



Doelmatig Behandelen

Interdepartementaal
beleidsonderzoek
financieringssysteem van
Forensisch Psychiatrische
Hulpverlening

DOELMATIG BEHANDELEN

***INTERDEPARTEMENTAAL BELEIDSONDERZOEK
FINANCIERINGSSYSTEEM VAN FORENSISCH PSYCHIATRISCHE
HULPVERLENING***

***Begrotingsvoorbereiding 1996
Rapport nr. 4***

INHOUDSOPGAVE

DEEL A: ANALYSE EN AANBEVELINGEN

1.	Opdracht	p. 1
1.1	Inleiding	p. 1
1.2	Aanleiding	p. 1
1.3	Onderzoeksvraag	p. 3
1.4	Afbakening	p. 3
1.5	Criteria	p. 3
2.	Beoordeling bestaande praktijk	p. 5
2.1	Samenwerking met/afstemming tussen de betrokken ministeries	p. 5
2.2	Specialisatie: specifieke groepen forensische patiënten	p. 6
2.3	Doorstroming en effectiviteit	p. 8
2.4	Samenwerking in de regio	p. 10
2.5	Financiering en kostenbewustzijn	p. 10
3.	Aanbevelingen en beleidsalternatieven	p. 12
3.1	Inleiding	p. 12
3.2	Herstructurering	p. 13
3.2.	a de draaischijffunctie	p. 13
3.2.	b verkorting van de gemiddelde behandelduur	p. 17
3.2.	c de wijze van financiering van instellingen	p. 18
3.3	Samenvattende conclusies	p. 20

DEEL B :BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEKSTERREIN

1.	Beschrijving onderzoeksterrein	p. 21
1.1.	Justitiële voorzieningen	p. 21
1.2	Voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg	p. 25
1.3	Kosten en kostenvergelijking	p. 29
1.4	Capaciteitsplanning	p. 33
2.	Instroom, doorstroom en uitstroom	p. 35
2.1	Juridische titels	p. 35
2.2	Stroomschema (+ toelichting)	p. 36
	Bijlage TBS-maatregel	p. 41
3.	Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie	p. 43
3.1	Beschrijving ontwikkelingen in de doelgroep	p. 43
3.2	Algemene beleidsmatige ontwikkelingen	p. 46
3.3	Recente onderzoeken	p. 50

Bijlagen

1. De samenstelling van de werkgroep
2. Geraadpleegde literatuur
3. Gebruikte afkortingen

Heroverweging Forensische Psychiatrische Hulpverlening

Daar waar de geestelijke gezondheidszorg een raakvlak heeft met Justitie spreken we van forensische psychiatrie. Het grootste aantal personen binnen de forensische psychiatrie heeft door de rechter een TBS-maatregel opgelegd gekregen. Het doel van deze maatregel is behandeling van de patiënt en bescherming van de maatschappij.

Resultaat van de behandeling en verpleging is een recidivepercentage van 20%.

Door het groeiend aantal TBS-vonnissen en de toegenomen gemiddelde behandelduur zijn achterstanden in de behandeling ontstaan. Er zijn onvoldoende zelfregulerende mechanismen aanwezig die ervoor zorgen dat de (financiële) middelen doelmatig worden ingezet. Dit heeft ondermeer tot gevolg dat er sprake is onvoldoende doorstroming naar vervolgvoorzieningen; het verblijf van chronische patiënten op dure behandelplaatsen; onverklaarbare verschillen in personeelsinzet per inrichting en onvoldoende inzicht in factoren die bepalend zijn voor een succesvolle behandeling.

De aanbevelingen in dit rapport richten zich vooral op het verbeteren van de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel. De werkgroep heeft gekozen voor een nadruk op de TBS-maatregel omdat er binnen dit terrein de grootste winst in zowel efficiency, effectiviteit als kostenbeheersing te verwachten is. De werkgroep heeft daar waar mogelijk en/of relevant ook uitspraken gedaan omtrent de overige vormen van forensische psychiatrie. Integrale afweging, centrale regie, selectieve toewijzing, regionale samenwerking, differentiatie in financiering, verkorting van de behandelduur en een patiëntvolgsysteem vormen hierbij de sleutelwoorden.

Het rapport is als volgt opgebouwd: Deel A bestaat uit een beschrijving van de opdracht, een analyse van de bestaande situatie en aanbevelingen om deze te verbeteren. Deel B bevat een beschrijving van dit beleidsterrein.

november 1995

DEEL A

ANALYSE EN AANBEVELINGEN

- 1. Opdracht** **p. 1**
 - 1.1 Inleiding
 - 1.2 Aanleiding
 - 1.3 Onderzoeksvraag
 - 1.4 Afbakening
 - 1.5 Criteria

- 2. Beoordeling bestaande praktijk** **p. 5**
 - 2.1 Samenwerking met/afstemming tussen de betrokken ministeries
 - 2.2 Specialisatie: specifieke groepen forensische patiënten
 - 2.3 Doorstroming en effectiviteit
 - 2.4 Samenwerking in de regio
 - 2.5 Financiering en kostenbewustzijn

- 3. Aanbevelingen en beleidsalternatieven** **p. 12**
 - 3.1 Inleiding
 - 3.2 Herstructurering
 - 3.2. a de draaischijffunctie
 - 3.2. b verkorting van de gemiddelde behandelduur
 - 3.2. c de wijze van financiering van instellingen
 - 3.3 Samenvattende conclusies

1 Opdracht

1.1 Inleiding

Als centraal thema voor de ronde interdepartementale onderzoeken van dit jaar (voorheen als heroverwegingsonderzoeken aangeduid) is gekozen voor "Financiële vernieuwing". Het primaire doel van deze onderzoeksronde is een verkenning van de mogelijkheden om financieringsystemen van overheidsvoorzieningen te verbeteren. Het gaat daarbij met name om verbetering van de prikkels die van systemen uitgaan op het gedrag van de uitvoerende instanties en van burgers en instellingen die van de voorzieningen gebruik maken. Het doel hierbij is de vergroting van de effectiviteit, doelmatigheid en transparantie van het beleid.

In overleg tussen het ministerie van Financiën, het ministerie van Justitie en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is voor deze onderzoeksronde besloten tot het instellen van een werkgroep "Forensische Psychiatrie". De samenstelling van de werkgroep is te vinden in bijlage 1. De forensische psychiatrie betreft de psychiatrische rapportage over en de hulpverlening aan patiënten die wegens (ernstig) delinquent gedrag in aanraking zijn (geweest) met het justitiële systeem.

1.2 Aanleiding

De forensische psychiatrie speelt zich af op het raakvlak van de strafrechtspleging en de psychiatrie. De ministers van VWS en van Justitie hebben op het beleidsterrein van de forensische psychiatrie elk hun eigen verantwoordelijkheid en hun eigen voorzieningen.

De problematiek van de doelgroep laat zich niet eenvoudig beschrijven. Er is sprake van een complex geheel van met elkaar samenhangende factoren (gedrag, stoornis, delict, functioneren en geschiedenis van de patiënt). Verreweg het belangrijkste onderdeel van de forensisch-psychiatrische populatie vormen de TBS-gestelden. Het aantal TBS-vonnissen is de afgelopen jaren sterk gestegen (1994: 199 vonnissen; 1993: 134 vonnissen; tegen gemiddeld 100 vonnissen per jaar in de tien jaar daarvoor). De gemiddelde TBS-gestelde heeft op 25-jarige leeftijd reeds een justitiële carrière van 6 jaar achter de rug en is daarbij twee keer eerder door de rechter veroordeeld. De schoolperiode heeft zich in het algemeen gekenmerkt door probleemgedrag en vele schoolwisselingen. 25% van de TBS-populatie is allochtoon; 4% is van het vrouwelijke geslacht. Een ander kleiner deel van de forensisch psychiatrische populatie verblijft zonder TBS in detentie; 3% van de gevangenispopulatie blijkt detentieongeschikt waardoor overplaatsing naar een TBS-kliniek of psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk kan blijken.

Bij het aantal opleggingen speelt de rechter een belangrijke rol: deze bepaalt het aantal opleggingen. Voorts kan de stijging in verband worden gebracht met maatschappelijke trends. Een relevant voorbeeld is dat een op de drie à vier inwoners van ons land jaarlijks kampt, kortere of langere tijd, met geestelijke gezondheidsproblemen. Deed in 1990 een op de zes mensen hiervan een beroep op de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, in het jaar 2000 zal dit, bij ongewijzigd

beleid naar verwachting zijn opgelopen tot een op de vier van deze groep (een toename van 40%).¹

Forensische patiënten zijn, na hun behandeling in gespecialiseerde (TBS)-inrichtingen, niet altijd goed te plaatsen binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg. In de reguliere geestelijke gezondheidszorg is een ontwikkeling in gang gezet om het aantal gesloten afdelingen te saneren, waardoor ook bepaalde groepen forensische patiënten moeilijker te plaatsen zijn. In samenhang met deze afbouw, is een toename van het aantal plaatsen bij Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen gepaard gegaan, waar ook forensische patiënten een vervolgbehandeling kunnen krijgen. Dit is belangrijk aangezien (ex-)TBS-gestelden steeds meer aangewezen blijven op vervolgvoorzieningen behorend tot het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Uit recente rapporten blijkt echter dat er onvoldoende doorstroom plaatsvindt naar deze en andere vervolgvoorzieningen.² De ex-justitiabelen blijken moeilijk plaatsbaar te zijn in deze voorzieningen. Deze stagnerende doorstroming zal een belangrijk aandachtspunt zijn in dit onderzoek.

De gemiddelde behandelingsduur voor TBS-gestelden blijft stijgen. De inzichten in opvattingen over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor forensische patiënten lopen uiteen. Relevant hierbij is het onderscheid tussen de psychotici (manifeste stoornis waarbij sprake kan zijn van wanen en hallucinaties; vraagt in het algemeen om een meer medicamenteuze behandeling; dit ziektebeeld komt ook veel voor binnen de reguliere ggz) en de persoonlijkheidsgestoorden (diepgewortelde stoornis die vaak enig verband heeft met de levensgeschiedenis van de patiënt; hierbij is vaak een sociaaltherapeutische en/of individuele behandeling geïndiceerd). Er is een stroming in de forensische psychiatrie die van oordeel is dat de groep psychotici veel sneller in de reguliere ggz behandeld kan worden. Ook blijkt er een groep patiënten te zijn die als blijvend delict-gevaarlijk kan worden aangeduid (de zgn. chronici).

De forensisch-psychiatrische problematiek speelt zich af op het grensvlak van de beveiliging (van de maatschappij), behandeling en begeleiding (van de patiënt). Een grens tussen justitie en volksgezondheid is daarom niet altijd scherp te trekken. Ook mede omdat "bepalen" en "betalen" niet altijd in één hand liggen, ontstaan er afstemmingsproblemen op bestuurlijk niveau.

De groeiende druk op de forensische behandelcapaciteit³, het vermoeden dat de doelmatigheid in de forensische sector verbeterd kan worden en de afstemmingsvraag tussen het TBS- en ggz-domein zijn aanleiding om de doelmatigheid van de forensisch psychiatrische hulpverlening te onderzoeken.

¹ Zie hiervoor de nota "Onder Anderen".

² Zie oa. de rapportage "Wordt Vervolgd".

³ Het kabinet heeft er bij de begrotingsvoorbereiding 1996 toe besloten een extra bedrag uit te trekken voor de uitbreiding van de Justitiële capaciteit (een maand na aanvang van deze werkgroep). Hierin is een bedrag opgenomen oplopend tot 46 mln in 1999 voor forensische voorzieningen, met name voor TBS-klinieken. Dit betekent een budgetuitbreiding van de totale forensische sector met circa 25%.

1.3 Onderzoeksvraag

De doelstelling van het interdepartementale beleidsonderzoek is om op basis van een analyse van de huidige forensisch psychiatrische hulpverlening te komen tot een meer doelmatige en doeltreffende hulpverlening. Hierbij staan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken organisaties, de wijze van financiering van de voorzieningen en de effectiviteit van de behandeling centraal. In het verlengde van de taakopdracht luidt de vraagstelling:

- *Zijn er verbeteringen in de doelmatigheid en doeltreffendheid mogelijk bij de verschillende typen voorzieningen gericht op forensische psychiatrie?*
- *Welke beleidsalternatieven zijn daarbij mogelijk?*

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is de volgende aanpak gevolgd: Allereerst is een beschrijving gemaakt van het gehele onderzoeksterrein. Gekeken is naar het aanbod van en de vraag naar forensische voorzieningen, de verdeling van verantwoordelijkheden en de planning, de financieringsstructuur, de effectiviteit van de behandeling en de actuele beleidsmatige ontwikkelingen. Een beschrijving hiervan is te vinden in deel B van het onderzoek.

Vervolgens is de bestaande praktijk geëvalueerd op basis van gesprekken met vertegenwoordigers van de betrokken instellingen en uit relevante rapporten. Op basis hiervan heeft de werkgroep een voorstel ontwikkeld welke moet leiden tot een meer doelmatige en doeltreffende werkwijze binnen de forensische psychiatrie (deel A van het onderzoek).

1.4 Afbakening

Tot de forensische psychiatrie worden in dit onderzoek gerekend die individuen die een delict hebben gepleegd en ten gevolge van een psychiatrische stoornis enige vorm van psychiatrische begeleiding ontvangen (/of moeten ontvangen).

Voorts is de rechtspleging in dit onderzoek beperkt tot het strafrecht en is het onderzoek primair gericht op forensische voorzieningen voor de volwassenenzorg (hierin kunnen ook jeugdigen zijn opgenomen).

Een nadere afbakening betreft de bijzondere psychosociale zorg binnen het gevangeniswezen. Deze vorm van hulpverlening past niet binnen de doelstelling van dit onderzoek omdat hierbij in eerste instantie het houdbaar functioneren van de gedetineerde binnen de penitentiaire inrichting centraal staat en niet zozeer de behandeling gericht op resocialisatie. De groep gedetineerden waarbij overplaatsing naar een behandelingsinstituut in de justitiële sfeer (TBS-inrichtingen) of van de algemene geestelijke gezondheidszorg is aangewezen, wordt wel in dit onderzoek betrokken.

1.5 Criteria

De *doeltreffendheid* wordt door de werkgroep voornamelijk afgemeten aan de behandelingseffectiviteit (het recidivepercentage). De *doelmatigheid* wordt beoordeeld naar de gemiddelde behandelingsduur binnen de gehele organisatie van het forensische circuit (vanaf de indicatiestelling tot en met de vervolgbehandeling in de reguliere ggz). De financiële vernieuwing die in deze sector mogelijk wordt geoordeeld heeft ondermeer betrekking op het introduceren van prikkels om

doelmatig gedrag te bevorderen, incentives voor het voorkomen van verkeerde bed-problematiek, het waar mogelijk invoeren van standaardisering/protocollen en het verkennen van substitutiemogelijkheden waarbij samenwerking met/afstemming tussen de diverse organisaties bevorderd moet worden. Ook is gekeken naar *transparantie*. Hierbij gaat het om het bereiken van een goede registratie, een eenduidige financieringsstructuur en een heldere verantwoordelijkheidsverdeling om de totstandkoming van een integrale afweging te bevorderen.

Bij het realiseren van bovenstaande doelstellingen staat maximale kosteneffectiviteit centraal.

2

Beoordeling bestaande praktijk

2.1 Samenwerking met/afstemming tussen de betrokken ministeries

Binnen het beleidsterrein van de forensische psychiatrie kan een groot scala aan opvangmogelijkheden worden onderscheiden: binnen/verbonden aan het gevangeniswezen, binnen de TBS-klinieken, binnen de geestelijke gezondheidszorg en binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. De zorg binnen/verbonden aan het gevangeniswezen ((Bijzondere) Individuele Begeleidingsafdelingen (IBA's) en crisisopvang), wordt in het vervolg van deze paragraaf buiten beschouwing gelaten, omdat deze zorg niet direct gericht is op het resocialiseren van het individu.

De volgende voorzieningen voor intramurale zorg zijn te onderscheiden: TBS-klinieken, Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's). Ook zijn er mogelijkheden voor behandeling in een Regionale Instelling voor Beschermd wonen (RIBW-en) of voor een ambulante begeleiding: poliklinieken en deeltijdbehandeling. Gesteld kan worden dat voor de brede groep forensisch-psychiatrische patiënten een behandelketen kan worden onderscheiden, die afneemt naar behandelintensiteit en beveiliging.

Integrale afweging

Er zijn twee ministers verantwoordelijk voor het beleidsterrein forensische psychiatrie. De Minister van Justitie is eerstverantwoordelijke voor de justitiële TBS-klinieken. De Minister van VWS is verantwoordelijke voor de ggz-voorzieningen en de verstandelijk gehandicaptenzorg (intramurale opvang, waaronder niet-justitiële TBS-opvang en vervolgvoorzieningen).

De twee ministers maken elk binnen een eigen, financieel, kader hun afweging. Zo kan het zijn dat justitiële voorzieningen eerder worden gerealiseerd dan niet-justitiële of dat de ontwikkeling in de justitiële capaciteit niet afgestemd is op de capaciteit in de vervolgbehandeling waardoor stagnatie in de doorstroming ontstaat. Dit is opmerkelijk, omdat de behoefte aan voorzieningen vanuit dezelfde vraag ontstaat. Daarnaast kennen justitiële en niet-justitiële voorzieningen een andere planningssystematiek (wetgeving). Zo worden de procedures volgens de huidige Wet Ziekenhuisvoorzieningen als een vertragende factor ervaren bij het aanpassen van de behandelcapaciteit.⁴ De bovenstaande situatie leidt ertoe dat er binnen het beleidsterrein van de forensische psychiatrie geen integrale afweging plaatsvindt.

Tenslotte heeft de scheiding van verantwoordelijkheden mede tot gevolg dat er binnen de onderscheiden keten onvoldoende doorstroom/substitutie plaatsvindt. Een beloning voor tijdige doorplaatsing ontbreekt. Beide circuits zijn nog niet optimaal op elkaar aangesloten; hier lijkt nog veel doelmatigheidswinst te behalen.

⁴ De opzet van de "nieuwe" Wet Ziekenhuisvoorzieningen wordt in deel B van dit onderzoek toegelicht.

Financiële verantwoordelijkheden

Voor de justitiële-, ggz- en gehandicaptenvoorzieningen gaat in zijn algemeenheid het adagium "Wie betaalt, bepaalt" op. Voor de justitiële TBS-klinieken gaat dit adagium echter niet in zijn geheel op: Justitie betaalt de justitiële TBS-klinieken, maar declareert daarvan 80% bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Voor de justitiële TBS-klinieken geldt dat het Ministerie van Justitie verantwoordelijk is voor de planning en de bedrijfsvoering. Een deel van de TBS-populatie wordt in niet-justitiële voorzieningen (waar de Minister van VWS verantwoordelijk voor is) opgevangen. Deze voorzieningen komen, afgezien van een bijdrage van het Ministerie van Justitie aan zak- en kleedgeld, geheel ten laste van het AFBZ. De financiering van TBS-plaatsen is dus niet eenduidig.

