



"OVER STROMEN"
in-, door- en uitstroom
bij de TBS

Interdepartementaal
beleidsonderzoek
Terbeschikkingstelling

"OVER STROMEN"
in-, door- en uitstroom bij de TBS

INTERDEPARTEMENTAAL BELEIDSONDERZOEK
TERBESCHIKKINGSTELLING

IBO-ronde 1997, rapport nr. 10
december 1998

HOOFDSTUK 0 SAMENVATTING EN CONCLUSIES	4
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	10
§1.1 de achtergrond bij en de aanleiding tot het onderzoek	10
§1.2 doelstelling en begripsafbakening	10
1.2.1. de doelstelling van het onderzoek volgens de werkgroep:	10
1.2.2. begripsafbakening:	10
§1.3 de onderzoeksvraagstelling zoals vastgesteld in de taakopdracht	11
§1.4 de aanpak van het onderzoek	12
§1.4.1. nadere precisering en operationalisering van de vraagstelling van het kabinet	12
§1.4.2. opzet en aanpak van het onderzoek	14
§1.5 de relatie met het vorige interdepartementale beleidsonderzoek “Doelmatig behandelen”	14
HOOFDSTUK 2 KENGETALLEN EN RECENTE BELEIDSONTWIKKELINGEN	16
§2.1. Kengetallen m.b.t. de in-, door- en uitstroom	16
§2.2 recente beleidsontwikkelingen	19
HOOFDSTUK 3 SAMENVATTING ONDERZOEK NZI TEN BEHOEVE VAN DE BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN MET BETREKKING TOT DE INTRAMURALE BEHANDELINGSFASE.	21
§3.1 inleiding	21
§3.2 samenvatting NZI-onderzoek (“Verantwoord beperken”)	21
HOOFDSTUK 4 EEN INVENTARISATIE EN ANALYSE VAN DE KNELPUNTEN IN DE VERSCHILLENDE FASEN VAN HET TBS-PROCES	23
§4.1 inleiding	23
§4.2 knelpunten rond de wetenschappelijke fundering van behandelmethodieken en de informatievoorziening	23
§4.3 knelpunten rond de ‘toegang tot de TBS’	24
§4.3.1 samenvatting van het onderzoek naar de ‘toegang tot de TBS	25
§ 4.3.2 oordeel van de werkgroep t.a.v. bovenstaande analyse over de ‘toegang tot de TBS’	29
§4.4 knelpunten in de in-, door - en uitstroom	29
§4.4.1 analyse werkgroep	29
§4.4.2 conclusie werkgroep	32
HOOFDSTUK 5: BEANTWOORDING VRAAGSTELLING TAAKOPDRACHT	33
§5.1 inleiding	33

§5.2 beantwoording deelvragen samenhangende met de ‘toegang tot de TBS’ (deelvragen 8 tot en met 13)	33
§5.2.1 maatregelen met betrekking tot de ‘toegang tot de TBS’	33
§5.2.2 resultaten literatuuronderzoek WODC	35
§5.3 beantwoording deelvragen met betrekking tot de behandelingsfase (1 tot en met 7) op basis van NZI-onderzoek	36
§5.4 conclusie	45
HOOFDSTUK 6 MOGELIJKE MAATREGELEN VOOR RATIONALISERING VAN DE TBS-SECTOR EN VERBETERING VAN DE EFFICIENCY VAN DE TBS	47
§ 6.1 inleiding	47
§ 6.2 maatregelen met betrekking tot de wetenschappelijke fundering van behandelmethodieken en de informatievoorziening	47
§6.3 maatregelen ter vergroting van de efficiency	48
§6.3.1 inleiding	48
§6.3.2 Verruiming wettelijke mogelijkheden voor gedragsstructurering binnen het APZ	48
§6.3.3 intensievere samenwerking met vervolgvoorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten	48
§6.3.4 introductie prikkels die een doelmatige behandeling stimuleren	49
§6.4 Voorwaarden voor een succesvolle introductie van het alternatieve besturings- en bekostigingsmodel	55
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	59
BIJLAGEN	60
I. wet- en regelgeving	60
II. inzicht in het beleidsterrein	66
een beschrijving van het TBS-proces aan de hand van een stroomschema en enkele kengetallen omtrent in-, door- en uitstroom	68
III. kabinetsmaatregelen n.a.v. het rapport “Doelmatig behandelen”	74
IV. literatuuronderzoek WODC	75
V. onderzoeksrapport NZI “Verantwoord beperken”	87
VI. Samenstelling van de werkgroep IBO TBS en van de begeleidingscommissie van het NZI-onderzoek “Verantwoord beperken”	249

Hoofdstuk 0 Samenvatting en conclusies

taakopdracht en aanpak onderzoek

De werkgroep heeft van het kabinet opdracht gekregen om te onderzoeken “*onder welke voorwaarden de intramurale behandelingsduur van tot TBS met verpleging veroordeelden (bijvoorbeeld tot maximaal 3 jaren) kan worden beperkt en op welke termijn deze beperking kan worden ingevoerd?*”. Daarbij is gevraagd in ieder geval de hierna volgende varianten nader uit te werken.

1. *variant 1 gaat uit van een voor de diverse categorieën patiënten gedifferentieerde maximumduur van de behandeling van ten hoogste 3 jaren.*
2. *variant 2: conform variant 1 maar dan een maximumduur van ten hoogste 4 jaren.*
3. *variant 3 gaat uit van het stopzetten van de behandeling na gemiddeld 3 jaren.*

Naar aanleiding van een tussenrapportage aan de Ministerraad is de strikte randvoorwaarde gesteld dat het recidivegevaar niet mag toenemen.

Het eerste deel van de rapportage heeft betrekking op de ‘toegang tot de TBS’, d.w.z. de fase vóór de oplegging van de TBS-maatregel door de rechter. Het tweede deel van de rapportage heeft betrekking op de intramurale behandelingsfase.

Aanleiding voor deze opdracht is de vraag of de gemiddelde duur van de intramurale behandeling niet langer is dan strikt noodzakelijk uit het oogpunt van effectiviteit en efficiency, gezien de alsmaar groeiende druk op de TBS-capaciteit. Ondanks forse capaciteitsuitbreidingsprogramma's heeft deze toenemende druk geleid tot een omvangrijke passantenproblematiek in de Huizen van Bewaring. Steeds meer ter beschikking gestelden, op wie de TBS van kracht is geworden, wachten in een Huis van Bewaring op een plaats in een TBS-kliniek.

De werkgroep heeft de vraagstelling uit de taakopdracht geoperationaliseerd en waar nodig aanvullende vragen geformuleerd. Voor de beantwoording van de deelvragen met betrekking tot de intramurale behandelingsfase en met betrekking tot de ‘toegang tot de TBS’ heeft de werkgroep externe onderzoekers ingeschakeld. Daarnaast heeft de werkgroep diverse (rondetafel-)gesprekken met deskundigen gevoerd en literatuur geraadpleegd.

Bevindingen en conclusie:

t.a.v. de ‘toegang tot de TBS’:

Bij deze fase is een groot aantal actoren betrokken, zoals het slachtoffer, de politiefunctionaris, de officier van Justitie, de rechter-commissaris, de rapporteurs die de rc voorlichten over de verdachte (o.a. Forensisch Psychiatrische Dienst, Pieter Baan Centrum) en de rechter. De keuzes die deze functionarissen of instanties maken zijn van invloed op de uitkomst van het besluitvormingsproces dat uiteindelijk kan leiden tot een TBS-oplegging.

Het belangrijkste knelpunt is het ontbreken van éénduidige richtlijnen of criteria m.b.t. tot de

inschakeling van een gedragsdeskundige door de politie, het (voorwaardelijk) seponeren van een zaak door de officier van Justitie, de vorm, inhoud en kwaliteit van de voorlichtingsrapportages van ambulante rapporteurs en de rechterlijke besluitvorming aangaande de aanvraag van een gedragskundige rapportage.

Gevolg hiervan is dat onvoldoende gewaarborgd is dat het besluitvormingsproces optimaal verloopt, dat wil zeggen dat alleen die verdachten een TBS-maatregel (met verpleging) krijgen opgelegd waarvoor met een grote mate van zekerheid geen alternatief voorhanden is. Daarbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld opname in een psychiatrisch ziekenhuis of ambulante behandeling.

Om in de toekomst meer waarborgen te verkrijgen heeft de werkgroep mogelijke oplossingen geformuleerd die de moeite waard zijn om op hun praktische waarde te bezien. Zo dienen concreet uitgewerkte kwaliteitseisen te worden ontwikkeld voor de gedragskundige rapportage en een protocol om éénduidig om te gaan met het geven van een advies tot TBS met bevel tot verpleging. Korteheidshalve wordt verwezen § 5.2 van dit rapport.

t.a.v. de intramurale behandelingsfase:

Uit het onderzoek blijkt dat de gemiddelde behandelingsduur van de TBS-populatie veel langer is dan de ca. 5 jaar zoals tot nog toe verondersteld en dat deze nog steeds toeneemt. Op basis van voorzichtige schattingen bedraagt de gemiddelde intramurale behandelingsduur op dit moment ca. 7 jaar. Dit opmerkelijke verschil is een gevolg van het feit dat in de tot nog toe gehanteerde methode voor de vaststelling van de gemiddelde intramurale behandelingsduur uit is gegaan van TBS-patiënten die de TBS verlaten (proefverlof). Daardoor zijn de patiënten die de klinieken (nog) niet hebben verlaten systematisch *niet* meegerekend.

De werkgroep constateert dat het op basis van de huidige stand van de wetenschap niet mogelijk is gebleken categorieën patiënten vast te stellen die zich van elkaar onderscheiden in de mate van het recidivegevaar in relatie tot ziekte en/of stoornis. De mogelijkheid tot categorisering van patiënten was een vereiste om de centrale vraagstelling uit de taakopdracht met betrekking tot de behandelingsfase te kunnen beantwoorden.

Om deze redenen concludeert de werkgroep dat het onderzoek geen aanknopingspunten biedt om op verantwoorde wijze, d.w.z. zonder geweld te doen aan de door de MR geformuleerde randvoorwaarde dat het recidivegevaar niet mag verslechteren, voorwaarden te formuleren, waaronder de intramurale behandelingsduur van tot TBS met verpleging kan worden beperkt tot 3 of 4 jaren. De drie in de taakopdracht genoemde varianten zijn vooralsnog niet op verantwoorde wijze te realiseren.

Alternatieve voorstellen van de werkgroep voor een verdere rationalisering en een vergroting van de doelmatigheid van de TBS

Tegen deze achtergrond heeft de werkgroep alternatieve voorstellen ontwikkeld, waarin grofweg twee sporen kunnen worden onderscheiden.

Het *eerste* spoor bestaat uit maatregelen die er op zijn gericht de noodzakelijke rationalisering van de sector te bevorderen. Voorwaarde hiervoor is een wetenschappelijke fundering van de behandelactiviteiten en de ontwikkeling van een adequate informatievoorziening, welke naar de mening van de werkgroep onvoldoende zijn ontwikkeld.

Zo is er weinig wetenschappelijk getoetste kennis van de relatie tussen groepen patiënten en de behandeling, de behandelduur en de behandelresultaten. Dit uit zich in de praktijk ondermeer in opmerkelijke verschillen tussen de wijze waarop de klinieken differentiatie aanbrengen tussen groepen patiënten. Ook verschillen behandelaars in hun opvatting in hoeverre en wanneer het mogelijk is om een valide oordeel te geven over de risico's met betrekking tot het recidive gevaar. Verder zijn er geen uniforme criteria voor beëindiging van de behandeling noch landelijk noch binnen de klinieken. De wetenschappelijke onderbouwing van behandelactiviteiten wordt belemmerd door de onvoldoende systematische en sectorbrede registratie van relevante gegevens over patiënten en behandelingen.

In het licht hiervan stelt de werkgroep de volgende maatregelen voor:

1. op zo kort mogelijke termijn dient binnen het veld overeenstemming te worden bereikt over de te registreren gegevens met betrekking tot de diagnostiek en de behandeling, ook voor doeleinden in de sfeer van de (aan-)sturing van de klinieken. Deze gegevens dienen op één punt geregistreerd te worden.
Daarnaast beveelt de werkgroep aan dat er op korte termijn door het veld in samenwerking met het departement een concreet uitvoeringsplan wordt ontwikkeld teneinde te waarborgen dat de noodzakelijke wetenschappelijke inzichten, met betrekking tot o.a. de relatie tussen groepen patiënten en de behandeling, de behandelduur en de behandelresultaten, zo spoedig mogelijk worden verworven.
2. de nu nog decentrale programmering en sturing van de activiteiten op het gebied van het wetenschappelijke onderzoek van de afzonderlijke klinieken dient meer gecoördineerd in onderzoeksprogramma's tot stand te komen. Daardoor ontstaan betere voorwaarden voor een optimale inzet van de beschikbare onderzoekscapaciteit van het gehele TBS-veld, hetgeen een impuls geeft aan het wetenschappelijke onderzoek op het gebied van de forensische psychiatrie. De programmering en aansturing van de onderzoeksactiviteiten dient met het oog op de gewenste gecoördineerde aanpak centraal plaats te vinden.
3. het centrale instituut dat wordt belast met de registratie- en onderzoeksfunctie zou de rol van een expertisecentrum ten dienste van het veld en het departement moeten krijgen. Om voldoende draagvlak hiervoor te creëren stelt de werkgroep voor het veld en het departement gezamenlijk verantwoordelijk te maken voor de aansturing en financiering van dit expertisecentrum.

