

Vergaderjaar 2010–2011

29 452

Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel

Nr. 138

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 februari 2011

De enige manier om de tbs-maatregel uit te voeren, is zo veilig mogelijk. De afgelopen jaren zijn verschillende maatregelen doorgevoerd om de risico's te beperken, maar er is nog veel ruimte voor verdere verbetering van de balans. Hierop zal het kabinet zich de komende jaren samen met de ketenpartners gaan richten. Vanzelfsprekend is een volledig risicovrije tenuitvoerlegging niet mogelijk. Incidenten kunnen zich voordoen, ook na invoering van de maatregelen die ik voorsta en in deze brief nader zal toelichten. Dat ontslaat mij echter niet van de plicht het systeem zo veilig mogelijk te maken. Een eerste voorbeeld daarvan heb ik u 5 november 2010 doen toekomen: een tbs-gestelde krijgt minstens één jaar geen verlof als hij of zij zich heeft onttrokken aan verlof, dan wel tijdens dat verlof een strafbaar feit heeft gepleegd.¹ Hiermee wordt de bescherming van de maatschappij gediend. Op deze wijze wordt ook bewerkstelligd dat het draagvlak wordt vergroot.

De parlementaire onderzoekscommissie die in 2005 werd ingesteld onder voorzitterschap van toenmalig VVD-kamerlid Visser² heeft 17 aanbevelingen gedaan, die mijn ambtsvoorganger in de daarop volgende jaren heeft doorgevoerd.³ De tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel is hierdoor met meer waarborgen omkleed en de maatschappelijke veiligheid is aantoonbaar vergroot. Dat blijkt onder meer uit de daling van het aantal onttrekkingen en ontvluchtingen (van 99 in 2005 tot 22 in 2009).

De maatregelen van dit kabinet beogen de veiligheid verder te vergroten. In het gedoog- en regeerakkoord zijn aanvullende maatregelen aangekondigd voor een optimale bescherming van de maatschappij. Zo zal ik in een nota van wijziging bij het wetsvoorstel Forensische zorg een verdergaande algemene aanwijzingsbevoegdheid opnemen voor de minister van Veiligheid en Justitie. In bepaalde situaties of calamiteiten maakt een dergelijke bevoegdheid het mogelijk in te grijpen als dat naar het oordeel van de minister van Veiligheid en Justitie nodig wordt geacht met het oog op de veiligheid of het belang van slachtoffers of

¹ Kamerstukken II, 29 452, nr. 137.

² Kamerstukken II, 30 250, nr. 5.

³ Kamerstukken II, 29 452, nrs. 70, 79, 94, 99, 122.

nabestaanden. Deze bevoegdheid maakt het ook mogelijk om, mocht zich toch een incident voordoen, niet over te gaan tot generieke maatregelen die de gehele sector betreffen, maar steeds gericht en specifiek te reageren op het incident.

Naast deze ambities hebben zich enkele nieuwe ontwikkelingen voorgedaan, die ook om aanpassing van het beleid vragen. Die ontwikkelingen betreffen niet alleen de tbs, maar ook andere vormen van forensische zorg. Ik beschouw de tbs dan ook niet als aparte groep, maar meer als uiterste van een continuüm van een behandelaanbod dat door de rechter kan worden opgelegd.

Om te beginnen is de verblijfsduur in de tbs tussen 1990 en 1998¹ opgelopen van 7 naar 9,8 jaar. Ook de terugloop van het aantal tbs-opleggingen door de rechter heeft mijn belangstelling. Daar kan nog aan worden toegevoegd dat verdachten steeds vaker weigeren zich pro justitia te laten onderzoeken, in de hoop dat de rechter onvoldoende aanknopingspunten heeft om de tbs-maatregel op te leggen. Op basis van WODC-onderzoek blijkt inderdaad dat bij weigerende verdachten minder vaak tbs wordt opgelegd, wegens gebrek aan inzicht in de psychische stoornis. Met andere woorden: weigeren loont. Dat acht ik niet acceptabel. In deze brief kondig ik daarom maatregelen aan die ertoe moeten leiden dat het opleggen van een tbs-maatregel minder afhankelijk wordt van de medewerking van de verdachte. Ook ga ik in op de opgelopen verblijfsduur in de forensisch-psychiatrische centra (fpc's), op de daling van het aantal opleggingen en op het initiatief van de fpc's om transparantie te vergroten, effectiviteit te meten en normeringen aan te brengen in de behandeling. Het WODC heeft onderzoek gedaan naar deze ontwikkelingen. De onderzoeksrapporten zijn als bijlage bij deze brief gevoegd.² Ik ga verderop in deze brief dieper in op de bevindingen van het WODC. Ook zal ik enige woorden wijden aan de capaciteitsontwikkelingen in de tbs-sector.

