

1 Inleiding

Deze bijdrage sluit aan bij het proefschrift *Achteraf bezien. Over het evalueren van terbeschikkingstellingen*.² Dit promotieonderzoek uit 1993 omvatte een programma-evaluatie naar de effectiviteit van de strafrechtelijke maatregel van terbeschikkingstelling (tbs). De vraag is welke maatschappelijke, politieke, juridische en wetenschappelijke veranderingen sindsdien zijn te signaleren? Een opvallend verschijnsel is in elk geval dat de tbs in de afgelopen decennia in het publieke en politieke debat herhaaldelijk onderwerp is geweest van commotie en discussie, waarbij een negatief imago optrad. Mede daardoor zijn de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van diagnostische en therapeutische instrumenten onderbelicht gebleven. Dit lijkt geen goede ontwikkeling. Het verdient aanbeveling het tbs-stelsel eens anders te beschouwen en daarbij te overwegen of de huidige plaats van de tbs in het strafrechtelijk stelsel wel wenselijk is.

2 Typering van de terbeschikkingstelling

Wat is het karakter van de terbeschikkingstelling? Is het een gewone strafrechtelijke maatregel (art. 37 e.v. Sr) of toch een eigensoortig instrument, dat zich door de inbedding in het strafrecht én in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) manifesteert met een hybride karakter. Zoveel is duidelijk: het gaat om strafbaar gedrag (veelal ernstige agressieve en seksuele delicten), terwijl bij de plegers van dit gedrag door deskundigen een psychische stoornis ten tijde van het plegen van het delict wordt gediagnosticeerd. De strafrechter kan deze diagnose overnemen en meewegen bij de

1 J.R. Niemantsverdriet promoveerde op *Achteraf bezien. Over het evalueren van terbeschikkingstellingen*. Utrecht: Elinkwijk 1993 (hierna: Niemantsverdriet 1993).

2 Niemantsverdriet 1993.

beoordeling of en in hoeverre het strafbare feit aan de dader kan worden toegerekend. Bij volledige of gedeeltelijke ontoerekeningsvatbaarheid kan de veroordeelde gedwongen worden opgenomen in een forensisch psychiatrische behandelingsinstelling, mede gezien het herhalingsrisico (tbs met bevel tot verpleging). De basisregeling is sinds 1928 vastgelegd in het Wetboek van Strafrecht en in het Wetboek van Strafvordering. Van recentere datum zijn de wijzigingen in 1988 en de invoering van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) en de uitvoeringsregelingen in het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt) en onderliggende regelingen in 1997. Met de Bvt is in het bijzonder de relatie tussen beveiliging, behandeling en rechtspositie tot uitdrukking gebracht, met inbegrip van een klachtenregeling. Op een soortgelijke wijze regelt de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) de civielrechtelijke gedwongen opneming van personen die onder invloed van een psychische stoornis gevaar voor zichzelf of anderen veroorzaken, eveneens met waarborgen van de rechten van deze personen. Het is hier niet de plaats alle details van oplegging, verlenging en beëindiging van de tbs, alsmede de verschillende varianten uiteen te zetten. Bovenstaande schets dient er alleen toe om te laten zien dat de tbs in elk geval een plaats heeft in het strafrechtelijk domein.

Voor het betoog is het wenselijk te wijzen op overeenkomsten tussen de strafrechtelijke en civielrechtelijke onvrijwillige opneming in een behandelsetting. Gezien het vrijheidsontnemende karakter bepaalt de rechter zowel bij de tbs als bij de rechterlijke machtiging (rm) onder de Wet Bopz of iemand tegen zijn wil opgenomen dient te worden. Ook onder de opvolger van de Wet Bopz, de wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg, is dit het geval in de vorm van het afgeven van een rechterlijke ‘zorgmachtiging’. In beide systemen krijgt de rechter op (voorgescreven) momenten te horen wat de stand van zaken is en of een verlenging van de gedwongen opneming nodig is, waardoor hij de facto optreedt als monitorende executierechter. Het gaat er dan steeds om af te wegen of risico’s voortvloeiende uit een onderliggende psychische stoornis voldoende zijn afgenomen zodat de gedwongen opneming niet meer nodig is of op een minder ingrijpende wijze begeleiding en toezicht mogelijk zijn.

Het hybride karakter van de tbs blijkt ook uit de inrichting van organisatie van de tenuitvoerlegging van de maatregel. Enerzijds is de minister van Veiligheid en Justitie (VenJ) verantwoordelijk voor de plaatsing van ter beschikking gestelden (art. 37d Sr en art. 11 e.v. Bvt) bij instellingen die forensische zorg leveren, en ook voor (andere) forensische zorg in een strafrechtelijk kader. De verantwoordelijkheid voor de inkoop, financiering en kwaliteit van deze zorg wordt namens de minister uitgevoerd door de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). DForZo heeft anno 2014 met 160 zorgaanbieders contracten die voor 25 verschillende strafrechtelijke titels forensische zorg leveren, waaronder de tbs met bevel tot verpleging.

Anderzijds ligt de praktische uitvoering bij zorginstellingen, en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

(VWS). Net als reguliere psychiatrische ziekenhuizen maken forensisch psychiatrische centra en klinieken, forensische afdelingen en regionale instellingen voor beschermend wonen (ten behoeve van begeleiding in de uitstroomfase) deel uit van het stelsel van de ggz.

De forensische zorginstellingen, de Forensisch Psychiatrische Centra (PPC's) en Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) hebben in de afgelopen jaren net als andere zorg- en welzijnsorganisaties bij het Keurmerkinstituut een certificaat verworven voor hun kwaliteitsmanagementsysteem, meestal op basis van de internationale norm ISO 9001 of een HKZ-schema (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Bovendien staan de instellingen onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), een orgaan van het ministerie van VWS. Bij incidenten maken de inspecties van de ministeries van VenJ (de Inspectie Veiligheid en Justitie) én van VWS (IGZ) vaak een gezamenlijk rapport met aanbevelingen. Hier is een gezamenlijke – ook politieke – verantwoordelijkheid van de ministers van VenJ én van VWS zichtbaar.