Het *tweede* spoor bestaat uit maatregelen die kunnen bijdragen aan vergroting van de efficiency van de TBS en op den duur ook aan beperking van de behandelingsduur. Uit de analyse van de werkgroep blijkt een drietal knelpunten een efficiëntere TBS in de weg te staan. Het betreft de volgende drie knelpunten:

1. *voor (ex-)TBS-patiënten zijn er onvoldoende wettelijke mogelijkheden voor gedragsstructurering binnen het kader van een vrijwillige opname in het APZ.*

De huidige gezondheidswetgeving gaat uit van mondighe, assertieve, goed opgeleide mensen die zelf keuzes voor hun behandeling kunnen en willen maken. Deze in algemene zin positieve ontwikkeling werkt voor een groot aantal (ex-) TBS-patiënten minder positief uit. Deze zijn vaak door hun ziekte of gebrek juist gehandicapt in hun vermogen zulke keuzes te maken. Ze reageren vaak gunstig op gedragsstructurering van buitenaf.

2. *de bestaande vervolgvoorzieningen in de GGZ zijn onvoldoende beschikbaar voor forensisch psychiatrische patiënten.*

De werkgroep is van oordeel dat de te geringe doorstroom naar bestaande vervolgvoorzieningen in de GGZ een gevolg is van de nog onvoldoende intensieve samenwerking tussen de TBS-klinieken en vervolgvoorzieningen. De afstemming tussen de verschillende delen van het 'zorgcircuit' is niet optimaal in het licht van de gewenste doorstroom. Ook is er bij het behandelbeleid van klinieken nog onvoldoende systematische aandacht voor de mogelijkheden om patiënten op een lager intensiteitsniveau (buiten de TBS-kliniek) verder te behandelen.

3. *klinieken ondervinden onvoldoende prikkels die een doelmatige behandeling stimuleren.*

In de huidige bekostigingssystematiek van de TBS-klinieken ontbreken (financiële) prikkels die doelmatig behandelen bevorderen.

In het licht van deze knelpunten stelt de werkgroep de volgende maatregelen voor:

1. *Verruiming wettelijke mogelijkheden voor gedragsstructurering binnen het APZ*

De werkgroep is van mening dat de druk op de TBS-klinieken vermoedelijk zal afnemen wanneer de APZ-en meer juridische mogelijkheden krijgen om (ex-)TBS-patiënten op te nemen in een structurerende omgeving. Nader dient te worden gezien op welke wijze deze mogelijkheden het beste kunnen worden vergroot.

2. *intensievere samenwerking tussen klinieken en vervolgvoorzieningen*

Door een nauwe(re) samenwerking met vervolgvoorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten kan bereikt worden dat eerder en meer TBS-patiënten in die voorzieningen kunnen worden opgenomen. De positieve ervaringen van sommige TBS-klinieken pleiten voor een voortvarende vorming van zogenaamde zorgcircuits in de gehele sector. Dit zijn regionale samenwerkingsverbanden van zorgvoorzieningen die door hun nauwe afstemming in staat zijn een sluitende 'keten' van zorg te bieden. Ook zouden klinieken hun behandelbeleid meer systematisch moeten richten op een zo spoedig mogelijke doorstroom naar minder intensieve voorzieningen.

3. *introductie van prikkels die een doelmatige behandeling stimuleren*

Met het oog op de gewenste vergroting van de doelmatigheid heeft de werkgroep een pakket maatregelen ontwikkeld, dat is samengesteld uit:

- *normering van de (gemiddelde) intramurale behandelingsduur in combinatie de invoering van (financiële) incentives om onderschrijding van norm te bevorderen en een overschrijding van de norm te voorkomen;*

In het afwachting van het (eventueel) op termijn beschikbaar komen van normduren voor de afzonderlijke behandelfasen van de te onderscheiden categorieën patiënten, kan de *huidige gemiddelde intramurale behandelingsduur* van de totale TBS-populatie als norm worden genomen. Immers, de klinieken zullen door de introductie van een systeem van toewijzing dat leidt tot vergelijkbare populaties, een populatie hebben die een afspiegeling is van de totale TBS-populatie. Deze niet-gedifferentieerde intramurale behandelingsduur kan op dit moment berekend worden.

Verwacht wordt dat normbekostiging op basis van de huidige gemiddelde intramurale behandelingsduur het kostenbewustzijn van klinieken zal vergroten. Klinieken zullen door de financiële incentives die uit deze normbekostiging voortvloeien worden gestimuleerd zich voortdurend af te vragen of de baten van het voortzetten van de intensieve intramurale behandeling opwegen tegen de kosten van de behandeling. De werkgroep verwacht dat de gemiddelde intramurale behandelingsduur hierdoor op den duur zal afnemen.

- *vervanging van het huidige systeem van selectie- en indicatiestelling door een zodanig systeem van toewijzing van TBS-gestelden dat vergelijkbare populaties totstandkomen. Zo'n systeem is een belangrijke voorwaarde voor het normeren van de gemiddelde behandelingsduur en maakt buitendien eigenstandige vergelijking van prestaties mogelijk;* Het huidige systeem van selectie- en indicatiestelling, nu nog uitgevoerd door het Meijers Instituut, kan worden vervangen door een zodanig systeem van toewijzing dat vergelijkbare populaties ontstaan. De werkgroep is van mening dat het realiseren van vergelijkbare populaties mogelijk kan worden gemaakt door aselechte toewijzing¹².

De aselechte toewijzing heeft een aantal belangrijke voordelen:

- 1) de populaties van klinieken worden optimaal onderling vergelijkbaar. Dit biedt perspectieven voor het vergelijken van prestaties van klinieken onderling. Klinieken die minder goed presteren (in termen van recidive, gemiddelde behandelingsduur, ratio onttrekkingen/aantal (on-)begeleide verloven) zullen sneller geneigd zijn tot zelfanalyse en kunnen zich minder verschuilen achter het argument dat hun populatie zwaarder is dan bij beter presterende klinieken. De werkgroep verwacht dat deze onderlinge vergelijkbaarheid klinieken ook zal stimuleren om van elkaar te leren en gezamenlijk naar oplossingen te zoeken.

¹ Zij kan niet uitsluiten dat andere, niet aselechte methoden eveneens tot vergelijkbare populaties van klinieken kunnen leiden.

- 2) de observatieplaatsen bij het Meijers Instituut, waar nu TBS-gestelden 7 weken worden geobserveerd in het kader van de selectie- en indicatiefunctie, kunnen worden ingezet als behandelplaats. Op deze wijze kan op relatief korte termijn extra TBS-capaciteit voor intramurale behandeling worden gecreëerd.
 - 3) er hoeft niet te worden gewacht op de lange en nog onzekere weg van de categorisering van patiënten op basis van behandelinhoudelijke criteria. Uit het onderzoek is gebleken dat de wetenschappelijke inzichten op dit punt nog beperkt zijn.
 - 4) de behandelverantwoordelijkheid voor een bepaalde patiënten kan snel worden toegedeeld aan een behandelkliniek. Er hoeft niet meer te worden gewacht op de uitkomst van het selectieproces in het MI.
- *het leggen van de behandelverantwoordelijkheid bij klinieken direct vanaf het moment dat maatregel van kracht wordt. Dit vereist dat TBS-gestelden zo spoedig mogelijk na oplegging van de maatregel aan een kliniek worden toegewezen.*

Door reeds in de passantentijd te beginnen met bijvoorbeeld medicatie, motivatie en stabilisatie, kan de verslechtering van de geestelijke conditie worden tegengegaan en de overgang vanuit het penitentiaire klimaat naar de op behandeling gerichte setting in de klinieken worden vergemakkelijkt. In alle gevallen blijft, mede gelet op de Beginselenwet Gevangeniswezen, de bestuurlijke verantwoordelijkheid van een penitentiair directeur voor een TBS-passant in tact tot het feitelijke moment van vertrek van de passant uit de penitentiaire inrichting.

² Een beperkt aantal groepen patiënten zou uitgezonderd moeten worden vanwege de specifieke beveiligings- of behandelingseisen. In dit verband denkt de werkgroep aan de extreem vlucht- en beheersgevaarlijke patiënten en de verstandelijk gehandicapten (IQ lager dan 80).

Hoofdstuk 1 Inleiding

§1.1 de achtergrond bij en de aanleiding tot het onderzoek

Het idee om binnen één kabinetsperiode een tweede IBO Terbeschikkingstelling te starten is ontstaan tijdens de begrotingsvoorbereiding 1998. Toen is de vraag gerezen of de gemiddelde duur van de intramurale TBS-behandelingen niet langer is dan noodzakelijk uit het oogpunt van effectiviteit en efficiency.

Het belang van deze vraag is de afgelopen jaren toegenomen vanwege de alsmaar groeiende druk op de TBS-capaciteit. Ondanks forse capaciteitsuitbreidingsprogramma's heeft deze toenemende druk geleid tot een omvangrijke passantenproblematiek in de Huizen van Bewaring. Steeds meer ter beschikking gestelden, op wie de TBS van kracht is geworden, wachten in een Huis van Bewaring op een plaats in een TBS-kliniek. De oorzaken van deze druk op de capaciteit zijn met name de toegenomen gemiddelde intramurale behandelingsduur, het stijgend aantal TBS-opleggingen en de afname van het aantal beëindigingen.

Bij de betrokkenen in en rond de TBS is het besef gegroeid dat zonder substantiële maatregelen om de efficiency te waarborgen de in de wereld unieke en veelgeprezen Nederlandse TBS-maatregel aan haar eigen succes ten onder zou kunnen gaan.

In deze context is besloten een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) uit te voeren inzake de voorwaarden waaronder de intramurale behandelingsduur kan worden beperkt tot drie of vier jaar.

In februari 1998 heeft de werkgroep een tussenrapportage uitgebracht aan de Ministerraad (MR). Naar aanleiding van deze tussenrapportage heeft de MR uitdrukkelijk de randvoorwaarde gesteld dat *“het recidivepercentage als gevolg van de voorstellen niet mag stijgen”*.

§1.2 doelstelling en begripsafbakening

1.2.1. de doelstelling van het onderzoek volgens de werkgroep:

Het doel van het onderzoek is in de eerste plaats de verkenning van de mogelijkheden om de efficiency binnen de TBS-sector te vergroten, onder andere door de intramurale behandelingsduur van tot TBS met verpleging veroordeelden zoveel mogelijk te beperken zonder dat het recidiverisico toeneemt. Daarnaast heeft het onderzoek tot doel na te gaan welke maatregelen mogelijk zijn om de kwaliteit van de besluitvorming met betrekking tot de 'toegang tot de TBS' te verbeteren.

1.2.2. begripsafbakening:

Onder de intramurale behandelingsduur verstaat de werkgroep de periode tussen het moment dat een patiënt wordt toegewezen aan een behandelkliniek en het moment waarop: (1) de maatregel (on)voorwaardelijk wordt beëindigd, of (2) de patiënt de status van een chronicus verkrijgt. De tijd van (tussengelegen) proefverloven wordt niet tot de intramurale behandelingsduur gerekend.

In dit rapport wordt veelvuldig gesproken over categorieën patiënten. Er zijn echter veel manieren om patiënten in groepen in te delen. Uiteraard zijn niet alle zinvol voor dit onderzoek. De werkgroep definieert zinvolle categorieën als “categorieën patiënten die zich van elkaar onderscheiden in de mate van het recidivegevaar in relatie tot ziekte en/of stoornis”.

§1.3 de onderzoeksvraagstelling zoals vastgesteld in de taakopdracht

Het (vorige) kabinet heeft aan de werkgroep de volgende taakopdracht gegeven:

Centrale vraagstelling

Onder welke voorwaarden kan de intramurale behandelingsduur van tot TBS met verpleging veroordeelden (bijvoorbeeld tot maximaal 3 jaren) worden beperkt en op welke termijn kan deze beperking worden ingevoerd?

Het onderzoek dient zich naast de TBS-klinieken tevens te richten op de behandeling in niet-justitiële klinieken waarin TBS-gestelden worden verpleegd.

