

Justitiële verkenningen

25e jrg., nr. 4, mei 1999

De tbs ter discussie

Voorwoord

De tbs-voorzieningen staan momenteel onder grote druk. Het aantal tbs-opleggingen is de laatste jaren sterk toegenomen. Kregen in 1990 nog 95 mensen tbs opgelegd, in 1996 waren dat er 196. Het aantal tbs-gestelden (ongeveer 1300) heeft zich de laatste zes jaar verdubbeld. Bovendien is de duur van behandeling opgerekt, waardoor de uitstroom stagneert. Ook bij gebrek aan vervolgvorzieningen stagneert de uitstroom. Er is een omvangrijk longstay-circuit ontstaan van delinquenten die geen of nauwelijks meer behandeling krijgen: het eindstation voor tbs'ers. Op zich is dat niet zo verwonderlijk want de tbs-populatie bestaat momenteel geheel uit (seksueel)-agressieve delinquenten die moeilijk behandelbaar zijn.

Door deze stagnatie zijn tekorten in de capaciteit ontstaan om nieuwe tbs-gestelden tijdig te kunnen opnemen. In 1996 moesten delinquenten die een tbs-maatregel kregen opgelegd gemiddeld bijna een jaar wachten voordat ze in een tbs-kliniek terecht konden. De wachttijden zijn zo sterk opgelopen dat de rechterlijke macht zich genoodzaakt heeft gezien in een aantal gevallen schadevergoeding toe te kennen aan tbs-gestelden.

Onlangs bracht de interdepartementale werkgroep Ibo een tweede rapport over de tbs uit. De werkgroep moest de vraag van het kabinet beantwoorden of de intramurale behandelingsduur van tbs-gestelden tot maximaal drie of vier jaar beperkt kon worden. De werkgroep kwam tot een negatief advies, mede omdat de gemiddelde behandelduur veel langer bleek te zijn dan tot voor kort werd aangenomen (geen vijf maar bijna zeven jaar). Om de behandelduur in te korten en efficiëntiewinst te boeken adviseert de werkgroep om de specialisatie van tbs-klinieken op te heffen (a-selectie toewijzing van de tbs-gestelden). De plaatsen van het centrale selectiecentrum - het dr. F.S. Meijersinstituut - komen dan vrij voor behandeling.

Door de vele problemen waarmee de tbs-voorzieningen kampen, is een herbezinning op de gronden waarop de maatregel gelegitimeerd kan worden, noodzakelijk geworden. Sommigen twijfelen überhaupt aan het bestaansrecht van de tbs-maatregel en pleiten voor afschaffing (zie de bijdrage van Van der Landen in Justitiële verkenningen 1993, nr. 3). Geen van de auteurs in voorliggend nummer wil zover gaan. Wel wordt door de meeste beklemtoond de tbs niet te gebruiken voor groepen die elders behandeld of gedetineerd horen te worden. Het idee dat tbs-gestelden alleen voor behandeling in aanmerking komen als ze daartoe gemotiveerd zijn, lijkt meer steun te krijgen. Mede daardoor wordt de vraag wat te doen met degenen die niet behandeld kunnen of willen worden, steeds prangender. In de openingsbijdrage zet J.L. van Emmerik de kerngegevens van de maatregel tbs op een rijtje. Hij bespreekt achtereenvolgens de omvang van het tbs-circuit, de kenmerken van de tbs-populatie (delict en stoornis), de duur van de verpleging, beveiliging en het verlofbeleid, de doorstroom en uitstroom in de tbs, en tenslotte de recidive. Vooral het longstay-circuit baart Van Emmerik zorgen. Een verdere groei van dat circuit dat vooral een bewaringskarakter heeft, kan de legitimiteit van de maatregel ondermijnen. De vraag dient zich aan of voor de groep tbs-gestelden die niet langer behandeld wordt, vrijheidsbeneming van onbepaalde duur wel toelaatbaar is. De vrijheidsbeneming van langgestraften die volledig toerekenbaar zijn bevonden, blijft immers wel tot een bepaalde termijn beperkt.