Vermeldenswaardig is verder nog dat de verschillen tussen de populaties in de algemene en forensisch psychiatrische zorginstellingen niet zo groot zijn als vaak wordt verondersteld. In beide sectoren gaat het om vermindering van risicovol gedrag als gevolg van een psychische stoornis en daarmee om het waarborgen van de veiligheid in de samenleving. Gevaar en veiligheid zijn dus sleutelcriteria. In het geval van een tbs is in elk geval een strafbaar feit vastgesteld. Bij een rechterlijke machtiging hoeft dat niet het geval te zijn. Een aanzienlijke groep rechterlijke machtiging-patiënten vertoont in acting-out gedrag en psychiatrische problematiek grote gelijkenissen met die kenmerken van ter beschikking gestelden (tbs-gestelden). Niet zelden is bij hen eerder sprake geweest van gevangenisstraf en/of tbs.³

Tot in de jaren tachtig van de vorige eeuw werden patiënten met 'majeure' psychiatrische stoornissen (psychose, schizofrenie), ook als zij strafbare feiten hadden gepleegd, veelal met een rechterlijke machtiging, opgenomen in algemene psychiatrische ziekenhuizen. Die richtten zich onder invloed van veranderende therapeutische en beleidsmatige inzichten steeds meer op deinstitutionalisering en ambulantisering van de zorg.⁴ Dit leidde er toe dat dat psychotici die ernstige delicten hadden gepleegd, steeds meer instroomden in de tot dan toe traditioneel door persoonlijkheids-gestoorte tbs-gestelden gedomineerde forensische zorginstellingen.

Waar komt het beeld van een mogelijk cultuurverschil tussen tbs en ggz vandaan? Dat heeft niet alleen te maken met het strafrechtelijke kader van de tbs en het civielrechtelijk kader van de rechterlijke machtiging. De plaatsing van tbs-gestelden in door de minister aangewezen inrichtingen is op zich niet bepalend voor de cultuur van die inrichtingen, die meestal zijn ontstaan als in forensische zorg gespecialiseerde onderdelen vanuit algemene psychiatrische ziekenhuizen.

3 Harte & Van Nederpelt 2009.

4 Ambulantisering 2012.

Een cultuurverschil kan mogelijk nog gevonden worden in het feit dat de forensische zorginstellingen over meer (materiële en personele) veiligheidsvoorzieningen dienen te beschikken dan de niet-forensische. Qua therapeutische methoden en kwalificatie van het personeel verschilt de zorg niet wezenlijk met die in de reguliere ggz. Een aanzienlijk aantal tbs-gestelden stroomt na de klinische behandeling in een FPC uit naar klinische of ambulante instellingen van de ggz. Zo is in de afgelopen decennia ervaring opgedaan met plaatsing van tbs-gestelden in regionale instellingen voor beschermd wonen, waar zij zonder noemenswaardige problemen samen met niet-forensisch psychiatrische patiënten functioneren. Deze initiatieven uit de forensische praktijk kwamen later ook in de regelgeving terecht (zo werd transmuraal verblijf een verlovvariant).^{5,6,7} Ondanks deze overeenkomsten meent Mevis dat (cultuur)verschillen tussen de reguliere en forensische GGZ zo groot zijn dat integratie van tbs en ggz voorlopig nog niet aan te orde is.⁸

Uit de aard van de strafrechtelijke inbedding vloeit voort dat de interne rechtspositieregeling van tbs-gestelden in justitiële inrichtingen voor verpleging van tbs-gestelden, zoals vastgelegd in de Bvt en het Rvt, qua structuur en terminologie veel gelijkenis vertoont met de rechtspositieregeling van gedetineerden de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj). Dat neemt niet weg dat de wetgever in de Bvt – anders dan in de Pbw – veel ruimte heeft gecreëerd voor (het aanbod van) behandeling. Opmerkelijk blijft dat de interne rechtspositie van tbs-gestelden in niet-justitiële inrichtingen voor verpleging van tbs-gestelden niet wordt geregeld door de Bvt en het Rvt maar door de Wet Bopz.

Tot welke conclusie leidt bovenstaande beschouwing over het karakter van de tbs? Veel schrijvers opteren voor de typering als beveiligingsmaatregel in de eerste plaats. Hofstee ziet als primaire of reële doel de samenleving te beveiligen tegen een dader zolang deze wegens zijn psychische stoornis een onaanvaardbaar gevaar voor de samenleving oplevert.⁹ Of zoals Mevis het recenter omschrijft: “De kern van de TBS is beveiliging van de samenleving door het opsluiten van personen. Zo bot is het.”¹⁰ De behandeling komt dan op de tweede plaats. Hofstee stelt dat de verpleging en de (eventuele) behandeling het secundaire of ideële doel vormen. Maar juist dat (voorgeschreven) behandelaanbod in een therapeutische setting maakt het wezenlijke verschil met de gevangenisstraf. De wettelijke formele structuur van de maatregel is een strafrechtelijke, maar materieel heeft de geestelijke gezondheidszorg met de verpleging en behandeling het primaat. In de forensische klinieken is geen sprake van een gevangensklimaat. De opnemings dient dan ook een ander doel: niet de

5 Plempers 1998.

6 Keune, Van Binsbergen & Van den Broek 2006.

7 Niemantsverdriet & Gerrits 2004.

8 Mevis 2011, p. 359.

9 Hofstee 1987.

10 Mevis 2011, p. 343.

tenuitvoerlegging van een straf(deel) van een sanctie, maar het bieden van behandelings- en ontwikkelingsmogelijkheden zodat terugkeer naar de samenleving mogelijk is, zodra het risico van delicttherhaling tot een verantwoord niveau is teruggebracht.

3 Onderzoek en kennis

Onderzoek naar aspecten en effecten van de tbs is pas recent in een stroomversnelling gekomen. Pieter Baan en Annemarie Roosenburg, de opbouwers van de Van der Hoeven Kliniek, een van de forensische behandelingsklinieken, hechtten vanaf de oprichting in 1955 aan wetenschappelijke onderbouwing van het klinische werk. Behandelingsklinieken hebben immers via de rechterlijke tbs-veroordeling een maatschappelijke opdracht gekregen te trachten door een behandelingsaanbod het herhalingsrisico van strafbaar gedrag weg te nemen of tenminste in voldoende mate te verminderen. Zij werken daartoe met gemeenschapsmiddelen, waarvan ook de effectiviteit dient te worden nagegaan. Maar ook een behandelingskliniek zelf wil weten of en in welke mate effectief wordt gewerkt. Vanuit die gedachte werd al in het eerste decennium van het bestaan van de Van der Hoeven Kliniek een actief onderzoeksbeleid gevoerd. Het weglopen van patiënten was het onderwerp van het eerste (promotie)-onderzoek, waarbij het begrip ‘ongeoorloofde afwezigheid’ werd geïntroduceerd.¹¹

Feldbrugge onderzocht in een promotieonderzoek hoe de behandelaars zoeken naar manieren om samen met de patiënten oplossingen en alternatieven te vinden voor hun problematische, deviante en riskante gedrag.¹² De onderzoekstraditie in de Van der Hoeven Kliniek kreeg een vervolg in het evaluatie- en recidiveonderzoek waarbij dit opstel aansluit.¹³ Enkele jaren later beschreef Van Beek de ontwikkeling van de delictscenarioprocedure en het preventieplan.¹⁴ Dit betreft een behandelingsmethode waarbij de therapeut samen met de (seksuele) dader systematisch het ‘scenario’ reconstrueert waarmee de dader het delict (en vaak meerdere malen soortgelijke delicten) heeft gepleegd. Op basis daarvan kan dan een preventieplan worden opgesteld. De methode wordt sindsdien ook in andere klinieken toegepast, ook met niet-seksuele daders. Hierop volgden de promotieonderzoeken van Greeven¹⁵ en Hildebrand.¹⁶ De studie van Hildebrand sloot aan bij de in die jaren in Nederland gestarte inspanning om de forensische psychiatrie een meer wetenschappelijke onderbouwing te geven in de vorm van een betere psychodiagnostische basis. Het leidde tot de