1. Uitwerking maatregelen regeer- en gedoogakkoord

a. Vergroten aanwijzingsbevoegdheid en versoering contracten tbs-instellingen

De contracten die de Staat heeft gesloten met de fpc's zal ik waar mogelijk versoeren. Het doel van versoering van de tbs-behandeling is niet méér intensieve, hoog beveiligde klinische zorg te verlenen dan nodig, en niet minder dan veilig is. De hoog beveiligde en intensieve intramurale behandelplaatsen in een fpc worden alleen gebruikt wanneer de maatschappelijke veiligheid dit vereist. Door doelmatiger te behandelen zal in sommige fpc's de intramurale behandelduur kunnen worden teruggebracht. Overigens hecht ik eraan te benadrukken dat ik de opgelopen behandelduur op zich niet als een probleem beschouw. Immers, pas als de behandeling effect sorteert, kan men aan een vervolgstap denken. Een lange behandelduur wordt pas problematisch als er onnodig lang gebruik wordt gemaakt van kostbare voorzieningen, terwijl dat niet bijdraagt aan de veiligheid van de maatschappij. Nu zitten veel tbs-gestelden nog vaak op een hoog beveiligde plaats, terwijl die in hun fase van de behandeling niet meer nodig is. Door tijdig een verlofmachtiging aan te vragen, kan dure intramurale tbs-capaciteit worden gebruikt voor degenen die het nodig hebben. De tbs-gestelden van wie de risicotaxatie uitwijst dat een minder dure, transmurale voorziening aangewezen is, hoeven dan niet onnodig een dure intramurale plaats bezet te houden. De verlofaanvraag wordt op de gebruikelijke wijze ingediend bij de verlofunit van DJI en getoetst door het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVt). Het veiligheidsrisico voor de maatschappij neemt dus niet toe. Wat ik beoog, is dat fpc's niet langer dan noodzakelijk

¹ Omwille van statistische betrouwbaarheid is gekozen voor instroomcohorten. Van de jaren na 1998 is nog van onvoldoende uitstroom sprake om tot een verantwoorde vergelijking te komen.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

wachten met het indienen van de aanvraag voor de verschillende verloffmodaliteiten, en het moment van aanvragen tussen de verschillende fpc's meer vergelijkbaar wordt. De tbs-behandeling wordt met een zo laag mogelijke behandelintensiteit ten uitvoer gelegd, volgens het adagium «zo laag als kan, zo hoog als moet». Op deze wijze kunnen tbs-gestelden zo snel mogelijk op passend niveau worden behandeld. Door- en uitstroom uit de fpc's worden hiermee bevorderd. Zo ook moet de zinsnede uit het regeer- en gedoogakkoord worden gelezen dat de instroom in de tbs zal worden beperkt: de tbs-voorzieningen worden efficiënter benut als alleen diegenen voor wie dat noodzakelijk is, er worden geplaatst. Ook met betrekking tot deze problematiek wil ik de tbs-maatregel nadrukkelijk zien als een van de vele vormen van een door de rechter op te leggen behandeling.

De fpc's hebben in een gezamenlijke visienotitie ook uitgedragen te willen werken aan kwaliteitsverbetering en transparantie. Ik waardeer het zeer dat de sector op betrokken wijze meedenkt over manieren om de kwaliteit te verhogen en de meetbaarheid te vergroten. Daarom zal ik in overleg met de fpc's in de eerste helft van 2011 de prestatie-indicatoren vaststellen waarmee de behandelresultaten tussen de fpc's kunnen worden vergeleken. Voorbeelden van mogelijk prestatie-indicatoren zijn de duur tot de aanvraag van verschillende verloffmodaliteiten en recidives. In de tweede helft van 2011 worden de scores op de prestatie-indicatoren vergeleken. Fpc's die slecht scoren op de indicatoren dienen verbeterplannen op te stellen waarin wordt opgenomen op welke termijn verbeterde resultaten worden verwacht. Op termijn zal dit resulteren in een kortere bezetting van intramurale capaciteit. Dit is een voorbeeld hoe kan worden geled van best en bad practices.

b. Versobering longstay

De longstay-afdelingen worden versoberd in die zin dat tbs-gestelden in de longstay geen begeleid verloff meer krijgen tenzij de tbs-gestelde een gemiddelde tot hoge zorgbehoefte heeft en een laag intensieve beveiliging voldoende is. Dit beleid krijgt zijn beslag met de reeds in gang gezette driejaarlijkse herbeoordeling van de tbs-gestelden in de longstay. Deze herbeoordeling leidt tot drie categorieën tbs-gestelden met verschillende niveaus van beveiliging in de longstay: hoge, gemiddelde en lage beveiliging. De groep met lage beveiliging heeft vooral zorg nodig en komt onder stringente voorwaarden in aanmerking voor begeleid verloff. Dit zal vermoedelijk niet veel voorkomen. De andere groepen met gemiddelde of hoge beveiliging komen niet in aanmerking voor begeleid verloff. Het onafhankelijke Adviescollege Verlofftoetsing TBS adviseert over het toekennen van het begeleide verloff voor de groep met lage beveiliging.