Deelvragen met betrekking tot de (intramurale) behandelingsfase:

- 1. Welke categorieën patiënten kunnen worden onderscheiden? Welke risicoprofielen in termen van recidive kennen deze categorieën?*
- 2. Hoe lang duurt op dit moment de gemiddelde behandeling van de te onderscheiden categorieën patiënten?*
- 3. Binnen welke termijn van de behandeling kan een adequaat oordeel worden geveld over de perspectieven met betrekking tot recidivegevaar?*
- 4. Welke criteria zijn er en/of moeten worden ontwikkeld voor de beëindiging van een behandeling, rekening houdend met de diverse categorieën patiënten?*
- 5. Hoe groot is de groep patiënten waarvan de behandeling langer dan 3 jaar duurt en welke categorieën patiënten betreft het? Dezelfde vraag geldt ook voor behandelingen langer dan 4 jaren en behandelingen gemiddeld langer dan 3 jaren.*
- 6. Welke resultaten zijn na een behandelingsduur van 3 jaren nog meer te behalen? Dezelfde vraag geldt ook voor behandelingen langer dan 4 jaren en behandelingen gemiddeld langer dan 3 jaren.*
- 7. Welke aanpassingen van wet- en regelgeving zijn noodzakelijk? Wat zijn de gevolgen voor de positie van de rechter?*
- 8. Wie beslist over stopzetten van de behandeling?*

Ook is aangegeven dat de toegang tot de TBS nader dient te worden onderzocht. Het gaat daarbij om de volgende zaken:

- 1. Wat bepaalt de selectie van verdachten die voor voorlichtingsrapportage over de (mate van) ontoerekeningsvatbaarheid in aanmerking komen?*
- 2. Voldoen de inhoud en de kwaliteit van de voorlichtingsrapportage aan de eisen van*

de gebruiker (OM en rechter), mede gelet op de centrale vraagstelling van dit IBO?
Hierbij kan onder meer worden gedacht aan informatie over de behandelbaarheid van de verdachte.

3. Is de organisatie van de voorlichting en selectie efficiënt, gelet op de huidige verdeling van de voorlichting en de selectie over twee instituten?

De werkgroep is verzocht in ieder geval de volgende drie varianten uit te werken:

1. variant 1 gaat uit van een voor de diverse categorieën patiënten gedifferentieerde maximumduur van de behandeling van ten hoogste 3 jaren.
2. variant 2: conform variant 1 maar dan een maximumduur van ten hoogste 4 jaren.
3. variant 3 gaat uit van het stopzetten van de behandeling na gemiddeld 3 jaren.

Bij de uitwerking van deze varianten zullen de volgende twee aspecten worden betrokken:

1. welke (minimale) vervolgvoorzieningen zijn noodzakelijk voor de te onderscheiden categorieën patiënten om de status quo van de patiënt te handhaven en de risico's m.b.t. recidive te minimaliseren nadat de behandeling gestopt is?
2. Welke budgettaire respectievelijk capacitaire consequenties zijn aan deze varianten verbonden?

§1.4 de aanpak van het onderzoek

§1.4.1. nadere precisering en operationalisering van de vraagstelling van het kabinet

De werkgroep heeft de vraagstelling uit de taakopdracht (§1.3) nader gepreciseerd en geoperationaliseerd zonder afbreuk te doen aan de inhoud van de oorspronkelijke vraagstelling van het kabinet. Waar nodig heeft de werkgroep aanvullende vragen geformuleerd. De onderstaande aangepaste vraagstelling is door de werkgroep als uitgangspunt gekozen voor het onderzoek:

Centrale vraagstelling:

Onder welke voorwaarden kan de intramurale behandelingsduur (exclusief resocialisatie) van tot TBS met verpleging veroordeelden worden beperkt?

Deze vraag is nader gepreciseerd in de volgende drie beleidsvarianten:

1. variant 1 gaat uit van een voor de diverse categorieën patiënten gedifferentieerde maximumduur van de intramurale behandeling van ten hoogste 3 jaren.
2. variant 2 gaat uit van een voor de diverse categorieën patiënten gedifferentieerde maximumduur van de intramurale behandeling van ten hoogste 4 jaren.
3. variant 3 gaat uit van het stopzetten van de intramurale behandeling na gemiddeld 3 jaren.

Indien mogelijk, op welke termijn kan deze beperking worden ingevoerd (voor elk van

bovenstaande drie varianten)?

Deelvragen met betrekking tot de (intramurale) behandelingsfase:

1. Welke categorieën patiënten kunnen bij de opname in een TBS-instelling worden onderscheiden?
2. Wat is de gemiddelde intramurale behandelingsduur van deze categorieën patiënten?
3. Op welke termijn van de behandeling kan een valide oordeel worden geveld over de perspectieven met betrekking tot het recidivegevaar voor de onderscheiden categorieën patiënten?
4. Hanteren behandelaars in het advies aan de rechter criteria voor de beëindiging van de behandeling van deze categorieën patiënten? Welke zijn dat of kunnen deze worden ontwikkeld?
5. Hoe groot is de groep patiënten die de intramurale behandeling afrondt in de periodes zoals onderscheiden in de drie beleidsvarianten? Welke categorieën vallen daarbuiten? Hoe groot is deze groep en wat is de gemiddelde behandelingsduur in deze resterende gevallen?
6. Kan voor de gevonden categorieën patiënten worden aangegeven bij het vigerende behandelbeleid op welk moment in de behandeling een optimaal behandelresultaat wordt bereikt en het recidivegevaar niet groter is dan bij een langere behandelingsduur? En hoe zou als dit niet mogelijk is, het behandelbeleid kunnen worden veranderd dat het wel mogelijk is?
7. Welke (niet)bestaande vervolgvoorzieningen op het terrein van Volksgezondheid en Justitie zijn noodzakelijk voor de gevonden categorieën patiënten om het (verbeterde) functioneren van de patiënt in stand te houden en de kans op recidive te minimaliseren?

Naast het beperken van de gemiddelde behandelingsduur richt het onderzoek zich ook op de toegang tot de TBS.

deelvragen met betrekking tot de 'toegang tot de TBS':

8. Hoe verloopt het selectieproces van verdachten die voor de voorlichtingsrapportage over de (mate van) ontoerekeningsvatbaarheid in aanmerking komen?
9. Welke knelpunten bestaan er in dit selectieproces en in de organisatie van de voorlichting? Hoe kunnen deze knelpunten worden opgelost?
10. Welke eisen stellen de officier van Justitie en de rechter aan de kwaliteit van de voorlichtingsrapportage? Voldoet de huidige voorlichtingsrapportage aan deze eisen? Zonen, welke veranderingen dienen te worden aangebracht?
11. Aan welke informatie in de voorlichtingsrapportage hebben de officier van Justitie en de rechter behoefte? Voorziet de bestaande voorlichtingsrapportage in deze behoefte?

Met betrekking tot de inhoud van de voorlichtingsrapportage wil de werkgroep twee onderwerpen nader onderzoeken:

12. Welke 'risk-assessment-methoden worden in het buitenland toegepast bij het vaststellen van het recidive-risico van plegers van ernstige geweldsmisdrijven bij wie ten tijde van het delict sprake was van zwakbegaafdheid of 'ziekelijke stoornis'.
13. Welke rol speelt de mate van behandelbaarheid van geestelijk gestoorde delinquenten in het buitenland bij de reactie op het strafbare feit (soort sanctie)?

§1.4.2. opzet en aanpak van het onderzoek

De vraagstelling bestaat ruwweg uit twee verschillende delen.

Het eerste deel heeft betrekking op de 'toegang tot de TBS', d.w.z. de fase vóór de oplegging van de maatregel. Daarbij komen onderwerpen aan de orde zoals de selectie van de verdachten waarover een voorlichtingsrapport wordt gevraagd, de organisatie van de voorlichting 'pro justitia', de kwaliteit en de inhoud van de voorlichtingsrapportages.

Het tweede deel heeft vooral betrekking op de (intramurale) behandelingsfase van het TBS-proces.

Deze tweedeling wordt in het onderzoek aangehouden.

De vragen samenhangende met de 'toegang tot de TBS' (vragen 8 tot en met 11), heeft de werkgroep beantwoord door het gehele toegangstraject systematisch te laten onderzoeken op onevenwichtigheden en knelpunten. De analyse van het gehele toegangstraject vindt u in §4.3. De daaruit voortvloeiende aanbevelingen vindt u in §5.2.

De werkgroep heeft de beantwoording van haar vragen samenhangende met de intramurale behandelingsfase (vragen 1 tot en met 7), uitbesteed aan het onderzoeksbureau NZI. De antwoorden op deze vragen staan in §5.3.

Voor een goed begrip van het rapport is het nuttig een vooruitblik te werpen op de centrale vraag en de antwoorden op de deelvragen 1 tot en met 7. Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden was het noodzakelijk categorieën patiënten te onderscheiden (zie §1.2 voor definitie van "zinvolle categorieën"). Uit het onderzoek met betrekking tot deelvraag 1 is echter gebleken dat een dergelijke categorisering op dit moment niet mogelijk is. Langs de weg van categorisering van patiënten kan de werkgroep derhalve geen aanknopingspunten geven voor maatregelen die kunnen leiden tot een beperking van de intramurale behandelingsduur. Deze conclusie wordt in §5.4 getrokken.

De werkgroep heeft niet willen volstaan met de constatering dat de centrale vraag aan de hand van de categorisering van patiënten niet is te beantwoorden. Op basis van (rondetafel-)gesprekken met deskundigen in en rond de TBS heeft de werkgroep voorstellen ontwikkeld die een bijdrage kunnen leveren aan een vergroting van de efficiency van de TBS-sector. Deze voorstellen van de werkgroep komen in hoofdstuk 6 aan de orde.

§1.5 de relatie met het vorige interdepartementale beleidsonderzoek "Doelmatig behandelen"

In 1995 is het IBO "Doelmatig behandelen" afgerond. In het voorjaar 1997 is het kabinetsstandpunt over dit rapport naar de Tweede Kamer verzonden. Dit onderzoek heeft zich

met name gericht op de mogelijkheden om de doelmatigheid en doeltreffendheid in de forensische psychiatrie te vergroten. Het rapport bevat aanbevelingen die de planning, de aansturing en het financieringssysteem van de forensisch psychiatrische hulpverlening betreffen.

De werkgroep “Doelmatig behandelen” signaleert op een aantal niveaus knelpunten in de forensische psychiatrie. Op centraal niveau is er onvoldoende afstemming tussen Justitie en VWS, waardoor bijvoorbeeld het plannen en realiseren van voorzieningen niet optimaal verloopt. Daarnaast wijst de werkgroep “Doelmatig behandelen” op tekorten in de capaciteit. Tevens is er onvoldoende differentiatie van voorzieningen met een op de doelgroep afgestemd regime en een gedifferentieerde kostprijs.

Op het niveau van de instellingen wijst de werkgroep “Doelmatig behandelen” op de problemen bij het doorplaatsen van TBS-patiënten vanuit een TBS-kliniek naar een vervolg- of ggz-voorziening. Dat is voor een belangrijk deel te wijten aan het ontbreken van financiële prikkels om tot een tijdige doorplaatsing te komen. De gebrekkige doorstroming wordt ook in verband gebracht met het ontbreken van informatie over relevante kenmerken van patiënten, de effectiviteit van de diverse behandelingswijzen en de kosten op het niveau van de individuele behandeling.

De kern van de aanbevelingen van de werkgroep “Doelmatig behandelen” is het voorstel tot herziening van de bekostiging van de TBS-inrichtingen. Concreet betekent dit dat per patiënten-categorie en per behandelfase tarieven dienen te worden ontwikkeld. De duur van de diverse behandelingsfasen dient te worden genormeerd.

Een belangrijke voorwaarde om bovenstaande aanbevelingen te kunnen realiseren is volgens de werkgroep “Doelmatig behandelen” de ontwikkeling van een adequaat informatiesysteem met instroom-, behandeling-, exit- en follow up-gegevens.

Het kabinet heeft deze aanbevelingen van de werkgroep “Doelmatig behandelen” grotendeels overgenomen. De door het kabinet overgenomen maatregelen staan in bijlage III.

De doelstelling van het IBO “Doelmatig behandelen” vertoont een gelijkenis met de doelstelling van het onderhavige onderzoek. In beide onderzoeken staat de vergroting van de doelmatigheid in de TBS-sector centraal. Het belangrijkste verschil is dat de werkgroep in het onderhavige onderzoek de specifieke opdracht van het kabinet heeft gekregen om voorstellen tot verbetering van de doelmatigheid te doen door middel van beperking van de intramurale behandelingsduur tot 3 of 4 jaar. Verder is dit onderzoek ook gericht op de ‘toegang tot de TBS’.

De werkgroep is zich bewust van de overeenkomst tussen beide onderzoeken. Op de plaatsen waar de bevindingen van de werkgroep resultaten van het vorige IBO raken, wordt aandacht besteed aan deze relatie.

Hoofdstuk 2 Kengetallen en recente beleidsontwikkelingen

§2.1. Kengetallen m.b.t. de in-, door- en uitstroom

Om inzicht te geven in de stromen binnen de TBS worden hierna kengetallen gepresenteerd, die kwantitatief inzicht geven in de knelpunten met betrekking tot de in-, door-, en uitstroom.

tabel 1.

Aantal opgelegde maatregelen 'TBS met bevel tot verpleging' en het aantal beëindigingen in de periode 1980 t/m 1996

jaar	opleggingen beëindigingen	
1980	85	105
1981	79	79
1982	97	82
1983	97	66
1984	90	76
1985	106	81
1986	94	70
1987	76	84
1988	90	77
1989	94	95
1990	95	63
1991	117	91
1992	117	64
1993	134	49
1994	199	59
1995	180	81
1996	196	64

De laatste jaren is het aantal opleggingen sterk gestegen. Het aantal beëindigingen is afgenomen.

tabel 2.