11 Jessen 1967.

12 Feldbrugge 1986.

13 Niemantsverdriet 1993.

14 Van Beek 1999.

15 Greeven 1997.

16 Hildebrand 2004.

Nederlandse vertaling van de PCL-R^{17,18} en de eerste toepassing van deze psychopathie-checklist op de Nederlandse populatie van tbs-gestelden. De PCL-R heeft internationaal een entree gemaakt in de rechtspraak. In de Nederlandse thans geldende verloffregeling¹⁹ is zelfs voorgeschreven dat de PCL-R boven de *cut-off-score* van 26 moet worden opgenomen, overigens tegen het wetenschappelijk advies van deskundigen.

Na de ontwikkeling van en onderzoek naar betrouwbare psychodiagnostische instrumenten richtten de onderzoekers in de forensische sector zich op de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten. In Canada ontwikkelde risicotaxatie-instrumenten werden vertaald aan en aan de Nederlandse situatie aangepast. Er ontstond een nauwe samenwerking tussen de onderzoekers van de Van der Hoeven Kliniek en de Pompekliniek, die de implementatie van die instrumenten in de klinische praktijk koppelden aan wetenschappelijk onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit. Zo kwamen de Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20)²⁰ als algemeen instrument en de Sexual Violence Risk-20 (SVR) voor seksueel delinquenten in beeld. In een parallel proces kwam de ontwikkeling van de HKT-30 (Historisch Klinisch Toekomst-30)²¹ op gang. Met deze instrumenten kwam een meer systematische onderbouwing van kernbeslissingen tijdens het gehele proces van de terbeschikkingstelling (verlofverlening en verlenging van de tbs) ter beschikking. Vogel legde met een promotieonderzoek een wetenschappelijk basis onder de HCR-20.²² De bevinding dat de klinische gestructureerde manier om toekomstig gedrag in termen van risico's in kaart te brengen evident beter bleek te zijn dan het 'klassieke' klinische oordeel, was baanbrekend. De waarde van de beoordeling door panels van drie beoordelaars (een directe behandelaar, een behandelaar op afstand en een onderzoeker) die in consensus een beoordeling geven van risico's bij een individuele patiënt in een bepaalde situatie, werd ook door de minister van Justitie omarmd. Sinds 2005 zijn de behandelingsklinieken verplicht om in de verlofaanvragen een gestructureerde risicotaxatie op te nemen (waarbij gebruik kan worden gemaakt van de HCR-20, de HKT-30, de SVR-20, aangevuld met uitkomsten van de PCL-R). In de loop van de jaren werd het onderzoek naar de betrouwbaarheid en effectiviteit van de instrumenten voortgezet.^{23,24} Er kwam een derde herziene versie van de HKT-20²⁵ en ook aan een herziene versie van de HKT-

17 Hare 1991.

18 Hare 2003.

19 Verloffregeling TBS 24 december 2010, *Stcr.* 2010, 21597, zoals gewijzigd per 14 januari 2014, *Stcr.* 1581.

20 Philipse, de Ruiter, Hildebrand & Bouman 2000.

21 Handleiding HKT-30 2003.

22 Vogel 2005.

23 De Vries & Spreen 2012.

24 De Vogel, De Vries Robbé, De Spa & Wevers 2012.

25 De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi & De Ruiter 2013.

30 wordt gewerkt.²⁶ Intussen wordt de SVR-20 als risico-taxatie-instrument voor seksueel delinquenten tegenwoordig minder gebruikt en verdrongen door ook internationaal erkende instrumenten als Static-99R, Stable-2007, Acute-2007.²⁷

Omdat al langer een behandelingservaring is dat patiënten gesteund en gemotiveerd kunnen worden door stimulerende mogelijkheden van henzelf of uit hun omgeving, is als logisch vervolg op de ontwikkeling van de risicotaxatie-instrumenten gezocht naar een manier om juist ook beschermende factoren, in aanvulling op risicofactoren, systematisch te beoordelen. Dit instrument, de SAPROF, geniet internationale belangstelling gezien de vertaling van handleiding, codeerblad en trainingsmateriaal in 11 talen (stand 2014).²⁸

Een opmerkelijke samenwerking is ontstaan met de inrichting van de landelijke data voor forensische risicotaxatie en resultaatmeting (LDR-tbs). Sinds 2011 is de databank – een gezamenlijk initiatief van alle (op dat moment 13) forensisch psychiatrische centra en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) – operationeel. Hierdoor kan met een relatief grote populatie, afkomstig uit verschillende klinieken, *multicentre* statistisch onderzoek worden gedaan naar risicoprofielen die tijdens de verschillende fasen van het doorlopen van het tbs-traject zijn verzameld.²⁹

De verschillende forensisch psychiatrisch centra wisselen, ook in internationaal verband, uit over verbetering van diagnostiek, risicotaxatie en behandelingsmodellen. Bovenbeschreven ontwikkelingen laten ook zien dat initiatieven in de forensische sector, ontwikkeld om behandel- en beleidsbeslissingen zo transparant en uniform mogelijk te nemen, zijn overgenomen door het ministerie dat politiek verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van de tbs. De conclusie is gerechtvaardigd dat psychodiagnostiek en inschatting van risico- en beschermende factoren inmiddels een vaste, zo niet onmisbare, plaats hebben verworven in de forensische praktijk, zowel tijdens de behandeling als bij de besluitvorming over verlenging van de tbs en over verlof-fasen. De ontwikkeling is nog volop gaande en richt zich thans onder meer op meer differentiatie: niet elk instrument blijkt voor alle ‘typen’ patiënten, behandel-fasen en omgevingssituaties geschikt.

4 Effect-onderzoek

Er is een redelijke consensus om recidive (beter gezegd: uitblijven van recidive) als een belangrijke maat te beschouwen voor het bereiken van het beoogde effect van de tbs. Algemeen bekend is echter dat evaluatie van therapeutische interventies

26 Willems 2013.

27 Smid 2014.

28 De Vries Robbé 2014.

29 Van Binsbergen, De Spa, Verwaaijen, Embley & Van Rooy 2012.

complex is, zeker als het een langdurige klinische periode betreft met veel verschillende behandelingsmethoden die ofwel gelijktijdig ofwel na elkaar zijn toegepast, soms ook in verschillende (forensische psychiatrische) instellingen. Bovendien kunnen omstandigheden na de behandeling, die buiten de invloedssfeer liggen van behandelaren, ook een bepalende invloed hebben.