Het beleidskader longstay forensische zorg wordt in juni 2012 geëvalueerd. De wijziging van het verloffbeleid voor de longstay maakt onderdeel uit van de evaluatie.

c. Levenslang toezicht op zedendelinquenten

De afgelopen jaren is de duur van het toezicht op tbs-gestelden aanzienlijk verlengd. Naar mijn oordeel moet de mogelijkheid aanwezig zijn een bepaalde categorie tbs-gestelden, te weten zedendelinquenten, met het oog op de veiligheid van de samenleving levenslang onder toezicht te kunnen stellen. Alles is erop gericht om herhaling van zedendelicten te voorkomen. Met permanent toezicht kan terugvalgedrag en dreigende recidive tijdig worden gesignaleerd, zodat met direct ingrijpen nieuwe slachtoffers worden voorkomen. Begin 2011 start ik een ex ante uitvoe-

ringstoets naar levenslang toezicht op zedendelinquenten na de tbs-behandeling. Daarin moet duidelijk worden welke randvoorwaarden nodig zijn om de uitvoering van het levenslang toezicht te waarborgen en welke organisaties het beste zijn toegerust op deze taak. Op basis van de resultaten van de ex ante uitvoeringstoets wordt wetgeving voorbereid. De uitkomsten van de wetenschappelijk vastgestelde risicotaxatie-instrumenten zal leidend zijn bij de vast te stellen intensiteit van het toezicht: hoe hoger het risico, hoe intensiever het toezichtsarrangement. Ook medicatie onder toezicht en Cosa¹ (vrijwilligers) kunnen deel uitmaken van het arrangement, dat zo per individu op maat wordt gemaakt. Vervolgens zal eventueel de wet worden aangepast om dit mogelijk te maken.

d. Meewegen belang slachtoffers in tbs-behandeling

Ik vind het belangrijk dat de belangen van slachtoffers nadrukkelijk worden meegewogen in het verlofbeleid en bij verlofaanvragen. In de verloffregeling TBS², een ministeriële regeling die op 2 januari jl. in werking is getreden, is daarom opgenomen dat een afgerond slachtofferonderzoek een voorwaarde is voor de toekenning van een verlofmachtiging. Hiernaast dient in de verlofaanvraag te worden beschreven op welke wijze bij de uitvoering van het verlof rekening wordt gehouden met de belangen van het slachtoffer. Een voorbeeld hiervan is een gebiedsverbod dat wordt opgelegd. Het AVt toetst of bij de ingediende verlofaanvragen voldoende rekening is gehouden met de belangen van slachtoffers en nabestaanden.

Tijdens het Algemeen Overleg slachtofferbeleid in februari 2009³ zegde de toenmalige minister toe uniform beleid te willen voeren zodat van de mogelijkheden die er zijn om bij de verlofaanvraag rekening te houden met de belangen van slachtoffers ook gebruik wordt gemaakt. Ik doe hiermee dus ook de toezegging van mijn ambtsvoorganger gestand.

2. Wetsvoorstellen

Ook qua wet- en regelgeving is het geboden in te spelen op de nieuwe ontwikkelingen. Door middel van drie wetsvoorstellen wordt getracht het stelsel van de forensische zorg te organiseren, de mogelijkheden voor dwangbehandeling te verruimen, en de aansluiting met de reguliere geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Deze wetsvoorstellen zijn inmiddels bij uw Kamer in behandeling.

a. Wetsvoorstel Forensische zorg

Het wetsvoorstel Forensische zorg (32 398) regelt (de organisatie van) het stelsel van de forensische zorg. Het stelsel omvat het geheel van bepalingen van de centrale inkoop, de bekostiging, de tariefstelling, de systematiek voor de vaststelling van, de aanspraak op en de toewijzing van de benodigde zorg, de randvoorwaardelijke (institutionele) bevoegdheden, tot en met het toezicht op de verleende zorg en het inkoopstelsel. Het stelsel heeft betrekking op alle geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg en gehandicaptenzorg), zowel intramuraal als ambulant, die wordt verleend op grond van een strafrechtelijke titel (zowel de voorwaardelijke als de onvoorwaardelijke varianten) of tijdens detentie. Het wetsvoorstel is een kaderwet, hetgeen betekent dat het stelsel in lagere regelgeving nadere invulling zal krijgen. Het wetsvoorstel regelt in hoofdlijnen de organisatie van de forensische zorg, en is aan te merken als organisatiewetgeving. Door middel van een nota van wijziging zal ook de op pagina 1 genoemde algemene aanwijzingsbevoegdheid in dit wetsvoorstel worden opgenomen.

¹ Circles of support and accountability.

² Staatscourant 31 december 2010, nr. 21 597.