In het Budgettair Kader Zorg (onderdeel van het Financieel Overzicht Zorg) is een bedrag geraamd voor de justitiële TBS-klinieken.⁵ Het Ministerie van Justitie maakt voorafgaand aan een uitvoeringsjaar jaarafspraken met de betreffende instelling, de verantwoording van de instelling vindt, na beëindiging van het jaar, op basis hiervan plaats. Op de hoogte van deze declaratie kan door VWS geen directe invloed worden uitgeoefend. Indien de declaratie hoger uitvalt dan de opgenomen raming, dan is VWS gehouden deze overschrijdingen te vergoeden en compensatie aan te wijzen. Wel kan VWS op termijn besluiten de aanwijzing in te trekken indien de kwaliteit van de zorg onvoldoende is of de beschikbare ruimte (Budgettair Kader Zorg) hiervoor aanleiding geeft.

Voorziene capaciteitsuitbreiding

In het kader van de begrotingsvoorbereiding 1996 is als onderdeel van de uitbreiding Justitiële capaciteit, ook voorzien in uitbreiding van voorzieningen voor forensisch-psychiatrische patiënten. Er is hiervoor een bedrag van f 13,2 miljoen in 1996 oplopend tot f 46 miljoen vanaf 1999 beschikbaar gesteld, wat een uitbreiding van de forensisch-psychiatrische sector met 25% mogelijk maakt. Het voornemen van het Ministerie van Justitie is om hiermee 170 plaatsen in justitiële TBS-voorzieningen en 40 plaatsen in vervolgvoorzieningen te creëren. De werkgroep gaat, in het verlengde van de onderzoeksopdracht, tevens in op de vraag op welke wijze het toegekende budget het meest doelmatig kan worden aangewend. Niet alleen binnen de justitiële voorzieningen is sprake van een capaciteitsgebrek. Ook de relevante ggz-voorzieningen en Hoeve Boschoord (instelling voor sterk gedragsgestoorden en licht verstandelijk gehandicapten, waar ook TBS-gestelden met een dergelijke handicap worden behandeld) kampen hiermee.

2.2 Specialisatie: specifieke groepen forensische patiënten

De verschillende forensische instellingen moeten hun behandelingspotentieel afstemmen op (wijzigingen in) de aangeboden forensische populatie (zie voor een uitgebreide beschrijving van de forensische voorzieningen deel B van dit onderzoek). Enige vorm van specialisatie is, gelet op de bijzondere kenmerken van enkele categorieën, noodzakelijk. Deze specialisatie vindt plaats binnen de instellingen en tussen de instellingen. Zo bestaan er very intensive care units, gesloten afdelingen en open afdelingen binnen de instellingen. De verschillen tussen de instellingen zijn voor een deel historisch gegroeid door een verschil in waardering voor bepaalde therapeutische basisconcepten. Voor een ander deel brengt de behandeling van bepaalde groepen een verschil in

⁵ In de declaratie zijn ook huisvestingskosten opgenomen, die ten laste komen van de Rijksgebouwendienst.

beveiliging met zich mee tussen de instellingen. Het is binnen de instellingen in het forensische circuit niet goed mogelijk een directe relatie te leggen tussen de verschillende soorten therapieën en het resultaat (behandelduur en recidive).

Blijvend delict-gevaarlijke patiënten

Binnen de groep forensisch psychiatrische patiënten is sprake van een groep voor wie terugkeer naar de maatschappij onbereikbaar is.⁶ Ook in de Forensische Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensische Psychiatrische Afdelingen (FPA's) verblijft een tot nu toe onbekend aantal personen van wie behandelaars zeggen dat deze mensen voorlopig niet meer in de maatschappij kunnen terugkeren. Deze groep wordt chronisch delictgevaarlijk en therapieresistent genoemd en zal in de huidige situatie langdurig aangewezen zijn op een verblijf in een TBS-kliniek of FPK. Hierdoor worden permanent dure behandelplaatsen bezet die effectiever ingezet kunnen worden.⁷

Behandelplan psychotici vs. persoonlijkheidsstoornissen

Uit diverse gesprekken met het veld is gebleken dat de patiënten met een psychotische stoornis en die met een persoonlijkheidsstoornis baat hebben bij een verschil in behandeling. Er wordt gesteld dat de groep psychotici die veel baat heeft bij een medicamenteuze behandeling sneller dan in de huidige situatie te resocialiseren is (bijvoorbeeld in een instelling behorend tot de reguliere ggz). Van alle stappen van het sociaal-therapeutische behandelplan van de TBS-inrichtingen, welke met name gericht zijn op het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen behoeft volgens een aantal deskundigen niet in dezelfde mate door deze groep gebruik te worden gemaakt (kan zelfs contraproductief werken). De werkgroep vindt een mogelijke *verkortung van de behandelingsduur* voor deze groep in een TBS-omgeving een belangrijk aandachtspunt zeker gezien de nog steeds stijgende behandelingsduur voor TBS-patiënten.

KZ-passanten

Wanneer de rechter een persoon volledig ontoerekeningsvatbaar verklaard (na het plegen van een delict) kan een KZ-maatregel worden opgelegd. Opname vindt dan plaats in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) of in een FPK. In afwachting van plaatsing verblijft de patiënt in een Huis van Bewaring (HvB).⁸ De werkgroep vindt het ondoelmatig dat deze groep forensische patiënten, gemiddeld 9 maanden moet wachten in een HvB. De behandeling is daar niet toegesneden op de opvang en behandeling van deze groep patiënten. Daarnaast is een langdurig verblijf van deze patiënten binnen een HvB vaak van negatieve invloed op de vervolgbehandeling in de kliniek.

TBS-passanten

De TBS-passanten wachten in een HvB op plaatsing in een TBS-inrichting of in een FPK. Gezien de grote aantallen TBS-passanten in een HvB kan worden geconstateerd dat er sprake is van een aanzienlijk capaciteitsprobleem in de TBS-inrichtingen en in de FPK's. Deze problematiek wordt

⁶ Van Emmerik heeft in zijn onderzoek naar chroniciteit binnen de TBS een populatie van ongeveer 50 personen genoemd.

⁷ Apart van deze problematiek staat nog de "onbehandelbaarheid" van vreemdelingen waarbij geen duidelijkheid bestaat over de verblijfstatus.

⁸ Een zgn. passant die wacht op plaatsing.

op korte termijn verlicht doordat het kabinet extra geld uittrekt voor de uitbreiding van het aantal TBS-plaatsen en van het aantal plaatsen in vervolgvoorzieningen.

2.3 Doorstroming en effectiviteit

De instellingen die i.t.t. TBS-instellingen direct door de AWBZ gefinancierd worden (binnen de ggz) zijn autonoom in hun beleid, zijn zelf verantwoordelijk voor de capaciteitsbenutting binnen de erkende capaciteit en verrichten zelf de indicatiestelling en (zelf-)verwijzing. Deze autonomie impliceert dat deze instellingen ook TBS-personen voor een vervolgbehandeling kunnen weigeren. De instellingen die door Justitie worden gefinancierd kennen een andere besturings- en financieringsconcept. Capaciteitsbenutting (/verwijzing) en indicatiestelling zijn hier in één hand gegeven: het dr. Meijers Instituut. De behandeling in het Justitie-domein vindt plaats in zes TBS-inrichtingen. Alleen de drie rijksinrichtingen hebben een opnameplicht. De groep forensische psychiatrische patiënten vormt jaarlijks slechts een fractie van de totale populatie die in de ggz-sector wordt behandeld (2% van de intramurale populatie in de ggz). Deze groep ondervindt bij plaatsing in de ggz-sector vaak problemen. Omdat een snelle start van de behandeling sterk van invloed is op het succes van de behandeling (recidivekans) en omdat de behandeling voor deze groep relatief duur is vindt de werkgroep dat de behandeling van forensische patiënten, meer dan in de huidige situatie, prioriteit zou moeten hebben binnen de ggz.

In de relatie tussen de forensische psychiatrie in het Justitie domein en de direct door de AWBZ-gefinancierde geestelijk gezondheidszorg (ggz) in het VWS-domein worden door de ggz twee functies verricht.

De eerste functie bestaat eruit dat er binnen de intramurale ggz (én voor de poli- en deeltijdbehandeling) voor TBS-gestelden van wie de maatregel loopt behandelingsplaatsen beschikbaar worden gesteld op verzoek van Justitie. Dit kan in het kader van het proefverlof, of door plaatsing van een TBS-gestelde in een FPK wanneer dit aansluit bij zijn indicatiestelling. Een vlotte doorstroming is nodig zodat de patiënt tijdig kan wennen aan het veranderde behandelingsklimaat (met het oog op resocialisatie) en er in de TBS-klinieken voldoende plaats blijft voor patiënten die een intensieve vorm van begeleiding nodig hebben (behandeling en beveiliging).

Om de doorstroming te bevorderen wordt ook wel gebruik gemaakt van een terugplaatsgarantie. Wanneer de patiënt onhoudbaar blijkt in de vervolgvoorziening in de reguliere ggz kan deze onmiddellijk worden teruggeplaatst naar een TBS-instelling. Deze terugplaatsgarantie wordt door het veld en door de werkgroep als positief beoordeeld en blijkt een belangrijk instrument ter facilitering van de doorstroom, met name voor instellingen die nog relatief onbekend zijn met forensische patiënten.

De tweede functie is dat *na afloop van de TBS-maatregel* er door de forensisch patiënten een beroep gedaan kan worden op niet-forensische vormen van zorg in de ggz-sector (ambulante hulp door de RIAGG, opname in een APZ of RIBW). Een goede uitoefening van deze tweede functie is ook van invloed op de termijn van de TBS. Wanneer de rechter er echter van op aan kan dat de persoon in kwestie adequaat wordt opgevangen in een ggz-voorziening zal hij eerder geneigd zijn de maatregel te beëindigen.

Gezien het bovenstaande is het belangrijk voor het doelmatig functioneren van de gehele forensische behandelketen dat beide functies goed worden uitgeoefend. Beide functies hebben betrekking op de zogenaamde doorstroming in de zorgketen.

De praktijk

De doorstroming van het justitie-domein naar het ggz-domein is de afgelopen jaren al verbeterd. Dat de doorstroming nog niet altijd plaatsvindt wanneer de TBS-kliniek dit verantwoord acht (de patiënt staat op de wachtlijst voor een vervolgvoorziening) wordt door verschillende instellingen onderschreven. Voor deze stagnatie worden twee oorzaken genoemd: een tekort aan capaciteit en de onbekendheid met forensische patiënten.

Het *capaciteitsprobleem* is bij de doorplaatsing een algemeen probleem in de ggz. Niet de vraag maar het aanbod bepaalt waar en wanneer de hulpverlening plaatsvindt. Dit is vooral voor de forensische patiënten een probleem. Het juridische vonnis moet worden uitgevoerd. Belangrijk voor een doelmatige uitvoering is dat de hele zorgketen goed op elkaar afgestemde schakels bevat. Daarnaast is een vervolghandeling zeer belangrijk gelet op de recidive-kans.

Voorts is er sprake van *onbekendheid* bij medewerkers in de reguliere ggz ten aanzien van de forensisch psychiatrische patiënten. Alhoewel de beeldvorming is verbeterd speelt deze nog steeds een rol bij de doorplaatsing naar vervolgvoorzieningen. Meestal worden de forensisch patiënten als agressief, gevaarlijk en lastig gezien. Daarnaast is deze groep voor de ggz (bijv. bij de RIBW'en) ook nieuw en relatief onbekend. De eerder genoemde terugplaatsgarantie kan in dit verband positief uitwerken. Voorts ontbreekt het vaak ook aan specifieke deskundigheid in de reguliere ggz om deze groep goed op te kunnen vangen.

Effectiviteit/Registratie op hoofdlijnen

De gebrekkige doorstroming heeft ook te maken met het gebrek aan inzicht in de patiëntenstromen. Uit verschillende gesprekken met het veld is gebleken dat het ontbreken van een patiëntvolgsysteem (een soort casusregister) door velen als een gemis wordt ervaren.

Door het ontbreken van een dergelijk systematisch bijgehouden register ontbreekt informatie bij de instellingen over de effectiviteit van hun behandeling (wat is de effectiviteit van de diverse gebruikte therapieën, wat gebeurt er na de behandeling met de patiënt). Tevens wordt de procesgang van de patiënt onvoldoende bewaakt (alleen de behandelende instelling houdt zich hier mee bezig).

Doordat er onvoldoende registratie van categorieën patiënten in relatie tot de fasen en resultaten van behandeling plaatsvindt worden trends niet zichtbaar en is het leervermogen van deze sector benadeeld. Het gebrek aan goede en toegankelijke registratie in de sector is er ook verantwoordelijk voor dat iedere instelling vaak iedere keer opnieuw dezelfde moet patiëntgegevens verzamelen. Het gebrek aan goede registratie van de sturingsvariabelen in het behandelproces wordt door de werkgroep als zeer onwenselijk beoordeeld mede gezien de kans op recidive (20% van de ex-TBS-gestelden recidiveert binnen 5 jaar weer in een ernstige vorm). Daarnaast bemoeilijkt de niet selecte spreiding van patiënten over instellingen een oordeel over de kosteneffectiviteit en doeltreffendheid van de vele met elkaar concurrerende behandelmethodieken.

Geconcludeerd kan worden dat door het niet systematisch bijhouden van gegevens over kenmerken van de patiënt (behandelcategorie; duur van de behandeling; succes/falen) het lerend vermogen van de instellingen binnen de forensische psychiatrie wordt beperkt.

2.4 Samenwerking in de regio

De verdeling van bevoegdheden en taken in de zorgketen voor (ex-)TBS-gestelden heeft vaak een vrijblijvend karakter. Dit brengt met zich mee dat een doelmatige werking van de hele zorgketen sterk afhankelijk is van de bereidheid tot samenwerking tussen betrokken organisaties en instellingen. De sturingsmogelijkheden binnen een keten met zoveel autonome partijen die ieder voor zich geen zakelijke incentives tot samenwerking kennen zijn gering. Binnen de ggz-sector (zich soms ook uitstrekkend tot de justitiële sfeer) zijn de afgelopen jaren regionale initiatieven tot samenwerking tot stand gekomen. Deze netwerken komen op zorginhoudelijke gronden tot stand. Deze initiatieven kunnen als positief worden beoordeeld. Deze samenwerking is echter nog te vrijblijvend en voornamelijk gebaseerd op persoonlijke contacten.

Sturingsmogelijkheden

De centrale sturingsmogelijkheden zijn, afgezien van de selectiefase, beperkt. De werkgroep vindt dat het aan voldoende (financiële) prikkels ontbreekt om verkeerde bed-problematiek te voorkomen, om bij het niet aanslaan van de behandeling tijdig tot herselectie over te gaan en om de doorstroming naar vervolgvoorzieningen te bevorderen (om een goede totaalbehandeling te kunnen waarborgen). De sturingsrelatie tussen de instellingen en de ministeries wordt extra gecompliceerd door het gegeven dat het aanbod aan forensische voorzieningen lager is dan de vraag naar deze voorzieningen.

2.5 Financiering en kostenbewustzijn

TBS-gestelden worden behandeld en verpleegd in justitiële- en niet-justitiële TBS-voorzieningen. De financiering van de rijksinstellingen verloopt rechtstreeks via de begroting van het Ministerie van Justitie. Basis voor deze financiering vormt de goedgekeurde begroting van deze instellingen. Deze financiering wijkt af van de particuliere TBS-instellingen. Deze worden gefinancierd via de begroting van het Ministerie van Justitie op basis van "aanvaardbare kosten"; productieafspraken en COTG-tarieven.

Met de particuliere inrichtingen heeft het ministerie contracten afgesloten. Prijzen in deze contracten zijn afgeleid van de door het COTG opgestelde richtlijn voor algemeen psychiatrische ziekenhuizen, onderdeel forensische psychiatrie (FPK's). Opvallend is het grote verschil tussen een verpleegdag in de rijksinstellingen en in de particuliere inrichtingen.

Uit de gegevens blijkt voorts dat FPK's duurder zijn dan justitiële TBS-voorzieningen (zie deel B van dit onderzoek voor een beschrijving). Dit is ogenschijnlijk vreemd, omdat in ieder geval het beveiligingsniveau bij TBS-voorzieningen in het algemeen hoger is dan bij ggz-voorzieningen. In FPK's blijkt echter o.a. de behandelruimte groter te zijn. Daarnaast past Justitie op de richtlijn voor

particuliere TBS-inrichtingen een budgetkorting van 5% toe.⁹

De richtlijnen van het COTG zijn opgebouwd uit een aantal parameters (erkende instelling, erkend bed, verpleegdag, en eerste opname) waarvoor afzonderlijke tarieven zijn vastgesteld. Deze tarieven zijn genormeerd. Het totale budget voor de instelling is, naast een vergoeding van de vaste kosten, het produkt van deze deeltarieven en de produktie (verpleegdagen) en capaciteit (bedden). De instelling moet met dit budget 'uitkomen'.

Het is, bij de instellingen of de financiers, niet bekend wat de werkelijke kosten zijn die aan een bepaalde behandeling zijn verbonden. Door het ontbreken van inzicht in de werkelijke kosten ontbreekt een belangrijke basis voor het maken van keuzen en/of een doelmatige besteding van de budgetten. Dit ontbrekende inzicht in kosteneffectiviteit van instellingen geldt ook voor het dr. Meijers Instituut (selectie-instituut). In de afweging voor plaatsing speelt het financiële element geen rol. De keuze voor een bepaalde TBS-instelling is door dat instituut nu alleen gebaseerd op zorginhoudelijke elementen.

⁹ Overigens wordt er bij de APZ'en ook een budgetkorting gehanteerd van gemiddeld 3%.

3 Aanbevelingen

3.1 Inleiding

De werkgroep heeft de bestaande praktijk in de forensische psychiatrie geëvalueerd op doelmatigheid. Ze heeft daarbij vastgesteld dat de knelpunten die in hoofdstuk 2 zijn beschreven zijn te herleiden tot een beperkt aantal samenhangende oorzaken. Een belangrijke oorzaak is het ontbreken van duidelijke prikkels die een doelmatige behandeling belonen. Een andere oorzaak is het ontbreken van informatie over succes en falen en kosten van behandelingsmethoden. Tenslotte is er sprake van niet gemotiveerde verschillen in bekostiging tussen instellingen voor in beginsel dezelfde dienstverlening. Deze constatering samen met een ongelijke uitgangspositie van de instellingen (verschillen tussen de rijks- en particuliere TBS-instellingen, de forensische ggz-instellingen en de reguliere ggz-instellingen) maken het niet goed mogelijk de verschillende behandelinstellingen en de door hun geleverde prestaties met elkaar te vergelijken.¹⁰

De werkgroep is van oordeel dat de voorwaarden voor een meer doelmatige werking van deze forensische sector beproefd moeten worden in een financiële structuur die in hoofdlijnen intact blijft. De werkgroep is van mening dat de doelmatigheidswinst vooral gevonden zal moeten worden in het introduceren van incentives die de gemiddelde behandeltermijn terugbrengen cq. de doorstroming naar het reguliere ggz-circuit bevorderen en in een differentiatie in tarieven gerelateerd aan verschillende fasen in de behandeling.