Hoewel het nog kleine aantallen betrof en de methode van recidiveonderzoek nog niet was uitgekristalliseerd, publiceerden Jessen en Roosenburg als eersten over behandelingsresultaten.^{30,31} Met het oog op het 25-jarig bestaan verzocht de Van der Hoeven Kliniek in 1975 het WODC om een uitgebreid follow-onderzoek naar het wel en wee van alle 600 voormalige patiënten. Vanwege het tentatieve karakter duurde het tot 1982 voordat onderzoeker Van Emmerik de resultaten kon publiceren, waaronder als opmerkelijk en uniek onderdeel de uitkomsten van interviews met ongeveer 300 oud-patiënten. Het bleek dat een voltooide behandeling (in de zin van het verlaten van de behandelingskliniek in het kader van een proefverlof) een duidelijk gunstiger resultaat liet zien (30% recidive) dan bij degenen bij wie dat niet was gelukt (70% recidive). Een andere belangrijke bevinding was dat de onderzoeker – ondanks pogingen daartoe – de behandeling zelf niet toegankelijk had kunnen maken voor onderzoek. De behandeling bleef daarmee een ‘black box’.³²

Dit onderzoek van Van Emmerik vormde de opmaat voor een reeks onderzoeken, waarbij alle landelijk uitgestoomde ter beschikking gestelden door het WODC in verschillende cohorten gevolgd zijn op het voorkomen van recidive. Al in de eerste onderzoeken over de tbs werden de criteria algemene recidive, ernstige, zeer ernstige, speciale en specifieke recidive geïntroduceerd. In de loop van de jaren vonden hierin wel aanpassingen plaats, zoals het criterium ‘tbs-waardige’ recidive in plaats van de speciale en specifieke recidive, maar het accent zou blijven liggen op recidive na beëindiging van de maatregel.³³ Ruim 80% pleegt na een observatieperiode van tien jaren geen ‘tbs-waardige’ delicten. Er is sprake van een dalende trend.

De Van der Hoeven Kliniek nam in het initiatief om vanaf 2008 de recidive van eigen populatie in vierjarige cohorten (tot nu toe 1999-2003 en 2004-2008) te onderzoeken, waarbij recidive tijdens de behandeling wél mede in het onderzoek wordt betrokken. Bij dit onderzoek worden ook de processen-verbaal opgevraagd van de nieuwe delicten zodat op het individuele niveau analyse kan plaatsvinden in samenhang met het behandelingsverloop, risicotaxatie e.d. Het wordt nu mogelijk de ‘black box’ uit het eerste recidive-onderzoek uit 1982 alsnog te openen.³⁴

30 Jessen 1969.

31 Jessen & Roosenburg 1971.

32 Van Emmerik 1982.

33 Van Emmerik 1985; Van Emmerik 1989; Leuw 1995; Leuw 1999; Wartna, Blom & Tollenaar 2008; Bergman & Wartna 2011.

34 Keune & Van Binsbergen 2010.

5 Maatschappelijke en politieke ontwikkelingen

De hiervoor uiteengezette ontwikkeling van onderzoek en kennis over behandeling en effecten is goeddeels onbekend. Dat kan aan de professionals in de sector liggen, maar het kan ook te maken hebben met beeldvorming. Criminaliteit heeft een negatieve connotatie, waarbij de combinatie ‘gek en gevaarlijk’ bovendien borg staat voor een versterking van angstbeelden. In de publieke opinie, en in de reflectie daarvan door media en politici, zijn uitingen van verontwaardiging en gevoelens van onveiligheid gemeengoed. De bereidheid zich te verdiepen in feiten en achtergronden is minimaal.

De beeldvorming over tbs heeft overigens altijd gefluctueerd. In de jaren zestig en zeventig nam het aantal opleggingen sterk af onder invloed van de anti-psiatrie: insluiting ook van psychisch gestoorde delinquenten moest zoveel mogelijk worden vermeden. Het aantal zogenaamde contraire beëindigingen door de rechter (waarna ook een hoge recidive werd geconstateerd) nam verontrustend toe.³⁵ Er vonden in die tijd ook ernstige (levens)delicten plaats, maar hierover werd niet of zonder grote ophef door de media bericht. In 2003 en 2004 zorgden enkele incidenten voor grote maatschappelijke onrust, toen tbs-gestelden zich aan de begeleiding onttrokken en ernstige delicten pleegden.

Het was de tijd waarin het beeld van Nederland als een redelijk rustige, stabiele en tolerante samenleving veranderde. De moorden op Fortuyn (2002) en Van Gogh (2004) kwamen in een periode waarin populistische stromingen opkwamen, ook met stevige opvattingen over deviant gedrag. De problemen van de multiculturele samenleving vormden onderwerp van maatschappelijk debat.³⁶ Tegen die achtergrond bleek de maatschappij (blijkend uit uitlatingen van burgers, Tweede Kamerleden, bestuurders in de media) ook gevoelig voor incidenten bij de behandeling van tbs-gestelden. Verontruste Kamerleden stelden vragen aan de verantwoordelijke minister van Justitie die daardoor behoorlijk onder vuur kwam te liggen. De onrust leidde ertoe dat een parlementair onderzoek werd ingesteld. Als doel werd geformuleerd “inzicht te verschaffen in de oorzaken van tekortkomingen in het huidige tbs-stelsel, die ertoe leiden dat de maatschappij onvoldoende wordt beschermd tegen mensen die na behandeling opnieuw misdrijven plegen.”³⁷ De commissie-Visser kwam echter tot de conclusie dat het tbs-stelsel als zodanig – in tegenstelling tot de aanvankelijke verwachting – wel degelijk redelijke functioneert en goede mogelijkheden biedt. Wel zouden verbeteringen moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld op het gebied van de wetenschappelijke onderbouwing van het besluitvormingsproces, het verlofbeleid en de ketensamenwerking (overgang van forensische zorg naar reguliere zorg). Zo spreekt de commissie zich expliciet uit over onderzoek naar risicotaxatie. De eerder beschreven

35 Van Emmerik 1989.

36 Scheffer 2010.

37 Rapport Commissie-Visser 2006.

ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten en procedures en de inrichting van de LDR-tbs was in lijn met de aanbevelingen van de commissie-Visser. Ook in de forensische praktijk zorgde het eindrapport voor waardevolle discussie.³⁸

Een van de aanbevelingen van de commissie-Visser was een professionele verlof-toetsing, waar die toetsing voordien werd gedaan door de afdeling Individuele TBS-zaken (ITZ) van DJI. De minister nam deze aanbeveling over en stelde op 1 januari 2008 het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT) in, een – van behandelaars en ministerie onafhankelijk – college van deskundigen dat alle aanvragen voor verlof van tbs-gestelden inhoudelijk toetst en daarover advies uitbrengt aan de minister van VenJ. De procedurele toetsing en beslissing om een verlofmachtiging af te geven blijft (echter) bij de minister. Daardoor zal de scheiding van advies- en beslissingspositie niet kunnen verhinderen dat de bewindslieden politiek en maatschappelijk onder vuur kunnen komen bij verlofincidenten. Overigens blijkt dat in de eerste vijf jaren van het functioneren van het AVT rond de 90 % van de verlofaanvragen positief werd beoordeeld en zich per jaar één ernstig incident voordeed.