³ Kamerstukken II, 31 101, nr. 4.

b. Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg

De kern van het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg (32399) is een persoonsvolgende regeling voor degenen die als gevolg van een psychische stoornis een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zichzelf of anderen veroorzaakt. De rechter kan op advies van een multidisciplinaire commissie een zorgmachtiging verlenen die legitimeert tot verschillende vormen van verplichte zorg om dit risico weg te nemen. Daarbij kan worden gedacht aan allerlei interventies op het terrein van de zorg, variërend van verzorging, bejegening, behandeling, inclusief opname, begeleiding of beveiliging. De commissie zal op het punt van onvrijwillige zorg de rechter adviseren en als verzoeker optreden. Ook zal deze multidisciplinair samengestelde commissie als adviseur optreden waar het gaat om beëindiging van verplichte zorg. Ter vervanging van de inbewaringstellingsprocedure wordt een crisismaatregel geïntroduceerd voor die gevallen waarin de procedure voor een zorgmachtiging niet kan worden afgewacht. Belangrijk nieuw element is dat de opname, anders dan in de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz), niet langer centraal zal staan, maar slechts één van de interventies zal zijn in de zorgketen. Het huidige stelsel met zeven typen machtigingen die elk gekenmerkt worden door ingewikkelde procedures, wordt vervangen door één rechterlijke machtiging (zorgmachtiging), die legitimeert tot de daarin omschreven vormen van zorg (waaronder opname en behandeling). Zoals ik u vorige week nog bij brief heb laten weten worden thans, mede naar aanleiding van de vragen uit het verslag van de Vaste commissie voor Veiligheid en Justitie bij dit wetsvoorstel, de mogelijkheden onderzocht voor een andere opzet van de multidisciplinaire commissie.

c. Wetsvoorstel Verruiming onvrijwillige geneeskundige behandeling

Het wetsvoorstel Verruiming onvrijwillige geneeskundige behandeling (32 337) beoogt de mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling in de justitiële inrichtingen te verruimen, in navolging van de wijziging van de Wet bopz per 1 juni 2008, die de verruiming van de dwangbehandeling in de ggz-instellingen mogelijk maakte. Dit wetsvoorstel geeft onder meer uitvoering aan de aanbeveling van de parlementaire onderzoekscommissie tbs (commissie-Visser) om de wettelijke mogelijkheden voor dwangmedicatie te verruimen. Het wetsvoorstel past in het streven de psychiatrische zorg binnen de justitiële inrichtingen zoveel mogelijk gelijkwaardig te laten zijn aan die binnen de ggz.

In de nota van wijziging bij dit wetsvoorstel¹ wordt voorts geregeld dat alvorens de maatregel definitief wordt beëindigd, deze in elk geval nog minimaal een jaar doorloopt. De verpleging wordt voorwaardelijk beëindigd. Gedurende deze periode staat betrokkene onder forensisch psychiatrisch toezicht teneinde een geleidelijke terugkeer in de samenleving te bewerkstelligen.

Aanleiding hiervoor is een toezegging van mijn ambtsvoorganger, gedaan tijdens het Algemeen Overleg met de Vaste commissie voor Justitie d.d. 14 mei 2009, waarin zij aangaf te onderzoeken wat de wenselijkheid en haalbaarheid is van omzetting van de contraire beëindiging van de maatregel van tbs met bevel tot verpleging in een voorwaardelijke beëindiging van de tbs. Uit een inventarisatie van het WODC blijkt dat het overgrote deel van de contraire beëindigingen zogeheten «zachte» contraire beëindiging betreft: daarbij spreken de adviesinstanties elkaar tegen, of wordt een verlenging niet als echte noodzaak gezien. De zogeheten «harde» contraire beëindiging, waarbij alle adviezen aandringen op verlenging maar de rechter toch beslist tot beëindiging van de maatregel, komt zeer weinig voor. In het algemeen acht ik het echter

¹ Kamerstukken II 2011/2012 32 337, nrs. 1 & 2.

wenselijk de terugkeer van tbs-gestelde in de maatschappij geleidelijk en onder toezicht te laten plaatsvinden. Daarom wil ik een periode van tbs met bevel tot verpleging altijd verplicht laten volgen door een periode van minimaal één jaar waarin de verpleging voorwaardelijk wordt beëindigd. De mogelijkheid van een onvoorwaardelijke beëindiging komt hiermee te vervallen. Dit betekent ook dat een contraire beëindiging niet meer mogelijk zal zijn. In de nota van wijziging is daartoe artikel 509t van het Wetboek van Strafvordering gewijzigd.

Dezelfde benadering geldt ook voor de afloop van een Pij-maatregel. Na verlenging en afloop van de Pij-maatregel blijft er een kleine groep over die als recidive-gevaarlijk wordt aangemerkt en waarbij terugkeer in de samenleving onverantwoord wordt geacht. Voor deze groep dient een passende oplossing te worden gezocht. In dat kader wordt momenteel in kaart gebracht hoe groot de groep precies is, wat de huidige mogelijkheden zijn en wat de mogelijkheid en wenselijkheid is van het omzetten van een Pij-maatregel in een tbs-maatregel. Indien een dergelijke omzetting als wenselijk wordt beschouwd, zal daarvoor ook een wetswijziging worden voorbereid.