Om de resultaten van de forensische instellingen onderling vergelijkbaar te maken en om bekostigingsnormen te ontwikkelen is het nodig dat de relevante gegevens in het forensische circuit systematisch worden vastgelegd (input-, throughput- en outputgegevens van de zorgketen). Tevens is het van belang de uitgangspositie van de behandelinstellingen niet teveel van elkaar te laten verschillen. Om de flexibiliteit te vergroten, om de ondernemingsgeest te stimuleren en om de uitgangspositie van de verschillende instellingen minder van elkaar te laten verschillen beveelt de werkgroep aan om nader te onderzoeken of privatisering van de rijksinstellingen mogelijk is.

In dit hoofdstuk worden de voorwaarden, die binnen de huidige financiële structuur dienen te worden aangebracht om de sector doelmatiger te laten werken, nader besproken. De werkgroep is van oordeel dat deze herstructurering van de sector na een periode van 4 jaar geëvalueerd dient te worden.

¹⁰ Het criterium recidive als effectiviteitsindicator geeft slechts een ruwe indicatie van de effectiviteit van de behandelmethoden omdat de te onderzoeken groep gemiddeld reeds 10 jaar voor de effectiviteitsmeting met de behandeling gestart is.

3.2 Herstructurering

De werkgroep is van oordeel dat de knelpunten (zie hoofdstuk 2) ondervangen kunnen worden wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan. Een belangrijke voorwaarde is de aanwezigheid van adequate informatie over de kosteneffectiviteit en doeltreffendheid van de behandeling. Deze informatie heeft betrekking op de therapiekeuze en op de voortgang en duur van de behandeling. Daarnaast dient een differentiatie in bekostigingsnormen te worden aangebracht. In eerste instantie kan de bekostiging van de behandeling in instellingen gebaseerd worden op de fasen die in het behandelingsproces onderscheiden kunnen worden. Met deze fasen corresponderen verschillen in zorgintensiteit. In tweede instantie kan een differentiatie in het tarief plaatsvinden op basis van diagnostische categorieën.

De monitorfunctie moet geleidelijk de informatie verschaffen over het normeren van de duur en het tarief voor de verschillende behandel fasen. De monitorfunctie kan ook informatie verschaffen om de bekostiging per fase nog verder te differentiëren naar (diagnostische) categorie van patiënten. Misschien is deze differentiatie al mogelijk op basis van historische gegevens.

Met deze informatie kan een financieel besturingsmodel worden ingevoerd waarin de behandelende instellingen een duidelijke resultaatverantwoordelijkheid voor de behandelduur krijgen in combinatie met een grotere vrijheid in keuze en contractering behandelplaatsen (binnen of buiten de "muren").

Deze voorwaarden worden onderstaand verder uitgewerkt.

3.2a Draaischijffunctie

De werkgroep heeft vastgesteld dat er binnen de forensische sector naast de behandelinstututen, behoefte is aan een instituut dat primair een draaischijffunctie heeft. Deze functie bestaat uit vijf bestanddelen:

1. plaatsings- en behandelingsadvies (selectie);
2. registratie relevante sturingsvariabelen (monitoring);
3. crisisinterventie;
4. starten van de behandeling in afwachting van definitieve plaatsing;
5. signaleringsfunctie.

organisatorische vormgeving

Op dit moment worden de bovenstaande vijf functies min of meer door het Dr. Meijers Instituut vervuld. De werkgroep heeft zich over de vraag gebogen of de functies wellicht institutioneel gescheiden dienen te worden. Redenen hiervoor kunnen gevonden worden in het vermengen van belangen en verantwoordelijkheden of de kennelijke afwezigheid van synergiewerking in één instituut. De werkgroep is van mening dat alle vijf de functies bij het Dr. Meijers Instituut kunnen worden gehandhaafd.

Wel beveelt de werkgroep om voldoende draagvlak voor de taken van dit selectieinstituut te creëren een bestuursraad aan. In de bestuursraad van het Dr. Meijers Instituut moeten vertegenwoordigers van Justitie, VWS, een afvaardiging van de TBS-klinieken en van de (forensische en reguliere) vervolgvoorzieningen en van het wetenschappelijke forensische veld worden opgenomen.

De bestuursraad zal een adviserende en toezichhoudende rol (niet in de vorm van een dagelijks bestuur; maar meer op afstand) gaan vervullen en kan de belangen samenbrengen van de diverse partijen in het veld.

De beide betrokken ministeries, Justitie en VWS, stellen een gezamenlijk convenant op waarin zij de gezamenlijke verantwoordelijkheid op dit terrein erkennen. In het convenant worden daarnaast de bijzondere (wettelijke) verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de afzonderlijke ministeries beschreven alsmede de procedures rondom eventuele capaciteitsuitbreiding en het aanvragen van financiële middelen op dit terrein.

In dit convenant worden ook de vorm, bevoegdheden en samenstelling van de op te richten bestuursraad beschreven. De uiteindelijke vorm en bevoegdheden (mate van delegatie) van de bestuursraad zullen nader onderzocht worden door een afzonderlijke werkgroep.

De beide ministeries blijven uiteindelijk gezamenlijk verantwoordelijk voor de forensische sector. Zo blijft het voor Justitie mogelijk om aanwijzingen te geven aan instellingen (bijvoorbeeld richtlijnen voor de beveiliging te geven). Tevens wordt het huidige wettelijk kader gecontinueerd.

Justitie blijft bij alle TBS-opleggingen de enige bevoegde om beslissingen te nemen over de plaatsing van de patiënt (gezien haar positie als contractpartner) en over de aanvang van het proefverlof (gezien de ministeriële verantwoordelijkheid). Justitie zal zich hierbij laten adviseren door het Dr. Meijers Instituut.

Plaatsings- en behandelingsadvies (ad. 1)

Het is de werkgroep gebleken dat de advisering over de "voorselectie" in het Dr. Meijers Instituut een onmisbare schakel vormt voor het doelmatig functioneren van het forensische circuit. De werkgroep beveelt aan dat alle informatie (Pieter Baan Centrum, districts psychiatrische dienst, overig psychiatrisch onderzoek) die relevant is voor de selectie van een patiënt in het Dr. Meijers Instituut beschikbaar komt voor de advisering aan Justitie over de adequate planning. Door de gegroeide expertise en deskundigheid binnen de verschillende instellingen (zie ook par. 2.2 Specialisatie) en de schaalgrootte van de instellingen kunnen de instellingen niet ieder voor zich de gehele groep forensische patiënten behandelen.¹¹ Enige vorm van voorselectie is noodzakelijk om tot een doelmatige specialisatie te komen en de comperatieve voordelen hiervan te benutten.

¹¹ Een tweetal voorbeelden kan dit illustreren:

- a. Niet alle patiënten ontwikkelen zich goed in een instelling die gebruik maakt van sociale controle in de behandeling. Bij de selectie moet hier mee rekening worden gehouden.
- b. Vrouwelijke TBS-gestelden kunnen een behandeling afdwingen op een afdeling zonder mannelijke TBS-verpleegden. Aangezien het aandeel vrouwelijke TBS-gestelden relatief gering is kan niet iedere instelling een dergelijke separate afdeling hebben.

Registratie van relevante sturingsvariabelen (monitoring; ad. 2)

In het gehele forensische circuit bestaat een groot tekort aan vooral sturingsrelevante informatie: over de patiëntenstromen, over de gebruikte behandelmethoden, over de relatie tussen behandelduur en methode, over de kosten die met een bepaalde behandeling gepaard gaan, etc.. Mede door het tekort aan informatie kunnen de instellingen en gebruikte behandelmethoden slecht met elkaar worden vergeleken. Ook voor de instellingen is het onbevredigend dat zij geen feedback krijgen over de "voortgang" van de door een instelling behandelde patiënt. De behandelde patiënten verdwijnen voor de instellingen immers veelal geheel uit het gezichtsveld wanneer zij de instelling verlaten. Ook heeft men geen zicht op wat er bij andere instellingen gebeurt. Het lerend vermogen wordt hierdoor beperkt.

De werkgroep vindt het in dit verband dan ook belangrijk dat met voortvarendheid wordt gewerkt aan het implementeren van de monitorfunctie. De te ontwikkelen monitoringfunctie omvat vier elementen:

- registratie van instroomgegevens volgens een multidimensioneel profielsysteem (diagnose, vonnis- en delictgegevens, sociaal netwerk, etc.);
- registratie van exit- en follow-up gegevens (prognose, recidive, vervolgbehandeling);
- registratie van de duur van de toegepaste behandelmodules en de voortgang van de behandeling;
- registratie van behoefte aan plaatsen in de verschillende forensische voorzieningen.

De uitvoerigheid van de monitoringfunctie is noodzakelijk om recht te doen aan de differentiatie tussen de instellingen en om de prestaties van de instellingen toch met elkaar te kunnen vergelijken.

De casusbeschrijving in het monitoringsysteem moet worden gestandaardiseerd door deze voor alle forensische patiënten op eenzelfde manier over een langere periode bij te houden. Onderzocht kan worden of het zinvol is om categorieën patiënten te onderscheiden naar diagnose en/of naar delict; welke behandeling zij krijgen en wat een gemiddelde behandeltermijn voor deze categorie ongeveer zou moeten zijn.

Tevens dient de uitgebreide monitoringfunctie ook vertaald te worden in een eenvoudige database die een beperkt aantal sturingsvariabelen bevat en voor alle betrokken instellingen toegankelijk is. In deze eenvoudige database dienen tenminste instroom- en uitstroomgegevens en gegevens over de gemiddelde behandelduur (per categorie) en de kosten van de behandeling te worden opgenomen. Het registratiesysteem voorkomt ook dat de instellingen een aantal vaststaande gegevens van de patiënt iedere keer opnieuw voor zichzelf verzamelen. Men moet nu volstaan met het toevoegen van nieuwe aanvullende (en recente) informatie.

De werkgroep is van mening dat de introductie van een registratiesysteem bij het Dr. Meijers Instituut vanaf de districts-psychiatrische dienst tot aan het einde van de behandel fase (in APZ, RIBW of ambulante hulpverlening) onmisbaar is voor het verbeteren van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de forensische hulpverlening. Een dergelijke registratie levert informatie voor het aanbrengen van incentives voor betere doorstroom. Door bovenstaande gegevens een aantal jaren systematisch te registreren en te analyseren kan meer inzicht, anticipatievermogen en vergelijkingsmateriaal (feedback) ontstaan. Op termijn kan een analyse van deze gegevens leiden tot een relatief goede prognose en trajectplanning bij de selectie (gemiddelde behandelduur per categorie)

en als kwaliteitsbeoordeling van de behandeling en uiteindelijk tot een doelmatig gebruik van de beperkte behandelcapaciteit. Uit het registratiesysteem dient immers duidelijk te worden welke behoefte er bestaat aan plaatsen in de zorg en op welk zorgniveau.

Registratie in het kader van voorwaardelijke beëindiging

Voorts stelt de werkgroep voor na te laten gaan of het mogelijk is de registratie te laten voortduren na de beëindiging van de verpleging. Dit zou kunnen zijn in het kader van voorwaardelijke beëindiging waarbij de voormalige TBS-patiënt zich verplicht om periodiek (eens per half jaar) gedurende de voor de recidive kritieke periode van 3 jaar mee te werken aan een rapportage door de reclassering.¹² Belangrijkste argument hiervoor is de bescherming van de maatschappij tegen ernstige recidive. Zo kan bijvoorbeeld worden nagegaan of de voormalige forensische patiënt zijn voorgeschreven medicatie nog inneemt. Wanneer er problemen worden gesignaleerd kan bijvoorbeeld tijdig gebruik worden gemaakt van enige vorm van (ambulante) hulpverlening. Op deze manier ontstaat ook voor de voormalige forensische patiënt een terugvalmogelijkheid die doelmatiger is dan wanneer afgewacht wordt wanneer het volgende delict zich voordoet. Daarnaast kan door een dergelijke registratie over relevante (geanonimiseerde) onderzoeksgegevens worden beschikt, op basis waarvan de behandelende instelling zijn effectiviteit kan vergroten.

Crisisinterventie en het voorlopig starten van de behandeling (ad. 3 en 4)

Tenslotte blijkt in de praktijk behoefte te bestaan aan een tweetal functies die buiten de behandelinstututen dienen te worden verricht. Het betreft de crisisinterventie en het voorlopig starten van een behandeling. De crisisinterventie is een onmisbare functie die beschikbaar dient te zijn voor de TBS-inrichtingen. Een patiënt kan door zijn feitelijk gedrag niet langer handhaafbaar zijn binnen een instelling. Het voorlopig starten van de behandeling is begrijpelijk in afwachting van adequate behandelcapaciteit. De werkgroep meent dat deze functie in beginsel niet vervuld moet worden buiten de TBS-instellingen.

Signaleringsfunctie (ad. 5)

Op dit moment is het alleen mogelijk een behoefteprognose te maken van het benodigde aantal TBS-plaatsen. Omdat het registratiesysteem gaat werken vanaf de districts-psychiatrische dienst tot aan het einde van de behandel fase (in APZ, RIBW of ambulante hulp) kan duidelijk gemaakt worden welke behoefte bestaat aan de diverse soorten plaatsen in de voorzieningen. Het Dr. Meijers Instituut kan de eventuele tekorten en/of overschotten aan bepaalde plaatsen signaleren en (via de bestuursraad) aan de betrokken ministeries doorgeven. De uiteindelijke beslissing tot uitbreiding/inkrimping blijft bij de ministeries. De werkgroep is van mening dat de huidige KZ-passanten registratie ook bij het Dr. Meijers Instituut ondergebracht moet worden. Ook degenen die op grond van een andere strafrechtelijke titel naar een forensische voorziening overgaan moeten in de registratie worden meegenomen.

¹² Uit onderzoeksgegevens blijkt dat van ex-TBS-gestelden die ernstig recidiveren (circa 20%), 83% dit binnen 3 jaar doet. De werkgroep beveelt dan ook aan de registratie in het kader van de voorwaardelijke beëindiging 3 jaar te laten duren. (Onder ernstige recidive wordt verstaan het plegen van een delict waarop een gevangenisstraf van een jaar of meer staat.)

3.2b Bekostiging van de instellingen

De bekostiging van de instellingen moet mede gericht zijn op bevordering van de doorstroming en op het vergroten van de doelmatigheid en de effectiviteit. Het stimuleren van het kostenbewustzijn bij de behandelaar en bij het selectieinstituut is nodig. Dit doel wordt gediend wanneer er een differentiatie in de bekostiging wordt aangebracht die kan worden gerelateerd aan een gemiddelde genormeerde behandelduur (op basis van ervaringsgegevens uit het monitoringsysteem). De differentiatie heeft betrekking op de patiëntencategorie en fase van de behandeling. Het onderscheid in bekostiging(-snormen) doet recht aan verschillen in zorgzwaarte - en daarmee - binnen en tussen instellingen.

Tarief per patiëntencategorie

De werkgroep is van mening dat de zorgzwaarte van een aantal categorieën forensische patiënten significant afwijkt van de gemiddelde zorgintensiteit (voor een aantal categorieën bestaat al een differentiatie in het tarief). Deze afwijking heeft tenminste betrekking op de categorieën licht verstandelijk gehandicapten en chronici en op de categorie die als extreem vlucht- en delictgevaarlijk wordt getypeerd. De werkgroep beveelt aan dat het COTG onderzoekt welke opslag op het COTG-tarief gewenst is voor de behandeling van deze laatste categorie. Daarentegen kan het bestaande tarief verlaagd worden voor de chronische categorie en de categorie licht verstandelijk gehandicapten. Ook voor deze groepen zou het COTG moeten onderzoeken welke correctie er op het bestaande tarief kan worden toegepast. Afgezien van correcties op het bestaande tarief beveelt de werkgroep aan het basistarief nader te onderzoeken. Belangrijk is dat de werkelijke kosten als uitgangspunt worden genomen.

Tarief per behandelfase

Afgezien van de zorgzwaarte per categorie is er een onderscheid in zorgzwaarte en kosten per behandelfase. De werkgroep denkt hierbij een de volgende fasen:

- intake fase;
- behandelingsfase gesloten;
- bewaarfase gesloten (chronici);
- resocialisatiefase;
- transmurale fase (voorafgaand aan het proefverlof).

Door te differentiëren naar deze fasen kan de toekenning van budgetten beter worden afgestemd op de werkelijke kosten(-verschillen) per instelling en tussen instellingen. Ervaringsgegevens uit het monitoringsysteem vormen de input voor het ontwikkelen van normen voor de gemiddelde kosten per categorie patiënten en per behandelfase.

Op basis van bovenstaande uitgangspunten voor tarifiering van instellingen kan een matrix worden ontwikkeld waarin steeds één tarief overeenkomt met een patiëntencategorie en een behandelfase. Het spreekt voor zich dat de differentiatie alleen daar wordt aangebracht en genormeerd waar de instelling ook in staat is prestaties t.o.v. de norm te beïnvloeden en te verbeteren. Zo is het bijvoorbeeld weinig zinvol om voor de intake fase met gedifferentieerde tarieven te werken. De incentives voor de instellingen zullen ontstaan wanneer men ten opzichte van deze normen (incl. de genormeerde gemiddelde behandelduur per behandelfase) betere prestaties kan leveren en derhalve geld overhoudt.

3.2c Verkorting gemiddelde behandelduur

In de behandeling van een TBS-patiënt zijn verschillende stadia te onderkennen die gekenmerkt worden door verschillen in zorgintensiteit en bewaking. Deze stadia worden in de regel in verschillende instellingen doorlopen. Met de stadia in behandeling correspondeert derhalve een zorgketen. Naarmate er vooruitgang in de behandeling gerealiseerd wordt kan volstaan worden met een geringe behandelintensiteit tegen lagere kosten. Voorwaarde is wel dat de reis van een patiënt door de zorgketen door alle betrokken instellingen niet alleen in het belang van de patiënt is maar ook in het belang is van alle betrokken instellingen. In de praktijk stagneert deze reis vaak door schaarste aan behandelplaatsen in onderdelen van de keten en door de afwezigheid van enig financieel belang bij de betrokken instellingen om de reis voort te laten zetten.