Het ministerie nam in het afgelopen decennium in een toenemend aantal maatregelen, waaruit een defensieve en reactieve houding sprak. Aanpassingen vonden vaak plaats naar aanleiding van incidenten die maatschappelijke en politieke onrust veroorzaakten. De bewegingsruimte van behandelingsklinieken en behandelde tbs-gestelden is daardoor ingeperkt. Zo zijn de verlofprocedures steeds verder aangescherpt, waardoor de bureaucratische druk op de behandelingsklinieken toenam, mede omdat een verlofmachtiging jaarlijks opnieuw moet worden aangevraagd (art. 53 lid 2 Rvt). Om tegemoet te komen aan een veiligheidsgevoel werd de maximale looptijd van een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging verhoogd van drie naar negen jaar (art. 38j lid 2 Sr). Op zich is het goed dat een langdurig(er) toezicht mogelijk is, maar de neiging kan bestaan dat langer dan nodig toe te passen. Via de (aangepaste) bepalingen in art. 53 lid 2 en 57 lid 2 Rvt vervalt thans een lopende verlofmachtiging voor een jaar als een tbs-gestelde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit, ook al is sprake van een licht vergrijp. Een andere verandering was de intrekking van de zogenaamde Fokkensregeling (vanaf 4 augustus 2010), die voordien plaatsing mogelijk maakte nadat eenderde termijn van de gevangenisstraf was verstreken.

Terwijl het totaal aantal tbs-gestelden in een periode van 20 jaar sterk steeg van 405 in 1990 naar ruim 2100 in 2010³⁹ zorgden de maatschappelijk en politieke negatieve sfeer rondom de tbs en de bovengenoemde aanpassingen in regelgeving en beleid ervoor dat de duur van de tbs-behandeling in de instroomjaren van 1990 tot 1998 opliep van zeven naar tien jaar.⁴⁰ De klinieken werden voorzichtiger en vroegen minder vaak en minder snel verlof aan dan zij gezien de voortgang van de behandeling

38 (onder anderen) Van Binsbergen, Derks & Niemantsverdriet 2006.

39 Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011, p. 13.

40 *De opeenvolgende duur van de TBS*, Advies RSJ 2011, p. 7.

op zich wenselijk achtten. Bovendien gingen advocaten hun verdachte cliënten steeds vaker adviseren niet mee te werken aan forensisch psychiatrisch onderzoek, als een tbs dreigde. Rechters werden ook minder snel geneigd de maatregel op te leggen (in 2004 226 opleggingen en in 2012 nog maar 93)^{41,42} en te beëindigen. In dezelfde periode werden de mogelijkheden uitgebreid om bij vastgelopen behandelingen en blijvend delictgevaar patiënten te plaatsen in longstayvoorzieningen, waardoor een aantal tbs-gestelden langer onder de maatregel bleven vallen.

De genoemde ontwikkelingen reflecteren een zekere verkramping. Vooral in de politiek en in de publieke opinie lijkt sprake van het nastreven van een veiligheids-utopie, een focus op zoveel mogelijk zekerheid en veiligheid, ook waar dat niet realistisch is en onvoldoende gefundeerd. Het is enerzijds begrijpelijk dat het veiligheidsgevoel zich juist bij de behandeling van psychisch gestoorde daders manifesteert. Anderzijds lijkt de veiligheidsutopie zover te zijn doorgeschoten dat het een (te) zware wissel trekt op de kans om het doel van de maatregel te realiseren, namelijk het voorkomen van nieuwe delicten door middel van psychiatrische behandeling.

6 Imago-effect

In toenemende mate maakten professionals zich zorgen omdat de praktijk en het imago van de tbs ernstig onder druk kwamen door aanhoudende kritiek vanuit media en politiek. In het voorgaande is beschreven dat in de afgelopen 25 jaar onmiskenbaar voortuitgang is geboekt op het gebied van kennis en kunde in de forensische zorg. Het bleek echter niet goed mogelijk dat adequaat over het voetlicht te brengen en tegenwicht te bieden tegen de negatieve stemming over de tbs.

Zo organiseerde bij de rechtspraak betrokkenen in 2009 het symposium “TBS op slot?”. De behandelingsklinieken ontwikkelden ideeën om aan de klemmende greep van stilstand en teruggang een halt toe te roepen door het lanceren van allerlei verbetervoorstellen: meer *evidence-based* behandelingsmethoden en taxatie-instrumenten, betere doorstroomvoorzieningen en afspraken over behandelplanning, verloftrajecten e.d.⁴³ In breder verband maakten de ketenpartners in 2014 in het “Manifest van Lunteren” gezamenlijk afspraken over de oplossing van knelpunten.⁴⁴

Het negatieve imago van de tbs is vooral toe te schrijven aan de berichten over ontvluchtelingen uit klinieken (die overigens zelden voorkomen), onttrekkingen aan de begeleiding en nieuwe delicten gepleegd tijdens verloven. Het blijft opvallend dat

41 *TBS in getal 2008*.

42 *Forensische Zorg in getal 2008-2012*.

43 *Notitie Forensische zorg in perspectief 2010*; Verwaaijen 2011; *Visiedocument forensische zorg 2014*.

44 Raes 2014.

over incidenten veroorzaakt door psychiatrische patiënten nauwelijks in de media wordt bericht en niet die verontrusting teweegbrengt die vaak bij tbs-patiënten aan de orde is. Ook over recidive van (ex-) gedetineerden wordt zelden bericht, terwijl toch absoluut en procentueel de recidive van die groep vele malen groter is. Ongevallen in het verkeer of overlijden na fouten bij operaties komen vele malen meer voor dan incidenten in de tbs-praktijk. De ministers van Infrastructuur en Milieu, respectievelijk van VWS worden daarvoor niet of zelden ter verantwoording geroepen. Te weinig realiseren burgers, politici en media zich dat na de tbs-behandeling zeer ernstige delicten heel weinig voorkomen en dat verreweg de meeste tbs-gestelden willen profiteren van de behandeling en geen delicten meer willen plegen. De emotiefactor over alles wat met tbs te maken heeft, is echter heel sterk. Snelle en impulsgerichte uitingen in de sociale media spelen, ook bij de tbs, een steeds grotere rol in de beeldvorming.