Aantal opgelegde maatregelen 'TBS met bevel tot verpleging' (gedifferentieerd)

differentiatie	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
TBS zonder meer (1)	5	7	7	12	0	0	0	0
TBS+gev.straf	67	72	80	78	102	154	127	154
TBS+ontslag r.v.(2)	12	7	21	14	27	38	45	40
TBS+ontslag r.v. + pl. in psych.	10	9	9	13	5	7	8	2
Inr.(3)								

Totaal:	94	95	117	117	134	199	180	196
----------------	-----------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

(1) vanaf '93 is 'TBS zonder meer' toegevoegd bij TBS + ontslag rechtsvervolg;

(2) r.v.: rechtsvervolg;

(3) deze combinatie is inmiddels komen te vervallen.

Het combinatievonnis (gevangenisstraf én TBS) is de meest voorkomende modaliteit.

tabel 3.

Aantal opleggingen met gemaximeerde TBS met bevel tot verpleging.

Jaar	opleggingen	waarvan gemaximeerd
1993	134	10
1994	199	9
1995	180	10
1996	196	5

De TBS-maatregel duurt maximaal 4 jaar, tenzij de TBS is opgelegd ter zake van een misdrijf dat gericht is op of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam of een of meer personen. Het aandeel van de gemaximeerde TBS-maatregelen met bevel tot verpleging in het totale aantal opleggingen is klein en neemt af.

tabel 4.

Opname in het M.I. (excl. Buitenselecties)

differentiatie	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
selectie	27	30	45	35	29	58	40	109
herselectie	21	17	20	11	12	12	17	15
crisisopname	6	3	4	13	5	3	6	2
overige opnames	2	1	5	0	7	5	4	6
Totaal:	56	51	74	59	53	78	57	132

tabel 5.

Ontwikkeling van capaciteit TBS-klinieken, bezetting, aantal wachtenden in gevangenis op plaats in TBS-kliniek (passanten), art. 120/47 met en zonder TBS

ultimo jaar	capaciteit	bezetting	passanten	art.47/120gm met TBS	art47/120gm zonder TBS
1984	429	414	9	25	24
1985	421	395	19	21	17
1986	358	343	20	22	20
1987	362	353	34	14	11
1988	381	374	24	18	17
1989	387	371	25	15	12
1990	405	378	18	27	11
1991	506	496	32	31	13
1992	541	541	42	35	20
1993	570	565	71	31	11
1994	607	606	109	31	13
1995	630	624	158	17	18
1996	728	705	170	20	19
1997	866	853	167	18	18

Ondanks forse uitbreidingen van de TBS-capaciteit is het aantal TBS-gestelden, dat in een Huis van Bewaring wacht op een plaats in een TBS-kliniek wacht, toegenomen (zogenaamde TBS-passanten).

tabel 6.

Gemiddelde intramurale behandelingsduur (in jaren) op basis van instroomcohorten³

jaar	duur
1981	4,8
1982	5,2
1983	5,1
1984	5,8
1985	5,5*
1986	5,6*
1987	5,8*
1988	6,2*
1989	6,4*
1990	6,8*
1991	7,0*

³ Zie bijlage V, onderzoek NZI "Verantwoord beperken", tabel 2, pagina 51.

1992	7,4*
1993	7,5*
1994	7,5*

(*) Omdat vanaf 1985 nog niet alle TBS-gestelden zijn uitgestroomd is een voor de niet uitgestroomde TBS-gestelden met een behandelingsduur van 9,2 jaar gerekend.

De intramurale behandelingsduur is de afgelopen jaren gestegen.

§2.2 recente beleidsontwikkelingen

In de TBS-sector zijn de afgelopen jaren diverse maatregelen getroffen die tot doel hebben om de doelmatigheid en doeltreffendheid van de TBS te vergroten. Hierna worden de meest in het oog springende maatregelen kort toegelicht. Voor de maatregelen die in het kabinetsstandpunt over het rapport “Doelmatig behandelen” (IBO I) zijn geformuleerd, zij verwezen naar §1.5 en de daarbij behorende bijlage.

Circuitvorming:

Op een aantal plaatsen worden momenteel initiatieven ontplooid om forensisch psychiatrische zorgcircuits tot stand te brengen. In Noord Nederland (Groningen, Friesland en Drenthe) en in de streek rond Eindhoven is de circuitvorming al in een ver gevorderd stadium.

In deze circuits wordt beoogd patiënten een sluitende keten van zorg te kunnen bieden, waarbij intensiteit en aard van zorg zo goed mogelijk aansluiten bij de zorgbehoefte.

Intensivering vervolgvoorzieningen:

Om de overgang tussen de sterk beveiligde TBS-klinieken met hun structurerende milieu enerzijds en de vrije samenleving anderzijds beter te kunnen overbruggen, zijn er de afgelopen jaren 40 extra uitstroombplaatsen in RIBW's voor TBS-gestelden beschikbaar gekomen.

Voortdurend delictgevaarlijken:

In januari 1998 kwam de commissie ‘vóórt-durend delictgevaarlijke TBS-verpleegden’, die de ontwikkeling van de Longstay-afdeling begeleidt, met haar eindrapportage. Deze commissie adviseert onder meer de Longstay afdeling in oprichting in Veldzicht het groene licht te geven. In de Rijksinrichting Veldzicht wordt een afdeling (20 bedden) ten behoeve van deze groep ontwikkeld. De afdeling zal worden gekenmerkt door een hoog extern en een laag intern beveiligingsniveau. Nadruk zal komen te liggen op een zo humaan mogelijk leefklimaat. Samen wonen, werken en recreëren vormen de centrale elementen van het verblijf.

Daarmee wordt een belangrijke stap gezet in de richting van het doelmatig inzetten van middelen: de dagprijs van de Longstay-afdeling ligt ongeveer op de helft van een “gewone” intramurale TBS behandelplaats.

Nieuwe wetgeving (wet Fokkens en beginselenwet):

Ook via wetwijziging wordt getracht de instroom tot de TBS te beperken en de door- en uitstroom van de TBS te bevorderen. In oktober 1997 zijn mede hiertoe twee wetsvoorstellen in werking getreden, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en de wet tot wijziging van Sr en Sv i.v.m. de TBS en de sanctietoepassing geestelijk gestoorde delinquenten (ook wel wet Fokkens genoemd). Door aanpassing van de regeling omtrent de TBS met voorwaarden is getracht de toegang tot deze vorm van TBS te bevorderen ten 'nadele' van de TBS met bevel tot verpleging. Deze nieuwe modaliteit kan tot gevolg hebben dat op den duur de populatie die TBS met verpleging krijgt opgelegd gemiddeld 'zwaarder' wordt. Om de doorstroom binnen de TBS te bevorderen wordt in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden het zogenaamde woonverlof aan een maximumtermijn van drie maanden verbonden. Deze termijn kan slechts éénmaal met dezelfde periode worden verlengd, daarna moet proefverlof verleend worden. Om de uitstroom te bevorderen is de regeling in Sr zodanig gewijzigd dat de rechter de mogelijkheid heeft gekregen de TBS met bevel tot verpleging onder voorwaarden te beëindigen. Voor een meer uitgebreide beschrijving van het wettelijk kader omtrent de TBS wordt verwezen naar bijlage I.

Permanent overleg tussen Justitie en VWS:

Naar aanleiding van het IBO "Doelmatig behandelen is tussen Justitie en VWS een zogenaamd "Permanent Overleg" ingesteld ten behoeve van de voorbereiding en onderlinge afstemming van het korte en langere termijn beleid inzake de forensische psychiatrie.

Herziening COTG-tarieven:

Naar aanleiding van het IBO "Doelmatig behandelen" vindt momenteel een herziening van de al langer gehanteerde COTG-tarieven plaats.

Eerste stap in dit herzieningstraject is een onderzoek naar het aanbod in de forensische psychiatrie in termen van de aan de GGz ontleende behandelmodulensystematiek. Gebleken is dat een typering van het forensisch aanbod middels deze behandelmodulen met enige aanpassing adequaat valt te doen. Vervolgens is empirisch - per patiënt - onderzocht welke kosten in de forensische praktijk zijn gemoeid met het aldus getypeerde behandelaanbod. Daaruit zijn kostencategorieën afgeleid die de grondslag kunnen vormen voor de nieuwe tarieven. Door tussenkomst van het COTG zullen daarna richtlijnen worden opgesteld die bepalend worden voor het aantal en het niveau van de tarieven. In onderhandeling met het veld zullen tenslotte op basis van deze COTG-richtlijnen de budgetten per kliniek kunnen worden vastgesteld.

Dit onderzoek zal naar verwachting in het najaar van 1998 worden afgerond en in 1999 kunnen worden geïmplementeerd. In 2000 zou dan het nieuwe tarievenstelsel van kracht kunnen worden.

Hoofdstuk 3 Samenvatting onderzoek NZI ten behoeve van de beantwoording van de vragen met betrekking tot de intramurale behandelingsfase.

§3.1 inleiding

De werkgroep heeft de beantwoording van de vragen met betrekking tot de intramurale behandelingsfase (vragen 1 tot en met 7) uitbesteed aan het onderzoeksbureau NZI. In dit hoofdstuk wordt in het kort verslag gedaan van de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. Het volledige onderzoeksrapport ("Verantwoord beperken") vindt u in bijlage V.

De antwoorden op de genoemde vragen in relatie tot de totale vraagstelling van het kabinet komen in hoofdstuk 5 aan de orde.

§3.2 samenvatting NZI-onderzoek ("Verantwoord beperken")

Het NZI-onderzoek bestaat uit een kwalitatief deel en een kwantitatief deel. In het kwalitatieve deel is aan de hand van een literatuuronderzoek en een multicasesstudie gezocht naar relevante patiëntencategorieën. In het tweede, meer kwantitatieve deel van het onderzoek is aan de hand van (statistische) analyses van beschikbare databestanden gekeken naar patiëntencategorieën, hun behandeling en de behandelingsduur van de huidige patiëntenpopulatie.

In de *literatuurstudie* zijn geen mogelijkheden naar voren gekomen voor een categorisering van TBS-patiënten die voor het doel van dit onderzoek zinvol zijn. Voor zover er in de literatuur categorieën worden genoemd ontbreekt de empirische onderbouwing vrijwel volledig. Bovendien zijn de gehanteerde categorieën niet of nauwelijks met elkaar te vergelijken, omdat ze zijn ontwikkeld voor verschillende doeleinden. Tenslotte wordt er geen relatie gevonden tussen de gehanteerde categorieën en de behandelingsduur. Wel zijn in de literatuur *kenmerken* van TBS-patiënten aangetroffen waarmee mogelijk in een later stadium patiëntencategorieën kunnen worden samengesteld.

Het tweede deel van de kwalitatieve analyse bestond uit een *multicasesstudie*. Aan de hand van interviews door de onderzoekers van het NZI met directeurs en behandelaren van zeven TBS-instellingen is getracht een antwoord te verkrijgen op de vragen met betrekking tot de intramurale behandelingsfase (vragen 1 tot en met 7). Wat betreft de categorisering van de patiënten blijken alle klinieken in meer of mindere mate onderscheid te maken tussen patiëntengroepen. Zo wordt er gedifferentieerd op basis van kenmerken als diagnose, mate van benodigde beveiliging, groepsgeschiktheid, IQ, delict en de fase van behandeling. Echter, de gehanteerde differentiaties verschillen per kliniek. Deze verschillen komen voort uit de verschillen in behandelvisie en historie. Ook verschillen de klinieken wat betreft de mate waarin zij intern differentiëren; sommige klinieken onderscheiden meer groepen patiënten dan de andere. De conclusie is dat klinieken geen éénduidige en afgebakende categorieën patiënten onderscheiden. Uit de interviews komt wel een aantal kenmerken en dimensies naar voren die

klinieken van belang achten voor het indelen van patiënten, welke spoort met de bevindingen uit het literatuuronderzoek.

De negatieve bevindingen ten aanzien van de mogelijkheid van categorisering van TBS-patiënten legt belangrijke beperkingen op aan de beantwoording van de overige deelvragen, die zijn gestoeld op de veronderstelling dat relevante categorieën patiënten binnen de TBS-populatie kunnen worden onderscheiden. De antwoorden op de overige deelvragen hebben daarom slechts betrekking op individuele patiënten en niet op categorieën patiënten. Op welk moment in de behandeling een optimaal resultaat is bereikt hangt volgens de behandelaren nauw samen met de inschatting van het recidivegevaar. Het inschatten van het recidivegevaar van een individuele patiënt is moeilijk en altijd het resultaat van een consensustraject. De inschatting van het recidivegevaar voor categorieën patiënten achten de meeste behandelaren op dit moment niet mogelijk. Wat betreft de deelvraag over de criteria voor de beëindiging van de behandeling is de conclusie dat klinieken geen uniforme of gestandaardiseerde criteria hanteren. De deelvraag over de noodzakelijke vervolgvorzieningen heeft niet geleid tot nieuwe inzichten. De door de klinieken genoemde voorzieningen bestaan reeds of worden ontwikkeld.

