandelfase is beëindigd, en welke budgettaire en capacitaire consequenties aan de varianten zijn verbonden.

¹ Het Pieter Baan Centrum en het dr. F.S. Meijers Instituut.

² Zoals het waarborgen van de scheiding tussen de zorg- en rapportagefunctie van de FPD.

³ De Pro Justitia rapportage vindt voor een deel plaats door het Pieter Baan Centrum (PBC) te Utrecht. De ambulante rapportage wordt verricht onder verantwoordelijkheid van een van de 19 arrondissementale afdelingen van de FPD. De werkgroep heeft geconcludeerd dat er geen heldere criteria zijn voor het bepalen van de vraag over wie voorlichting dient te worden uitgebracht, noch of dat klinisch dan wel ambulant dient te gebeuren.

2.2.2. Bevindingen van de werkgroep

- Bij de huidige stand van wetenschap is het niet mogelijk gebleken reeds bij opname in een TBS-kliniek categorieën patiënten vast te stellen die zich van elkaar onderscheiden in de mate van recidivegevaar in relatie tot hun geestelijke stoornis. Op korte noch op middellange termijn biedt een indeling in patiëntencategorieën de mogelijkheid om daaraan behandelduren te relateren. Daardoor kan de werkgroep niet op verantwoorde wijze de voorwaarden formuleren waaronder de klinische behandelingsduur volgens de in de taakopdracht genoemde varianten kan worden beperkt tot drie of vier jaren.
- De gemiddelde intramurale behandelduur van de tot TBS met verpleging veroordeelde personen blijkt bij een nieuwe en nauwkeurigere berekeningswijze veel langer te zijn dan tot voor kort werd aangenomen, namelijk geen vijf maar bijna zeven jaren.
- Er zijn knelpunten rond de wetenschappelijke fundering van de behandelmethodieken en de informatievoorziening, zoals:
 - Onvoldoende wetenschappelijke fundering van de behandelactiviteiten binnen de TBS-sector.
 - Onvoldoende systematische en sectorbrede registratie van relevante gegevens over patiënten en behandelingen, waardoor het lerend vermogen van de klinieken wordt beperkt.
 - Onvoldoende breed draagvlak bij de klinieken voor het in ontwikkeling zijnde monitorinstrument.
 - Geen centrale programmering en sturing van het wetenschappelijk onderzoek binnen de TBS, waardoor de onderzoekscapaciteit niet optimaal wordt benut.
- De volgende knelpunten belemmeren een vlotte door- en uitstroom:
 - Er zijn te weinig wettelijke mogelijkheden voor gedragsstructurering binnen het kader van een vrijwillige opname in een Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) voor (ex)TBS-patiënten.
 - De vervolgvoorzieningen in de GGZ zijn onvoldoende beschikbaar voor forensisch psychiatrische patiënten.
 - De behandeling in de TBS-klinieken is nog onvoldoende vanaf het begin gericht op de behandel mogelijkheden in deze vervolgvoorzieningen.
 - Er zijn te weinig prikkels die doelmatig behandelen bevorderen.
- Uit het onderzoek zijn geen andere ideeën naar voren gekomen voor vervolgvoorzieningen dan de reeds bestaande (maatschappelijke opvang, GGZ-voorzieningen en in de TBS zelf de «longstay»).

2.2.3. Aanbevelingen van de werkgroep

De aanbevelingen berusten op twee pijlers: kwaliteitsverbetering en efficiëncymaatregelen. Voorts doet de werkgroep enkele aanbevelingen die speciaal gericht zijn op de versterking van de door- en uitstroom.

Kwaliteitsverbetering

- Op zo kort mogelijke termijn dient binnen het veld overeenstemming te worden bereikt over de te registreren gegevens voor de diagnostiek en de behandeling, ook voor doeleinden inzake de (aan)sturing van de klinieken.
- De nu nog decentrale programmering en sturing van de activiteiten op het gebied van wetenschappelijk onderzoek van de afzonderlijke klinieken dienen meer gecoördineerd in onderzoeksprogramma tot stand te komen.
- Het centrale instituut dat wordt belast met de registratie- en onderzoeksfunctie zou de rol van een expertisecentrum ten dienste van het veld en het departement moeten krijgen. Om voldoende draagvlak te

creëren, dienen het veld en het departement gezamenlijk verantwoordelijk te zijn voor de aansturing en financiering van dit centrum.