Een belangrijk onderdeel van de herstructurering heeft dan ook betrekking op het introduceren van incentives om de gemiddelde verblijfsduur in schakels van de keten te beperken. De werkgroep is van mening dat de gemiddelde verblijfsduur in de forensische sector alsmede de gemiddelde kosten van het verblijf, afgezien van de monitorfunctie, verlaagd kunnen worden door een samenspel van maatregelen:¹³

- het normeren van de gemiddelde verblijfsduur in een behandelfase;
- de differentiatie in bekostiging per categorie patiënten en per behandelfase;
- omgekeerde bewijslast;
- vrije marge methodiek;
- aanwending beschikbare bedrag voor uitbreiding.

De eerste twee maatregelen zijn besproken in paragraaf 3.2b.¹⁴ De overige drie worden hieronder besproken.

omgekeerde bewijslast

Een element wat bijdraagt aan bevordering van de doorstroom is de omgekeerde bewijslast. Middels omkering van de bewijslast zal een behandeld instituut bijvoorbeeld ieder jaar (voor de TBS-gestelden samenvallend met de jaarlijkse contractering van plaatsen door Justitie en de verlenging van de TBS en daarmee met de rapportage voor de rechter) moeten aantonen waarom de behandeling gecontinueerd moet worden en met welke intensiteit deze gegeven moet worden zulks met advies van het Meijers Instituut. Indien de noodzaak tot verlenging niet aangetoond kan worden dan kan het selectieinstituut adviseren de patiënt over te plaatsen naar een ander instituut met een lichtere zorgintensiteit. Deze methode leidt ertoe dat er geen patiënten verblijven op dure plaatsen die zij niet (meer) nodig hebben. Het ontwikkelen van standaarden en protocollen door het veld voor behandeling is hierbij een noodzakelijke voorwaarde. De advisering van het Meijers Instituut kan dan beperkt blijven tot de vaststelling of de standaarden en protocollen juist zijn toegepast.

¹³ De terugplaatsgarantie is in dit verband eveneens al een bestaande maatregel.

¹⁴ Totdat de registratie van de essentiële stuurvariabelen de vereiste informatie heeft opgeleverd voor een verdere differentiatie in tarieven en het normeren van de verblijfsduur kan men zich vooralsnog baseren op de COTG-tarieven.

vrije marge methodiek

De TBS-instellingen moeten gestimuleerd worden om initiatieven te nemen om de doorstroming te bevorderen. Instellingen moeten aangemoedigd worden zelf transmurale voorzieningen te realiseren. De werkgroep is van mening dat de vrije marge methodiek (het mogen benutten van een gedeelte van het budget voor transmurale voorzieningen) in ruime mate toegepast moet worden in de forensische sector. De werkgroep beveelt aan om 10% van het instellingsbudget onder de vrije marge te laten vallen. De forensische instellingen krijgen dan ook in financiële zin ruimte om, indien nodig, het ontstaan van regionale netwerken met de ggz-instellingen financieel te ondersteunen, zoals bij de Van der Hoevenkliniek ook is gebeurd.

De Van der Hoevenkliniek beschikt over een tweetal open plaatsen, die bij de RIBW te Utrecht zijn gesitueerd. De TBS-ers die hier zijn geplaatst volgen nog steeds het dagprogramma in de Van der Hoevenkliniek (arbeidstraining, therapie, etc.) en vallen volledig onder verantwoordelijkheid van de Van der Hoevenkliniek. Na een periode van een half jaar tot een jaar gaat deze situatie over in proefverlof.

De betrokkenen verhuizen op papier van de open afdeling naar het RIBW (ook al blijft hun feitelijke huisvestingssituatie ongewijzigd). Hun dagprogramma kan daarbij bijvoorbeeld bestaan uit werken in de werkvoorziening, vrijwilligerswerk, en/of dagbehandeling cq. poliklinische behandeling door de Van der Hoevenkliniek. Het begin van het proefverlof markeert tevens de overgang van (door tussenkomst van) Justitie gefinancierde zorg naar rechtstreeks uit de AWBZ of anderszins gefinancierde zorg.

Een samenwerkingsovereenkomst van een TBS-instelling met een vervolgvoorziening is voor die vervolgvoorziening overigens voorwaarde om erkend te worden in de AWBZ als forensische behandelpaats. Dergelijke plaatsen mogen niet ten koste gaan van de reguliere ggz-capaciteit en zodoende tot een dubbele vergoeding van de kosten leiden (via de AWBZ én via Justitie). De realisatie dient aanvullend t.o.v. de reguliere capaciteit te zijn.

aanwending beschikbare bedrag voor uitbreiding

De werkgroep is van mening dat het uitbreiden van transmurale voorzieningen een belangrijke bijdrage kan leveren aan de doorstroming in het huidige forensische circuit. Voorzover nodig en mogelijk beveelt de werkgroep aan een deel van het extra TBS-budget hiervoor wordt ingezet (een additionele 10% voor het budget van de instellingen). Deze transmurale voorzieningen moeten wel het karakter hebben van een tussenstation. Het is onwenselijk dat een apart circuit ontstaat buiten de reguliere ggz om dat de voormalige forensische patiënten structureel gaat opvangen. Met het voornemen van het kabinet om 40 extra plaatsen in de reguliere ggz voor forensische patiënten te bestemmen en om 40 transmurale voorzieningen te financieren alsmede met de introductie van de vrije marge regeling denkt de werkgroep dat de doorstroming in belangrijke mate kan worden bevorderd.

Voorts beveelt de werkgroep aan om uit het beschikbaar gestelde bedrag een speciale separate unit voor chronische gevaarlijke TBS-gestelden te financieren. In deze unit ligt het accent niet zozeer meer op behandeling, resocialisatie en rehabilitatie maar meer op verplegen en verzorgen.

Tenslotte blijft een uitbreiding van het absolute aantal behandelplaatsen geboden voor forensische patiënten. De werkgroep denkt hierbij ook aan de uitbreiding van het aantal plaatsen in de FPA's. Bovenstaande voornemens kunnen naar het oordeel van de werkgroep worden gerealiseerd binnen het bestaande budget en het beschikbare bedrag voor uitbreiding. Tenslotte dient naar het oordeel van de werkgroep in aansluiting op de indeling in (diagnostische) categorieën nader onderzoek te worden gedaan naar een mogelijk verdere concentratie van andere categorieën patiënten; met name de licht verstandelijk gehandicapte forensische patiënten.

3.3 Samenvattende conclusies

De financiële stimulering van regionale netwerkvorming tussen forensische en reguliere ggz-instellingen; de gezamenlijke bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het selectie- en monitoringsinstituut door alle betrokkenen; gedifferentieerde bekostiging van instelling; toepassing van de vrije marge regeling en de centrale en systematische registratie vormen de essentiële en nieuwe elementen van het besturingsmodel voor de forensische sector. Deze maatregelen vormen de ingrediënten voor de financiële vernieuwing die de werkgroep nodig acht voor het vergroten van de doelmatigheid in de forensische sector binnen de hoofdlijnen van de huidige financieringsstructuur.

De winst die op korte termijn behaald kan worden zal zich vooral tonen in het teruglopen van de gemiddelde behandelingstermijn (vanwege ondermeer de inkoop van vervolgvorzieningen als RIBW's) en in het hanteren van een differentiatie in het tarief (een daling van de gemiddelde kosten van de TBS-behandeling). Het teruglopen van de gemiddelde behandelingsduur schept op termijn capaciteitsruimte en vermindert de noodzaak van uitbreiding van TBS-plaatsen. Op langere termijn zullen de voorwaarden die aangebracht zijn om het lerend vermogen van de instellingen te vergroten hun vruchten af moeten werpen in de vorm van consensusvorming over de doelmatigheid van therapievormen. De effectiviteit van de behandeling kan daardoor toenemen. Tevens kan deze gestroomlijnde aanpak vermoedelijk bijdragen aan de verbetering van de beeldvorming in de reguliere ggz over forensische patiënten.

De ontwikkeling van normen voor de duur van de behandelingsfasen per patiëntencategorie en differentiatie van tarieven (categorie en behandelfase) zal enige tijd vergen. De werkgroep meent dat tezamen met de protocollering van de behandeling, de normering van de duur en het gedifferentieerde tarief van een behandeling in een periode van twee jaar moet kunnen zijn afgerond. Andere elementen van dit model zijn al op korte termijn in te voeren. Het sluiten van behandelovereenkomsten, aanvankelijk zonder normatieve elementen; de omvorming van het Meijers Instituut met een bestuursraad bemand door direct betrokkenen en de vrije marge regeling in de budgetten van forensische instellingen kunnen op korte termijn worden ingevoerd.

De maatregelen die worden ingevoerd kunnen de doelmatige zorgverlening een kwalitatieve stap vooruit brengen. De werkgroep is van oordeel dat het uiteengezette besturingsmodel na een periode van 4 jaar geëvalueerd dient te worden. De werkgroep stelt voor deze evaluatie uit te laten voeren door een onafhankelijke (interdepartementale) commissie. Vastgesteld kan worden of het voorgestelde systeem efficiënter is.

DEEL B

BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEKSTERREIN

1. Beschrijving onderzoeksterrein **p. 21**

- 1.1. Justitiële voorzieningen
- 1.2. Voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg
- 1.3. Kosten en kostenvergelijking
- 1.4. Capaciteitsplanning

2. Instroom, doorstroom en uitstroom **p. 35**

- 2.1 Juridische titels
- 2.2 Stroomschema (+ toelichting)
Bijlage TBS-maatregel (staf vs. maatregel; voorwaarden voor TBS; de huidige TBS-maatregel)

3. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie **p. 43**

- 3.1 Beschrijving ontwikkelingen in de doelgroep
- 3.2 Algemene beleidsmatige ontwikkelingen
- 3.3 Recente onderzoeken

Bijlagen

- 1. De samenstelling van de werkgroep
- 2. Geraadpleegde literatuur
- 3. Gebruikte afkortingen

1

Beschrijving onderzoeksterrein

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de forensische psychiatrie, voorzover relevant voor dit onderzoek. De verschillende voorzieningen onder verantwoordelijkheid van de ministers van Justitie en VWS worden in beeld gebracht. Vervolgens wordt ingegaan op de met de voorzieningen samenhangende kosten en de wijze waarop de financiering van de voorzieningen plaatsvindt. Tenslotte worden de procedures beschreven die leiden tot de planning van de capaciteit.

1.1 Justitiële voorzieningen

Voor de hieronder beschreven voorzieningen is de Minister van Justitie verantwoordelijk. Begonnen wordt met een beschrijving van de justitiële opvang van TBS-gestelden, de grootste deelpopulatie van forensisch-psychiatrische patiënten. Vervolgens wordt ingegaan op de forensisch-psychiatrische zorg binnen de strafinrichtingen. Tenslotte worden de activiteiten van de districtspychiatrische diensten en de Reclassering beschreven.

Intramurale opvang van TBS-gestelden

Terbeschikkinggestelden worden, na advies van het Meijers Instituut geplaatst in voorzieningen die specifiek bestemd zijn voor deze doelgroep (zie voor een uitgebreide beschrijving, deel B paragraaf 2.2). Op dit moment zijn er in totaal zes justitiële inrichtingen. Binnen de justitiële opvangmogelijkheden kan een onderscheid worden gemaakt tussen rijksinrichtingen en particuliere inrichtingen.

Er zijn drie rijksinrichtingen:

- * Dr. F.S. Meijers Instituut in Utrecht
- * Dr. S. van Mesdagkliniek in Groningen
- * Rijksinrichting 'Veldzicht' in Avereest

en drie particuliere inrichtingen:

- * Dr. Henri van der Hoevenkliniek in Utrecht
- * Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek in Nijmegen
- * FPI Oldenkotte in Rekken

De rijksinrichtingen worden bestuurlijk aangestuurd door het Ministerie van Justitie. De personele en materiële kosten van deze inrichtingen staan op de begroting van het Ministerie van Justitie. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de drie particuliere inrichtingen ligt bij de besturen en de Raden van Toezicht. Het departement heeft met de drie particuliere instellingen contracten afgesloten. Hierin zijn afspraken over de vergoeding van de exploitatiekosten gemaakt.

Een ander verschil met de rijksinrichtingen is dat particuliere inrichtingen geen opnameplicht hebben: zij kunnen patiënten weigeren. Een verschil van mening over weigering kan in het uiterste geval leiden tot arbitrage.

Elke TBS-inrichting heeft een beveiligings- en een behandelingstaak¹⁵. Het beveiligingsniveau en de behandelingsopzet verschillen per instelling. Het Meijers Instituut, de Van Mesdagkliniek, Veldzicht en Oldenkotte hebben een relatief hoog beveiligingsniveau. De andere instellingen hebben een relatief lager materieel beveiligingsniveau, wel hebben deze instellingen een extra beveiligde afdeling. De rijksinrichtingen beschikken over apart bewakingspersoneel, terwijl deze functie in de andere instellingen, met uitzondering van de toegangscontrole, is geïntegreerd in de zgn. sociotherapeutische functie.

De afzonderlijke klinieken kunnen qua behandelingsopzet als volgt worden getypeerd¹⁶:

- Veldzicht: zwaar gestraften voor en bij de TBS-oplegging;
- Van Mesdagkliniek: zwaar gestraften voor en bij de TBS-oplegging;
- Van der Hoevenkliniek: jong, licht gestraften voor en bij de TBS, veel seksuele delinquenten;
- Pompekliniek: doorsnee TBS-populatie;
- Oldenkotte: veel gewelddelinquenten, weinig seksuele gewelddelinquenten, licht gestraft voor en bij oplegging TBS.

In het Meijers Instituut worden TBS-gestelden ter observatie opgenomen. Aan de hand van deze observatie adviseert het Meijers Instituut de Minister van Justitie over plaatsing van de patient in een TBS-voorziening die deze, naar verwachting, het beste kan opvangen. Onderdelen van de beoordeling zijn bijv. de aard van de stoornis, de vluchtgevaarlijkheid en de gewenste behandeling. Een andere nieuwe taak van het Meijers Instituut is het vervullen van een monitorfunctie (bewaking voortgang en registratie).

Onderdeel van TBS-voorzieningen zijn de *zgn. transmurale voorzieningen*. Hierin verblijven ook TBS-patiënten. Transmurale voorzieningen zijn tussenvoorzieningen die zijn gerealiseerd met het doel om de doorstroming naar algemene voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg te vergemakkelijken. Gedacht kan worden aan bijv. een voormalige directeurswoning op het terrein van de TBS-kliniek. In totaal zijn er 509 bedden in TBS-klinieken, hiervan zijn 15 transmuraal (3%).

¹⁵ Alle justitiële TBS-voorzieningen zijn in het kader van de AWBZ erkend als psychiatrisch ziekenhuis.

¹⁶ De gehanteerde kwalificaties zijn bedoeld als relatief, in vergelijking tot de overige instellingen.

Hieronder volgt een overzicht van de justitiele voorzieningen en het aantal bedden:

TBS-klinieken	Aantal bedden	Waarvan transmuraal
Veldzicht	108	4
Oldenkotte	89	3
Dr. S. van Mesdagkliniek	94	4
Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek	81	
Dr. F.S. Meijers Instituut	50	
Dr. H. van der Hoevenkliniek	87	4
TOTAAL	509	15

Strafinrichtingen en psycho-sociale zorg

Het gevangeniswezen kent huizen van bewaring en gevangenissen.

1. *Huizen van bewaring*: In de Huizen van Bewaring verblijven voornamelijk personen die worden verdacht van een misdrijf. Daarnaast verblijven hier gedetineerden die zijn veroordeeld tot een gevangenisstraf van maximaal drie maanden.
2. *Gevangenissen*: alle gedetineerden in de gevangenissen zijn door de rechter onherroepelijk tot een vrijheidsstraf veroordeeld. De gevangenissen zijn op drie manier onder te verdelen: naar mate van beveiliging, naar leeftijd en geslacht en naar strafduur:
 - extra beveiligde inrichting (gevangenis binnen een gevangenis);
 - gesloten gevangenis (zware beveiliging, sober regime);
 - half-open gevangenis (minder zware beveiliging, milder regime);
 - penitentiaire open inrichting (mild regime, zelfstandig werk, weekeinden thuis);
 - inrichting voor dagdetentie (laatste zes weken van negen tot vijf).

Elke penitentiaire inrichting is primair verantwoordelijk voor de psychosociale zorg voor gedetineerden, ook als het gaat om bijzondere zorg. Hiervoor zijn binnen het gevangeniswezen op lokaal, regionaal en landelijke niveau voorzieningen getroffen. Op lokaal niveau, binnen de afzonderlijke inrichtingen, gaat het om de volgende voorzieningen:

- *psycho-sociaal team (PST)*: elke gesloten inrichting dient te beschikken over een PST. In dit team dienen tenminste een psycholoog, een psychiater en een arts te participeren (Handleiding Planning en Control Gevangeniswezen).
- *bijzondere zorgafdeling (BZA)*: deze afdeling onderscheidt zich van een reguliere verblijfsafdeling doordat er sprake is van een aangepast regime en evt. een verhoogde personeelsinzet. Het gaat dan vooral om penitentiair-inrichtingswerkers (piw'ers) en de beschikbaarheid van een psycholoog en een districtpsychiater. Een dergelijke afdeling wordt mogelijk gemaakt door interne reallocatie: de instelling maakt zelf, binnen zijn budget, middelen vrij om gedetineerden op zo'n afdeling extra aandacht te bieden. Binnen een BZA worden gedetineerden met psychische (psychiatrische of persoonlijkheids) stoornissen en/of psychosociale problemen opgenomen. De directeur van de inrichting beslist over de plaatsing van een gedetineerde op deze afdeling.

Op regionaal niveau is er sprake van bijzondere zorg binnen zgn. individuele begeleidingsafdelingen (IBA'S). Deze voorziening is bestemd voor gedetineerden met persoonlijkheidsstoornissen. Zij vormen niet direct een gevaar voor hun omgeving, maar behoeven een op de persoon toegesneden begeleiding.

Op landelijk niveau wordt op de volgende wijze bijzonder zorg geboden:

Bijzondere individuele begeleidingsafdeling (BIBA's):

Dit zijn afdelingen voor gedetineerden met persoonlijkheidsstoornissen (zoals in de IBA's), maar tevens met een hoog vluchtrisico.

Pieter Baan Centrum (PBC):

Dit is een psychiatrische observatiekliniek met de status van een Huis van Bewaring specifiek ingericht voor het psychiatrisch onderzoek van verdachten. Het PBC adviseert over de toerekeningsvatbaarheid in verband met een mogelijke TBS-oplegging. Daarnaast vervult het PBC een rol wanneer er advies nodig is van een derde-deskundige bijv. bij 6-jaarsverlengingen.

Forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA):

In het Huis van Bewaring 't Veer te Amsterdam is een zgn. FOBA ingericht, dit is een voorziening die primair is gericht op crisisopvang voor gedetineerden die (psychotisch) decompenseren, waarna terugplaatsing naar de inrichting van herkomst kan volgen.