Prof. B.C.M. Raes schetst in vogelvlucht de geschiedenis van de tbs-maatregel en gaat na of de huidige praktijk nog wel voldoet aan oorspronkelijke intenties van de wetgever in 1928. De auteur concludeert dat de samenhang tussen de drie constituerende elementen van de tbs-regeling - beveiliging, verpleging/behandeling en rechtspositie - verstoord is. Door versterking van de rechtspositie van de terbeschikkinggestelde is de behandeling steeds meer onder druk komen te staan. Voorts wijst Raes er op dat de groep tbs-gestelden momenteel te heterogeen is samengesteld. Het aantal first offenders dat de maatregel krijgt opgelegd is onrustbarend gestegen en het is de vraag of voor die groep tbs gerechtvaardigd is. Ook plaatsing van de groep die een zeer lange gevangenisstraf met tbs opgelegd heeft gekregen, is voor discussie vatbaar. De 'detentieschade' na een zeer lange straf maakt gedragskundige beïnvloeding enkel moeilijker.

Ook prof. H.J.C. van Marle gaat na voor welke groepen de tbs-maatregel nu eigenlijk bedoeld is. Hij beklemtoont dat psychotische patiënten (waaronder veel zwervers en druggebruikers) die voorheen in

de gesloten afdelingen van de Psychiatrische Ziekenhuizen werden geholpen - toen die afdelingen nog niet weggesaneerd waren - in principe niet thuishoren in de tbs; zij behoren tot de zorg van de GGz die daarvoor dan ook meer voorzieningen moet krijgen. Voorts plaatst de auteur kanttekeningen bij de tendens van 'tbs alleen voor gemotiveerden'. Ook de tendens om van behandeling af te zien als die toch niet helpt, wordt door Van Marle bekritiseerd. Net als Van Emmerik is hij van mening dat de legitimiteit van de tbs-maatregel wordt bedreigd als de behandeling wordt gestaakt en de betrokkenen voor de rest van hun leven worden opgesloten. Voor deze langverblijvers wordt de mogelijkheid van (voorwaardelijke) beëindiging niet meer getoetst. In feite houdt de tbs-gestelde dan op rechtssubject te zijn. Maar los daarvan, hoe moet worden vastgesteld of behandeling niet meer de moeite is? De rechters Y.A.J.M. van Kuijck en P.C. Vegter doen een poging de recente toename van het aantal terbeschikkingstellingen te verklaren. Een van de factoren waar ze op wijzen - naast de toename van het aantal ernstige geweldsdelicten en van het aantal gestoorde delinquenten - is de sterkere maatschappelijke roep tot het (definitief) onschadelijk maken van gevaarlijke delinquenten. Bovendien komen rechters al snel op tbs uit omdat de mogelijkheden tot behandeling in gevangenissen en huizen van bewaring vooralsnog beperkt zijn, terwijl toch vaak behandeling geïndiceerd is. Volgens de auteurs is het maar de vraag of het wenselijk is de toename van het aantal tbs-gestelden binnen de perken te houden. Er lijkt immers weinig ruimte voor een geforceerd restrictief rechterlijk beleid. Het aantal gevallen waarin de maatregel ten onrechte niet wordt opgelegd is groter dan het aantal gevallen waarin te gemakkelijk tbs wordt opgelegd. Het capaciteitstekort is dus in werkelijkheid ernstiger dan de cijfers aangeven. De auteurs wijzen er voorts op dat het klassieke onderscheid tussen gevangenisstraf en tbs-maatregel (en de bijbehorende doeleinden: respectievelijk vergelding en beveiliging van de samenleving) aan het vervagen is. Er is een tendens dat veroordeelden in de gevangenis meer behandeld worden en een tendens dat 'onbehandelbare' tbs-gestelden een langdurige preventieve detentie ondergaan. De auteurs pleiten er voor dat de gevangenissen voldoende revaliderende capaciteit gaan opbouwen.