Het negatieve tbs-beeld was ook de commissie-Visser opgevallen. De commissie verzocht de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling een rapport over die beeldvorming te schrijven.⁴⁵ De RMO wees er onder meer op dat een risicoloos tbs-systeem niet bestaat, tenzij alle tbs-gestelden levenslang worden opgesloten. Er sprake van een botsing tussen het perspectief van de zorg, het strafrecht en de publieke opinie. De RMO beveelt aan te ontsnappen aan de medialogica door structureel te blijven informeren en communiceren.⁴⁶

Als zo weinig bekend is over ‘positieve’ aspecten van de tbs is het dus aangewezen daar veel meer aandacht aan te besteden. Vele malen zijn al wel verhalen van geslaagde tbs-behandelingen in de media verschenen, maar deze zullen steeds weer opnieuw herhaald moeten worden. Zo probeert onder anderen de stichting Forum TBS, een breed samengestelde groep betrokken professionals die zich tot doel gesteld hebben het imago van de tbs te verbeteren, daarin te rol te spelen. Om te voorzien in goede informatie zette Feldbrugge het tbs-systeem toegankelijk uiteen voor het grote publiek.⁴⁷ Ook forensische veld zelf heeft beeldvorming en communicatie op de agenda. Al eerder had het ministerie van Justitie opdracht gegeven de problematiek van de beeldvorming over de tbs in kaart te brengen en oplossingsrichtingen aan te geven.⁴⁸

45 *Ontsnappen aan medialogica* 2006.

46 *Straf en zorg: een paar apart* 2007.

47 *Feldbrugge* 2007.

48 *Jansen & Stiensma* 2004.

7 Een andere weg

Het is realistisch uit te gaan van het huidige stelsel waarin de terbeschikkingstelling een plaats heeft in het strafrecht en steeds aanpassingen ondergaat na maatschappelijk en politiek debat. Maar er zijn ook andere denkrichtingen mogelijk.

Zo suggereert Van der Wolf de tbs te vervangen door ‘plaatsing in een inrichting voor maatschappijgevaarlijke daders’ (IMD). Hij houdt de behandeling van psychische gestoorde delinquenten wel in het strafrecht, stelt de bescherming van de samenleving voorop en verwacht van een onbepaalde duur een motiverende werking. Terecht bepleit hij de mate van gevaar en niet de stoornis bepalend te laten zijn. Ook zijn opvatting dat de verlofverlening meer op professionele dan op politieke basis dient plaats te vinden, verdient steun. Van der Wolf meent dat het stelsel een rustiger toekomst heeft met zijn voorstel, zodat het noodzakelijke vertrouwen kan worden hersteld.⁴⁹ Dat is echter de vraag. De politieke verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van een dergelijke IMD blijft bij incidenten zwaar drukken op de minister van VenJ vanwege de strafrechtelijke inkadering.

In de inleidende paragraaf over de typering van de tbs is uiteengezet dat het karakter van de tbs in de behandelingsfase van de tenuitvoerlegging minder past in het justitiële strafrechtelijke systeem. Het proces van het onderzoek naar een strafbaar feit en de psychische gesteldheid van een verdachte (met het oog op de toerekeningsvatbaarheid) en de eventuele veroordeling behoren uiteraard tot het domein van het strafrecht. Maar als na een strafrechtelijke sanctie (vrijheidsstraf) een verplichte opname in een behandelingskliniek volgt, komt toch een ander domein – dat van de geestelijke gezondheidszorg – aan bod. Straffen en behandelen in één systeem gaan niet goed samen: een medisch-psychiatrische behandeling in een punitief stelsel. De Nederlandse wetgever heeft er in bij de invoering van de tbs in 1928 voor gekozen de beveiliging tegen en behandeling van psychisch gestoorde delinquenten een plaats in het strafrecht te geven. Sindsdien ziet de – wat nu wordt genoemd – forensische patiëntenzorg er ingrijpend anders uit. In het buitenland zijn ook andere stelsels gangbaar waarin de behandeling van psychisch gestoorde daders in een gezondheidszorgkader is ondergebracht.

Daarom biedt de civielrechtelijke weg van de huidige Wet Bopz en diens opvolger de Wet Verplichte GGZ een andere mogelijkheid. Al eerder werd een suggestie in deze richting gedaan: een tweesporenstelsel met een scheiding van het strafrechtelijk deel en daarna ‘overheveling’ naar een civielrechtelijke verplichte opneming en behandelingsaanbod.⁵⁰ Hierboven is al aan de orde geweest dat er qua problematiek en risicomanagement geen wezenlijk verschil bestaat tussen patiënten (met ernstige problematiek) in de reguliere en forensische psychiatrische zorg. Een bijkomend

49 Van der Wolf 2012.

50 Niemantsverdriet 1995.

argument voor een andere benadering is dat in het huidige systeem tbs-gestelden onder twee verschillende interne rechtspositieregelingen vallen, namelijk van de Bvt (in de ‘justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden’) respectievelijk van de Wet Bopz (in de ‘niet-justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden’). Met het oog op het opheffen van dit opmerkelijke verschil hebben ‘forensische’ juristen in februari 2009 al een concreet voorstel gedaan beide rechtspositieregelingen te harmoniseren, waarbij ook zij aangeven in de praktijk te zien dat er veel overlap is tussen de patiëntpopulaties.⁵¹

Een voorstel in de genoemde richting kan worden gerealiseerd door in de (nieuwe) Wet Verplichte GGZ een aparte regeling op te nemen voor een ‘forensische zorgmachtiging’ voor personen bij wie nu een tbs wordt opgelegd. De strafrechter behandelt voorkomende gevallen dan als een reguliere strafzaak, eventueel met een strafrechtelijke sanctie (met inachtneming van de mogelijkheid van art. 37a lid 2 Sr om ook bij toerekenen van het strafbare feit af te zien van straf). Als hij een verplichte opneming in een behandelingsinstelling met het oog op de veiligheid in de samenleving noodzakelijk acht, kan hij de civielrechtelijke forensische zorgmachtiging afgeven. Voor het overige kan de civielrechtelijke regeling van verlenging van de zorgmachtiging van de Wet Verplichte GGZ de functie van de huidige tbs-verlenging overnemen. In dit voorstel is het aan te bevelen de expertise van de tbs-verlengingsofficieren en rechters in te zetten bij de civiele rechtbanken. Ook bij de verlenging van de forensische zorgmachtigingen zal gevaar als criterium beslissend blijven, net zoals dat thans bij de tbs en de rm het geval is.