De FOBA vervult tevens een schakelfunctie naar externe voorzieningen. Het gaat om tijdelijke opvang van mannelijke passanten op grond van art. 47/120 Gevangenismaatregel (GM) en art. 37 Wetboek van Strafrecht.

Penitentiair selectiecentrum (PSC):

Op de afdeling voor klinisch-psychologisch onderzoek (KPO) wordt, na advies van de Departementale Commissie Geestelijk Gestoorden, de selectie uitgevoerd voor de overplaatsing van langgestraften (zonder TBS-maatregel) naar bijzondere regimes binnen het gevangeniswezen en TBS-instellingen. Op de therapie-afdeling worden langgestrafte gedetineerden opgenomen met persoonlijkheidsstoornissen in de laatste fase (ca. 1½ jaar) van hun detentie.

Hieronder volgt een overzicht van de overige intramurale justitiële TBS-voorzieningen:

Overige intramurale justitiële voorzieningen	Aantal bedden
FOBA	54
Penitentiair selectiecentrum	26
Pieter Baan Centrum	32
TOTAAL	112

Districts-psychiatrische diensten

Deze hebben de volgende taken:

- in opdracht van de rechter-commissaris, diagnostiek en advisering over mogelijke verdere rechtsgang (Pro Justitia-rapportage);
- contacten met penitentiaire inrichtingen (consulten aan gedetineerden, contacten met medische dienst).

Reclassering

Reclasseringswerk vindt plaats vanuit instellingen van CAD's, Leger des Heils, reclasseringsstichtingen en hulp voor onbehuisden. De reclassering verzorgt de volgende activiteiten:

- penitentiair reclasseringswerk (prw): informatie en advies, nagaan of gedetineerden hulp nodig hebben en die ook aanbieden of mogelijk maken, coördinatie van de hulpverlening;
- sociaal psychiatrisch werk (SPW) gericht op reclasseringscliënten die psychisch gestoord zijn, waaronder TBS'ers;
- hulpverlening en nazorg;
- vroeghulp;
- rapportage, schade- en conflictregeling, begeleiding zitting.

Samenvattend:

Naast de justitiële voorzieningen specifiek bestemd voor TBS-gestelden worden binnen de strafinrichtingen ook diverse vormen van psycho-sociale zorg geboden.

1.2 Voorzieningen op het gebied van de Geestelijke Volksgezondheid

In deze paragraaf worden de voorzieningen beschreven waar de Minister van VWS eerstverantwoordelijke voor is. Raakvlak met voorgaande paragraaf vormen die GGZ-voorzieningen waar TBS-gestelden, tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel, worden opgevangen. Vervolgens worden hier de zgn. vervolgvoorzieningen beschreven, dit zijn voorzieningen waar forensisch-psychiatrische patiënten in de laatste fase van de maatregel en/of na opheffing van de maatregel/beëindiging van de straf (gedeeltelijk) kunnen worden opgevangen.

Intramurale voorzieningen

Forensisch psychiatrische kliniek (FPK)

De FPK heeft als doelstelling het opnemen, behandelen, verplegen en verzorgen van mensen met psychiatrische problematiek en een juridische titel. De behandeling van een patiënt binnen een FPK is zeer intensief, daarnaast is de beveiliging van groot belang. Voor de mate van beveiliging kan binnen een FPK een onderscheid worden gemaakt tussen zgn. 'open' en 'gesloten' bedden.

Binnen FPK's worden onder andere TBS-gestelden verpleegd, hiervoor zijn specifieke plaatsen aangewezen. Het Ministerie van Justitie heeft in deze inrichtingen een algemene verantwoordelijkheid voor de verpleegden, voortvloeiend uit de betrokkenheid bij de executie van de TBS, en een specifieke voor wat betreft de verlof- en proefverlofregeling voor TBS-gestelden.

Op dit moment zijn er twee FPK's in Nederland: Licht en Kracht in Assen met 54 plaatsen en De Grote Beek in Eindhoven met 104 plaatsen. Er is een derde kliniek (54 plaatsen) gepland bij de Frederik van Eden Stichting in Amsterdam.

Forensisch psychiatrische afdeling (FPA)

Binnen de volgende vier APZ'en is een FPA opgericht: Willem Arntzhoeve in Den Dolder, Psychiatrisch Centrum Bloemendaal in Den Haag, Vincent van Gogh Instituut in Venray en Het Groot Graffel in Warnsveld.

De FPA is bedoeld als categoriale voorziening met als doelgroep "patiënten uit de forensische psychiatrie die niet langer de intensieve begeleiding vragen die een FPK biedt maar wel intensiever begeleid moeten worden dan waartoe een gemiddeld APZ in staat moet worden geacht". De zorgintensiteit van een FPA ligt tussen dat van een FPK en een APZ. De FPA heeft een belangrijke sluisfunctie naar de extramurale ggz-voorzieningen.

Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ)

In de laatste fase van de TBS-behandeling (proefverlof) of tijdens de tenuitvoerlegging van een gevangenisstraf kan overplaatsing plaatsvinden naar een APZ.

Na beëindiging van de terbeschikkingstelling bestaat de mogelijkheid dat de TBS-gestelde op vrijwillige basis of in het kader van een rechterlijke machtiging opgenomen wordt in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Onderdeel van een APZ kan een forensisch psychiatrische kliniek of een forensisch psychiatrische afdeling zijn. Een aantal psychiatrische ziekenhuizen heeft een aanwijzing ex. artikel 196 Wetboek van Strafvordering, hierdoor worden zij in staat gesteld een psychiatrisch rapport op te maken ten behoeve van een strafzaak (gedwongen opname).

Algemene inrichting voor verstandelijk gehandicapten Hoeve Boschoord

Dit is een instelling voor sterk gedragsgestoorden en licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG-kliniek). Net als de FPK's in Assen en Eindhoven is Hoeve Boschoord specifiek aangewezen als voorziening waar TBS-gestelden kunnen worden opgevangen. Deze instelling verschilt in die zin van de andere FPK's dat deze instelling, naast SGLVG-geïndiceerden, alleen licht-verstandelijk gehandicapte TBS-gestelden opneemt. Deze instelling valt dan ook niet onder de GGZ-voorzieningen, maar onder voorzieningen voor gehandicapten.

Categoriaal psychiatrisch ziekenhuis Groot Batelaar

Dit is een kliniek voor forensische psychotherapie (categoriaal psychiatrisch ziekenhuis voor psycho-neurotische patiënten). Psychisch gestoorde delinquenten waarvan de behandeling niet te veel maatschappelijke risico's met zich mee brengt en die behoefte hebben aan een klinische behandeling, vormen hier de doelgroep. Groot Batelaar neemt vooral tot gevangenisstraf veroordeelden op.

Hieronder volgt een overzicht van de intramurale ggz-voorzieningen bestemd voor TBS-gestelden:

Niet-justitiële voorzieningen	Namen	Aantal bedden
Forensische Psychiatrische Kliniek:	- Licht en Kracht	54
	- De Grote Beek	104
Forensisch Psychiatrische Afdeling:	- Willem Arntzhoeve	10
	- Psychiatrisch Centrum Bloemendaal	10
	- Vincent van Gogh Instituut	10
	- Het Groot Graffel	10
Overige intramurale voorzieningen:	- Hoeve Boschoord	28
	- Groot Batelaar	32
	TOTAAL	258

Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW)

Deze woonvorm richt zich op mensen met langdurig psychische problemen. De zorgverlening is gericht op normalisatie van woon- en leefomstandigheden, zelfbeschikking en onafhankelijkheid.

Op dit moment zijn er veertig RIBW's met een capaciteit van 5000 plaatsen. Van deze plaatsen worden er 45 bezet door ex-TBS'ers (1%).

RIAGG'en

De RIAGG'en verrichten de volgende activiteiten op het gebied van de forensische psychiatrie:

- crisisinterventie op politiebureau's;
- een enkele RIAGG biedt psychosociale zorg in een HvB;
- een aantal RIAGG'en heeft een project hulpverlening aan daders van seksuele misdrijven.

Polikliniek/deeltijdbehandeling

Aan drie TBS-inrichtingen zijn functies voor ambulante behandeling gekoppeld. Zo exploiteert de Prof. mr. W.P.J. Pompekliniek een polikliniek en fungeert bij de Dr. H. van der Hoevenkliniek en de FPK van de Grote Beek zowel een polikliniek als een afdeling voor deeltijdbehandeling. Deze voorzieningen richten zich op patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en grote psycho-sociale kwetsbaarheid die door hun grensoverschrijdend gedrag (bijna opnieuw) met justitie in aanraking zijn gekomen. Het programma van deeltijdbehandeling is geënt op de specifieke behandelingsdeskundigheid van de kliniek waar zij aan verbonden is. Het gaat hier om mensen:

- van wie de voorlopige hechtenis geschorst is;
- die met proefverlof zijn (TBS);
- aan wie de maatregel van TBS met aanwijzing (zonder bevel tot verpleging van overheidswege) is opgelegd;
- en langgestraften in de fase direct voorafgaand aan de Vervroegd Invrijheidstelling (VI).

Het aanbod van de polikliniek heeft vooral het karakter van voor- en nazorg van de deeltijdbehandeling en nazorg van een verblijf in een kliniek.

Forensisch-psychiatrische voorzieningen specifiek voor jeugdigen

Voor jeugdigen zijn de volgende specifieke voorzieningen in oprichting¹⁷:

Ortho-psychiatrische Kliniek voor Jongeren/Jong-volwassenen van Bavo te Capelle aan den IJssel

Er wordt een nieuwe afdeling (24 plaatsen) ortho-psychiatrie gebouwd, bestemd voor jongvolwassenen te Capelle aan de IJssel. Dit complex ressorteert onder Bavo, Centrum voor psychiatrie. Deze kliniek richt zich op de behandeling van jongeren/jongvolwassenen met ernstige psychiatrische problematiek, gecompliceerd door ernstige gedragsstoornissen. Deze kliniek zal in september 1995 in gebruik worden genomen.

Forensische Jeugdpsychiatrische Kliniek van De Grote Beek te Eindhoven

December 1993 is een verklaring van behoefte afgegeven voor 16 klinische plaatsen voor de afdeling forensische jeugdpsychiatrie bij de Grote Beek in Eindhoven. Per 1 januari 1996 zullen 9 plaatsen in gebruik worden genomen.

Dagcentrum Forensische Jeugdpsychiatrie van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam en het Paedologisch Instituut Amsterdam/Duivendrecht

In het najaar van 1995 zal een afdeling deeltijdbehandeling (10 plaatsen) forensische psychiatrie voor jeugdigen en jong-volwassenen in Duivendrecht van start gaan. Deze afdeling wordt gerealiseerd in een samenwerkingsverband tussen het Paedologisch Instituut en het Psychiatrische Centrum Amsterdam Zuid/Nieuw West. Er wordt een zorginhoudelijk samenwerkingsverband gesloten met een FPK, i.c. de Frederik van Eeden Stichting.

De genoemde drie inrichtingen vormen een samenwerkingsverband.

Samenvattend:

Binnen die voorzieningen die onder de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS vallen is er een grote diversiteit aan voorzieningen waar forensisch-psychiatrische patiënten worden opgevangen. Bijzonder is dat binnen deze voorzieningen ook TBS-gestelden worden verpleegd.

¹⁷ Er kunnen jeugdpsychiatrische en ortho-psychiatrische voorzieningen worden onderscheiden. Ortho-psychiatrie richt zich op patiënten waarbij delinquentie in het verleden is voorgekomen, forensische jeugd-psychiatrie richt zich op patiënten waarbij delinquentie nog steeds voorkomt.

1.3 Kosten(-vergelijking) en financiering

Kosten GGZ-voorzieningen

De totale GGZ-sector wordt beperkt door het macro-budget. Dit budget wordt taakstellend geraamd in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). De Minister van VWS heeft tijdens het uitvoeringsjaar geen invloed op de omvang van het budget. Een overschrijding van het macro-kader kan alleen achteraf gecompenseerd worden. De minister van VWS kan via een aanwijzing aan het COTG ingrijpen op de macro-component (de COTG-richtlijn). Dit leidt tot lagere budgetten en lagere tarieven voor de instellingen. De tijd tussen het vaststellen van een overschrijding en het nemen van de compensatiemaatregel bedraagt in de regel twee jaar.

Het budget van intramurale voorzieningen is opgebouwd uit een vast en een variabel deel. Het variabele deel is afhankelijk van het aantal verrichtingen. Het vaste deel is hiervan onafhankelijk en wordt in belangrijke mate bepaald door het goedgekeurde niveau van investeringen in het gebouw (rente en aflossing).

Voor het variabele deel worden productie-afspraken gemaakt tussen verzekeraars en de instelling. De productie-afspraken bevatten een prijs- en een volume-component. De volume-component bevat het aantal verrichtingen. De prijscomponent is gebaseerd op de richtlijnen die zijn opgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en goedgekeurd door de minister van VWS (zie bijlage).

De richtlijn is opgebouwd uit personele en materiële kosten. Voor de volgende indicatoren zijn tarieven vastgesteld:

- per erkende instelling;
- per erkend bed;
- per verpleegdag;
- per eerste opname.

Voor erkende SGA-afdelingen van APZ'en, forensische klinieken en voor zogenaamde ZIZ (zeer intensieve zorg)-bedden zijn aparte toeslagen per bed en per verpleegdag vastgesteld.

Een instelling declareert de verrichting tegen een vastgesteld tarief bij de verzekeraar. De verzekeraar betaalt het tarief aan de instelling en declareert op zijn beurt dit bedrag voor 100% bij de AFBZ, die automatisch per declaratie betaalt.

Bij de poliklinieken zijn de verzekeraars en de instellingen niet direct beperkt in het aantal af te spreken verrichtingen. Indirect zijn ze dat wel door het macrobudget.

Capaciteit en budget niet justitiële voorzieningen:

Exploatiekosten per jaar: f 50,6 miljoen (berekend naar aantal erkenningen, stand per 01-01-1995).

Hiervan is: - f 46,4 miljoen klinisch (incl. Hoeve Boschoord);
- f 4,2 miljoen deeltijd/poli

Per 01-01-1995 bedraagt het aantal erkende forensisch psychiatrische bedden: 258, zijn er 40 deeltijdplaatsen en 3 forensische psychiatrische poliklinieken¹⁸.

¹⁸ Inmiddels (april 1995) is er een erkenning voor een derde forensisch psychiatrische kliniek en een vierde forensisch psychiatrische polikliniek afgegeven.

Kosten TBS-voorzieningen

De personele en materiële kosten van de rijksinrichtingen staan op de begroting van het Ministerie van Justitie, deze inrichtingen kunnen gebruik maken van bepaalde diensten van het departement (bijv. personeelsadministratie). Met de particuliere inrichtingen heeft het departement contracten afgesloten. Uitgangspunt hierbij is een pas afgesloten budgetteringsovereenkomst. De prijzen die in de budgetteringsovereenkomsten worden gehanteerd zijn naar analogie van de richtlijnen van het COTG voor algemeen psychiatrische ziekenhuizen, onderdeel forensische psychiatrie. Hierop vinden correcties (toeslag voor beveiliging, korting voor personeelskosten) plaats die neerkomen op een reductie van 5% van het budget.

De TBS-klinieken zijn aangewezen in het kader van de AWBZ. De budgetten van de (particuliere en rijks-)TBS-klinieken worden gefinancierd uit de begroting van Justitie. Het Ministerie van Justitie declareert 80% van deze kosten bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Deze verdeelsleutel is jaren geleden overeengekomen. Het uitgangspunt was dat 80% van de kosten verpleging betreffen en 20% beveiliging. Deze 20% neemt Justitie voor haar rekening.

Het AWBZ-deel van de totale kosten van de TBS-klinieken wordt geraamd in het FOZ.

Capaciteit en budget justitiële TBS-klinieken (rijks- en particulier):

Uitgaven (* f 1.000) ¹⁹	1995	1996	1997	1998 e.v.j.
- rijk (incl. PBC)	76.151	75.620	75.803	75.841
- particulier	<u>73.097</u>	<u>89.685</u>	<u>89.685</u>	<u>89.685</u>
	149.248	165.305	165.488	165.526

(Bron: Ontwerp-begroting 1995, Ministerie van Justitie)

Capaciteit (aantallen)	1995	1996	1997	1998 e.v.j.
- rijk (incl. PBC)	304	304	304	304
- particulier	<u>267</u>	<u>347</u>	<u>347</u>	<u>347</u>
	571	651	651	651

(Bron: Ontwerp-begroting 1995, Ministerie van Justitie)

Het PBC krijgt een budget dat op dezelfde wijze is vastgesteld als de rijks TBS-inrichtingen. Het PSC en de FOBA krijgen geen afzonderlijk budget, maar maken deel uit van grotere penitentiaire complexen, die overigens wel normbedragen ontvangen voor deze plaatsen. Het PBC, het PSC en de FOBA komen volledig ten laste van de begroting van Justitie.

Met de FPK Grote Beek, FPK Licht en Kracht en Hoeve Boschoord, zijn afspraken gemaakt over de opvang van een vastgesteld aantal TBS-gestelden. Deze niet-justitiële TBS-klinieken zijn in het kader van de AWBZ erkend als psychiatrisch ziekenhuis. Deze inrichtingen kunnen zelfstandig i.t.t.

¹⁹ Betreft begroting- en premiefinanciering (AWBZ).

TBS-klinieken- dus zonder tussenkomst van het Ministerie van Justitie - hun kosten declareren bij het AFBZ.

Samenvattend:

De kosten van ggz- en gehandicaptenvoorzieningen komen volledig ten laste van de AFBZ, ook van die instellingen waar TBS-gestelden worden verpleegd. De kosten van TBS-klinieken komen voor 80% ten laste van de AFBZ. De overige justitie-inrichtingen komen volledig ten laste van de Justitie-begroting.

Uitbreiding voorzieningen

Door het Kabinet is in 1995 een extra bedrag uitgetrokken voor de uitbreiding van voorzieningen voor TBS-verpleegden vanaf 1996. Het gaat hierbij om een uitbreiding van de justitiële capaciteit oplopend tot 170 plaatsen in 1998. Het voornemen is om deze uitbreiding (1998) als volgt in te vullen:

Omschrijving	Uitbreiding plaatsen
Renovatie Van Mesdagkliniek	40
Uitbreiding gebruik open plaatsen	39
Renovatie Meijers-instituut	10
Nieuwbouwinrichting (staat nog ter discussie)	81
TOTAAL	170

Daarnaast is voorzien in uitbreiding van de vervolgvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg met 40 plaatsen vanaf 1997.