Efficiencyvergroting

De efficiëncymaatregelen hebben betrekking op de introductie van prikkels die een doelmatige behandeling stimuleren, zoals:

- Normering van de (gemiddelde) intramurale intensieve behandelingsduur in combinatie met de invoering van (financiële) prikkels om overschrijding van de norm te bevorderen en overschrijding te voorkomen.
- Vervanging van het huidige systeem van selectie- en indicatiestelling door een zodanig systeem van toewijzing van TBS-gestelden dat vergelijkbare populaties ontstaan.
- Het leggen van behandelverantwoordelijkheid bij de klinieken direct vanaf het moment dat de maatregel van kracht wordt. Dit vereist dat TBS-gestelden zo spoedig mogelijk na oplegging van de maatregel aan een kliniek worden toegewezen.

Versterking door- en uitstroom

Ter bevordering van de door- en uitstroom stelt de werkgroep de volgende maatregelen voor:

- Verruiming van de wettelijke mogelijkheden voor gedragsstructurering binnen het APZ.
- Intensievere samenwerking tussen klinieken en vervolgvoorzieningen.
- Behandelbeleid vanaf het begin richten op een zo spoedig mogelijke uitstroom.

3. ADVIEZEN

Het Kabinet heeft over het rapport van de werkgroep adviezen ontvangen van de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing (de Raad), de Bestuurscommissie Forensische Zorg van GGZ Nederland, daarin geadviseerd door de Commissie Forensisch Psychiatrische Zorg, en het Directeurenoverleg van de TBS-klinieken¹.

Het Kabinet is de adviseurs zeer erkentelijk voor hun belangwekkende opmerkingen.

Het voert te ver hier op alle kanttekeningen in te gaan. Bij de uitwerking van het Kabinetstandpunt zal met de suggesties en kritiek rekening worden gehouden. Volstaan wordt met een overzicht op hoofdlijnen.

De Raad is van oordeel dat de problemen bij de tenuitvoerlegging van de TBS om een «fundamentele oplossing» vragen, wil het draagvlak voor de maatregel behouden blijven. Hij staat achter de voorstellen tot verbetering van de kwaliteit en versterking van de door- en uitstroom. De Raad vraagt zich echter af of het door de werkgroep voorgestelde systeem van «aselecte toewijzing» van patiënten over de klinieken wel zinvol en mogelijk is. Hierop zal verderop bij de behandeling van dit onderwerp worden ingegaan.

De twee andere adviezen ondersteunen op hoofdlijnen het rapport van de werkgroep. Het is verheugend dat de TBS-klinieken zich in willen zetten voor de implementatie van de maatregelen. Ze geven daarmee aan hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een doelmatige tenuitvoerlegging te willen nemen en zich professioneel op te willen stellen. Het feit dat er bij de TBS-klinieken voldoende draagvlak is, en zij de voorstellen «haalbaar» achten, geeft het Kabinet vertrouwen in een vlotte invoering.

¹ Het advies van de CRS van 8-2-1999, kenmerk 746 222/99; het advies van de Bestuurscommissie Forensische Zorg van GGZ Nederland, en het standpunt van het Directeurenoverleg van de TBS-klinieken van 28 januari 1999.

4. STANDPUNT KABINET

Het Kabinet heeft met waardering kennis genomen van het rapport van de werkgroep en is hem erkentelijk voor zijn inspanningen. Het rapport geeft een duidelijk beeld van het besluitvormingsproces dat aan de TBS vooraf gaat (de «toegang») en van de stand van zaken in de TBS-sector. De werkgroep doet tal van aanbevelingen die een goed uitgangspunt vormen voor de vergroting van de transparantie, efficiency en effectiviteit. Het Kabinet neemt de aanbevelingen van de werkgroep over.

