

Interview met prof. B.M.C. Raes.



'Het Nederlandse tbs-systeem is uitingsvorm van beschaving in ons land'

Op 1 oktober jl. werd het afscheid van professor Raes als hoogleraar aan de VU en RUG gevierd met een afscheidssymposium '**Schuld, schaamte en schande: van individu tot samenleving**'. Net zoals in het werk van Dick Raes als forensisch psychiater en als wetenschapper stond ook bij dit symposium de aandacht voor de mens achter de patiënt en zijn delict centraal. De middag werd gevuld met mooie voordrachten over dit thema, gezien vanuit de filosofie, criminologie en strafrecht. '*Poetic Justice*' was het onderwerp waarmee Raes het symposium afsloot. Daarna was er de feestelijke uitreiking van een *liber amicorum*, met de titel 'most probably the best professor of forensic psychiatry'. "Ik zag er wat tegen op maar het viel ontzettend mee" zegt Dick Raes over het symposium als we hem kort daarna spreken over zijn visie op het tbs-systeem in Nederland.

Wat maakt het Nederlandse tbs-systeem in uw ogen zo bijzonder?

Tbs is een heel bijzondere maatregel, een van de zwaarste sancties (op levenslang na) en moet gezien worden als *ultimum remedium* voor daders van ernstige delicten met psychische problemen zoals persoonlijkheidsstoornissen en psychoses, tegenwoordig nog vaak in combinatie met verslavingsproblematiek. Het is een laatste poging om hun leven een positieve wending te geven.

Het is een vorm van gedwongen opname voor hen die wel 'zorgwekkende zorgvermijders' genoemd worden. Mensen die op verschillende manieren niet open staan voor behandeling of hulp en daarmee een gevaar opleveren voor de maatschappij. Het Nederlandse tbs-systeem is uitingsvorm van beschaving in ons land. Mensen worden niet verstoten maar krijgen een kans op behandeling.

Nederland is uniek door het feit dat binnen het strafrecht 5 categorieën te onderscheiden zijn van (on)toerekeningsvatbaarheid. Van licht naar zwaar. In andere landen ben je het wel, of niet. Alleen Duitsland kent nog een middencategorie. Het bijzondere van deze schaal is dat je kunt individualiseren en gericht onderscheid kunt maken tussen delinquenten. Daarnaast is het strafrecht op twee manieren te benaderen: daadgericht of dadergericht. Bij het eerste reken je iemand de daad aan en ligt het accent op vergelding. De andere benadering richt zich op de dader: hoe kunnen we die het beste aanpakken om recidive te voorkomen en zo de maatschappij te beschermen.

In Nederland is uit dit onderscheid in het strafrechtstelsel een compromis ontstaan: het combinatievonnis. Daders kunnen gevangenisstraf én behandeling krijgen opgelegd. Dit is

de basis waarop het tbs-stelsel is geschied. Het is in beginsel een mooi systeem dat veel mogelijkheden biedt voor een humane behandeling van delinquenten, maar in de uitvoering is het vaak omstrede geweest.

Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen in de uitvoering van de tbs-maatregel die u gedurende uw carrière hebt gezien?

Hoe er tegen tbs wordt aangekeken en hoe er mee wordt omgegaan is erg afhankelijk van de tijdsgeest. Als we kijken naar het huidige klimaat ligt de nadruk sterk op beveiliging van de samenleving. In de beginjaren (vanaf 1928 t/m de jaren '50) lag de nadruk van de (toen nog tbr-) behandeling op sobere dwangverpleging in een gesloten afdeling ver weg van de bewoonde wereld. Tbr-gestelden leefden samen in een gesloten gemeenschap hetgeen zeker een therapeutische waarde had, maar nauwelijks mensen voorbereidde op terugkeer.

De jaren '50 t/m '70 kun je bestempelen als de bloeitijd van de tbs. Wat er in de klinieken gebeurde was een afspiegeling van wat er in de samenleving gebeurde. Men ging experimenteren en de behandeling werd losser: meer integratie in de samenleving, meer vrijheid voor patiënten, democratisering binnen de instelling, meer differentiatie tussen de verschillende klinieken.

De klinieken hadden een eigen aanpak of specialisme gebaseerd op stromingen in de psychologie. In de Van Mesdag hield men zich bezig bijvoorbeeld met psychoanalyse, het beleid van de Pompestichting was gebaseerd op de humanistische filosofie. Behandeling in de Van der Hoevenkliniek was gebaseerd op de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap. Patiënten mochten meebeslissen en kregen daarmee meer verantwoordelijkheid over hun eigen behandeling. De klinieken waren kleinschalig; niet meer dan 80 à 90 patiënten en we werkten met de optimistische overtuiging dat je van boeven weer goede mensen kon maken.

Hier kwamen we in de jaren '80 en '90 wel op terug. Men zag in dat veel tbs-gestelden chronische aandoeningen hebben en dat het moeilijk is om personen fundamenteel te veranderen. De nadruk in de behandeling verschoof: 'no cure, but control'. Men ging zakelijker kijken naar de behandeling, begon met het registreren van recidivecijfers en de wetwijziging in '88 zorgde voor een ware ommekeer in de daaropvolgende jaren. Tot die tijd kon tbs voor elk delict worden opgelegd. In 1988 veranderde dit naar delicten waarvoor de strafmaat 4 jaar of meer was. Hierdoor veranderde de populatie enorm: de kleine diefjes en vermogensdelinquenten verdwenen en plegers van ernstige gewelds- en agressief seksuele delicten bleven over.