In geld uitgedrukt (* f 1 miljoen) ziet de voorgenomen intensivering er als volgt uit:

	1996	1997	1998	1999	2000
TBS-klinieken					
- personeel	9,056	14,784	26,350	35,789	35,789
- materieel	0,715	2,767	3,718	6,828	6,828
- initieel	1,610	0,225	1,961	-	-
Vervolgvorzieningen	<u>1,825</u>	<u>3,650</u>	<u>3,650</u>	<u>3,650</u>	<u>3,650</u>
TOTAAL	13,206	21,426	35,679	46,267	46,267

Kostenvergelijking tussen justitiële TBS-klinieken

In het onderzoek "Voorzieningen voor de behandeling en bejegening van psychisch gestoorde delinquenten", wordt een vergelijking gemaakt tussen de kosten per dag van de verschillende TBS-klinieken (1992, exclusief kapitaallasten en kosten voor groot onderhoud).

Tabel: Kosten TBS-inrichtingen per dag, in guldens (1992)

TBS-inrichting	Kosten per dag
Veldzicht	680
Mesdag	830
Meijers Instituut	862
Van der Hoeven	574
Pompekliniek	684
Oldenkotte	647
GEMIDDELD²⁰	699

(Bron: Internationaal vergelijkende studie, 1995)

De kosten per dag van de rijks-inrichtingen liggen hoger dan die van de particuliere inrichtingen. De kostenverschillen zouden groter zijn als de doorberekeningen van het ministerie aan de rijksinrichtingen voor verleende diensten (bijv. voor het voeren van de personeelsadministratie) worden meegenomen.

Tevens blijkt dat ook tussen de particuliere TBS-inrichtingen er verschil in kosten per dag bestaat: de kosten van de Van der Hoevenkliniek liggen aanmerkelijk lager dan van de overige particuliere TBS-inrichtingen.

Kostenvergelijking tussen voorzieningen op het gebied van de forensische psychiatrie

Ook worden in bovenstaand onderzoek per soort instelling kosten per dag gepresenteerd. Hoewel deze kosten niet geheel onderling vergelijkbaar zijn (wel/niet incl. kapitaallasten, groot onderhoud, indirecte kosten) geeft dit wel enig inzicht in de omvang van de kosten van de verschillende voorzieningen.

²⁰ Dit is een gewogen gemiddelde op basis van het aantal verpleegdagen en de capaciteit.

Dit leidt tot het volgende overzicht:

Instelling	Kosten per verpleegdag	Opmerkingen
Justitiële TBS-klinieken	699,-	Excl. kapitaallasten en kosten voor groot onderhoud
Grote Beek	831,-	Incl. kapitaallasten, excl. indirecte kosten
Hoeve Boschoord	460,-	Incl. kapitaalkosten, excl. indirecte kosten
APZ - excl. afwezigheidsdagen - incl. afwezigheidsdagen	290,- 268,-	Excl. kapitaallasten
Gevangenis ²¹	380,-	Gemiddelde voor alle soorten capaciteit (van extra beveiligd tot open)

Bron: Internationaal vergelijkende studie

Tenslotte worden hier de COTG-normen voor de FPK's en de FPA's weergegeven:

Instelling	Tarieven per verpleegdag (incl. kap.last)
FPK	900,-
FPA	485,-

Bron: COTG

Conclusie:

De forensisch psychiatrische voorzieningen vallen (met uitzondering van Hoeve Boschoord), gezien bovenstaande overzichten, duur uit in verhouding tot "gewone" plaatsen in een APZ of in een gewone gevangenis.

Als tussen de forensisch psychiatrische voorzieningen een vergelijking wordt gemaakt, blijkt dat rijksinrichtingen de meeste kosten per verpleegdag maken. De particuliere TBS-inrichtingen maken de minste kosten.

1.4 Capaciteitsplanning

Planning en bouw van de semi- en intramurale ggz-voorzieningen op het gebied van de forensische psychiatrie verloopt cf. systematiek zoals die in de Wet op de Ziekenhuisvoorzieningen is geregeld. De procedure die moet worden gevolgd bij uitbreidings- en vervangingsinvesteringen wordt hieronder beschreven. Voor planning van de TBS-klinieken wordt een andere systematiek gevolgd die onderstaand ook aan de orde komt.

²¹ Onduidelijk is waarom dit bedrag afwijkt van het veelal gehanteerde bedrag van f 300,- (excl. medische kosten, doorberekeningen en kapitaallasten).

Planning voorzieningen geestelijke gezondheidszorg

In het kader van de WZV behoren forensisch-psychiatrische voorzieningen tot landelijke cq. bovenregionale voorzieningen. Voor de planning van landelijke voorzieningen zijn apart middelen gereserveerd. De instelling dient een onderbouwde aanvraag in. Voordat deze wordt gehonoreerd, dient het Ministerie van VWS een verklaring van behoefte af te geven, na advies van het College van Ziekenhuisvoorzieningen (toetsing bouwkundige en economische aspecten) en het IPO. De aanvragen in dit kader worden door de Minister van VWS geprioriteerd in het bouwprogramma. Indien een project niet is opgenomen in het bouwprogramma (prioriteitenlijst) wordt in de verklaring een "ijskast-passage" opgenomen. Dit betekent dat de instelling niet verder mag gaan met de voorbereiding van het bouwplan.

Voordat daadwerkelijke tot bouw kan worden overgegaan, dient een vergunning te worden verleend. Vergunningverlening vindt plaats nadat aan een aantal eisen is voldaan. Nadat de vergunning is verleend kan met de bouw worden begonnen. De gehele procedure eindigt met een door de Minister, op advies van het College, vast te stellen eindafrekening. De instelling kan met zijn "praktijk" beginnen als de instelling is erkend in het kader van de AWBZ.

De WZV zal, mede als uitvloeisel van het Regeerakkoord 1994-1998, worden veranderd. Centraal voor de opzet van de 'nieuwe' WZV is de bouwprioritering op basis van zorgvisies per sector. De opzet van de nieuwe werkwijze is als volgt:

- de overheid geeft door middel van zorgvisies aan welke infrastructuur gewenst is (in termen van type bouw, kwaliteit, spreiding en capaciteit) en welke middelen zij daarvoor beschikbaar stelt;
- initiatiefnemers dienen aanvragen in;
- de overheid stelt het bouwprogramma vast via prioritering;
- indien het initiatief is geplaatst op het bouwprogramma kan de initiatiefnemer starten met de bouwvoorbereiding;
- de bouwkundige uitwerking wordt beoordeeld;
- de initiatiefnemer kan gaan bouwen en heeft bij een positieve beoordeling de zekerheid dat de exploitatielasten van de bouw worden gefinancierd.

Planning TBS-voorzieningen

Voor de planning van de TBS-voorzieningen moet onderscheid worden gemaakt tussen rijks- en particuliere inrichtingen. De rijksinrichtingen zijn van de WZV uitgezonderd (bouw gaat via de Rijksgebouwendienst). De particuliere inrichtingen vallen niet onder de WZV, maar worden wel voor advies aan VWS voorgelegd.

Justitie raamt de behoefte aan TBS-capaciteit en stelt op basis daarvan de te realiseren capaciteit vast. Vervolgens wordt hiervoor binnen de begroting van Justitie ruimte gezocht en/of worden extra begrotingsmiddelen geclaimd. Vervolgens wordt met VWS overlegd hoe de hogere AWBZ-declaratie kan worden opgevangen. Voorheen diende de overschrijding achteraf in het FOZ te worden gecompenseerd, wat ten koste ging van de mogelijkheid tot intensivering. Bij de meest recent ingediende claim voor de uitbreiding van capaciteit binnen de forensische psychiatrie heeft Justitie ook het AWBZ-deel van de TBS-klinieken meegeclaimd.

2

Instream, doorstroom en uitstroom

Onderstaand wordt ingegaan op de juridische titels op basis waarvan de instroom in het forensische behandelcircuit kan plaatsvinden. De patiëntenstromen binnen het forensische circuit worden schematisch weergegeven in een stroomdiagram. Dit stroomdiagram wordt vervolgens toegelicht.

2.1 Juridische titels

Veroordeling tot behandeling en verpleging

De volgende veroordelingen ten behoeve van behandeling en verpleging zijn mogelijk:

- art. 13 lid 1, Wetboek van Strafrecht: plaatsing van een tot hechtenis, vervangende hechtenis of gevangenisstraf veroordeelde in een justitiële TBS-inrichting voor de duur van de hechtenis of straf.
- art. 37 lid 1, Wetboek van Strafrecht: plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis met een bevel tot verpleging (de KZ-maatregel).
- art. 37 lid 1 + art. 37 a en b, Wetboek van Strafrecht: plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis met aansluitende terbeschikkingstelling en gedwongen verpleging van overheidswege (deze maatregel verdwijnt).
- art. 37 a en b, Wetboek van Strafrecht: terbeschikkingstelling met gedwongen verpleging van overheidswege.
- art. 38 a en b, Wetboek van Strafrecht: terbeschikkingstelling zonder gedwongen verpleging van overheidswege.
- art. 38 c, Wetboek van Strafrecht: omzetting van een TBS zonder gedwongen verpleging naar een TBS met gedwongen verpleging.
- art. 196 en 198, Wetboek van Strafrecht: pro Justitia-rapportage tijdens preventieve hechtenis.

Doorstroming gedetineerden naar forensische voorzieningen

Er zijn twee juridische titels waarlangs gedetineerden kunnen doorstromen naar externe forensische voorzieningen:

1. *Plaatsing van een onherroepelijk veroordeelde gedetineerde in een TBS-kliniek (art. 120 GM).*

Er dient bij de gedetineerde sprake te zijn van psychosociale problematiek in samenhang met een persoonlijkheidsstoornis. Instemming van de betrokkene is niet nodig, er staat wel beroep open. De directeur van de inrichting waar de gedetineerde verblijft doet een verzoek tot plaatsing aan de adviescommissie Geestelijk Gestoorde Gedetineerden (met tussenkomst van de penitentiaire consulent en vervolgens het PSC). Bij de indicatiestelling speelt de betrokken districtopsychiater een centrale rol. Het verblijf duurt meestal tot het einde van de detentie. Terugplaatsing kan plaatsvinden op basis van art. 122 GM.

2. *Plaatsing van een onherroepelijk veroordeelde of preventief gehechte in een FPK of FPA van een APZ (ex art. 47 GM/ex art 37 Wetboek van Strafrecht²²)*

Plaatsing gebeurt op vrijwillige basis, tenzij sprake is van een rechterlijke machtiging. Het verblijf is in beginsel tijdelijk. In de praktijk geldt dit vooral voor de preventieven. Bij de plaatsing speelt de districtopsychiater of de beleidspsychiater van het FOBA een centrale rol. Terugplaatsing van een gedetineerde naar het gevangeniswezen vindt plaats op initiatief van de instelling waar de gedetineerde dan verblijft. Hierover wordt overlegd met de districtopsychiater, die weer overlegt met 'zijn' PST en de penitentiair consulent. De strafrechtelijke status van de gedetineerden ten tijde van de opname in de ggz-voorziening blijft gehandhaafd; Justitie blijft dus verantwoordelijk.

Een andere variant van deze art. 47 GM is plaatsing van een onherroepelijk veroordeelde gedetineerde in een psycho-therapeutische behandelinstelling²³. Doel van deze plaatsing is een geleidelijk teruggeleiding van de gedetineerden naar de samenleving. Deze plaatsing vindt plaats in de laatste fase van de detentie, het verblijf duurt tot het einde van de detentie.

2.2 Stroomschema (+ toelichting)

Stroomschema

Gebruikte afkortingen in het schema:

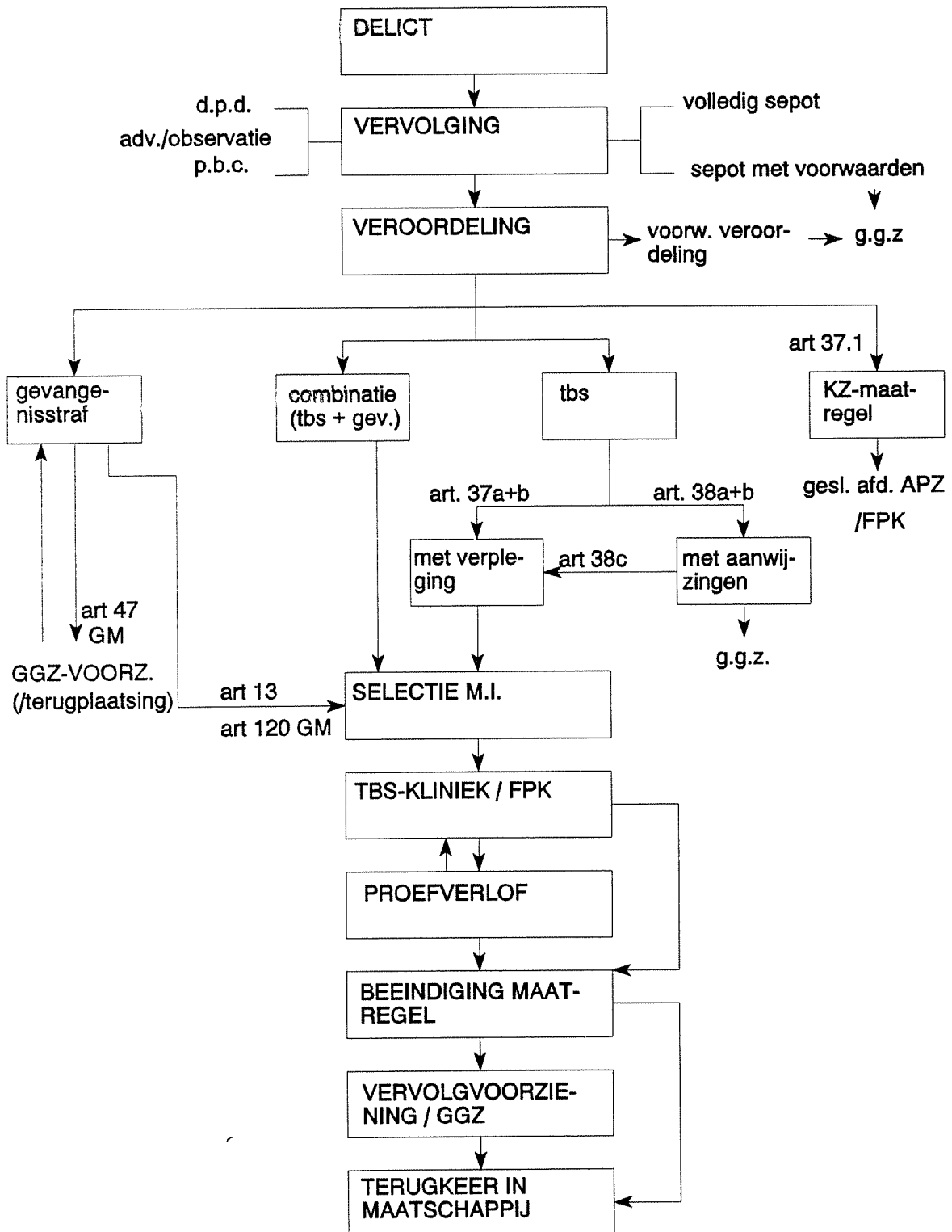
d.p.d.	: Districts Psychiatrische Dienst
adv.	: advisering
p.b.c.	: Pieter Baan Centrum
g.g.z.	: Geestelijke Gezondheidszorg
TBS	: Ter Beschikking Stelling
gev.	: gevangenisstraf
APZ	: Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
FPK	: Forensisch Psychiatrische Kliniek
GM	: Gevangenis Maatregel
M.I.	: dr. Meijersinstituut

N.B. : De in het stroomschema aangegeven juridische artikelen zijn artikelen uit het Wetboek van Strafrecht (tenzij anders is aangegeven).

²² De betrokken valt in dit geval niet meer onder het gevangeniswezen.

²³ Concreet gaat het dan om de volgende inrichtingen: "Groot Batelaar" in Lunteren, "De Gaarshof" in Baarle Nassau, "Licht en Kracht" in Assen en de deeltijdbehandeling bij de Van der Hoevenkliniek in Utrecht.

STROOMSCHEMA FORENSISCH PSYCHIATRISCH CIRCUIT



Toelichting stroomschema

1. Delict

De delicten (gedrag dat in de wet strafbaar is gesteld) waar de politie mee in aanraking komt bestaan niet alleen uit ernstige misdrijven, maar ook uit overtredingen van bijvoorbeeld de openbare orde. Al op het politiebureau kan worden gekozen voor de inschakeling van een psychiatrisch deskundige (RIAGG, DPD, reclassering).

Bij het Openbaar Ministerie heeft de Officier van Justitie de bevoegdheid al dan niet onder voorwaarden tot vervolging over te gaan. Hij kan bepalen dat van strafvervolging wordt afgezien indien de betrokkene hulpverlening ontvangt (sepot met bijzondere voorwaarde), bijvoorbeeld van de reclassering, van de RIAGG'en en RIBW's en in een APZ.

2. Vervolging

Wanneer wordt besloten een verdachte te vervolgen wordt deze opgenomen in een Huis van Bewaring (HvB), de zgn. vordering preventieve hechtenis. In deze periode geeft de districts-psychiatrische dienst zijn eerste indruk van de persoon in kwestie aan de rechter commissaris die het vooronderzoek leidt. Deze kan aansturen op een uitgebreid onderzoek (de advocaat kan dit ook).

De rechtbank kan een voorwaardelijke straf uitspreken. Een voorwaarde kan zijn dat contact met de hulpverlening wordt onderhouden.

3. Observatie

Op initiatief van de rechter commissaris, die vermoedt dat de verdachte aan een psychische stoornis leidt, kan een uitgebreid onderzoek worden ingesteld. Er is een keuze tussen een ambulante onderzoek of een klinisch onderzoek. Een klinisch onderzoek via observatie van de verdachte vindt meestal plaats in het Pieter Baan Centrum (de psychiatrische observatiekliniek van het gevangeniswezen, status HvB & inrichting ex. art. 196 W.v.Sr.; duur onderzoek \pm 7 weken). Hier wordt door een multidisciplinair team een rapportage opgesteld aan de rechtbank. De rapportage omvat de bevingdingen van psychiatrisch en psychologisch onderzoek. Een ambulante onderzoek omvat alleen een psychiatrische en een psychologische rapportage. De rapportage mondt uit in een advies. In dit advies wordt een antwoord geformuleerd op twee vragen: 1) in hoeverre was de persoon ontoerekeningsvatbaar ten tijde van het delict (juridische vraag) en 2) wat is de kans op recidive (moet de persoon in kwestie ter beschikking worden gesteld). Voorts wordt hierin een milieurapportage van de persoon in kwestie gegeven en een beschrijving van de observatie van het gedrag in de groep.