Toegang

Het Kabinet hecht er aan te benadrukken dat de verbetering van de toegang tot de TBS van groot belang is. Er wordt nog onvoldoende (samenhangend) gestuurd op de vraag naar en inhoud van pro Justitia rapportages. Om dit te verbeteren dient deze rapportage integraal te worden aangestuurd, zowel op kwaliteit als op kwantiteit.

Behandelfase

Wat betreft de aanbevelingen voor de sector TBS realiseert het Kabinet zich dat de werkgroep geen recept heeft gegeven waardoor morgen alles beter functioneert. De voorstellen zijn erop gericht een verbeterproces op gang te brengen, waardoor op den duur verkorting van de intramurale behandelduur zal worden bereikt. Het Kabinet ziet de voorstellen ook als kaders voor het toekomstig handelen van de TBS-sector. Het gaat er in essentie om in deze sector de volgende effecten te bereiken:

- Het door een betere wetenschappelijke fundering vergroten van de *effectiviteit van de behandeling*.
- Het door het aanbrengen van financiële prikkels stimuleren van de *efficiency bij de behandeling*.
- Het door de versterking van de door- en uitstroom *verkorten van de intramurale behandelduur*.

Het Kabinet is zich er ook van bewust dat een aantal aanbevelingen eerst nog grondig op hun uitvoerbaarheid en eventuele risico's moet worden onderzocht. Ook kan in sommige gevallen wetswijziging nodig zijn. Er is daarom een overgangstijd nodig. Dit neemt niet weg dat het Kabinetbesluit toch voortvarend, dat wil zeggen zoveel mogelijk nog in deze Kabinetsperiode, zal worden uitgevoerd, nu de klinieken zich bereid hebben verklaard hun medewerking te zullen verlenen.

5. BESTUURLIJKE VISIE

De voorstellen van de werkgroep sluiten goed aan bij de bestuurlijke visie van het Regeerakkoord op de (sturings)relatie met organisaties in de gezondheidszorg met een publieke taak. Uitgangspunt daarbij is het concept van «sturen op afstand», waarbij er onderscheid is tussen beleid en uitvoering. De directeur van de uitvoeringsorganisatie (in dit geval de TBS-kliniek) is integraal verantwoordelijk manager en wordt daarop aangesproken. Dit houdt in dat binnen de wettelijke, beleidsmatige en financiële kaders de klinieken als professionele organisaties zelf primair verantwoordelijk zijn voor de doelmatigheid van de behandeling en de kwaliteit van hun producten. Het Kabinet gaat met andere woorden uit van een bestuurlijke visie waarin de TBS-klinieken als resultaat-verantwoordelijke eenheden functioneren. Als geprofessionaliseerde (forensische) ziekenhuizen zijn ze toegerust om alle AWBZ-erkende verrichtingen te kunnen leveren voor (in beginsel) alle forensisch psychiatrische patiënten die Justitie aanbiedt.

De ministeriële verantwoordelijkheid van de minister van Justitie komt tot uitdrukking in de jaarlijkse of tussentijdse kaderstelling en in het bestaan

van heldere en effectieve sturingsrelaties, waarin afspraken worden gemaakt over de door de TBS-klinieken te leveren prestaties en de daarbij passende vergoedingen. Binnen de Planning en Control cyclus vindt de controle plaats op de geleverde prestaties. De minister blijft, uitzonderingen daar gelaten, bestuurlijk gezien dus op afstand van de casuïstiek.¹ De aanbevelingen van de werkgroep vormen een goede basis voor het maken van jaarlijkse heldere productie-afspraken. De aansturing van de klinieken zal zodoende bedrijfsmatiger worden. Een dergelijke werkwijze betekent dat veel aandacht moet worden geschonken aan de omschrijving van de te leveren prestaties op deze gebieden (in meetbare termen) en aan de verantwoording ervan (betrouwbare informatie).

In feite komt bovenstaande voor de TBS neer op een systematiek van financiering en prestatiebeoordeling die analoog is aan de manier waarop in de (geestelijke) gezondheidszorg jaarlijks productie-afspraken worden gemaakt tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders. In dit bestuurlijk model zijn de TBS-klinieken vergelijkbaar met de in het Regeerakkoord vermelde organisaties in de gezondheidszorg die op maatschappelijk verantwoorde wijze een publieke taak uitoefenen².