In het *kwantitatieve* gedeelte van het onderzoek is met name onderzocht of door (statistische) analyse van de beschikbare databestanden antwoorden kunnen worden gevonden op de vragen (vragen 1, 2 en 5) met betrekking tot de categorisering en de gemiddelde behandelingsduur van te onderscheiden categorieën patiënten. Uit de statistische analyses lijkt zich een aantal groepen patiënten af te tekenen (first offenders, brandstichters, partnerdoders, seksuele delinquenten, verslaafden en psychotici). De waarde van deze indeling is beperkt omdat de interne validiteit onvoldoende vaststaat⁴. Ook de externe validiteit is niet aangetoond. Er is bijvoorbeeld voor deze groepen patiënten geen relatie gevonden met de behandelingsduur. Om die reden kan geen antwoord worden gegeven op de vraag 2 over de gemiddelde intramurale behandelingsduur van de langs deze kwantitatieve weg gevonden groepen patiënten. De gemiddelde intramurale behandelingsduur van de gehele, niet gedifferentieerde populatie is toegenomen van 5,0 jaar voor de in 1981 veroordeelden tot 5,8 jaar voor de in 1987 veroordeelden. Op basis van een voorzichtige schatting lijkt het er op dat de duur verder zal toenemen tot ca. 7 jaar. Dit staat in schril contrast met de tot nog toe gehanteerde gemiddelde verblijfsduren (3,5 jaar medio jaren tachtig oplopend tot 5 jaar in 1995⁵). Als wordt gekeken naar de percentages patiënten die hun intramurale behandeling afronden binnen de perioden zoals onderscheiden in de drie varianten van de taakopdracht (3, 4 en gemiddeld 3 jaar), blijkt volgens de nieuwe cijfers dat van de in 1989 veroordeelden slechts 5% en 11% de intramurale behandeling binnen 3 jaar resp. 4 jaar heeft afgesloten.

⁴ Voor de berekening van de interne validiteit van de gevonden indeling in categorieën is gebruik gemaakt van de methode 'Gamma scores'. Volgens de Gamma scores voldoen de gevonden groepen niet aan de eis van 'compact well-separateness'.

⁵ Leuw, E., Instroom en capaciteit in de TBS-sector, WODC, 1998, pagina 29/30.

Hoofdstuk 4 een inventarisatie en analyse van de knelpunten in de verschillende fasen van het TBS-proces

§4.1 inleiding

Bij de uitwerking van de taakopdracht is de werkgroep tegen een aantal knelpunten aangelopen die een efficiënte en effectieve uitvoering van de TBS-maatregel belemmeren. In dit hoofdstuk worden deze knelpunten in beeld gebracht.

§4.2 knelpunten rond de wetenschappelijke fundering van behandelmethodieken en de informatievoorziening

In de ogen van sommige directeurs van TBS-klinieken moeten hun klinieken worden beschouwd als aanbieders van topklinische forensisch psychiatrische zorg. In dat kader wordt gewezen op het zeer intensieve karakter van de behandelingen en op de relatief goede resultaten van de klinieken in termen van recidive. Wat het laatste betreft worden recidivepercentages genoemd die schommelen rond de 20% voor de (ex-)TBS-gestelden (uitgaande van een veroordeling tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf van meer dan 6 maanden en/of TBS⁶) en tussen de 60% en 80% voor (ex-)gedetineerden in reguliere gevangenissen. Uit de resultaten van het laatste WODC-onderzoek naar de recidive blijkt dat het algemene beeld is dat de criminaliteit tijdens en na de TBS is verminderd. Indien wordt gekeken naar de ernstiger delicten, en met name naar de seksuele geweldsdelicten, dan zijn er aanwijzingen dat ook hier de recidive is afgenomen.

De werkgroep signaleert echter ook knelpunten. Oplossing ervan biedt kansen voor een verdere verbetering van de effectiviteit van de TBS-sector. Deze kansen spitsen zich toe op het punt van de wetenschappelijke fundering van de behandelactiviteiten. Uit het NZI-onderzoek blijkt dat er opmerkelijke verschillen bestaan tussen de wijze waarop de klinieken differentiatie aanbrengen tussen groepen patiënten. Ook verschillen behandelaars in hun opvatting in hoeverre en wanneer het mogelijk is om een valide oordeel te geven over de perspectieven met betrekking tot het recidive gevaar. Behandelaars krijgen weinig tot geen feedback over de recidive van hun eigen patiënten die de kliniek hebben verlaten. Verder zijn er geen uniforme criteria voor beëindiging van de behandeling noch landelijk noch binnen de klinieken. In één van haar conclusies stelt het NZI dat *“Er tot nu toe weinig empirisch onderzoek is gedaan naar de relatie tussen de groepen patiënten en de behandeling, de behandelingsduur en de behandelresultaten. De sector heeft tot nu toe kennelijk een andere manier van kijken naar patiënten gehad. Een blik die vooral gericht was op de organisatie van het aanbod van de zorg en de beveiliging.”*

In het rondetafelgesprek met vertegenwoordigers van organisaties die betrokken zijn bij de TBS, doch geen deel uitmaken van het intramurale circuit, komt er vanuit de vertegenwoordiging van

⁶ Leuw, E., Recidive na ontslag uit TBS, Arnhem: Gouda Quint.- (Onderzoek en beleid/ Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum nr.141), blz. 41.

de algemene geestelijke gezondheidszorg en forensische psychiatrie de suggestie dat meer systematisch onderzocht zou moeten worden welke behandelmethodiek het snelst het beoogde resultaat levert.

Een belemmering voor een goede wetenschappelijke onderbouwing van de behandelactiviteiten is volgens de werkgroep een onvoldoende systematische en sectorbrede registratie van relevante gegevens over patiënten en behandelingen. Deze constatering is niet nieuw. Reeds in het IBO-rapport “Doelmatig behandelen” is geconcludeerd *“dat door het niet systematisch bijhouden van gegevens over kenmerken van de patiënt het lerend vermogen van de instellingen binnen de forensische psychiatrie wordt beperkt.”*

Mede naar aanleiding van “Doelmatig behandelen” is het Dr. F.S. Meijers Instituut (MI) bezig een monitorinstrument te ontwikkelen dat deze informatie moet gaan genereren. Behalve voor wetenschappelijke doeleinden zal deze informatie ook inzicht dienen te geven in de variabelen die noodzakelijk zijn voor de aansturing van de sector. Daarbij moet onder andere worden gedacht aan in-, door- en uitstroomgegevens, de gemiddelde behandelingsduur en het recidivepercentage. Over de te registreren basis-patiëntgegevens is sinds kort overeenstemming bereikt binnen het veld. Dat is een belangrijke stap voorwaarts. Een obstakel voor de verdere implementatie van het monitorinstrument is (nog) het ontbreken van voldoende draagvlak in het veld voor de monitoring van gegevens die betrekking hebben op de behandeling.

Daarnaast constateert de werkgroep dat het wetenschappelijke onderzoek binnen de TBS geen centrale programmering en sturing kent. De werkgroep vraagt zich af of door deze decentrale aanpak de beschikbare onderzoekscapaciteit van het gehele TBS-veld niet teveel ‘versnipperd’ is. Deze vraag is mede ingegeven door een vergelijking met de ontwikkeling die in de universitaire onderzoek heeft plaatsgevonden. Daar is lange tijd sprake geweest van een vergelijkbare decentrale programmering en sturing van het onderzoek. Deze aanpak is verlaten omdat op die manier de beschikbare onderzoekscapaciteit niet optimaal benut kon worden.

Het geheel van deze knelpunten leidt volgens de werkgroep tot de conclusie dat de rationalisering van de TBS-sector nog onvoldoende heeft plaatsgevonden.

§4.3 knelpunten rond de ‘toegang tot de TBS’

In opdracht van de werkgroep is door een medewerker van het Pieter Baan Centrum de ‘toegang tot de TBS’ onderzocht en de knelpunten die zich daarbij voordoen. Onder de ‘toegang tot de TBS’ wordt het gehele traject verstaan tussen het plegen van het delict en de veroordeling door de rechter.

Hierna volgt een samenvatting van dit onderzoek. Daarin komen vooral de knelpunten naar voren met betrekking tot het selectieproces van verdachten waarover een pro justitia rapportage wordt gevraagd, de organisatie van de rapporteurs en de kwaliteit en inhoud van de rapportages.

§4.3.1 samenvatting van het onderzoek naar de 'toegang tot de TBS

Besluitvorming rond de aanvraag van een pro justitia rapportage:

Uit het onderzoek blijkt dat een groot aantal actoren is betrokken bij het voortraject van de TBS. De keuzes die deze personen en instanties maken zijn van invloed op de uitkomst van het besluitvormingsproces dat uiteindelijk kan leiden tot een TBS-oplegging.

Het TBS-traject kan beginnen bij het *slachtoffer*. Indien de politie niet op de hoogte is van een strafbaar feit dan is het van de opstelling van het slachtoffer afhankelijk of een dader te maken krijgt met het strafrecht. Het slachtoffer dient aangifte te doen. Zelfs als de politie wel op de hoogte is, dan is het in het geval van een 'klachtdelict' noodzakelijk dat een slachtoffer een klacht indient. Verder zijn er in geval van psychiatrische patiënten situaties denkbaar waarbij hulpverleners, ouders of bekenden geen aangifte doen van een delict, maar psychiatrische hulp zoeken voor de dader.

Door deze keuzes van het slachtoffer wordt al in een zeer vroeg stadium bepaald of de weg van het strafrecht wordt ingeslagen die uiteindelijk zou kunnen leiden tot een TBS-oplegging.

Vreemd gedrag rond de arrestatie of tijdens het verblijf in het politiebureau kan voor de betrokken *politiefunctionarissen* aanleiding zijn om een gedragskundige in te schakelen. Voor het al dan niet inschakelen van een deskundige bestaat geen uniform protocol. Meestal wordt deze beslissing genomen door de wachtcommandant. Of het RIAGG of een andere instantie wordt ingeschakeld is sterk afhankelijk van de afweging die de wachtcommandant maakt. Deze afweging zal eerder negatief uitpakken indien de politiefunctionaris geen inbewaringstelling verwacht of bij vorige gelegenheden de deskundige een andere en voor de politie onverwachte inschatting heeft gemaakt. Het laatste bergt het gevaar in zich dat de politie inschakeling van een deskundige achterwege laat ook in situaties waarin dat wel noodzakelijk is.

Het komt voor dat de politie uit onbekendheid met de procedure of door gebrek aan vertrouwen niet het RIAGG maar een andere instantie inschakelt. Om zoveel mogelijk psychiatrische patiënten vroegtijdig in het GZZ-circuit onder te brengen en niet verder het strafrechtelijke circuit in te laten gaan, is juist van belang dat het RIAGG wordt ingeschakeld.

Voor de verdachten met persoonlijkheidsstoornissen zal in deze fase door de politie niet snel een deskundige worden ingeschakeld, omdat stoornissen veelal door de politie niet herkend worden. Voor deze categorie zal de fase van het politiebureau dus niet veel diversie opleveren voor het vervolgetraject.

Het gebrek aan eenduidige procedures en protocollen met betrekking tot de inschakeling door de politie van deskundigen heeft met name gevolgen voor psychotische verdachten van bedreiging of het toebrengen van een *niet* dodelijk letsel. Met name bij een delict als bedreiging - een feit waarop geen straf van vier jaar of meer is gesteld en waarvoor alleen TBS mogelijk is omdat het als apart feit is toegevoegd- blijkt uit onderzoek van Van Panhuis (1997) dat het vrij willekeurig is of iemand uit deze categorie verdachten naar de GGZ gaat of in het strafrechtelijke circuit terecht komt.

De *officier van justitie* beslist over het al of niet vervolgen. Bij zijn beslissing laat de officier zich leiden door de ernst van het feit en door de wens van het slachtoffer. Op grond van het opportuniteitsbeginsel is hij niet verplicht tot vervolging over te gaan. Twee belangrijke redenen voor het (voorwaardelijk) seponeren kunnen zijn de onmogelijkheid om een zaak bewijstechnisch 'rond te krijgen' en de gezondheidstoestand van de verdachte.

In het geval dat de officier besluit de zaak (voorwaardelijk) te seponeren in verband met de geestelijke gezondheidstoestand van de verdachte is hij afhankelijk van de praktische mogelijkheden voor een acceptabel alternatief, veelal een (intramurale) psychiatrische behandeling. Indien de officier er niet in slaagt een acceptabel alternatief te vinden, bijvoorbeeld omdat er geen psychiatrisch ziekenhuis bereid is de verdachte op te nemen of omdat de verdachte zich niet vrijwillig wil laten opnemen, dan zal de officier de rechter-commissaris verzoeken om een bevel tot bewaring. Meestal tegelijkertijd vraagt hij dan de rechter-commissaris een gerechtelijk vooronderzoek naar de geestvermogens van de verdachte te openen.