3. Autonome ontwikkelingen

a. De pro justitia-rapportage

Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) bemiddelt jaarlijks ongeveer 1 200 multidisciplinaire pro justitia-rapportages in Meervoudige Kamer-zaken in het strafrecht voor volwassenen. In totaal wordt in 6 500 zaken bemiddeld. Daarbovenop rapporteert het Pieter Baan Centrum (onderdeel van het NIFP) in ongeveer 225 zaken op basis van klinische observatie. Bij ruim honderd verdachten leiden deze (ruim 1400) onderzoeken tot het advies aan de rechter om tbs met bevel tot verpleging op te leggen. Jaarlijks weigeren ongeveer 70 verdachten medewerking aan de klinische observatie in het PBC. In ongeveer de helft van de gevallen belemmert deze weigering niet het zicht op de stoornis, en heeft de weigering dus geen invloed op de pro justitia-rapportage.

Bij de andere helft echter kan de rechter door deze weigering geen tbs opleggen, omdat het bestaan van een stoornis ten tijde van het delict niet kon worden vastgesteld. Dat leidt soms tot rechterlijke uitspraken die indruisen tegen het rechtvaardigheidsgevoel van de maatschappij. Op 18 mei 2010 heeft uw Kamer een burgerinitiatief van H. Donkersteeg en M. Donkersteeg-Van den Brink in ontvangst genomen, met het voorstel dat een persoon die een ernstig misdrijf begaat, wettelijk wordt verplicht mee te werken aan een gedragskundig onderzoek en dat voor bepaalde delicten ook zonder gedragskundig onderzoek de maatregel van terbeschikkingstelling moet kunnen worden opgelegd. De commissie voor de Verzoekschriften en de Burgerinitiatieven heeft op 23 september 2010 vastgesteld dat het burgerinitiatief niet voldeed aan de voorwaarden in artikel 9a onder c van het reglement van Orde van de Tweede Kamer, maar omdat het burgerinitiatief niettemin de wens van vele burgers tot het in de wet opnemen van de verplichting tot medewerking aan een gedragskundig onderzoek voor een persoon die een ernstig misdrijf begaat, tot uitdrukking brengt, besloot de commissie het burgerinitiatief te behandelen als een brief en ter hand te stellen van de Vaste commissie voor Justitie.

Ik wil voorop stellen dat ik verheugd ben over het initiatief – zeker als bedacht wordt dat het is genomen door de ouders van een misbruikt kind. De noodzaak misdadigers met een stoornis niet alleen te straffen, maar

ook gedwongen te behandelen, wordt hiermee onderstreept. Hoezeer ik de wens van de initiatiefnemers ook begrijp, het is moeilijk de strekking van het initiatief letterlijk te omarmen, omdat een van de beginselen van het Nederlandse strafrecht is, dat verdachten niet kunnen worden gedwongen mee te werken aan hun eigen veroordeling (het zogenaamde nemo tenetur-beginsel).

Dat neemt niet weg dat het wel mogelijk is om de vaststelling van een eventuele stoornis minder afhankelijk te maken van die medewerking. Ik heb de afgelopen maanden mogelijke verbeteringen laten onderzoeken. Een belangrijke verbetering kan worden bereikt door de deskundigen de beschikking te geven over documenten over de verdachte van andere instanties, bijvoorbeeld over (civiele) psychiatrische ziekenhuisopnames in het verleden, etc. Ik zal de verstrekking van die gegevens over verdachten, ook zonder hun toestemming, mogelijk maken, zodat ook andere bronnen de pro justitia-rapporteurs ter beschikking staan. Op deze wijze kan een completer beeld worden verkregen van de geestestoestand van de verdachte, zodat de rechter zich daar – ook zonder medewerking van de verdachte in kwestie – een goed beeld van kan vormen. Een daartoe strekkende aanpassing van de wetgeving wordt voorbereid.

b. Verbeterde samenwerking bij rapportages

Daarnaast heeft het NIFP inmiddels een programma gestart dat eveneens moet leiden tot meer conclusieve rapportages. Door meer maatwerk in de onderzoeken, in plaats van de tot nu toe gehanteerde strikte scheiding tussen klinisch en ambulante onderzoek, kan naar verwachting de groep mensen die ook daadwerkelijk geobserveerd wordt toenemen. Dat maatwerk geeft mogelijkheden om moeilijk onderzoekbare verdachten (waaronder «weigeraars») in een aantal gevallen te motiveren en completer te rapporteren dan tijdens verblijf in het Huis van Bewaring (HvB) mogelijk is. Ambulant opererende deskundigen, die verdachten tot nu toe in het HvB onderzoeken, kunnen in de nieuwe situatie ook rapportageonderzoek in het Pieter Baan Centrum doen waarbij meer instrumenten aanwezig zijn. Daarnaast zoekt het NIFP de samenwerking met de fpc's en de ggz-instellingen, teneinde meer landelijk gespreid klinische onderzoeken te kunnen aanbieden. Het NIFP heeft in dit kader inmiddels gesprekken gevoerd met PPC Amsterdam en GGZ Eindhoven.