6. KABINETSMAATREGELEN

6.1. Naar een andere wijze van financieren

In het voorgaande is aangeduid dat de vergoedingen aan de klinieken sterker zullen worden gerelateerd aan de door hen geleverde prestaties. In dit licht moet de aanbeveling tot de invoering van de normering van de gemiddelde (intensieve) intramurale behandelduur worden gezien³. Deze normering sluit ook nauw aan bij de achterliggende gedachte bij de centrale vraagstelling aan de werkgroep of en zo ja hoe er een grens kan worden gesteld aan de periode waarin intensief behandeld wordt. Dit vanuit de overweging dat er een moment is waarop de kosten van langer doorgaan met intensief behandelen niet langer opwegen tegen de baten. Om ervoor te zorgen dat overschrijding van de gemiddelde normduur in de praktijk niet zonder (financiële) gevolgen blijft en onderschrijding lonend is, wordt er aan deze normduur een tariefstructuur gekoppeld. Bij overschrijding van de genormeerde behandelduur zal een lagere vergoeding worden gegeven. Bij onderschrijding van de norm kan een «buffer» worden opgebouwd in de zin van een lagere gemiddelde behandelduur, waarmee het risico van overschrijding moet worden afgedekt.

Het Kabinet verwacht met de werkgroep dat het invoeren van een nieuwe bekostigingsstructuur in belangrijke mate zal kunnen bijdragen aan de vergroting van de doelmatigheid. Wel moet nog nader onderzoek worden gedaan naar de precieze invulling van dit financieringsmodel. De nieuwe financieringsstructuur zal moeten aansluiten bij het bekostigingsmodel op basis van de COTG-normen.⁴

Ter voorkoming van misverstand wijst het Kabinet er nadrukkelijk op dat de normering van de behandelduur los staat van de duur van de TBS-maatregel bij de individuele patiënt. Wanneer na de genormeerde behandelduur het recidiverisico nog te groot is, blijft de TBS doorlopen zolang de rechter de maatregel verlengt. De normering heeft dus *niet* betrekking op de individuele TBS-gestelde, maar uitsluitend op de gemiddelde duur van de (intensieve) intramurale behandeling van alle patiënten in relatie tot de financiering. Er is in deze systematiek voldoende ruimte voor de klinieken om in te spelen op de omstandigheden van de individuele patiënt en naar boven of naar beneden af te wijken van de normduur.

¹ Ook bij civielrechtelijke dwangopnamen op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen is er geen directe ministeriële bemoeienis met de casuïstiek.

² Blz. 40 Regeerakkoord.

³ De werkgroep merkt op dat de exacte normduur nog moet worden vastgesteld. De in het als bijlage bij het rapport van de werkgroep opgenomen onderzoeksrapport «Verantwoord beperken» van het NZI (Instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg) berekende normduur is circa 7 jaar. Dit is inclusief de chronische patiënten en exclusief de passantentijd. De werkgroep gebruikt een omschrijving exclusief de chronische patiënten en inclusief de passantentijd. Gelet op de vraagstelling aan de werkgroep (terugbrengen van de intramurale behandelduur) en uitgaande van de feitelijke situatie (waarin er de facto nog geen chronici in een apart regime worden geplaatst), gaat het Kabinet voor de bepaling van de uitgangspositie (nulmeting) uit van de berekening van het NZI.

⁴ COTG: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. De invoering van een nieuwe bekostigingsstructuur was een van de hoofdpunten van het Kabinetstandpunt over IBO TBS I.

6.2. Invoering van een andere plaatsingssystematiek

Het invoeren van een genormeerde gemiddelde behandelduur zal gepaard moeten gaan met een plaatsingsbeleid dat erop is gericht de populatie of delen daarvan wat de gemiddelde behandelduur betreft vergelijkbaar te maken. Zolang er immers wat de behandelduur betreft populatieverschillen tussen klinieken bestaan, kan niet aan alle klinieken dezelfde norm voor de gemiddelde intramurale behandeling worden opgelegd. Dat betekent dat elke kliniek een breed aanbod van patiënten moet opnemen. Al eerder is gezegd dat de klinieken dit zouden moeten kunnen. De Justitiële TBS-klinieken hebben aangegeven dat dit inderdaad mogelijk is.