Hoe een officier in dit soort gevallen opereert is sterk individueel en zal vaak afhankelijk zijn van de ervaringen die hij heeft met eerdere zaken waarbij een verdachte in de GGZ is opgenomen. Een snel ontslag of weglopen gevolgd door recidive zal een officier niet stimuleren om wederom deze weg te bewandelen.

Hoewel de keuze die de officier op dit punt maakt belangrijke consequenties kan hebben voor de verdachten, bestaan er ten aanzien van dergelijke beslissingen geen richtlijnen binnen parketten.

De *rechter-commissaris* (rc) heeft als belangrijkste taak de strafzaak voor te bereiden voor de behandeling op de rechtzitting. Daartoe kan de rc een gerechtelijk vooronderzoek instellen. In dit verband is met name van belang dat uitsluitend de rc beslist over de vraag of een gedragskundige rapportage noodzakelijk is en, zo ja, wie deze rapportage dient te verrichten. Daarbij stelt de rc zich de vraag of mogelijk psychiatrische of psychologische factoren een rol gespeeld hebben bij het strafbare feit en tevens of het er iets toe doet als deze vraag positief zou worden beantwoord. De rc kan zich bij het nemen van de beslissing tot het aanvragen van een rapportage laten adviseren door de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD). Opgemerkt zij dat momenteel een werkgroep onderzoekt welke criteria kunnen worden ontwikkeld voor de keuze van de verschillende ambulante en klinische onderzoeksvarianten.

Er bestaan ten aanzien van de besluitvorming aangaande de aanvraag van een rapportage grote verschillen tussen rechtbanken en, in grote steden, ook binnen rechtbanken. Er wordt met verschillende criteria gewerkt en er ontbreken richtlijnen of een protocol. In die zin is er ruimte voor enige willekeur. Gezien de grote gevolgen van de beslissing wel of geen rapportage aan te vragen voor de verdachte en het verdere verloop van de strafzaak, is het ontbreken van deze richtlijnen een gemis.

De rechtbank, en in hoger beroep het gerechtshof, beslist of de uitgebrachte rapportage voldoende informatie biedt om tot een beslissing te komen.

De rapporterende instanties:

Er zijn verschillende vormen van voorlichting aan de rechter(-commissaris) over persoon van de verdachte. In de eerste plaats is er het zogenaamde vroeghulprapport dat de reclassering van de verdachte maakt kort na zijn arrestatie in het politiebureau. Het geeft een eerste indruk van de verdachte en zijn persoonlijke omstandigheden. Daarnaast bestaat er, behalve in het geval van een first-offender, een persoonsdossier waarin rapporten over de verdachte zijn opgenomen uit eerdere strafzaken. Als deze twee bronnen onvoldoende informatie bieden dan kan de rc de reclassering vragen een voorlichtingsrapport te maken waarin, uitgebreider dan in het vroeghulprapport, wordt ingegaan op persoon van de verdachte en zijn persoonlijke omstandigheden.

Indien de rc een onderzoek naar de geestvermogens van de verdachte noodzakelijk acht, kan hij kiezen voor een ambulant of de klinisch onderzoek. De volgende varianten kunnen worden onderscheiden:

1. een enkelvoudig ambulant onderzoek door een psycholoog of psychiater
2. een multidisciplinair ambulant onderzoek door psycholoog en psychiater
3. een klinische observatie in een inrichting voor klinische observatie (o.a. psychiatrische ziekenhuizen en PBC)

De ambulante onderzoeken ten behoeve van de voorlichting aan de rechterlijke macht worden in de meeste gevallen door de *Forensisch Psychiatrische Diensten* (FPD) in samenwerking met de reclassering (milieu-onderzoek) gemaakt. Behalve eigen medewerkers worden voor dit doel door de FPD vaak freelance psychologen en psychiaters aangezocht.

In de praktijk blijkt het voor te komen dat districtspsychiaters ten aanzien van de voorlichting aan de rechter zowel adviseur, verwijzer en meestal tevens uitvoerder te zijn. Zo adviseert de districtspsychiater de rc niet alleen over de noodzaak van een gedragskundige rapportage, maar tevens over de vorm van de rapportage en zelfs over de namen van de rapporteurs die het onderzoek kunnen doen. Dit zijn onverenigbare functies omdat de schijn van belangenverstrengeling moeilijk weggenomen kan worden. Met name in kleine diensten is dit een punt van aandacht.

Door de koppeling van de groei van de formatieomvang van de FPD aan het aantal gedetineerden in het arrondissement, is de groei van de diensten per arrondissement zeer ongelijkmatig verdeeld. Voor zover deze groei verband houdt met de toename van de arrondissementale celcapaciteit is dat terecht. Echter, in een aantal grote arrondissementen is ook 'boven-arrondissementale' celcapaciteit gerealiseerd. De FPD's in arrondissementen waar dit het geval is, zijn evenredig uitgebreid als ware de 'boven-arrondissementale' celcapaciteit reguliere celcapaciteit van het arrondissement. Het gevolg hiervan is dat de FPD's in deze

arrondissementen in veel meer gevallen gedetineerden voor een advies aan de rc bezoeken. In het verlengde hiervan worden meer onderzoeken geadviseerd.

Het *Pieter Baan Centrum (PBC)* verricht multidisciplinaire klinische observatie en rapportage ten behoeve van de rechterlijke macht. Verder kan het PBC ter beschikking gestelden ter gelegenheid van de verlengingszitting onderzoeken, inclusief de zogenaamde 'zesjaars' verlengingen.

Inhoud en kwaliteit van de voorlichtingsrapportages:

De voorlichtingsrapportages aan de rechter zijn zeer verschillend van vorm, inhoud en kwaliteit. Daar waar de rapportages van het PBC door de vergaand gestandaardiseerde wijze van onderzoek een vaste vorm en kwaliteit kennen, vallen de rapportages van de ambulante rapporteurs op door hun verscheidenheid zowel in vorm en inhoud als in kwaliteit.

Bij de ambulante rapportages ontbreekt enige vorm van standaardisatie. Ook de ervaring van de rapporteurs is zeer verschillend. Zo zijn er rapporteurs die jaarlijks slechts één rapport uitbrengen. De ene rapporteur is werkzaam in het forensische veld terwijl de ander in de reguliere psychiatrie werkzaam is. Ook hun ervaring met rapportages in strafzaken verschilt sterk. Verder blijkt er verschil te zijn in het aantal gesprekken dat met de verdachte wordt gevoerd ten behoeve van de rapportage. Niet zelden is dat er slechts één, omdat de rapporteur (vaker de psychiater dan de psycholoog) van mening is dat een meer uitgebreid onderzoek met meer gesprekken niet in verhouding staat tot de financiële vergoeding die er tegenover staat. Dit is gelet op de grote invloed die het deskundigenrapport in de strafzaak heeft een verontrustend gegeven.

Verder valt in de ambulante rapporten op dat het begrip toerekeningsvatbaarheid op heel verschillende wijze wordt toegepast en dat rapporteurs geheel verschillende conclusies en consequenties verbinden aan de verschillende maten van toerekeningsvatbaarheid. Zo komt het voor dat in rapportages vergaande uitspraken worden gedaan over de kans op herhaling, terwijl de verdachte slechts enigszins verminderd toerekeningsvatbaar of zelfs volledig toerekeningsvatbaar wordt geacht. Daarnaast wordt de conclusie dat een verdachte volledig ontoerekeningsvatbaar is door ambulante rapporteurs heel verschillend toegepast. De juistheid en consistentie van de rapportages dienen op dit punt gewaarborgd te zijn.

Ook geven de ambulante rapportages soms blijk van onvoldoende overzicht bij de rapporteurs van de 'sociale kaart', d.w.z. de diverse mogelijkheden voor begeleiding en behandeling van de doelgroep. Het gevaar hiervan is dat in de advisering onvoldoende rekening wordt gehouden met mogelijke alternatieven voor de TBS met bevel tot verpleging. Daarbij moet met name worden gedacht aan de voorwaardelijke straf met bijzondere voorwaarden, de TBS met voorwaarden en de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr.). Het gevolg hiervan kan zijn dat onnodig TBS met verpleging wordt geadviseerd.

De fase van de berechting:

Het belangrijkste instrument dat uiteindelijk bepaalt hoe de instroom in de TBS verloopt is de wet (art. 37a Wetboek van Strafrecht). Hierin staan de voorwaarden genoemd waaronder de rechter een TBS-maatregel kan opleggen. In algemene zin schrijft de wet voor dat het feit dat TBS alleen mogelijk is in geval van een misdrijf waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaar of meer is gesteld. Daarnaast worden limitatief enige misdrijven en een overtreding genoemd, waarbij TBS mogelijk is: art. 132 Sr.: verspreiden opruiend geschrift, art. 285, 1^e lid, Sr.: mondelinge bedreiging, art. 318 Sr.: afdreiging -door dreigen met smaad, smaadschrift of openbaring van een geheim, iemand dwingen tot afgifte van enig goed-, art. 326a Sr.: messentrekkerij, art. 395 Sr.: insubordinatie op een schip, art. 175, 2^e lid, Wegenverkeerswet 1994, art. 11, 2^e lid, Opiumwet, alsmede de overtreding van art. 432 onder 3 Sr.: het zijn van souteneur. Op deze overtreding staat een straf van ten hoogste 12 dagen hechtenis of een geldboete van de eerste categorie. De vraag is gerechtvaardigd of de TBS-maatregel in verhouding staat tot de ernst van deze misdrijven en overtreding.

§ 4.3.2 oordeel van de werkgroep t.a.v. bovenstaande analyse over de 'toegang tot de TBS'

De werkgroep deelt bovenstaande analyse. De werkgroep neemt een deel van de aanbevelingen die uit deze analyse naar voren komen over. Deze aanbevelingen komen in §5.2 aan de orde.

§4.4 knelpunten in de in-, door - en uitstroom

§4.4.1 analyse werkgroep

De capaciteit van de TBS-sector is sinds begin negentiger jaren sterk onder druk komen te staan. Daarvoor is een aantal oorzaken aan te wijzen.

In de eerste plaats is het jaarlijks door de rechter opgelegde aantal TBS-maatregelen sinds 1993 gegroeid van 100 naar bijna 200 opleggingen in 1996.

In de tweede plaats, zo blijkt uit het NZI-onderzoek, is de gemiddelde duur van de behandeling sterk toegenomen van ca. 5 jaar tot bijna 7 jaar. In de samenvatting van het NZI-onderzoek (§3.2) is deze toename nader toegelicht.

In de derde plaats is sinds begin jaren negentig het aantal beëindigingen afgenomen van ca. 80 in de periode 1985-1989 tot jaarlijks gemiddeld minder dan 70.

Een gevolg van deze capaciteitsdruk is een groeiend aantal TBS-gestelden (194 op 1 november 1998) in reguliere huizen van bewaring, waarvan de maatregel van kracht is geworden, die wachten op een behandelingsplaats in een TBS-inrichting (TBS-passanten). In 1996 bedroeg de gemiddelde wachttijd bijna 350 dagen.

Leuw⁷ komt in zijn onderzoek naar de instroom en capaciteit in de TBS-sector tot de conclusie dat de toegenomen *instroom* primair moet worden verklaard door (1) de toename van het aantal gestoorde en gevaarlijke plegers van (seksuele) geweldsdelicten, (2) de beperkte betekenis van de GGZ op dit gebied en (3) de behoefte van de magistratuur om te beschikken over de TBS-maatregel.

Volgens de door Leuw geraadpleegde deskundigen hebben voortgaande individualisering, verzakelijking en het wegvallen van de integratieve verbanden geleid tot een reële toename van 'gestoord geweld' in de samenleving.

Wat betreft de beperkte betekenis van de GGZ wordt in het onderzoek van Leuw gesteld dat de GGZ minder geschikt is om voor lastige, bedreigende en niet coöperatieve patiënten een preventieve en curatieve functie te vervullen.

In dit verband wijst de werkgroep op het volgende. Op grond van veranderde maatschappelijke opvattingen is het recht op zelfbeschikking binnen de gezondheidszorg aanzienlijk verbeterd. De huidige wetgeving terzake gaat uit van mondige, assertieve, goed opgeleide mensen die zelf keuzes voor hun behandeling kunnen en willen maken.

Mede op basis van de door de werkgroep gevoerde gesprekken met deskundigen in en rond de TBS meent de werkgroep dat de vraag gesteld kan worden of deze op zich positieve ontwikkeling wel zo positief uitwerkt ten aanzien van een groot aantal (ex-) TBS-patiënten. Deze zijn vaak door hun ziekte of gebrek juist gehandicapt in hun vermogen zulke keuzes te maken. Ze reageren vaak gunstig op gedragsstructurering van buitenaf. De mogelijkheden voor structurering van (ex-)TBS-patiënten die vrijwillig zijn opgenomen in een APZ zijn binnen de huidige wetgeving beduidend afgenomen.

Ook de asiel functie van de intramurale psychiatrie is afgenomen, zo stelt Leuw in zijn onderzoek.