Deze maatregelen dragen bij tot meer inzicht in de geestvermogens van verdachten, ook van degenen die niet meewerken aan het onderzoek. Ik houd de vinger aan de pols: mocht blijken dat toch onvoldoende resultaat wordt geboekt, dan zal ik aanvullend beleid ontwikkelen. Dat kan bijvoorbeeld door een voorziening te creëren die speciaal geoutilleerd is voor moeilijk observeerbaren. Zo kan zeker worden gesteld dat gestoorde verdachten niet zonder behandeling kunnen terugkeren in de maatschappij. Die behandeling is er immers niet alleen voor de verdachten, maar juist ook voor de samenleving.

4. WODC-onderzoeken

a. Verblifsduur

De laatste maanden is in de media veel gesproken over de behandelduur in de tbs. Die zou als onnodig en disproportioneel lang worden ervaren. Rechters zouden daardoor terughoudend zijn geworden met het opleggen van de maatregel, en advocaten adviseren hun cliënten niet mee te werken aan pro justitia onderzoek. Ik heb het WODC gevraagd inzicht te bieden in de verblifsduur van tbs-gestelden.

De behandelduur in de tbs is in 8 jaar toegenomen van 7.0 jaar (instroomcohort 1990) naar 9.8 jaar (instroomcohort 1998). Dit betreft de intramurale behandelduur in een forensisch psychiatrisch centrum tot en met transmuraal verlop. In het kader van het onderzoek heeft literatuuronderzoek, een tweetal expertmeetings en analyses, in samenwerking met de Dienst Justitiële Inrichtingen, Reclassering Nederland en het recidiveteam van het WODC, op verschillende datasets plaatsgevonden. De volgende onderwerpen zijn door het WODC in het onderzoek centraal gesteld: beleidsmaatregelen, risicotaxatie en risicomangement, de verlooppraktijk, en toezicht en nazorg. De onderzoeksperiode betrof de jaren 1990–2010.

In het onderzoek wordt verondersteld dat twee zaken een belangrijke rol spelen in relatie tot de oplopende behandelduur. Ten eerste is de verlooppraktijk veranderd (zoals het instellen van het Adviescollege Verloftoetsing Tbs, uitbreiding verloop-format om te komen tot een verloopaanvraag). Ten tweede is de aandacht voor risicotaxatie en risicomangement terecht fors toegenomen. Daarnaast zien de onderzoekers in de laatste uitstroomcohorten uit de tbs enige toename in de ernst van het delictgedrag. De behandelduur neemt echter al een langere periode toe. Dit betekent dat een eventueel toegenomen delictzwaarte in de laatste jaren de toename in behandelduur in voorafgaande jaren niet (geheel) kan verklaren. Daarnaast stellen de onderzoekers eerder in het rapport dat informatie gebaseerd op uitstroomcohorten lastig te interpreteren is. Een helder en eenduidig antwoord op de vraag naar de oorzaken van de toegenomen behandelduur is dus niet te geven.

Meer in algemene zin komt uit het onderzoek naar voren dat het capaciteitstekort in de tbs tot voor kort een belangrijke rol heeft gespeeld bij het formuleren van beleid. Een toenemende verblijfsduur, het stijgend aantal opleggingen en een stagnatie in de uitstroom werden als oorzaak van capaciteitstekort gezien. In de onderzochte periode van twintig jaar heeft een snelle opeenvolging van verschillende, niet altijd op elkaar aansluitende, beleidsmaatregelen met betrekking tot behandelduur, uitstroom en opleggingen plaatsgevonden. Basis voor de beleidsmaatregelen vormden elkaar snel opvolgende beleidsonderzoeken en moties (zoals: interdepartementaal onderzoek tbs I (IBO I), IBO II, Commissie beleidsvisie tbs/commissie-Kosto, commissie-Houtman, commissie-Visser, motie-Van de Beeten).

Het WODC-rapport bevat ook een chronologisch overzicht van de beleidsmaatregelen die de afgelopen jaren zijn doorgevoerd. De onderzoekers constateren dat sinds 1980, het ene beleidsonderzoek nog niet geheel was afgerond, terwijl het volgende al weer werd opgeleverd. Er is, achteraf gezien, weinig gelegenheid geboden om de maatregelen kundig en volledig te implementeren en de resultaten daarvan af te wachten. Vanaf de motie-Van de Beeten¹ hebben achtereenvolgens IBO I, IBO II, de commissie-Kosto, de commissie-Visser alle afzonderlijk een groot aantal aanbevelingen opgeleverd, die allemaal door dezelfde sector moesten worden doorgevoerd. Ook de reeds eerder genoemde instelling van het adviescollege verloftoetsing mag niet onvermeld blijven.

Ik wil de sector de komende jaren de gelegenheid bieden alle door de commissie Visser voorgestelde verbeteringen in volle omvang door te voeren alsmede een aantal sedertdien met uw Kamer gecommuniceerde maatregelen en vanzelfsprekend ook de in deze brief genoemde maatregelen. De komende jaren zal zo min mogelijk aan het beleid worden gewijzigd – eerst na doorvoering van al deze maatregelen kan de balans worden opgemaakt. Voordien is het niet zinvol met steeds weer nieuwe wijzigingen te komen. Pas als de resultaten bekend zijn, kan eventueel

¹ Kamerstukken II, 29 452, nr. 36.

worden besloten tot aanpassing van het stelsel. We moeten ervoor waken dat beleidsmaatregelen niet een doel op zichzelf worden.