In de loop der tijd zijn er gespecialiseerde voorzieningen tot stand gekomen, bijvoorbeeld voor verstandelijk gehandicapten en psychotici¹. Zorgvuldig zal bij de uitwerking van het Kabinetsstandpunt worden nagegaan welke specialisaties vanuit inhoudelijke en doelmatigheids-overwegingen gehandhaafd dienen te blijven. Ook de werkgroep geeft aan voor bepaalde groepen TBS-gestelden een uitzondering te willen maken².

Voorts moet met het oog op de ministeriele verantwoordelijkheid de mogelijkheid openstaan voor een aparte plaatsingsprocedure bij extreem vlucht- en beheersgevaarlijken en patiënten die door hun delict buitengewoon veel opschudding in de maatschappij hebben veroorzaakt. Dit betekent overigens niet dat deze patiënten in alle gevallen moeten worden uitgesloten van de nieuwe plaatsingssystematiek. Wel zullen altijd aparte afspraken moeten worden gemaakt over extra beveiliging.

Een eenvoudiger plaatsingssysteem, waarbij de populaties van klinieken zoveel mogelijk vergelijkbaar zijn, heeft een aantal belangrijke voordelen die ook los van een andere financieringssystematiek de invoering ervan rechtvaardigen:

- De prestaties van de klinieken kunnen worden vergeleken (benchmarking).
- Snellere toewijzing is mogelijk, waardoor de klinieken de diagnosestelling en preklinische activiteiten kunnen starten gedurende de periode waarin TBS-gestelden in een penitentiaire inrichting op hun plaatsing in een TBS-kliniek wachten. De klinieken hebben aangegeven hiervan een positief effect te verwachten op de behandelduur.
- Door de selectie en plaatsing niet langer te baseren op klinische observatie en indicatiestelling in het Dr. F.S. Meijers Instituut, maar gebruik te maken van de tijdens de voorlichting verzamelde informatie, kunnen bedden vrijgemaakt worden voor de behandeling (efficiency-winst).

De Centrale Raad heeft in zijn advies grote vraagtekens geplaatst bij de aanbeveling van de werkgroep tot invoering van aselechte toewijzing, aangezien uit het NZI-onderzoek³ blijkt dat categorisering nog niet mogelijk is. Het creëren van gelijke populaties is volgens de Centrale Raad dus een fictie omdat die gelijkheid kennelijk niet kan worden aangetoond. Het Kabinet is het met de Centrale Raad eens dat het niet mogelijk is te komen tot gelijke populaties. Dat is echter ook niet de bedoeling van de werkgroep geweest, gelet op de koppeling met het voorstel voor de invoering van een genormeerde gemiddelde behandelduur. Het doel is te komen tot een zo groot mogelijke onderlinge *vergelijkbaarheid van populaties in de zin van de gemiddelde behandelduur*. Het hebben van *gelijke* populaties is daar niet voor nodig. Het Kabinet schat dat ongeveer driekwart van de populatie op de voorgestelde wijze kan worden verdeeld over de klinieken. Hoe in de praktijk op de meest doelmatige wijze invulling kan worden gegeven aan een verdeling waarbij (deel)populaties wat betreft behandelduur vergelijkbaar zijn, moet bij de uitwerking van dit

¹ Het gaat bij de primair psychotische patiënten om de niet-Justitiële klinieken voor verpleging van TBS-gestelden, zoals de Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's), waar een belangrijk deel van deze groep wordt geplaatst. De FPK's zijn overigens ook bestemd voor andere patiënten met een strafrechtelijke- of civielrechtelijke titel.

² De werkgroep noemt de volgende uitzonderingscriteria: verstandelijk gehandicapten en extreem vlucht- en/of beheersgevaarlijken.

³ Zie noot 11.

onderdeel van het Kabinetsstandpunt grondig worden onderzocht. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is de rechtspositie van de TBS-gestelde. De Raad zal bij die nadere uitwerking worden geconsulteerd.

