

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2093

Vragen van het lid **Marcouch** (PvdA) aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over *het bericht «Terbeschikkingstelling (TBS) – klinieken verdienen goud geld aan TBS-ers, andere patiënten creperen?»* (ingezonden 7 maart 2013).

Antwoord van staatssecretaris **Teeven** (Veiligheid en Justitie) (ontvangen 26 april 2013) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1779

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «TBS-klinieken verdienen goud geld aan TBS'ers, andere patiënten creperen»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2 en 3

Hoe zou u de beschrijving van deze medewerker van één van de tbs-klinieken willen kwalificeren? Waarom geeft u deze kwalificatie?

Is deze beschrijving kenmerkend voor slechts één of enkele klinieken of moet er gevreesd worden dat veel klinieken op deze manier werken?

Antwoord 2 en 3

De beschrijving van deze vermeende medewerker herken ik niet. Ik zal dit in de antwoorden 4 tot en met 7 verder toelichten.

Vraag 4

Is het waar dat patiënten met een dubbele diagnose, zoals beschreven in het artikel, slechts één «dramatherapietje per week en een groepsgesprek per dag van een half uur» krijgen? Zo ja, acht u dat voldoende om te spreken van een volwaardige behandeling dat leidt tot verbetering van de patiënt? Zo nee, wat is er niet waar en welke therapie krijgen deze patiënten dan wel?

¹ <http://moetenwenietwillen.nl/blog/2013/03/05/schokkende-lezerspost-tbs-klinieken-verdiene-n-goud-geld-aan-tbsers-andere-patienten-creperen-21259>

Antwoord 4

Nee, dat is niet waar. In de forensische psychiatrische centra (FPC's) heeft een groot deel van de patiënten gecombineerde problematiek. Dan gaat het voornamelijk om psychiatrische/ persoonlijkheidsproblematiek in combinatie met een verslaving of een verstandelijke beperking. Deze patiënten worden intensief behandeld. Bovendien zijn vanaf 2006 onder begeleiding van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) speciale behandelingen (zorgprogramma's) voor forensische patiënten in FPC's ontwikkeld. Deze behandelingen zijn in 2008 landelijk vastgesteld. Deze zorgprogramma's bevatten de behandelingen waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat deze werken (evidence based) en zijn gericht op recidivevermindering. Elke FPC heeft deze zorgprogramma's als basis voor de behandeling. De precieze aard van de behandeling hangt af van de stoornis en het recidiverisico van de patiënt.

Vraag 5

Is het waar dat deze patiënten zoveel vrijheden hebben dat zij de stad in kunnen gaan voor een biertje of een joint? Zo ja, acht u het in het belang van de patiënt om op deze manier een deel van zijn dag door te brengen? Zo nee, wat is er niet waar en hoe ziet de dagindeling van een gemiddelde tbs-er er dan uit?

Antwoord 5

Verlof is een belangrijk onderdeel van de behandeling van een terbeschikkinggestelde en belangrijk voor de geleidelijke terugkeer van tbs-gestelden in de maatschappij. Door het verlof wordt een terbeschikkinggestelde voorbereid op het verblijf buiten de tbs-kliniek. Ook kunnen de behandelaars zo beoordelen of de behandeling goed verloopt. Terbeschikkinggestelden hebben echter niet de vrijheid om de kliniek op ieder gewenst moment te verlaten. Wel kan bij een goed verloop van eerst begeleid en daarna onbegeleid verlof de volgende stap van de resocialisatie worden ingezet in de vorm van transmuraal verlof. Dit houdt doorgaans verblijf buiten de beveiligde zone van de kliniek in. Dit extramurale verblijf kan een zelfstandige woning zijn of bijvoorbeeld een verblijf in een regionale instelling voor beschermd wonen, een forensisch psychiatrische afdeling van een psychiatrische instelling of verblijf op een dependance van de kliniek. De kliniek blijft de betrokkene op afstand begeleiden. Daarnaast hebben alle tbs-instellingen -inclusief de FPK's- één helder beleid: géén drugs binnen de kliniekmuren. Dat beleid is reeds in 2009 vastgesteld, naar aanleiding van het rapport «Middelengebruik in FPC's». Dat heeft geleid tot een gezamenlijk ontwikkelde en gedragen behandelvisie op middelengebruik en op het voorkomen van de aanwezigheid van drugs in FPC's en tijdens verloven.

Vraag 6

Deelt u de mening en de zorg dat uit dit bericht een grote moedeloosheid bij de medewerkers en een grote uitzichtloosheid bij de patiënten in een tbs-kliniek blijken? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat moet er gebeuren om het tij te keren?

Antwoord 6

Ik deel deze mening niet. De voornaamste functie van de tbs-maatregel ligt in de bijdrage aan een veiliger maatschappij. Concreet betekent dit het tot een minimum beperken van de kans op herhaling van het plegen van een misdrijf en een veilige terugkeer van de patiënt naar de samenleving. Hier slaagt de tbs-maatregel bijzonder goed in. Zo is de algemene recidive van ex-terbeschikkinggestelden twee jaar na beëindiging van de maatregel 20,9 procent, terwijl dit percentage bij ex-justitiabelen zonder behandeling aanzienlijk hoger ligt: 49,3 procent. Bovendien is het percentage 2-jarige recidive onder uitgestroomde terbeschikkinggestelden over de gehele linie, van algemene recidive tot tbs-waardige recidive, de afgelopen tien jaar gedaald. Dit wijst op een toenemend aantal ex-terbeschikkinggestelden dat na behandeling succesvol en veilig terugkeert in de samenleving. Daarnaast is de gemiddelde behandelduur in de tbs nu nog tien jaar, maar er wordt de komende jaren in een ketenbrede samenwerking gewerkt aan het terugbrengen hiervan tot acht jaar, zoals ik met GGZ Nederland en VGN heb afgespro-

ken in het meerjarenconvenant forensische zorg. Dit is toegelicht in het Masterplan DJI en de brief die ik naar aanleiding daarvan aan uw Kamer heb gezonden.

Vraag 7

Kunt u reageren op het volgende citaat: «(d)e tbs-maatregel wordt keer op keer verlengd want er is geen zichtbare verbetering, sterker nog, geregeld juist een verslechtering. Steeds vaker komt personeel dan ook in aanraking met uitzonderlijk agressie van onder invloed zijnde cliënten. Gevolg is dat het ziekteverzuim steeds hoger komt te liggen en het steeds zeldzamer wordt dat er nog gemotiveerd personeel aan te nemen is dat überhaupt bij onze afdeling wil werken omdat de situatie alom bekend is binnen de GGz. De cliënten weten dat ook en krijgen steeds meer en vaker de ruimte om eigenlijk een heerlijk luizenleventje te leiden»? Kunt u aangeven wat wel en wat niet klopt van deze beweringen en per bewering uw visie geven?

Antwoord 7

Mij zijn geen signalen bekend dat voor het personeel in FPC's zou gelden dat zij gedemotiveerd raken van moeilijk behandelbare patiënten. Ik zie eerder het tegenovergestelde, namelijk dat professionals in de geestelijke gezondheidszorg een beroepsmatige uitdaging zien in de behandeling van dit soort complexe problematiek. De auteur van dit bericht denkt hier blijkbaar anders over, maar dit maakt nog niet dat zijn uitspraken zouden moeten worden gezien als representatief voor de beleving van het personeel in de FPC's.