In de jaren '90 ontstonden capaciteitsproblemen en werd het beleid vooral gericht op uitbreiding en schaalvergroting. De klinieken werden groot, soms tot meer dan 300 plaatsen, en daarmee verdween ook de externe differentiatie: alle klinieken werden geacht elk type patiënt te kunnen behandelen. Er ontstond een personeelstekort en hiermee samenhangend een verdunning van de ervaringsdeskundigheid, zowel bij de behandelaren als op het ministerie.

Hoe kenmerkt de huidige situatie zich?

Men laat zich sterk leiden door de 'veiligheidsutopie'. Men accepteert geen onzekerheid meer en de samenleving eist een 0% recidive. Dat is een onmogelijke eis, en het zet het systeem enorm onder druk. Verlof is een onderdeel van tbs, maar door het stringente verlofbeleid dreigt het systeem vast te lopen. Het is tekenend dat een strafrechtadvocaat als Niek Heidanus een aantal cliënten adviseert om onderzoek te weigeren. Door langdurig verblijf, met weinig uitzicht op verlof, haal je een essentieel onderdeel van de tbs-behandeling weg. De motivatie van tbs-gestelden verdwijnt.

Steng verlofbeleid maakt het bovendien moeilijk voor klinieken om de tbs-behandeling uit te voeren. Patiënten binnenhouden geeft mogelijk wel een positief resultaat op het recidivepercentage, maar de uitstroom blijft achter op de instroom en dat maakt behandeling moeizaam.

Daarnaast speelt ook dat het ministerie van Justitie steeds meer een monopoliepositie krijgt. Het ministerie heeft een dubbelfunctie als zorgkantoor en als verantwoordelijke voor de tenuitvoerlegging van de tbs. Het ministerie bepaalt alles: van budget en indicatiestelling tot het afsluiten van zorgcontracten met instellingen. Zij kunnen hun eigen prioriteiten stellen en dat is geen goede zaak.

Wat zijn de positieve ontwikkelingen?

De behandeling is rationeler geworden. Er wordt op gestructureerde wijze bijvoorbeeld aan risicotaxaties, delictanalyse of terugvalpreventie gedaan. Ook lijkt er meer samenwerking te ontstaan tussen de klinieken op het gebied van onderzoek en behandelmodaliteiten. Daar staat echter tegenover dat dit allemaal geen effect heeft gehad op kortere behandelduur en vergroting van de uitstroom.

Wat zijn uw aanbevelingen voor verbetering?

De behandeling van de individuele tbs-gestelde met uitzicht op terugkeer in de samenleving, is en blijft de essentie van de tbs. Daar moeten we ons op richten: eerst de inhoud en dan het beleid. Op dit moment vindt sturing plaats vanuit managementafwegingen. Veiligheid, toezicht, capaciteitsvraagstukken bepalen de agenda. Maar hoe staat het met de intensivering van de behandeling? Zo zou bijvoorbeeld de betekenis van de sociotherapie in de tbs haar eigen plek weer moeten krijgen. De behandeling dreigt nu apart te komen staan van de daginvulling en werkzaamheden die een patiënt heeft. Een goed therapeutisch milieu is evenwel een voorwaarde voor een succesvolle behandeling.

Ook zouden we kleinschaligheid en de gemeenschapszin binnen klinieken moeten bevorderen. Men moet elkaar weer leren kennen. De fusiedrang, dat alles maar groter en meer moet zoals bij GGZ op bestuurlijk niveau, zou afgeremd moeten worden.

Daarbij moeten we onderzoek stimuleren. De cohesie tussen de klinieken neemt toe, maar het kan nog veel beter. Ik pleit voor meer multicenteronderzoek naar behandelmethoden voor verschillende diagnostische subgroepen. Of naar het gebruik van risicotaxatie-instrumenten: die zijn niet alleen bedoeld om te kijken of iemand met verlof kan, maar ook om progressie in de behandeling te meten. Net zoals het langdurig volgen van iemands terugkeer in de samenleving na voorwaardelijke beëindiging van de tbs; welke factoren spelen een rol bij het recidiveren? Als familie niet meewerkt of er is weer directe omgang met het oude criminele milieu dan is de kans op recidive enorm groot.

Een overweging die we hierbij overigens kunnen maken is het apart plaatsen van *first offenders*. Beginnende boefjes moet je niet samen met doorgewinterde criminelen plaatsen. De *peer group* is heel bepalend.

Dat het systeem hapert staat vast. Maar wat is het alternatief? Langdurige gevangenisstraffen opleggen? Moeilijk behandelbaren in een longstay voorziening opnemen? Alle verlopen intrekken? Nee, want dat is fundamenteel strijdig met de doelstelling van de maatregel tbs. Wat we eigenlijk nodig hebben is een onderliggende visie- of grondslagennotie over de verhouding tussen zorg, beveiliging en behandeling in Nederland. Zijn de doelstellingen uit de begintijd nog steeds geldig? Daar zou wat mij betreft een staatscommissie zich eens over moeten buigen.