6.3. Kwaliteitsverbetering

Er zal een kwaliteitssysteem worden opgezet. Dit systeem zal zoveel mogelijk aansluiten bij zowel het binnen het Ministerie van Justitie ingevoerde kwaliteitssysteem als bij de ontwikkelingen van de kwaliteitsverbetering en -toetsing binnen GGZ Nederland als branche-organisatie. Voor de behandeling gelden bij de TBS immers dezelfde kwaliteitseisen als bij alle andere psychiatrische ziekenhuizen. Wel kunnen door Justitie aanvullende beveiligingseisen worden gesteld. Bij het maken van productieafspraken met de TBS-klinieken zullen de kwaliteitsnormen worden gesteld waaraan de klinieken moeten voldoen, met achteraf een controle op de naleving ervan.

Een belangrijk kwaliteitskenmerk is de transparantie van het behandelproces. Het behandelplan en het behandelprogramma dienen daarom te worden geprotocolleerd. Cruciaal is daarbij ook het aangeven van de mogelijkheden en voorwaarden om de TBS-gestelden, zodra dit verantwoord is, te laten doorstromen naar minder beveiligde voorzieningen en te laten uitstromen naar vervolgvoorzieningen in de GGZ of elders. Om de beslissing of dit verantwoord is zo goed mogelijk te staven, is het verder ontwikkelen van risk- en need-assessment instrumenten noodzakelijk. Daarnaast zal, zoals voorgesteld door de werkgroep, elke behandeling na drie jaar door een onafhankelijke intercollegiale commissie moeten worden getoetst op de voortgang. Dit is ook in de lijn van het beleid voor vóórtijdend delict gevaarlijke TBS gestelden die pas na twee behandelingen van elk tenminste drie jaar op een «longstay» afdeling kunnen worden geplaatst.

Wetenschappelijke fundering

De wetenschappelijke fundering van de behandeling is een elementair kwaliteitsvereiste. Het feit dat de behandeling van TBS-gestelden nog onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd is geen specifiek Nederlands probleem. In tal van landen wordt gezocht naar wegen om de behandeling van met name de voor de TBS zo belangrijke groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis beter te funderen. Duidelijk is dat de samenwerking tussen de TBS-klinieken en de uitwisseling tussen de TBS en de GGZ, universiteiten en onderzoeksinstituten verbetering behoeven. Om de gewenste wetenschappelijke onderbouwing te realiseren, neemt het Kabinet het voorstel van de werkgroep over een *expertisecentrum* op te richten met de volgende functies:

- zorgdragen voor kwaliteitsontwikkeling en -borging;
- registreren en monitoren van ontwikkelingen met betrekking tot patiëntenstromen, behandelmethoden en de relatie tussen deze methoden en de behandelduur;
- coördineren en zelf verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
- zorgdragen voor opleiding en consultatie van de in de TBS werkzame beroepsgroepen;
- onderhouden van contacten en het uitwisselen van kennis met de GGZ, de universitaire wereld en (inter)nationale onderzoeksinstituten. Teneinde de integratie met het wetenschappelijk onderwijs, opleiding en onderzoek te bevorderen, zal voorts in overleg met de universiteiten de mogelijkheid worden onderzocht binnen een geneeskundige faculteit een leerstoel forensische psychiatrie in te stellen. De inbedding in een medische faculteit schept optimale voorwaarden voor de gewenste wetenschappelijke onderbouwing van dit specialisme.

6.4. Maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid van de toegang tot de TBS

Het Kabinet neemt de door de werkgroep voorgestelde maatregelen over ten aanzien van het doelmatiger en transparanter maken van de besluitvormingsprocessen bij de politie, het OM, de Rechter-commissaris en de Forensisch Psychiatrische Dienst. Dit geldt eveneens voor de aanbevelingen van de werkgroep voor het borgen van de kwaliteit van de voorlichting Pro Justitia en het doelmatiger organiseren en aansturen van deze rapportage. Het expertisecentrum heeft ook hier een belangrijke taak bij de standaardisering, protocollering en kwaliteitsborging.