Grotendeels buiten beschouwing gebleven in het WODC onderzoek zijn de forensische psychiatrische centra zelf. Aangenomen mag worden dat juist binnen forensische psychiatrische centra een deel van de verklaring voor de oplopende behandelduur gevonden kan worden. Deze aanname wordt onderschreven door het visiedocument van de forensische psychiatrische centra zelf, de notitie «Forensische zorg in perspectief». Een van de uitgangspunten in de notitie is dat meer transparantie over de doorlooptijden van de intramurale tbs-behandeling nodig is. De verwachting is dat dit zal resulteren in een snellere doorstroom van tbs-gestelden.

b. Onderzoek naar de daling in het aantal opleggingen tbs met dwangverpleging

In 2008 en 2009 ligt het aantal opleggingen tbs met dwangverpleging ten opzichte van voorafgaande jaren aanzienlijk lager. In 2008 en 2009 is het aantal opleggingen respectievelijk 124 en 107, tegenover 183 opleggingen in 2007, 176 in 2006 en 207 in 2005. Het WODC heeft onderzoek gedaan naar de oorzaken van het dalend aantal opleggingen. Hiertoe is literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn gegevens verzameld uit het Forensisch Registratie en Informatie Systeem (FRIS) van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) en de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) van het WODC. De onderzoeksperiode betrof 1995–2009. Uit het onderzoek komt naar voren dat in de periode 2002–2005 sprake was van een piek in tbs-opleggingen: tbs werd toen vaker opgelegd dan in de periode daarvoor en daarna. De daling in tbs-opleggingen in 2008 en 2009 is daardoor vooral ten opzichte van 2002–2005 aanzienlijk.

In het onderzoek wordt geconcludeerd dat de daling in tbs-opleggingen in 2008 en 2009 lijkt voort te komen uit een combinatie van effecten. Daarbij is het toegenomen aantal weigerende verdachten van minder betekenis dan het afgenomen aantal delicten met een bovengemiddelde kans op tbs. Ook wordt tbs bij wel meewerkende verdachten minder vaak geadviseerd in pro Justitia rapportages. Tot slot kiest de rechter vaker voor een andere sanctiemodaliteit, bijvoorbeeld de maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, dan de tbs-maatregel. Tbs met voorwaarden wordt relatief niet vaker opgelegd.

Kortom, een enkelvoudige verklaring voor de recente daling in tbs-opleggingen is op basis van het verzamelde materiaal niet te geven. De daling in tbs-opleggingen in 2008 en 2009 lijkt voort te komen uit een gecombineerd effect van bovengenoemde oorzaken.

Tot slot wijs ik er op dat het tekort aan tbs-plaatsen, jarenlang een probleem waarmee lange wachtlijsten gepaard gingen, inmiddels tot het verleden behoort. Met de uitbreiding van de tbs-capaciteit kon de passantenproblematiek worden opgelost en is het aantal tbs-gestelden op de wachtlijst sterk teruggedrongen. De tbs bevindt zich hiermee in een situatie waarin de vraag naar en het aanbod van tbs-capaciteit nagenoeg in evenwicht is. Thans nemen de wachtlijsten steeds verder af.

Tot slot maak ik van de gelegenheid gebruik uw Kamer te informeren over enkele openstaande toezeggingen. Een overzicht daarvan staat in bijlage I van deze brief.

De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven

Toezeggingen Kosovaarse tbs-gestelde

De Vaste Kamercommissie van Justitie heeft op 10 december 2009 tijdens een spoed Algemeen Overleg bij de toenmalige staatssecretaris aangedrongen op nader onderzoek naar de feitelijke gang van zaken bij de repatriëring van de Kosovaarse tbs-gestelde I. door de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt)¹. In haar onderzoeksrapport maakt de ISt melding van twee omissies, specifiek op het gebied van communicatie en het uitwisselen van informatie.

Inmiddels is het huidige beleid met betrekking tot repatriëring van ongewenst verklaarde vreemdelingen met tbs vastgelegd. In een werkgroep met ketenpartners en verantwoordelijken bij repatriëring zijn de werkprocessen vastgesteld waarlangs in individuele gevallen besluitvorming plaatsvindt en repatriëring wordt voorbereid.

Bij de voorbereiding van de repatriëring van een ongewenste vreemdeling wordt in de individuele behandelbesprekingen expliciet aandacht besteed aan de minimumeisen ten aanzien van risicomanagement en begeleiding in het land van herkomst. In de individuele behandelplannen wordt de follow-up en de evaluatie van de repatriëring meegenomen.

Een informatiepunt is opgezet om de opgebouwde expertise van individuele medewerkers meer toegankelijk te maken voor andere ketenpartners die bij de repatriëring betrokken zijn. Daarnaast zijn de bestaande bestanden verder geautomatiseerd, waardoor afspraken met buitenlandse instanties inzichtelijker zijn. Hiermee is relevante informatie over partijen en situaties in het buitenland beter beschikbaar, ook voor externe partijen als het openbaar ministerie en de rechterlijke macht.