De overige externe (rechtspositie)regelingen betreffen vooral de fasen van verlof en verdere uitstroom. Met de instelling van het AVT is het nog onvoldoende gelukt de minister ‘op afstand’ te plaatsen: hij blijft in het huidige systeem uiteindelijk de beslissende en politiek verantwoordelijke autoriteit om een verlofmachtiging af te geven, terwijl de behandelingskliniek beslist over de verlofverlening zelf. In andere landen is het gebruikelijk dat beslissingen over vrijheidsverruimende fasen als verloven, transmuralisering en al dan niet voorwaardelijk ontslag overgelaten worden aan buiten de politiek staande organen. Daartoe fungeren bijvoorbeeld panels van deskundigen in ‘mental health courts’ of ‘mental health review tribunals’ (in het Verenigd Koninkrijk en Canada). In het gepresenteerde voorstel ligt het daarom voor de hand dat het AVT als een ‘mental health review tribunal’ een finale beslissingsbevoegdheid krijgt om een verlofmachtiging af te geven in plaats van de huidige adviesbevoegdheid. Mevis hoopt overigens dat het in Nederland niet die kant op gaat.⁵² De regeling van de interne rechtspositie en van de behandeling van geschillen kan worden ontleend aan de huidige Bvt/Rvt en de Wet Bopz, zoals bijvoorbeeld beschreven in het eerder aangehaalde harmonisatievoorstel van de ‘forensische’ juristen.

51 *Voorstel Interne rechtspositieregeling van gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten 2009.*

52 Mevis 2011, 26, p. 347.

De verwachting is gerechtvaardigd dat een inbedding van de psychisch gestoorde delinquent in de civielrechtelijke zorgsector een rustiger en minder beladen situatie creëert dan thans het geval is. De forensische zorg kan dan als specialisatie binnen de ggz-zorg functioneren en loskomen van het justitiële kader. Hiermee kan de inkooprelatie van het ministerie van VenJ komen te vervallen zoals die nu voor de tbs geldt (voor andere strafrechtelijke titels kan die wel blijven bestaan). Niet de minister van VenJ draagt verantwoordelijkheid voor de behandelfase, maar de minister van VWS, net zoals deze die heeft voor alle gezondheidszorginstellingen, terwijl de IGZ de toezichthoudende rol vervult. Het is de moeite waard te overdenken of langs deze weg de tbs van het 'criminele' imago af kan komen, en – om in de termen te blijven – kan worden gedecriminaliseerd. De forensische zorginstellingen hoeven zich minder defensief op te stellen en kunnen zich meer richten op kwaliteit en wetenschappelijk gebaseerde behandelingsmethoden, en de patiënten zullen minder last hebben van negatieve publiciteit en de gevolgen daarvan.

Literatuur

Ambulantisering 2012

Ambulantisering. Trendrapportage GGZ 2012. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering, Utrecht: Trimbos-instituut 2012.

Van Beek 1999

D.J. van Beek, *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten* (diss. Amsterdam UvA), Arnhem: Gouda Quint 1999.

Bergman & Wartna 2011

I.M. Bergman & B.S.J. Wartna, *Recidive TBS 1974-2008* (Factsheet 2011-6), Den Haag: WODC 2011.

Van Binsbergen, De Spa, Verwaaijen, Embley & Van Rooy 2012

M. van Binsbergen, E. de Spa, S. Verwaaijen, I. Embley & L. van Rooy, *Opzet en ontwikkeling van een landelijke databank voor forensische risicotaxatie en resultaatmeting*, Utrecht: Stuurgroep LDR-tbs 2012.

Van Binsbergen, Derks & Niemantsverdriet 2006

M.H. van Binsbergen, F.C.H. Derks & J.R. Niemantsverdriet, 'Vandaag over gisteren en morgen: het voortdurende dilemma tussen straf en zorg', *Sancties* 2006, 4, p. 228-235.

De oplopende duur van de TBS, Advies RSJ 2011

De oplopende duur van de TBS, Advies RSJ 2011.

Van Emmerik 1982

J.L. van Emmerik, *Terbeschikkinggesteld; verslag van een follow-up onderzoek bij ex-patiënten van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek* (WODC-reeks nr. 28), Den Haag: Staatsuitgeverij 1982.

Van Emmerik 1989

J.L. van Emmerik, *Opvattingen over de maatregel TBR; verslag van een postenquête bij leden van de rechterlijke macht en medewerkers van de inrichtingen* (WODC-reeks nr. 46), Den Haag: Staatsuitgeverij 1984.

Van Emmerik 1985

J.L. van Emmerik, *TBR en recidive; een beschrijving van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1974-1979* (WODC-reeks nr. 61), Den Haag: Staatsuitgeverij 1985.

Van Emmerik 1989

J.L. van Emmerik, *TBS en recidive; een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode van 1979-1983* (WODC-reeks nr. 95), Arnhem: Gouda Quint 1989.

Feldbrugge 1986

J.T.T.M. Feldbrugge, *Commitment to the committed. Treatment as interaction in a forensic mental hospital* (diss. Nijmegen), Lisse: Swets & Zeitlinger 1986.

Feldbrugge 2007

J.T.T.M. Feldbrugge, *Wat iedere Nederlander zou moeten weten over de tbs*, Nijmegen: Valkhof Pers 2007.

Forensische Zorg in getal 2008-2012

Forensische Zorg in getal 2008-2012, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013.

Greeven 1997

P.G.J. Greeven, *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: een empirische studie* (diss. Utrecht), Deventer: Gouda Quint 1997.

Handleiding HKT-30 2003

Handleiding HKT-30 versie 2002: Risicotaxatie in de forensische psychiatrie (Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie), Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen 2003.

Hare 1991

R.D. Hare, *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Toronto: Multi-Health Systems 1991.

Hare 2003

R.D. Hare, *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd edition*. Toronto: Multi-Health Systems 2003.

Harte & Van Nederpelt 2009

J.M. Harte & G. van Nederpelt, 'Opgetrokken langs de Weespertrekvaart ...', in: J.M. Harte e.a. (red.), *Most probably the best professor of forensic psychiatry, Liber amicorum Prof. dr. Dick Raes*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2009, p. 103-116.

Hildebrand 2004

M. Hildebrand, *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications* (diss. Amsterdam UvA), Amsterdam: Dutch University Press 2004.

Hofstee 1987

E. J. Hofstee, *TBS en TBS. De TBS in rechtshistorisch perspectief* (diss. Nijmegen), Arnhem: Gouda Quint 1987.

Jansen & Stiensma 2004

A. Jansen & J. Stiensma, *Een Doos van Pandora. Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van TBS klinieken*, Amsterdam: Markt en Communicatieonderzoek Ferro 2004.

Jessen 1967

J.L. Jessen, *Ontvluchting of ongeoorloofde afwezigheid* (diss. Groningen), Meppel: Boom 1967.

Jessen 1969

J.L. Jessen, 'Behandelingsresultaten in de Van der Hoeven-kliniek', *Tijdschrift voor Criminologie*, 11, 1969, p. 173-182.