De behoefte van de rechters aan de TBS-maatregel komt volgens Leuw voort uit het feit dat de TBS-maatregel een uitweg biedt voor het dilemma tussen de proportionaliteit van de op te leggen straf en de noodzakelijk geachte beveiliging van de maatschappij. Hiermee wordt bedoeld dat de TBS-maatregel de rechter de mogelijkheid biedt om een (gestoorde) delinquent ter wille van de beveiliging van de maatschappij langer vast te houden dan uitsluitend op grond van het gepleegde feit mogelijk zou zijn.

Naast de toegenomen instroom wordt de capaciteitsproblematiek in de TBS veroorzaakt door de sterk stagnerende door- en uitstroom.

Deels kan volgens Leuw worden aangenomen dat de grotere beveiligingsproblematiek ten gevolge van de 'zwaarder' wordende TBS-populatie hierbij een rol speelt. Hierdoor wordt de doorstroom naar de minder beveiligde ggz-instellingen bemoeilijkt. Daarnaast blijkt volgens Leuw de beperkte toegankelijkheid van de alternatieve zorg- en begeleidingsmogelijkheden buiten de TBS een belangrijke oorzaak te zijn. Uit het onderzoek "Morgen gaat het beter, beter, beter..." van Van Vliet⁸ blijkt dat ongeveer de helft van de TBS-gestelden na behandeling in een

⁷ Leuw, E., *Instroom en capaciteit in de TBS-sector*, WODC, 1998.

⁸ Van Vliet, J.A., *'Morgen gaat het beter, beter, beter...'*, Ministerie van Justitie, 1998

TBS-kliniek zal zijn aangewezen op een meer of minder langdurig verblijf in een vervolgvoorziening (niet zijnde een longstay-afdeling). Ongeveer een derde van de TBS-gestelden keert al dan niet met begeleiding van de reclassering terug in de maatschappij. De overige zullen in een long-stay-afdeling terechtkomen. Bij een gegeven jaarlijkse instroom van ca. 200 patiënten zullen er in een evenwichtssituatie ook ca. 200 patiënten uitstromen. Ongeveer de helft hiervan zal naar een vervolgvoorziening moeten uitstromen. Rekening houdend met het feit dat het uitplaatsen naar een vervolgvoorziening veel tijd in beslag neemt (ongeveer een jaar), zullen er voor deze ca. 100 patiënten ruwweg 150 plaatsen in vervolgvoorzieningen nodig zijn. Uit het rapport van Van Vliet blijkt dat klinieken momenteel kunnen 'beschikken' over zo'n 70 à 80 plaatsen in vervolgvoorzieningen. De werkgroep is van oordeel dat de oorzaak van de te geringe doorstroom ondermeer een gevolg is van de nog onvoldoende intensieve samenwerking tussen de TBS-klinieken en vervolgvoorzieningen. De afstemming tussen de verschillende delen van het 'zorgcircuit' is niet optimaal in het licht van de gewenste doorstroom. Ook is er bij het behandelbeleid van klinieken nog onvoldoende systematische aandacht voor de mogelijkheden om patiënten op een lager intensiteitsniveau (buiten de TBS-kliniek) verder te behandelen. Dit komt naar voren uit het rapport van Van Vliet. Uit de beschrijving in dat rapport van het uitstroombesleid van de afzonderlijke klinieken blijken op dit punt grote verschillen te bestaan tussen aard en intensiteit van de samenwerking met vervolgvoorzieningen.

In het IBO-rapport "Doelmatig behandelen" wordt geconcludeerd⁹ dat de knelpunten met betrekking tot de door- en uitstroom een gevolg is van "het ontbreken van duidelijke prikkels die een doelmatige behandeling belonen." De "werkgroep (red: werkgroep IBO Doelmatig behandelen) is van mening dat de doelmatigheidswinst vooral gevonden zal moeten worden in het introduceren van incentives die de gemiddelde behandeltermijn terugbrengen c.q. de doorstroming naar het reguliere GGZ-circuit bevorderen".

In het onderzoek van Leuw wordt door enkele respondenten gewezen op de noodzaak om het structurele 'langetermijndenken' bij de intramurale behandeling binnen de TBS-instellingen te doorbreken. Dit 'langetermijndenken' hoort bij het zogenaamde 'groeimodel'. Bij een groeimodel wordt er naar gestreefd om de psychosociale ontwikkeling als het ware over te doen. In het NZI-rapport komt dit langetermijndenken ook naar voren uit de verslagen van interviews met behandelaars. Een aantal behandelaars geeft aan dat de attitude binnen de TBS niet altijd is gericht op een zo kort mogelijk intramuraal verblijf. Dit blijkt uit citaten als: "Behandelaars zijn op 'genezing' gericht en zijn daarom nooit klaar". Ook is een aantal behandelaars van mening dat "Denken in termen van een optimaal behandelresultaat en een omslagpunt een onderdeel is van denken in termen van efficiëntie en effectiviteit in de behandeling." "Deze denkwijze is jarenlang aan de TBS-klinieken voorbij gegaan."

⁹ Doelmatig behandelen, interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem Forensisch Psychiatrische Hulpverlening, begrotingsvoorbereiding 1996, pagina 12.

§4.4.2 conclusie werkgroep

Op grond van bovenstaande analyse komt de werkgroep tot de conclusie dat de belangrijkste knelpunten met betrekking tot de in-, door- en uitstroom zijn:

- voor (ex-)TBS-patiënten zijn er onvoldoende wettelijke mogelijkheden voor gedragsstructurering binnen het kader van een vrijwillige opname in het APZ.
- de bestaande vervolgvorzieningen in de GGZ zijn onvoldoende beschikbaar voor forensisch psychiatrische patiënten.
- er bestaan onvoldoende prikkels die een doelmatige behandeling stimuleren.

Hoofdstuk 5: beantwoording vraagstelling taakopdracht

§5.1 inleiding

In dit hoofdstuk worden de door de werkgroep nader gepreciseerde en geoperationaliseerde vragen (§1.4.1) uit de taakopdracht beantwoord.

In §5.2 gaat de werkgroep in op de vragen 8 tot en met 13 die verband houden met de 'toegang tot de TBS'. In §5.3 worden de vragen 1 tot met 7 beantwoord die verband houden met de intramurale behandelingsfase. In §5.4 volgen de conclusies die de werkgroep trekt uit de antwoorden op de vraagstelling.

§5.2 beantwoording deelvragen samenhangende met de 'toegang tot de TBS' (deelvragen 8 tot en met 13)

De werkgroep heeft er voor gekozen om de deelvragen 8 tot en met 11 rond de 'toegang tot de TBS' niet afzonderlijk te beantwoorden maar onderdeel te laten zijn van een systematische analyse van het gehele toegangstraject tussen het plegen van het delict en de veroordeling door de rechter. Deze bredere analyse is samengevat in §4.3. Uit deze analyse zijn diverse knelpunten naar voren gekomen. Hier onder volgen de voorstellen van de werkgroep die kunnen bijdragen aan een oplossing van deze knelpunten.

§5.2.1 maatregelen met betrekking tot de 'toegang tot de TBS'

De werkgroep geeft in deze paragraaf mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten aan, die de moeite waarde zijn om in overleg met de betrokken partijen nader te bezien op hun praktische waarde. Dit nadere onderzoek valt buiten de mogelijkheden van de werkgroep.

Ten aanzien van de politie en RIAGG:

- Er dienen afspraken tussen de politie en RIAGG te worden gemaakt over de overplaatsing van een ingeslotene naar een andere regio, indien betrokkene niet afkomstig is uit de desbetreffende politieregio. Deze afspraken moeten in een uniform protocol worden vastgelegd.
- De deskundige (meestal een psychiater van de RIAGG) die de verdachte op het politiebureau ziet moet na gaan of deze persoon in de regio bekend is in de psychiatrie. Daartoe is het noodzakelijk dat er een registratie plaatsvindt van patiënten. Is het iemand van buiten de regio, dan dient er onmiddellijk contact te worden opgenomen met de centrale RIAGG-dienst in de regio van herkomst, en de mogelijkheden worden onderzocht voor een opname of opvang in de GGZ. Hoe eerder een doorgeleiding naar de GGZ in plaats van naar het strafrecht plaatsvindt hoe beter. Hoe verder iemand in de strafrechtelijke procedure is, des te moeilijker het is om nog op dit ingeslagen pad terug te keren.

Ten aanzien van de Officier van justitie:

- De richtlijn van het openbaar ministerie om zeer terughoudend te zijn met vordering tot TBS - c.q. geen TBS te vorderen- bij verdachten met een buitenlandse nationaliteit waarvan niet vaststaat dat zij permanent in Nederland mogen blijven, dient opnieuw inhoudelijk onder de aandacht van de officier te worden gebracht.

Ten aanzien van de Rechter-commissaris:

- De rc dient mede op basis van overwegingen ontleend aan het vroeghulprapport, het persoonsdossier of het eventueel reeds beschikbare voorlichtingsrapport na te gaan of een eventueel verzoek aan een deskundige om advies omtrent de noodzaak van rapportage, wel nodig is.
- In overleg met rechters(-commissarissen) en officieren is het gewenst nader te bezien wanneer op grond van strafrechtelijke belang gedragskundige rapportage noodzakelijk is. Daarbij kan mede gebruik worden gemaakt van de aanbevelingen uit het rapport van de werkgroep indicatiestelling Pro Justitia Rapportage.
- In de cursus die de SSR organiseert voor toekomstige rechters-commissarissen zou aandacht besteed moeten worden aan de vraag wanneer gedragskundige rapportage nodig is en hoe zij eventuele adviezen van gedragskundigen aangaande deze vraag (de briefrapportjes) moeten beoordelen.

Ten aanzien van de Forensisch Psychiatrische Diensten:

- De verschillende taken die de districtspychiater thans combineert -zorg en advies over overplaatsing in verband met behandeling, advies over rapportage, feitelijk verwijzen alsmede het zelf maken van voorlichtingsrapportage- dienen onderscheiden te worden en door verschillende personen te worden uitgevoerd. Hiervoor is inmiddels een handvest opgesteld.
- De verdeling over personen van verschillende taken van de FPD -zorg en voorlichting- dient duidelijk vastgelegd te worden. Daarbij dient voor elke taak een verschillende norm voor uitbreiding te worden vastgesteld.
- Indien de districtspychiater de verdachte in een vroeg stadium ziet, dient hij, in overleg met de officier, na te gaan of er -gelet op de psychische toestand van de verdachte- nog alternatieven voor een strafrechtelijke vervolging zijn en daartoe initiatieven te ontplooiën.

Ten aanzien van wet- en regelgeving:

- De wettelijke opleggingscriteria voor de TBS kunnen worden aangescherpt. Zo beveelt de werkgroep aan te onderzoeken of de grens voor het kunnen opleggen van TBS niet kan worden opgetrokken van delicten waarop tenminste een gevangenisstraf van 4 jaar geldt naar delicten waarvoor tenminste een gevangenisstraf van 6 jaar geldt.
- Ook dient ten aanzien van de in artikel 37a, 1^e lid, Sr. limitatief genoemde overige feiten nader te worden onderzocht of de mogelijkheid tot TBS noodzakelijk is.

- Het uitsluiten van de mogelijkheid van TBS in geval van veroordeling voor uitsluitend vermogensdelicten zou nader moeten worden onderzocht.
- De eis dat de rechter-commissaris het advies van een of meer deskundigen moet inwinnen alvorens hij een bevel tot observatie kan geven (art. 197, 1^e lid, Sv.) dient te worden geschrapt, omdat hierdoor in sommige gevallen extra -overbodige- rapportage nodig is, hetgeen ook vertraging kan opleveren in de afhandeling van de zaak. Met name in de evidente gevallen waarin een verdachte bijvoorbeeld weigert om zich te laten onderzoeken is het niet nodig dat de Rechter-commissaris eerst advies van deskundigen moet inwinnen. De rechter-commissaris zal ook zonder voorafgaand advies niet lichtvaardig een dergelijk bevel afgeven, terwijl de mogelijkheid van hoger beroep bij de rechtbank blijft bestaan. Bovendien blijkt dat in die gevallen dat hoger beroep tegen het bevel wordt ingesteld, dat zelden tot een andere beslissing te leiden.

Algemeen:

- Er dienen concreet uitgewerkte kwaliteitseisen te worden ontwikkeld voor de gedragskundige rapportage alsmede voor de gedragskundige rapporteurs pro justitia.
- De huidige registratie van gegevens in het kader van het monitorproject dient uitgebreid te worden van alleen de terbeschikkinggestelden naar alle verdachten over wie in een strafzaak is gerapporteerd.
- Er zou een protocol moeten komen om éénduidig om te gaan met het geven van een advies tot TBS met bevel tot verpleging en alle mogelijke veilige alternatieven eerst te overwegen. De rapporteurs dienen bij alle adviezen tot TBS met bevel tot verpleging expliciet te motiveren waarom bijvoorbeeld een behandeling als bijzondere voorwaarde of een TBS met voorwaarden onmogelijk is.