4. *Vonnis*

Op basis van het rapport van de instelling, een mogelijke tegenonderzoek en eventuele andere getuigendeskundigen beslist de rechter. Hierbij zijn drie soorten vonnissen van belang:

- a. Wanneer een strafbaar feit aan de persoon in het geheel niet kan worden toegerekend (*volledig ontoerekeningsvatbaar*; geen schuld --> geen straf), kan de strafrechter deze ontslaan van rechtsvervolging en eventueel tegen de wil van de betrokkene plaatsing gelasten op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis met bevel tot verpleging tot maximaal 1 jaar (te verlengen).²⁴ In deze situatie wordt een KZ-maatregel/last tot plaatsing (in een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis of in een forensisch psychiatrische kliniek) uitgesproken.²⁵ Deze maatregel kan op dit moment nog eventueel worden gecombineerd met een TBS-maatregel (vnl. wanneer de kans op recidive niet te onderschatten is). Het is ook mogelijk om alleen TBS op te leggen. Het Openbaar Ministerie dient zorg te dragen voor de tenuitvoerlegging van de last van de strafrechter. Het voorzieningenbeleid van de KZ-gestelden valt onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS.
- b. De persoon is *gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar* en krijgt een TBS-vonnis (met verpleging of met aanwijzingen) of een combinatievonnis (TBS + gevangenisstraf). De TBS wordt ten uitvoer gelegd in een intramurale voorziening op het gebied van de forensische psychiatrie. Bij een combinatievonnis wordt in de huidige situatie eerst de gevangenisstraf ten uitvoer gelegd en daarna de maatregel.
- c. De persoon is *volledig toerekeningsvatbaar* en wordt veroordeeld tot een gevangenisstraf. Het is mogelijk dat bij gedetineerden sprake (op termijn) is van dusdanige ernstige psychische stoornissen dat behandeling in een penitentiaire inrichting onhoudbaar is geworden. Zij worden dan overgeplaatst naar een TBS-kliniek of een psychiatrisch ziekenhuis om hun detentieperiode uit te zitten (zgn. artikelplaatsing; art. 47 of 120 GM jo., art. 13 W.v.Sr.)²⁶

5. *Selectie door het Dr. F.S. Meijersinstituut (MI)*

De TBS-maatregel wordt door de rechter opgelegd en de beslissing over de inrichting waarin de TBS-gestelde wordt geplaatst, wordt door de Minister van Justitie genomen. Deze baseert zich op een advies van het Meijers Instituut (MI) en het oordeel daarover van de geadviseerde inrichting. De mening van de betrokken TBS-gestelde wordt hierbij wel gevraagd maar zeker niet altijd gevolgd.

Er is recent besloten dat alle selecties zullen plaatsvinden in het MI (klinisch). Na de observatieperiode worden de "patiënten" teruggeplaatst in het HvB. Voorheen kon ook een ambulante selectie

²⁴ In het Nederlandse strafrecht zijn twee groepen daders ontoerekeningsvatbaar: jonge kinderen en geestelijk gestoorden. Ze hebben weinig besef van goed en kwaad, of hebben dat wel, maar kunnen daar niet naar handelen. Volgens de wetgever zijn zij daarom niet schuldig.

²⁵ Een KZ-maatregel zal in de praktijk op zichzelf staand opgelegd worden als de betrokkene "berekendbaar" is. Dit betekent dat de risico's van toekomstig delinquent gedrag goed in te schatten zijn, waardoor niet de noodzaak bestaat de maatregel van tbs daarnaast op te leggen. De KZ-maatregel is een strafrechtelijke maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37.1 Sr). (KZ-wet is de Krankzinnigenwet).

²⁶ Ook wel: psychotische decompensatie.

plaatsvinden (het MI ging dan op bezoek bij de betrokken personen in de instellingen/HvB).

6. *Behandeling in een TBS-kliniek of FPK*

Bij elke verlenging van de TBS stelt de inrichting een advies op voor de Officier van Justitie die verlenging moet vorderen (na één of na twee jaar).

7. *Vorbereiding uitstroom TBS-patiënten*

Vaak wordt begonnen met een kortdurend begeleid verlov (instandhouden familiebanden en sociale contacten). Gaat dit een aantal keren goed dan kan stapsgewijs worden overgegaan tot onbegeleide verloven (in eerste instantie zeer gericht, geleidelijk meer vrijheden). De verloven worden zorgvuldig voorbereid, gecontroleerd en geëvalueerd. Elke volgende fase van bewegingsvrijheid wordt ter goedkeuring voorgelegd aan het ministerie van Justitie.

Wanneer alles naar wens verloopt, kan uiteindelijk de meest verstrekkende vorm van bewegingsvrijheid worden voorgesteld: het proefverlov. Deze beslissing wordt door Justitie op ministerieel niveau genomen. Het proefverlov wordt onder toezicht van de inrichting uitgevoerd en door een speciaal onderdeel van de reclassering begeleid. Voor een flink aantal TBS-verpleegden betekent het proefverlov een vrijwillige overplaatsing naar een vervolgvoorziening. Wanneer ook dit proefverlov goed verloopt, kan de behandeling worden beëindigd. Formeel wordt de maatregel beëindigd wanneer het Openbaar Ministerie geen verordening tot verlenging indient of wanneer de rechter de vordering afwijst. In uitzonderlijke gevallen beslist de minister van Justitie tot beëindiging.

Doen zich tijdens het proefverlov problemen voor (veroordeelde komt de gemaakte afspraken niet na), dan kan de inrichting de verpleegde weer onmiddellijk opnemen. Het blijkt in de praktijk dat, wanneer de TBS wordt beëindigd zonder voorafgaand proefverlov, dit negatieve gevolgen heeft voor de recidive. Circa 30% van de proefverloven eindigt met terugplaatsing in de TBS-kliniek.

8. *Vervolgvoorzieningen en begeleiding*

Na afloop van de TBS kan de noodzaak aanwezig zijn van verdere vervolgbehandeling en -begeleiding (klinisch en ambulant) in vervolgvoorzieningen (zoals in een algemeen psychiatrische kliniek, in een instelling voor beschermd wonen en hulpverlening door de riagg). Voldoende mogelijkheden hiertoe zijn van belang om de doorstroming vanuit het justitiële circuit te bevorderen.

Bijlage: de TBS-maatregel beschreven

De TBS-maatregel is de zwaarste juridische sanctie die door de rechter kan worden opgelegd en is bedoeld voor psychisch (verminderd) ontoerekeningsvatbare delinquenten die een ernstig delict gepleegd hebben. De te veroordelen delinquent is voor een normale straf, door de omstandigheden, niet geschikt. Het *doel van de TBS* is de beveiliging van de samenleving tegen ernstige recidive²⁷; het gevaarscriterium. Dit wordt op korte termijn gerealiseerd door de vrijheidsontneming en op langere termijn beoogd door een behandeling gericht op structurele gedragsverandering. De TBS-maatregel is het zwaarste middel dat de strafrechter tot zijn beschikking heeft: niet alleen wordt de vrijheid van de verdachte ontnomen, tevens wordt hem een verpleging opgelegd waaraan hij zich vrijwel niet kan onttrekken.²⁸

Straf vs. maatregel

De TBS-maatregel is geen straf maar een maatregel. Bij een maatregel gaat het niet om vergelding, maar om bescherming (van de maatschappij tegen de dader) en preventie. Op één punt komen straf en maatregel overeen: ze moeten beiden voorkomen dat de veroordeelde weer in de fout gaat. Door de straf moet de veroordeelde tot inkeer komen en door de maatregel moet hij ongevaarlijk worden. De TBS-maatregel moet dus preventief (voorkomend) werken en de maatschappij beschermen. Er dient een redelijke verhouding te bestaan tussen de maatregel en de ernst van het delict en het gevaar dat de TBS-gestelde vormt voor de veiligheid van personen. Naarmate een TBS langer duurt moet er sprake blijven van een reëel en onaanvaardbaar groot geachte kans op een ernstig misdrijf.

Er is verschil tussen een vrijheidsstraf en een maatregel voor wat betreft de duur. De duur van een maatregel wordt niet alleen bepaald door de ernst van het delict (zoals bij een vrijheidsstraf). De maatregel TBS duurt zolang als iemand, volgens de rechter, de veiligheid van anderen, dan wel de algemene vrijheid van personen of goederen bedreigt. De TBS kan dus een paar jaar duren, maar kan ook blijvend worden verlengd.

Voorwaarden voor TBS

Een TBS-maatregel kan door de strafrechter opgelegd onder de volgende voorwaarden:

- a. er moet tijdens het begaan van het feit sprake zijn van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestensvermogens van de dader;
- b. er moet sprake zijn van een delict, waarop een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld, of dat behoort tot de in artikel 37a, eerste lid (WbSr) genoemde misdrijven (veiligheids criterium);
- c. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen moet het opleggen van die maatregel eisen²⁹.

Een TBS-maatregel kan alleen worden opgelegd door een meervoudige strafkamer van het bevoegde gerecht. Tegen deze beslissing en tegen de beslissing om de TBS te verlengen staat hoger beroep open bij de penitentiële kamer van het Gerechtshof te Arnhem.

²⁷ Recidive: herhaling van een misdaad als het percentage van de veroordeelden dat opnieuw een misdaad pleegt.

²⁸ In principe kan een tbs'er elke behandeling weigeren. Maar dan bestaat er weinig kans op vrijlating: zijn gedrag zal eerst moeten veranderen.

²⁹ Bij een KZ-maatregel is het niet noodzakelijk dat de persoon een gevaar voor zijn omgeving oplevert.

De huidige TBS-maatregel

De huidige TBS-maatregel kent twee vormen:³⁰

1. de TBS met aanwijzingen ("ambulante TBS")
2. de TBS met bevel tot verpleging

ad. 1) De TBS met aanwijzingen ("ambulante TBS")

Aan deze maatregel verbindt de rechter aanwijzingen die het gedrag van de terbeschikkinggestelde betreffen en geeft hij aan een instelling - meestal een reclasseringsinstelling - de opdracht de terbeschikkinggestelde bij naleving van de aanwijzing steun en hulp te verlenen (begeleiding). Bij deze TBS-vorm ligt het zwaartepunt op de beveiliging op langere termijn; de patiënt wordt niet opgenomen in een kliniek, maar loopt "vrij" rond. De maatregel wordt in principe voor twee jaar opgelegd, deze kan één keer met één of twee jaar worden verlengd.

Behalve bij het eerder genoemde reclasseringscontract kunnen de aanwijzingen (c.q. voorwaarden) de ter beschikking gestelde bijvoorbeeld verplichten een bepaalde (ambulante) behandeling te ondergaan. Niet-nakoming van de aanwijzing(en) leidt niet zonder meer tot omzetting in een TBS met verpleging van overheidswege. Daarvoor dient aan een aantal in de wet neergelegde inhoudelijke en procedurele voorschriften te zijn voldaan.

De TBS met aanwijzingen wordt relatief weinig opgelegd, tot dusver ongeveer 18 keer per jaar.

ad. 2) De TBS met bevel tot verpleging, twee varianten:

- a. een TBS met *onbepaalde duur* indien zij is toegepast ter zake van een geweldsmisdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor een of meer personen (gewelddelicten). De eerste termijn duurt twee jaar en kan telkens met één of twee jaar worden verlengd zolang de rechter dat nodig acht wegens het verwacht gevaar voor ernstige recidive, zij het dat telkens na 6 jaar een onafhankelijke expertise voorgeschreven is, naast het gebruikelijke advies van de behandelende inrichting.
- b. TBS met een *maximumduur van vier jaren*: ook deze TBS-variant kent een vaste eerste termijn van twee jaar, maar kan slechts eenmaal worden verlengd met één of twee jaar.

³⁰ In 1988 zijn de Psychopatenwetten vervangen door de TBS-wet. Voorheen was sprake van tbr. Deze kon voorwaardelijk of onvoorwaardelijk worden opgelegd.

3

Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie

Dit hoofdstuk beschrijft de huidige stand van zaken in de forensische psychiatrie. Allereerst komen de groeicijfers in het forensische circuit aan bod en wordt een beschrijving van de doelgroep gegeven. Vervolgens wordt ingegaan op de meer beleidsmatige ontwikkelingen binnen de gzz, binnen het forensische circuit en ten aanzien van de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel (zie Fokkens). Tenslotte worden twee zeer recente rapporten kort samengevat, het recidiveonderzoek en een internationaal vergelijkende studie naar de behandeling en bejegening van psychisch gestoorde delinquenten.

3.1 Beschrijving ontwikkelingen in de doelgroep

Groeicijfers in het forensische circuit

Een belangrijk onderdeel van de forensisch-psychiatrische populatie vormen de TBS-gestelden. Het aantal TBS-vonnissen is de afgelopen jaren sterk gestegen. Het aantal TBS-gestelden, van wie de TBS-termijn loopt, laat - na een scherpe daling in het voorafgaande decennium - tussen 1979 en 1994 een continu stijgende lijn zien: van 408 in 1979 tot 685 aan het einde van 1993 (Intern. vergl. studie).

jaar	opleggingen	beëindigingen	lopende TBS'en
1970	131	250	985
1973	95	219	618
1976	104	121	442
1979	68	107	408
1982	97	82	409
1985	106	81	452
1988	90	77	492
1989	94	95	493
1990	95	63	522
1991	117	91	547
1992	117	64	597
1993	134	49	685
1994	199	59	-

Bron: Ministerie van Justitie, afdeling Individuele TBS-zaken

Uit de tabel blijkt dat vanaf 1982, uitgezonderd het jaar 1989, het aantal opleggingen steeds hoger ligt dan het aantal beëindigingen. Als gevolg daarvan stijgt het aantal TBS-gestelden van wie de maatregel loopt vanaf 1981, na in het voorafgaande decennium sterk te zijn toegenomen (Intern. vergl. studie).

Voorts blijkt uit recente cijfers dat het aantal delinquenten met een psychische stoornis snel groeit. In de nota "Werkzame Detentie" wordt aangegeven dat 3% van de gedetineerden op grond van hun

psychische stoornis feitelijk detentie-ongeschikt is en daarnaast bij minstens 7% sprake is van een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

Er zijn op dit moment zo'n 120 TBS-gestelden die op opname in een TBS-kliniek wachten (de zgn passanten)³¹. De gemiddelde wachttijd is 258 dagen. Er zijn structureel 15 KZ-passanten die wachten op behandeling, sommigen van hen wachten reeds een jaar. Ook voor doorstroming naar vervolgvoorzieningen bestaat een wachttijd. Het blijkt dat hierop ook anticipatie vanuit het veld ontstaat: indien TBS-klinieken en FPK's weten dat er voor vervolgvoorzieningen lange wachtlijsten zijn, worden nieuwe patiënten niet meer aangemeld.

Ontwikkelingen in de doelgroep TBS-gestelden³²

Algemene persoonskenmerken

De TBS-populatie bestaat voornamelijk uit mannen. De praktijk leert dat het aandeel vrouwen onder de 5% ligt. De gemiddelde leeftijd van de terbeschikkinggestelden ligt op 31 jaar. Een verdeling van de leeftijd over de verschillende leeftijdsklassen ziet er als volgt uit:

leeftijd	percentage
tot 20 jaar	3,8%
van 20 tot 24 jaar	16,6%
van 25 tot 29 jaar	26,9%
van 30 tot 34 jaar	21,1%
van 35 tot 39 jaar	14,1%
van 40 tot 44 jaar	8,5%
van 45 tot 49 jaar	4,0%
van 50 tot 59 jaar	4,0%
60 jaar en ouder	1,0%

De gemiddelde TBS-gestelde heeft op 25-jarige leeftijd reeds justitiële carrière van 6 jaar achter de rug en is daarbij 2 keer eerder door rechter veroordeeld. 75% van de TBS-gestelden heeft een ggz-verleden. Eén op de vier TBS-patiënten rekenen we tot een allochtone bevolkingsgroep. 10% van de TBS-gestelden is chronisch delict-gevaarlijk.

Als we het opleidingsniveau van de TBS-populatie vergelijken met de Nederlandse bevolking dan heeft 65,5% van de Nederlandse bevolking een opleidingsniveau van "mavo of hoger" bereikt; bij de TBS-populatie gaat het om 10,5%. Hier kan nog aan worden toegevoegd dat de schoolperiode van de TBS-populatie zich in het algemeen heeft gekenmerkt door probleemgedrag en vele schoolwisselingen.

³¹ Dit zijn tbs-gestelden van wie de termijn van tbs inmiddels loopt en die in afwachting zijn van plaatsing in een (tbs-)kliniek.

³² De onderstaande beschrijving is voornamelijk ontleend uit het onderzoek "Voorzieningen voor de behandeling en bejegening van psychisch gestoorde delinquenten; een internationaal vergelijkende studie"; in opdracht van de Centrale Directie Wetenschapsbeleid en Ontwikkeling namens de Minister van Justitie, 1995.

intelligentieniveau	percentage
- debiel	5%
- zwakbegaafd	14%
- lager dan gemiddelde intelligentie	20%
- gemiddelde intelligentie	40%
- hoger dan gemiddeld of begaafd	20%

Voorts is in het internationaal vergelijkende onderzoek een vergelijking gemaakt van de TBS-populatie in een wat breder perspectief (Populatie in TBS-voorzieningen, gevangenissen en Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen, afgezet tegen enkele achtergrondvariabelen, cijfers 1991).

	TBS	gevang	APZ	Ned.bev
aandeel vrouwen	4%	5%	53%	51%
aandeel allocht.	25%	26%	-	5%
leeftijdsverdeling				
tot 20 jaar	3%	4%	2%	25%
van 20 tot 44 jaar	90%	87%	36%	41%
van 46 tot 64 jaar	6%	8%	30%	21%
65 jaar en ouder	0%		33%	13%

Wanneer het percentage vrouwen in een TBS-inrichting (en in de gevangenis) wordt vergeleken met de populatie in een psychiatrisch ziekenhuis of met de Nederlandse bevolking dan is dit percentage verhoudingsgewijs zeer laag. Voorts kan uit de tabel worden afgelezen dat de populatie in een TBS-inrichting (en in de gevangenis) relatief jong is.

Specifieke persoonskenmerken

Van TBS-gestelden is geconstateerd dat ten tijde van het delict sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis. De achterliggende problematiek kan worden aangeduid als een psychotische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Het aantal verstandelijk gehandicapten is vrij stabiel, rond de 10%. Het onderscheid tussen psychosen enerzijds en persoonlijkheidsstoornissen anderzijds is met name van belang met het oog op de behandeling.

psychotici

Het aantal TBS-patiënten met een ernstige, manifeste psychotische stoornis (wanen, hallucinaties, e.d.) is de laatste jaren relatief sterk gegroeid (3% in 1978 tot een vrij stabiel niveau van rond de 30% in de laatste jaren). Psychosen vragen in het algemeen om een meer medicamenteuze behandeling.

persoonlijkheidsstoornissen

Parallel aan de stijging van het aantal psychosen is een afname te constateren aan patiënten met als primaire diagnose persoonlijkheidsstoornis (waaronder de antisociale persoonlijkheid), van 75% in 1978 tot rond de 50% in de afgelopen jaren. Bij persoonlijkheidsstoornissen is een sociaaltherapeutische en/of individuele behandeling meer geïndiceerd. Men stuit in de regel op een diepgewortelde stoornis die de persoon in kwestie eerder in zijn leven heeft opgelopen.

verslaving

Naast deze psychiatrische stoornissen heeft 27% van de TBS-populatie een verslaving: 16% alcohol, 8% harddrugs, 2% gokverslaving en 1% een combinatieverslaving. Worden degenen meegerekend met intensief alcoholgebruik en regelmatig gebruik van hard- en softdrugs dan heeft 63% van de TBS-populatie een verslavingsprobleem.

aard delicten

Er is een verschuiving waarneembaar in de aard van de delicten.