Jessen & Roosenburg 1971

J.L. Jessen, & A.M. Roosenburg, 'Treatment results at the Dr. Henri van der Hoeven Clinic, Utrecht, The Netherlands', in: R. de la Fuente, & M. Weisman (red.), *Proceedings of the Vth World Congress of Psychiatry. Mexico*, Amsterdam: Excerpta Medica 1971, p. 724-733.

Leuw 1995

Ed. Leuw, *Recidive na ontslag uit tbs* (WODC Onderzoek en beleid 141), Arnhem: Gouda Quint 1995.

Leuw 1999

Ed. Leuw, *Recidive na de tbs* (Onderzoek en beleid 182), Den Haag: WODC 1999.

Keune, Van Binsbergen & Van den Broek 2006

L.H. Keune, M.H. van Binsbergen & E.W.M. van den Broek, *Transmurale behandeling in de Van der Hoeven Kliniek*, Utrecht: Forum Educatief 2006.

Keune & Van Binsbergen 2010

L.H. Keune, & W.H. van Binsbergen, *Recidive Monitoren*, Utrecht: Van der Hoeven Stichting 2010.

Mevis 2011

P.A.M. Mevis, 'Opnieuw de TBS: laat svp tijd en ruimte voor rustige en bestendige ontwikkeling in de goede richting', *DD* 2011, 26, p. 339-364.

Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011

M.H. Nagtegaal, R.P. van der Horst & H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden* (WODC Onderzoek en beleid 290), Meppel: Boom 2011.

Niemantsverdriet 1993

J.R. Niemantsverdriet, *Achteraf bezien. Over het evalueren van terbeschikkingstellingen* (diss. Nijmegen), Utrecht: Elinkwijk 1993.

Niemantsverdriet 1995

J.R. Niemantsverdriet, 'De TBS afschaffen?', in: J.P. Balkema, M. Barels, J.A.W. Lensing, A.J.M. Machielse & H.J.B. Sackers, *Dynamisch strafrecht; opstellen ter gelegenheid van het afscheid van Prof.mr. G.J.M. Corstens van de Katholieke Universiteit Nijmegen*, Arnhem: Gouda Quint 1995, p. 281-292.

Niemantsverdriet & Gerrits 2004

J.R. Niemantsverdriet & J. Gerrits, 'Behandelingsmogelijkheden voor ter beschikking gestelden buiten de kliniek', *Sancties* 2004, 1, p. 16-34.

Notitie Forensische zorg in perspectief 2010

Notitie Forensische zorg in perspectief; een inhoudelijke toekomstvisie op de forensische zorg, augustus 2010, te vinden op: <http://www.tbsnederland.nl/media/1059/forensische-zorg-in-perspectief-augustus-2010.pdf>.

Ontsnappen aan medialogica 2006

Ontsnappen aan medialogica; Tbs in de maatschappelijke beeldvorming, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Advies 39), Amsterdam: SWP 2006.

- Philipse, de Ruiter, Hildebrand & Bouman 2000
M. Philipse, C. de Ruiter, M. Hildebrand, & Y. Bouman, *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2 (geautoriseerde Nederlandse vertaling)*, Nijmegen/Utrecht: Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven Stichting 2000.
- Plemper 1998
E. Plemper, *Terug in de maatschappij. Plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten in RIBW's*, Utrecht: Verweij-Jonker Instituut 1998.
- Rapport Commissie-Visser 2006
Rapport Tijdelijke commissie Onderzoek Tbs, 'Tbs, vandaag over gisteren en morgen', Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 250, nrs. 4–6.
- Raes 2014
B.C. Raes, 'De maatregel TBS', *DD* 2014, 12, p. 133-134.
- Scheffer 2010
P. Scheffer, 'Het multiculturele drama', *NRC Handelsblad* 29 januari en 25 maart 2000.
- Smid 2014
W.J. Smid, *Sex Offender Risk Assessment in the Netherlands. Towards a Risk Need Responsibility Oriented Approach* (diss. Amsterdam UvA), Utrecht: Van der Hoeven Kliniek 2014.
- Straf en zorg: een paar apart 2007
Straf en zorg: een paar apart; Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Advies 41), Amsterdam: SWP 2007.
- TBS in getal 2008
TBS in getal 2008, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008.
- Verlofregeling TBS
Verlofregeling TBS 2014. Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 31 maart 2014.
- Verwaaijen 2011
A.A.G. Verwaaijen, 'TBS uit de klem: een voorstel om de maatschappelijke veiligheid op korte en op langere termijn te verbeteren', *Sancties* 2011, 1, p. 40-55.
- Visiedocument forensische zorg 2014
Visiedocument forensische zorg 'Betere zorg, veiliger samenleving', Amersfoort: GGZ Nederland 2014.
- De Vogel 2005
V. de Vogel, *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and the SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients* (diss. Amsterdam UvA), Amsterdam: Dutch University 2005.
- De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi & De Ruiter 2013
V. de Vogel, M. de Vries Robbé, Y. Bouman, F. Chakhssi & C. de Ruiter, *Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3 (geautoriseerde Nederlandse vertaling)*, Utrecht: Van der Hoeven Kliniek 2013.
- De Vogel, De Vries Robbé, De Spa & Wevers 2012
V. de Vogel, M. de Vries Robbé, E. de Spa & E. Wevers, 'Tien jaar gestructureerde risicotaxatie in de forensisch klinische praktijk: Wat heeft het opgeleverd en waar zijn verbeteringen mogelijk?', in: J.W. van den Berg, J. Mulder & W. Smid (red.), *It takes two to tango, Liber Amicorum Daan van Beek*, Utrecht: Forum Educatief 2012.

- Voorstel Interne rechtspositieregeling van gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten 2009
Voorstel Interne rechtspositieregeling van gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten in de GGZ (psychiatrische ziekenhuizen en fpc's), 2009, te vinden op: <http://www.ggz-connect.nl/bericht/2323/harmonisatie-rechtsposities-stukken-uit-februari-2009-en-2014>.
- De Vries & Spreen 2012
K. de Vries & M. Spreen, 'De hkt-30 als instrument voor beslismomenten binnen een tbs-behandeling', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2012, 54 (5), p. 429-438.
- De Vries Robbé 2014
M. de Vries Robbé, *Protective Factors. Validation of the Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk in Forensic Psychiatry* (diss.Nijmegen), Utrecht: Van der Hoeven Kliniek 2014.
- Wartna, Blom & Tollenaar 2008
B.S.J. Wartna, M. Blom & N. Tollenaar, *De WODC-Recidivemonitor*. Den Haag: WODC 2008.
- Willems 2013
M. Willems, *De psychometrische eigenschappen van de HKT-R*, presentatie op Symposium HKT-R: introductie van een gereviseerd instrument voor risicotaxatie en behandel-evaluatie, Eindhoven: GGzE, 13 juni 2013.
- Van der Wolf 2012
M.J.F. van der Wolf, *TBS – veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamente van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (diss. Rotterdam), Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2012.