O. de Lange schetst de hoofdlijnen van het onlangs verschenen rapport Overstromen van de interdepartementale werkgroep Ibo2 waarvan hij deel uit maakte. De werkgroep heeft voor een a-select plaatsingssysteem gekozen: alle tien tbs-klinieken moeten alle soorten tbs-gestelden kunnen opvangen. De onderlinge prestaties worden daardoor vergelijkbaar zodat de klinieken op de geleverde prestaties kunnen worden afgerekend. Door aan de door- en uitstroom ook financiële gevolgen te verbinden, zou de behandelduur teruggebracht kunnen worden. Volgens De Lange zijn er echter twee valkuilen: ten eerste kan het doelmatigheidsdenken zo dominant worden dat de behandelduur weliswaar terugloopt maar dat dit ten koste gaat van de veiligheid. Ten tweede kan een groeiend aantal tbs-gestelden in de voorzieningen voor langverblijvers terechtkomen. Het risico ontstaat dat er op de tbs een 'waterhoofd' groeit van longstay-plaatsen.

De psychiater M.G.A. Tervoort uit vervolgens scherpe kritiek op de Ibo2-plannen. Hij wijst erop dat de werkgroep ten onrechte geen onderscheid heeft gemaakt tussen intramurale behandelingsduur en intramuraal gedwongen verblijf. Volgens Tervoort kan men pas van een behandelproces spreken wanneer de patiënt het onvrijwillige van zijn opname accepteert en wil samenwerken met de behandelaars. Voor die groep acht hij de maximale behandelduur van drie tot vier jaar die het kabinet wil, best te realiseren. Behandeling binnen een beperkte tijd dwingt behandelaars effectieve programma's toe te passen en tijdig aan te geven wanneer geen voortgang wordt geboekt. Nodeloze voortzetting van dwangverpleging kan worden voorkomen. De patiënt wordt op zijn beurt gedwongen te kiezen tussen investeren in zijn behandeling of vertrekken van een schaarse behandelplaats. Een tweede kritiekpunt betreft het voorstel van a-selecte toewijzing van tbs-gestelden. Daarmee worden de verschillen die er bestaan tussen justitiële tbs-klinieken (primair een detentie-setting, secundair een behandel-setting) en VWS-klinieken (in principe een behandel-setting) genegeerd. Door a-selecte toewijzing zouden de onduidelijke en dubbelzinnige doeleinden waarmee justitiële klinieken te maken hebben, ook de VWS-klinieken binnensluipen. Volgens Tervoort is er meer behoefte aan transparantie: een gedifferentieerde zorgtoewijzing in ofwel behandelgevangenissen voor gedetineerden en TBS-gestelden ofwel VWS-klinieken (behandeling op basis van heterogene juridische maatregelen).

E.H. Schuyer, fractievoorzitter van D66 in de Eerste Kamer, formuleert een zevental kritiekpunten op de huidige tbs-regeling. Ten eerste dreigen de kosten onbeheersbaar te worden. Ook constateert hij willekeur bij de opleggingen. Voor sommige groepen delinquenten is de recidivekans zo klein dat een oplegging van een tbs-behandeling overbodig is. De delictanalyse zou dan ook richtinggevender moeten zijn voor tbs-oplegging. Voor tbs-veroordeelden die geestelijk gehandicapt zijn of verslaafd zijn, is een ander soort behandeling meer op zijn plaats. Voorts pleit de auteur ervoor om na twee jaar een moment van bezinning in te lassen of verder behandelen wel zin heeft. De motivatie van de

patiënt dient getoetst te worden. Tenslotte zouden er een aantal wijzigingen in de organisatie moeten worden doorgevoerd: aselecte opname en privatisering van de klinieken.