Tabel: Aard delict naar aanleiding waarvan de rechter in het betreffende jaar TBS heeft opgelegd.

Aard delict	1977	1983	1988	1992
(mede) geweldsmisdrijf	70%	89%	91%	96%
(mede) zedendelict	19%	25%	30%	18%
(mede) vermogensdelict	56%	33%	26%	38%

Bron: Afdeling Individuele TBS-zaken, Ministerie van Justitie

Wat opvalt is dat het relatieve aantal geweldsdelicten is toegenomen en het aantal delicten met een vermogenscomponent is afgenomen.

duur verpleging

Voorts is het van belang om te kijken naar de duur van de verpleging tot aan de beëindiging van de TBS. In de praktijk kan daarna nog geruime tijd gebruik worden gemaakt van vervolgvoorziening. Voor veel patiënten bestaat de pronose dat zij na ontslag langdurig gebruik zullen maken van het ggz-zorgcircuit. Dit wordt echter niet systematisch bijgehouden.

Fase	duur
Periode voorafgaand aan intramurale fase (in PBC, HvB, gevangenis of M.I.)	4,3 mnd
Intramurale fase (in TBS-inrichting of FPK)	58,8 mnd
Extramurale fase (alléén proefverlof)	7,0 mnd
Totaal	70,1 mnd

3.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

Algemene ontwikkelingen in de GGZ

Begin 1993 is de nota "Onder Anderen; Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief", verschenen. In deze nota wordt ingegaan op een aantal actuele ontwikkelingen; er wordt een toenemende vraag naar GGZ-hulp gesignaleerd. In 1990 deed een op de zes Nederlanders met geestelijke gezondheidszorgproblemen een beroep op de gespecialiseerde

geestelijke gezondheidszorg. In het jaar 2000 zal dit, bij ongewijzigd beleid, naar verwachting van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg zijn opgelopen tot een op de vier. Het beleid zoals is ingezet in de jaren tachtig: de GGZ dichterbij de bevolking, de psychiatrie verder terug in de maatschappij, wordt gecontinueerd. Instrumenten om psychiatrische patiënten in de maatschappij weer perspectief te geven zijn de, al in de jaren tachtig ingezette substitutie van bedden door RIBW-plaatsen, deconcentratie van APZ-bedden door kleinere klinieken dichterbij de bevolking gesitueerd, het opzetten van tussenvoorzieningen en resocialisatie- en rehabilitatieprojecten. Ingezien wordt dat de problemen in de GGZ (o.a. een toenemend beroep op de zorg) alleen door de overheden en partijen gezamenlijk kunnen worden aangepakt. Dit maakt het mede mogelijk meer zorg op maat te bieden.

Recente initiatieven binnen de forensische psychiatrie

Om te voorkomen dat de wachtlijsten en de tekorten in de nabije toekomst alleen maar groter worden is de afgelopen jaren gekeken naar met name de achterdeur van de intramurale forensisch psychiatrische voorzieningen. Om dit proces gestalte te geven is een analyse gemaakt van de vervolgvoorzieningen, wordt getracht vorm te geven aan circuitvorming en zijn de forensische polikliniek en deeltijdbehandeling geïntroduceerd.

circuitvorming

In de brief van 9 mei 1994 (Tweede Kamer, 1993-1994, 22 848, nr. 2) aan de Kamer melden de Minister van het voormalige WVC en de Staatssecretaris van Justitie de stand van zaken aangaande de forensische psychiatrie. De circuitvorming vormt hier een onderdeel van. Circuitvorming is een vorm van samenwerking tussen instituten en instanties met het doel om de zorg voor forensisch psychiatrische patiënten te verbreden en te verdiepen. Voor de samenstelling van een dergelijk circuit wordt door beide ministeries gedacht aan een intramurale forensische voorziening (een FPK en/of een FPA van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, een semi-murale voorziening alsmede poliklinische en dagbehandelingsfaciliteit. De RIAGG'en, de districtsp Psychiatrische diensten en de reclassering dienen tevens in de samenwerkingsafspraken te worden betrokken.

vervolgvoorzieningen

In 1993 heeft de werkgroep Vervolgvoorzieningen een rapport geschreven waarin voorstellen worden gedaan om de belemmeringen in de doorstroming van (ex)TBS-gestelden naar geestelijk-gezondheidszorginstellingen of algemeen maatschappelijk werk weg te nemen. Als belemmerende factoren bij het doorstromen naar vervolgvoorzieningen worden in het rapport o.a. genoemd: onvoldoende kennis en ervaring bij het personeel van de ontvangende instituten; een negatief beeld over psychiatrische patiënten uit het forensische circuit; ontoereikende capaciteit; verschillen in wetgeving en financieringsstromen tussen beide circuits en de onbekendheid in de circuits van volksgezondheid en justitie over de (on)mogelijkheden van opvang. Om deze belemmering op te heffen werden in het rapport o.a. de volgende aanbevelingen gedaan: ontwikkeling van een plaatsingsprotocol, heropname/terugplaatsgarantie tot na beëindiging van de TBS, analyse van de

financiële knelpunten en stimulering van de circuitvorming.

Om beter zicht te krijgen op de kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten bij de genoemde "grensovergangen" is per 1 maart 1993 het (proefproject) *Centraal Registratiepunt Grensverkeer* van start gegaan (CRG). In eerste instantie beperkte deze registratie zich nog tot het Hofessort Amsterdam (intramuraal ggz-voorzieningen) maar het lag in de bedoeling om nog voor het einde van 1994 de registratie landelijk te gaan invoeren. Navraag leerde ons dat de invoering van het project is gestagneerd.

deeltijd-/polibehandeling

De forensische polikliniek en deeltijdbehandeling vormt een nieuw type voorziening. Op dit moment zijn er drie poliklinieken (en één in oprichting) en twee voorzieningen voor deeltijdbehandeling. Door het creëren van deze voorziening kan de doorstroming van de meer gesloten en relatief dure voorzieningen naar de meer open en goedkopere vervolgvoorzieningen worden bevorderd. Voorts blijkt de kans op recidive te verminderen wanneer een geleidelijke terugkeer naar de samenleving plaatsvindt en de TBS wordt afgesloten met een extramuraal fase.

De Beginselenwet TBS

Op dit moment ligt de ontwerp Beginselenwet TBS (BW-TBS) ter (plenaire) behandeling in de Tweede Kamer. Hiermee wordt een wettelijke basis gecreëerd voor onvermijdelijke inbreuken op grondrechten bij TBS-verpleegden. Invoering van de wet betekent, dat er een eind komt aan de verschillen in rechtspositieregelingen voor verpleegden in respectievelijk de justitiële particuliere TBS-inrichtingen, waar alleen de Tijdelijke Rechtspositieregeling Terbeschikkinggestelden (TRT) van kracht is, en rijks-TBS-inrichtingen, waar ook bepalingen uit de Beginselenwet Gevangeniswezen (BWG) gelden. Belangrijke nieuwe elementen zijn ondermeer een verruiming van de beklaggronden (zij het minder ruim dan in de penitentiaire rechtspositieregelingen), een verplichte jaarlijkse behandelingsevaluatie en wettelijk gefundeerde instrumenten om de orde en veiligheid in de inrichting te waarborgen (ruimer dan de Wet BOBZ). Kenmerkend voor de rechtspositieregeling is dat kan worden tegengegaan dat de TBS-verpleegden zich aan het motiveren tot behandeling onttrekt.

De voorstellen van de Commissie Fokkens

In 1994 is het Regeringsstandpunt verschenen over het Eindrapport van de Commissie Sanctietoepassing Geestelijk Gestoorde Delinquenten (Commissie Fokkens, eindrapport: "Sancties op Maat"). In het rapport van de Commissie Fokkens worden de meest recente ideeën over de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel geanalyseerd en wordt hier een advies aan gekoppeld. Onderstaand worden deze, inclusief de reactie van het kabinet, kort uiteengezet:

a. *de executievolgorde*

De Commissie Fokkens stelt voor de tenuitvoerlegging van de straf en de maatregel om te keren: eerst verpleging dan straf. Het kabinet stelt echter voor geen wijziging aan de brengen in de wettelijke executievolgorde. Wel stelt ze voor de duur van de gevangenisstraf te beperken: na het verstrijken van bijv. 1/3 van de straf kan begonnen worden met de uitvoering van de TBS-maatregel.

Tevens wordt voorgesteld om voor alle gedetineerden bij wie een TBS-maatregel is opgelegd een maal per jaar te bekijken of overplaatsing naar een TBS-voorziening noodzakelijk is.

Tenslotte wordt voorgesteld het instrument van 'voorwaardelijke' gratiëring vaker te hanteren: voordat 2/3 van de straftijd verstreken is, kan in het geval van TBS met verpleging proefverlof worden aangevraagd.

b. *voorwaardelijke beëindiging*

Door de Commissie Fokkens is geconstateerd is dat de huidige wettelijke regeling tekort schiet daar waar de rechter slechts de mogelijkheid heeft tussen wel/niet verlengen. Om hieraan tegemoet te komen stelt de Commissie, en in navolging daarvan het Kabinet, voor om de rechter de mogelijkheid te bieden tot 'voorwaardelijke beëindiging': de TBS-maatregel wordt dan voorlopig opgeheven onder voorwaarde dat de TBS-gestelde zich laat behandelen in een voorziening op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

Ook in het geval dat het proefverlof onafgebroken 1 jaar heeft geduurd stelt de Commissie Fokkens een voorwaardelijke beëindiging voor.

c. *TBS met aanwijzingen*

In 1988 is de mogelijkheid van TBS met aanwijzingen in het leven geroepen. Deze maatregel wordt weinig opgelegd en gaat uit van vrijwillige opname of ambulante behandeling. Er ontbreken effectieve sancties indien de betrokkene zich niet aan de aanwijzingen houdt. Het kabinet stemt in met het advies dat indien de voorwaarden niet worden nageleefd of niet voldoen, de rechter alsnog het bevel tot verpleging kan geven volgens een lichtere procedure dan thans het geval is. Op deze manier wordt een meer effectieve reactie mogelijk op het niet naleven van de aanwijzingen.

consequenties Commissie Fokkens

De voorstellen van de Commissie Fokkens hebben met elkaar gemeen dat de werklust in de justitiële sfeer zal toenemen. De rechter zal bijv. meer verlengingszittingen als gevolg van het invoeren van de voorwaardelijke beëindiging moeten leiden. Door het Ministerie van Justitie wordt ingeschat dat dit leidt tot een zwaardere belasting. Ook de instellingen en het Openbaar Ministerie zullen, als gevolg hiervan, meer werk moeten verzetten.

Er ontstaat tijdelijk meer druk op de TBS-voorzieningen als gevolg van het verkorten van de vrijheidsstraf. Als gevolg van de voorwaardelijke beëindiging zal een groter beroep worden gedaan op de (forensisch) psychiatrische voorzieningen binnen de geestelijke volksgezondheid. Wat de precieze omvang van deze toename is, valt nu nog niet te overzien. Op langere termijn zal de

invoering van het voorstel tot voorwaardelijke beëindiging door de rechter kunnen leiden tot een snellere doorstroming en daardoor tot een beperkte afname van de behoefte aan intramurale capaciteit.

3.3 Recente onderzoeken

Recidive na ontslag uit TBS

Uit het onderzoek Recidive na ontslag uit TBS (1995) kan worden afgeleid dat 10 à 20% van de TBS-gestelden achteraf als "slechte risico's" moeten worden aangemerkt: Zij recidiveren na de TBS met min of meer ernstige (seksuele) en veelal relatief zwaar bestrafte geweldcriminaliteit. In vergelijking met een harde kern van actieve en gevaarlijke delictplegers blijkt dat ex-TBS-gestelden minder frequent recidiveren en minder gevangenisstraf opgelegd krijgen. Het al of niet recidiveren is de afgelopen jaren stabiel gebleven (1984-1988 in vergelijking met voorgaande twee onderzoeksperioden (1979-1983 en 1974-1978)), ondanks de toename van de zwaarte van de delicten waarvoor TBS is opgelegd.

Voorts is er sprake geweest van een sterke toename van het zogeheten contrair ontslag uit de TBS. Dit gebeurt na uitspraak van de rechter en gaat in tegen het advies van de TBS-inrichting. Contrair ontslag betekent in de praktijk vaak ontslag uit TBS zonder proefverlof. Uit het onderzoek blijkt ontslag uit TBS zonder proefverlof duidelijk samen te gaan met meer recidive (recidive met voorafgaand proefverlof: 17%; recidive zonder voorafgaand proefverlof: 40%). Het percentage concontraire niet-verlengingen is in de jaren na de onderzoeksperiode (1984 - 1988) eerst nog verder gestegen (tot 70%); de laatste jaren is er sprake van een daling (tot 50% in 1994).

Internationale vergelijking

Het onderzoek "Voorzieningen voor de behandeling en bejegening van psychisch gestoorde delinquenten; Een internationaal vergelijkende studie" (1995), wordt de conclusie getrokken dat op basis van vergelijkend onderzoek geen totaaloordeel over de kosten/baten-verhouding van de TBS is te geven. De verschillende stelsels blijken op essentiële punten niet goed vergelijkbaar en dan nog ontbreken goede gegevens om zelfs maar indicaties over effectiviteit en rendement te geven.

Uit het onderzoek komt naar voren dat Nederland weinig TBS-gestelden als aandeel van de totale bevolking heeft in vergelijking met andere landen. Ten opzichte van de totale delinquentepopulatie heeft Nederland echter relatief veel TBS-gestelden (8% tegen 4%). Voorts heeft Nederland in vergelijking met andere landen een groter aantal delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis.

Uit de studie, waarin vooral een vergelijking is gemaakt met soortgelijke voorzieningen in Duitsland, Wales, Engeland, Noorwegen en Canada blijkt ondermeer dat de Nederlandse TBS-

maatregel uitzonderlijk is. Het bijzondere karakter van de TBS in combinatie met het ontbreken van gegevens in het buitenland over bijvoorbeeld effectiviteit leidden tot de conclusie: "onvergelijkbaar". De keuze delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis te behandelen heeft gevolgen voor het niveau van de voorzieningen. De duur en inhoud van de behandeling van deze groep alsmede het vereiste niveau van beveiliging heeft gevolgen voor het opleidingsniveau van het personeel, de personeelssterkte en de kosten. De personeels-delinquent ratio (2,6:1) is in Nederland beduidend hoger dan in het buitenland. Dit komt tot uitdrukking in de kosten: ongeveer 700 gulden per dag per TBS-gestelde. In de meeste onderzochte landen zijn de kosten per dag beduidend lager maar is de behandelingsduur aanzienlijk langer.

Bijlage 1

Samenstelling van de werkgroep

"Forensische Psychiatrie"

- dhr. D.J. Bruinsma
(voorzitter, Economische Zaken)

- mevr. E.M. Ballering
(Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
- dhr. C.A. Birkhoff
(Financiën)
- dhr. G.P. Hoekendijk
(Justitie)
- mevr. H.J. van der Meulen
(secretaris Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
- mevr. C.E. Mur
(secretaris Financiën)
- dhr N.C. Oudendijk
(Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
- dhr. J. Wijnhoud/dhr. M.O. Schröder
(Algemene Zaken)

Bijlage 2

Geraadpleegde literatuur

- Advies Forensische Psychiatrie en haar raakvlakken, NRV mei 1991.
- TBS, een bijzondere maatregel; De concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie, oktober 1991.
- Wordt vervolgd, Rapportage van de werkgroep vervolgvorzieningen, december 1993.
- Regeringsstandpunt over het eindrapport van de Commissie TBS en Sanctietoepassing Geestelijk Gestoorde Delinquenten (cie. Fokkens), februari 1994.
- Forensisch psychiatrie, brief van de minister van WVC en Justitie aan de TK, mei 1994.
- Behoeftebepaling TBS-capaciteit, voorjaar 1994.
- Recidive na ontslag uit TBS, WODC 1995.
- Voorzieningen voor de behandeling en bejegening van psychisch gestoorde delinquenten; een internationaal vergelijkende studie, maart 1995.
- Werkzame detentie; rapport van de deelprojectgroep Psychisch gestoorde gedetineerden, december 1994.
- Grensgang; de plaats van de Forensisch Psychiatrische Afdeling in het veld van de forensische en reguliere psychiatrie, NZI augustus 1994.
- Onder Anderen; geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg, VWS maart 1993.
- Handleiding Planning & Control Justitiële TBS-inrichtingen en Pieter Baan Centrum, DJI Justitie juni 1994.
- Jaarverslag 1994 Pieter Baan Centrum.
- Ter beschikking stelling (een bijzondere maatregel binnen het strafrecht), Justitie 1991.

Bijlage 3

Gebruikte afkortingen

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
BIBA	Bijzondere Individuele Begeleidingsafdeling
BOBZ	Wet Bijzonder Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
BZA	Bijzondere Zorgafdeling in penitentiare inrichting
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CRG	Centraal Registratiepunt Grensverkeer Justitie-GGZ
CvZ	College voor Ziekenhuisvoorzieningen
DPD	Districts Psychiatrische Dienst
FOBA	Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling
FOZ	Financieel Overzicht Zorg (voorheen FOGM, Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening)
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPK	Forensische Psychiatrische Kliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HvB	Huis van Bewaring
IBA	Individuele Begeleidingsafdeling
KPO	Klinisch-psychologisch Onderzoek
KZ	Opname op basis van de Krankzinnigen-wet (nu BOBZ)
MI	Dr. Meijers Instituut
NRV	Nationale Raak voor de Volksgezondheid
NZf	Nederlandse Zorgfederatie
PAAZ	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
PBC	Pieter Baan Centrum
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijk Gezondheidszorg
PST	Psycho-sociaal team in penitentiare inrichting
PRW	Penitair Reclasseringswerk
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorden en licht Verstandelijk Gehandicapten
SPW	Sociaal Psychiatrisch werk
TBS	Maatregel voor terbeschikkingstelling (geestelijk gestoorde delinquenten)
VI	Vervroegde Invrijheidstelling
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZIZ	Zeer Intensieve Zorg
ZFR	Ziekenfondsraad



Gf2 Now