6.5. Door- en uitstroom bevorderende maatregelen

Uit het rapport van de werkgroep is gebleken dat er veel doelmatigheids-winst valt te behalen wanneer de door- en uitstroom worden vergroot. Het Kabinet neemt daartoe de volgende, door de werkgroep aanbevolen, maatregelen:

- Er zal onderzoek worden gedaan op welke wijze financiële prikkels de door- en uitstroom verder kunnen versterken. Dit ter uitwerking van de nieuwe wijze van financiering die gekoppeld is aan de genormeerde gemiddelde intramurale behandelduur.
- De behandeling in de TBS-klinieken dient vanaf het begin te worden gericht op een zo spoedig mogelijke uitstroom.
- De behandeling in een TBS-kliniek moet gezien worden als een schakel in een keten van voorzieningen voor forensisch-psychiatrische patiënten. Een dergelijke ketengerichte benadering houdt in dat nauwe samenwerking tussen aanbieders van verpleging en behandeling nodig is. Deze samenwerking zal met name op regionaal niveau gestalte krijgen binnen de reeds in ontwikkeling zijnde forensische zorgcircuits.

Daar moet de samenwerking met vervolgvoorzieningen in de GGZ en instanties die een taak hebben bij de begeleiding van de terugkeer in de samenleving vorm krijgen.¹

- Het is niet alleen noodzakelijk dat er in de GGZ voldoende vervolgvoorzieningen zijn voor de resocialisatie van (ex)TBS-gestelden, maar ook dat deze voorzieningen toegerust zijn voor deze doelgroep. Hierbij moet worden gedacht aan bouwkundige en personele vereisten. Er zal onderzoek worden gedaan of aanpassingen nodig zijn.
- De werkgroep stelt dat de huidige wetgeving onvoldoende mogelijkheden biedt om het gedrag van (ex)TBS-patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis te reguleren. Dit zal een apart aandachtspunt zijn bij de evaluatie van de desbetreffende wetten².

7. VERSTERKING BELEID IBO TBS 1

In het Kabinetsstandpunt is met de beslissingen die voortvloeiden uit het eerste IBO TBS³ rekening gehouden. Het huidige pakket maatregelen moet gezien worden als een versterking van het reeds in gang gezette beleid. Bij één punt is er echter sprake van een koerswijziging. Het gaat om het loslaten van de gedachte van een centrale indicatiestelling en selectie.

Deze koerswijziging berust op een aantal overwegingen. In de eerste plaats is van de toegevoegde waarde van het huidige selectiesysteem onvoldoende gebleken. Voorts wordt verwezen naar wat eerder is gezegd over de eisen die aan professionele klinieken moeten kunnen worden gesteld⁴. Bovendien ging in IBO 1 de gedachte nog uit naar een door het Rijk verzorgd *centraal* stelsel van selectie en indicatiestelling voor de TBS-klinieken, en mogelijk zelfs voor de gehele forensische psychiatrie.

¹ GGZ-instellingen, de Verstandelijk gehandicapten zorg, de Forensisch Psychiatrische Dienst en de Reclassering.

² Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomsten (WGBO).

³ Zie noot 3.

⁴ De klinieken moeten alle AWBZ-erkende verrichtingen, inclusief de indicatiestelling, kunnen uitvoeren.

Het concept van een centrale regie is achterhaald door de hierboven beschreven *decentrale* ontwikkeling richting regionale zorgcircuits, met regionale indicatiestelling voor de behandeling en plaatsing.

8. ACTIES

1. De Minister van Justitie zal een «zware» projectgroep in het leven roepen, die de opdracht krijgt de uit het Kabinetsstandpunt voortvloeiende maatregelen en actiepunten uit te werken en waar nodig aan een «Ex ante uitvoeringstoets» te onderwerpen.
2. Nu er kort na het eerste IBO een tweede IBO naar de TBS is ingesteld, is het onwenselijk vast te houden aan het eerdere besluit in 2001 weer een IBO naar de TBS te doen, ter evaluatie van het eerste IBO. Een jaarlijkse verantwoording bij de Justitiebegroting over de voortgang acht het Kabinet een doelmatiger werkwijze.