Met het doorvoeren van deze aanscherpingen in de uitvoeringspraktijk worden repatriëringen nog adequater voorbereid. Het nieuwe beleid binnen de kliniek zal minimaal één maal per jaar worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Onderwijl is de wet tussentijdse beëindiging tbs (Stb. 2010, 190) aanvaard, en is op 1 juli 2010 in werking getreden. In deze wet is de mogelijkheid opgenomen voor de minister van Veiligheid en Justitie om de tbs met verpleging van overheidswege tussentijds te beëindigen, indien een passende voorziening in het land van herkomst is gevonden. Dit biedt het wettelijke kader om ook tussentijds en niet alleen bij de verlengingszittingen de tbs te beëindigen zodra uitzetting daadwerkelijk mogelijk is. Verder is geregeld dat de terbeschikkingstelling herleeft, indien de betrokkene na uitzetting terugkeert naar Nederland. Dit geldt zowel bij terugkeer na beëindiging door de minister van Veiligheid en Justitie als na beëindiging door de rechter, als de rechter dat bij de beëindiging expliciet heeft bepaald.

Libidoremmende middelen

Over het gebruik van libidoremmende middelen in de behandeling van ter beschikking gestelde zedendelinquenten bestaan in de praktijk verschillende opvattingen. Ook bestaat onzekerheid en onduidelijkheid over de effectiviteit en de toepasbaarheid van deze middelen, mede vanwege de ingrijpende bijwerkingen. Dit voorjaar verscheen een advies van de RSJ («Het gebruik van libidoremmende middelen in de tbs», 21 april 2010). De Raad adviseert een beleidskader te ontwikkelen om te voorkomen dat die verschillende opvattingen leiden tot rechtsongelijkheid van de

¹ Kamerstukken II, 19 637, nr. 1317.

tbs-gestelden. Een dergelijk beleidskader, aldus de RSJ, creëert een situatie waarin alle klinieken beschikken over kennis en expertise met betrekking tot indicatie, werking en bijwerkingen van libidoremmende middelen. Bovendien kunnen op basis daarvan libidoremmende middelen worden voorgeschreven vanuit therapeutische motieven in nauw overleg met betrokkene. De RSJ is tegenstander van gebruik van libidoremmende middelen louter ter verkleining van het gevaarsrisico. Gedwongen toediening van libidoremmende middelen moet volgens de RSJ worden uitgesloten, hetgeen door een kader zal worden gewaarborgd. Tot slot kan een dergelijk kader voorzien in een extra toets ingeval de behandelaar het gebruik van een libidoremmend middel als voorwaarde wil stellen bij verlof.

Ik onderschrijf het advies van de RSJ op hoofdlijnen. Het is ongewenst dat verschillen in opvatting en onduidelijkheid onder professionals over de toepasbaarheid van deze middelen leidt tot verschillen in behandelkwaliteit en rechtspositie van tbs-gestelden. Daarom zal ter bevordering van de gelijkwaardigheid van de behandelkwaliteit en de rechtspositie van patiënten, ongeacht waar ze verblijven, een beleidskader worden ontwikkeld, al dan niet in de Aanwijzing opgenomen.

Doorlooptijden verlofaanvraag

Toegezegd is in de brief aan de Kamer van 5 oktober 2010¹ dat gestreefd wordt naar een norm van gemiddeld zeven weken voor het afhandelen van verlofaanvragen en dat het AVt en de Verlofunit tbs bezien of dit mogelijk is.

Uitgangspunt is de situatie waarin zowel het AVt als de Verlofunit tbs over voldoende capaciteit beschikken. Het AVt streeft er nu reeds naar om binnen drie weken na ontvangst van een verlofaanvraag een advies te zenden aan de minister. In het werkproces van het AVt worden geen mogelijkheden gezien tot verkorting van deze doorlooptijd, mede gelet op het feit dat de leden minimaal twee weken nodig hebben om alle stukken voorafgaand aan de commissievergadering voor te bereiden.

Bezien wordt of het interne werkproces van de Verlofunit tbs verder valt te optimaliseren. De dossiers worden sinds kort digitaal naar het AVt verzonden wat een tijdwinst oplevert van tenminste één dag. Verder wordt bezien of de procedure voor het opvragen van ontbrekende informatie in verlofaanvragen is te verbeteren en of versnelling mogelijk is van de marginale toets. Daarnaast wordt samen met vertegenwoordigers van de klinieken bezien of meer uniformiteit in de verlofaanvragen van de klinieken mogelijk is, waardoor de verwerking van aanvragen mogelijk sneller kan gebeuren.

Gelet op het bovenstaande verwacht ik een doorlooptijd van gemiddeld zeven à acht weken nog in de eerste helft van dit jaar te kunnen realiseren.

¹ Kamerstukken II 2010/2011, 29 452, nr. 135.