§5.2.2 resultaten literatuuronderzoek WODC

Ten behoeve van de beantwoording van de volgende twee vragen heeft de werkgroep het WODC verzocht een internationaal literatuuronderzoek te verrichten. Het volledige verslag van dit literatuuronderzoek treft u aan in bijlage IV.

deelvraag 12: Welke 'risk-assessment-methoden worden in het buitenland toegepast bij het vaststellen van het recidive-risico van plegers van ernstige geweldsmisdrijven bij wie ten tijde van het delict sprake was van zwakbegaafdheid of 'ziekelijke stoornis'.

Het WODC heeft een literatuuronderzoek¹⁰ gedaan naar de mogelijkheden van 'risk assessment' ten behoeve van het schatten van het recidive-risico bij verdachten van een strafbaar feit ten aanzien van wie in verband met de aard en de ernst van het delict een voorlichtingsrapport wordt opgemaakt en bij diegenen die tot TBS met verpleging zijn veroordeeld.

¹⁰ WODC-literatuuranalyse 'Mogelijkheden en beperkingen van de voorspelling van gevaar ten behoeve van het al of niet beëindigen van de tbs-behandeling' (Ed. Leuw, WODC, april 1998), zie bijlage IV.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat nog grote behoedzaamheid is geboden bij het gebruik van risk assessment instrumenten, aangezien ze alleen verantwoord kunnen worden toegepast als aanvulling op het klinische oordeel. Voorts is van belang dat in de recente theorievorming onderscheid wordt gemaakt tussen 'risk'- en 'need' assessment', welk onderscheid in grote lijnen correspondeert met niet- en wel manipuleerbare factoren. De werkgroep is van oordeel dat de toepassingsmogelijkheden van risk assessment instrumenten in ons land in het kader van de voorlichting nog slechts zeer beperkt zijn. Wellicht kunnen zij op den duur een aanvulling vormen op de klinische voorlichtingsrapportage van het Pieter Baan Centrum.

De werkgroep ziet thans meer mogelijkheden voor de toepassing van risk- en need-assessment-instrumenten met het oog op de taxatie van het risico van herhaling bij het verlenen van vrijheden, in het bijzonder van proefverlof, en de beëindiging van de maatregel.

Uit het hierna te bespreken NZI-onderzoek is gebleken hoe cruciaal deze taxatie van het recidive-risico is voor het verloop van de maatregel. In dat onderzoek wordt gewezen op het verband tussen de onzekerheden over het risico van herhaling enerzijds en de beslissing over het verlenen van vrijheden, de beantwoording van de vraag of het verder (intensief) behandelen zinvol is (de bepaling van het 'omslagpunt'), en het advies aan de rechter over het al dan niet beëindigen van de maatregel anderzijds.

Voorts zou door de toepassing van 'need assessment' instrumenten de basis kunnen worden gelegd voor een op 'handicaps' gerichte behandeling, waarbij eerst die tekorten worden weggewerkt welke het meest van belang zijn om de delictgevaarlijkheid tot aanvaardbare proporties terug te brengen.

Toepassing van risk- en need-assessment instrumenten zou daardoor een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de vergroting van de doelmatigheid van de behandeling. Het is daarom verheugend dat het TBS-veld reeds bezig is met het ontwikkelen van deze instrumenten¹¹. Nauwe samenwerking met de ggz en de universiteiten is hierbij van belang.

deelvraag 13: Welke rol kan de mate van behandelbaarheid van geestelijk gestoorde delinquenten spelen bij de reactie op het strafbare feit?

Uit het WODC-onderzoek zijn geen aanknopingspunten naar voren gekomen voor een wetenschappelijk gefundeerde onderbouwing van het criterium 'behandelbaarheid'. Voor een gefundeerd oordeel van de behandelbaarheid nog voordat de behandeling is aangevangen, als besliscriterium voor de rechter bij de keuze tussen TBS of gevangenisstraf, blijkt nog onvoldoende kennis voorhanden te zijn.

§5.3 beantwoording deelvragen met betrekking tot de behandelingsfase (1 tot en met 7) op basis van NZI-onderzoek

¹¹ In januari 1999 zullen naar verwachting de resultaten worden gepubliceerd van het onderzoek naar recidive-risicofactoren waaraan alle TBS-klinieken hebben meegewerkt. Bij diverse klinieken zijn risk assessment instrumenten in ontwikkeling.

Deelvraag 1: Welke categorieën patiënten kunnen bij opname in een TBS-instelling worden onderscheiden?

De werkgroep kan de discussie over de mogelijkheden tot voor de vraagstelling voor dit IBO onderzoek zinvolle categorisering van patiënten in de TBS-sector niet afsluiten met een eenduidig ja of nee. Er is voor geen van beide een volmondig ja of nee te geven. De bewijsvoering zou steviger moeten worden gemaakt. Daarvoor is onderzoek nodig, waarin gebruik wordt gemaakt van andere instrumenten.

Er is op twee manieren gekeken naar de vraag over patiëntencategorieën. Op een kwantitatieve en op een kwalitatieve manier. Er zijn uit deze twee wijzen van kijken argumenten ter bevestiging en ter ontkrachting van het bestaan van patiëntencategorieën binnen de TBS-populatie te destilleren. De situatie is op dit moment zo dat de weegschaal niet doorslaat naar één bepaalde kant. De werkgroep zet daarom de argumenten voor en tegen het onderscheiden van patiëntencategorieën op een rijtje.

Argumenten ter ontkrachting van het onderscheiden van patiëntencategorieën binnen de TBS-populatie:

- Er is in het directeurenberaad een poging gedaan tot categorisering die weinig heeft opgeleverd. Gezien de deskundigheid en kennis die daar aanwezig is zou men kunnen concluderen dat categorisering niet mogelijk is als het hen niet lukt tot een categorisering te komen.
- Er is tot nu toe weinig systematisch empirisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen groepen patiënten en de behandeling, de behandelduur en de behandelresultaten. De sector heeft tot nu toe kennelijk een andere manier van kijken naar patiënten gehad. Een blik die vooral gericht was op de organisatie van het aanbod van de zorg en de beveiliging.

Argumenten ter bevestiging van de mogelijkheid tot het categoriseren van patiënten binnen de TBS-populatie:

- Er is in de sector een pril begin gemaakt door de behandelaars en de begeleiders met een vorm van patiëntendifferentiatie. Maar deze differentiatie is voornamelijk gericht op de inhoud van de behandeling en de zorg en niet zo zeer op de relatie tussen patiëntencategorieën en de duur van de behandeling en de recidive. Er is een tendens gaande in de TBS-sector om steeds meer door empirisch onderzoek te kijken naar de effecten van behandeling en zorginterventies. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van Greeven (1997) naar de effecten van de behandeling bij bepaalde patiëntencategorieën. Daarmee wordt aangetoond dat door middel van systematisch onderzoek wel degelijk een aantal patiëntensubcategorieën kan worden onderscheiden en effecten van behandeling zijn aan te geven.

- Wanneer op basis van de bestanden met Basis Bewonersgegevens volgens de WARG-codes¹² een analyse wordt uitgevoerd (op een bestand van 788 TBS-gestelden), blijkt dat er wel degelijk groepen patiënten binnen de TBS-populatie zijn aan te geven die tevens goed aansluiten bij de praktijk kennis. Tussen de gevonden groepen en de behandelingsduur is echter geen (statistische) relatie aan te tonen. De gevonden groepen kunnen als volgt worden omschreven:
 - een groep met veel first offenders die een dodelijk delict plegen;
 - een groep die o.a. veel brandstichters bevat;
 - een groep met o.a. veel partnerdoders;
 - een groep met vooral plegers van seksuele delicten;
 - een groep met verslaafden;
 - een groep met personen die psychotische stoornissen vertonen.

Omdat dit een eerste onderzoek betreft, dienen de gevonden resultaten met enige reserve gepresenteerd en geïnterpreteerd te worden.

Naast de resultaten van de kwantitatieve analyse, blijken er in het veld ook ideeën te zijn over wat relevante patiëntenkenmerken zijn voor de differentiatie tussen groepen patiënten. Deze kenmerken komen zowel naar boven uit de bestudering van de literatuur, als uit de interviews in de casestudie. De kenmerken werden herkend in een toetsingsbijeenkomst met medewerkers van TBS-instellingen. Het zijn de volgende kenmerken: diagnose, delict, ontoerekeningsvatbaarheid, groepsgeschiktheid, motivatie, ongeoorloofd gedrag, gevoel van professionals, intelligentie, geslacht en fase in de behandeling (zie ook schema paragraaf 4.2 hoofdstuk 4 van onderzoeksrapport NZI in bijlage V). Ze zijn vergelijkbaar met de overwegingen die worden gebruikt om een patiënt op bepaalde afdelingen te plaatsen en daarmee een bepaalde differentiatie aan te brengen binnen de kliniek. Het onderscheiden van de kenmerken brengt overigens wel de aandacht voor de operationalisatie van een aantal kenmerken met zich mee.

Er zijn dus eigenlijk evenveel redenen om te zeggen dat patiëntencategorisering wel en niet mogelijk is. Maar er is aan de verschillende redenen geen gewicht toegekend. Op korte noch middellange termijn biedt een indeling in patiëntencategorieën de mogelijkheid om daaraan behandelduren te relateren. Op langere termijn is dat nog onduidelijk. Daarvoor is het nodig om structureel en systematisch onderzoek te doen naar de behandeling en effecten van de behandeling van TBS-patiënten en een verdere analyse uit te voeren van de patiëntencategorieën.

Deelvraag 2: Wat is de gemiddelde intramurale behandelingsduur van deze categorieën patiënten?

¹² WARG is afkorting van Werkgroep Afstemming Registratie Gegevens met als doel een operationele definiëring van vast te leggen basispatiëntgegevens bij opname in het TBS-circuit en verblijfsgegevens.

Uit de beschikbare data blijkt dat op basis van de huidige analyse van de Basis Bewonersgegevens volgens de WARG-codes, het niet mogelijk is om per onderscheiden patiëntengroep een uitspraak te doen over de verwachte behandelingsduur van die patiëntengroep. Op basis van iemands 'groepslidmaatschap' kan men geen voorspelling doen over iemands behandelingsduur. Dit zelfde geldt voor het hieraan gerelateerde begrip delictgevaarlijkheid.

Gezien het feit dat er op dit moment geen relatie kan worden aangetoond tussen het behoren tot een bepaalde categorie patiënten en de behandelingsduur is vervolgens geanalyseerd wat in het algemeen de gemiddelde duur is bij alle TBS-gestelden. Dus ongeacht hun groepslidmaatschap. De gemiddelde intramurale behandelingsduur (door het NZI gedefinieerd als de tijd tussen de opnamedatum in de eerste behandelingskliniek en de vertrekdatum uit de laatste behandelingskliniek. Daarop is de tijd van tussengelegen proefverloven in mindering gebracht¹³) is toegenomen van 5,0 jaar voor de in 1981 veroordeelden tot 5,8 jaar voor de in 1987 veroordeelden. Vanaf 1985 wordt de bepaling van de behandelingsduur beïnvloed door het feit dat een toenemend aantal TBS-patiënten nog in een der klinieken verblijft. Vanaf 1987 zijn bovendien TBS-patiënten met (zeer) lange behandelingsduren in deze cohorten nog niet uitgestroomd. Om een indruk te krijgen van het effect van de niet-uitgestroomden op de ontwikkeling van de gemiddelde behandelingsduur na 1987, is de gemiddelde intramurale behandelingsduur van de TBS-gestelden die in de periode 1981 tot en met 1989 zijn veroordeeld en nog steeds hun intramurale behandeling niet hebben afgesloten, in concreto 9,2 jaar, als schattingswaarde ingevoerd bij *alle* personen die nog steeds hun intramurale behandeling niet hebben afgesloten in de periode 1981 tot en met 1994. Wordt op basis van deze veronderstelling m.b.t. het effect van de niet-uitgestroomden een voorzichtige schatting gemaakt, dan lijkt het er op dat de behandelingsduur verder oploopt tot ca. zeven jaar. Vastgesteld moet worden dat reeds aan het begin van de jaren tachtig de intramurale behandelingsduur langer was dan steeds is geconcludeerd in studies die op uitstroomcohorten waren gebaseerd.

Deelvraag 3: Op welke termijn van de behandeling kan een valide oordeel worden geveld over de perspectieven met betrekking tot het recidivegevaar voor de onderscheiden categorieën patiënten?

Op deze vraag is op basis van de verzamelde gegevens geen concreet antwoord te geven. In eerste instantie omdat klinieken en behandelaars niet werken met algemeen erkende landelijke patiëntencategorieën en op de tweede plaats omdat de termijn waarop een oordeel en dan ook nog een valide oordeel geveld moet worden over het perspectief op recidivegevaar niet helder geduid kan worden door de behandelaars. Bovendien zijn er geen standaarden in gebruik die het vellen van een valide oordeel zouden kunnen vergemakkelijken. Er is door de behandelaars

¹³ Deze definitie wijkt af van de door de werkgroep gehanteerde definitie (§1.2.2). De reden waarom de werkgroep een andere definitie hanteert wordt in §6.4 uiteengezet.

wel een aantal opmerkingen en ideeën geuit met betrekking tot dit punt. Deze worden hieronder kort weergegeven.

Algemeen

De beantwoording van deze deelvraag hangt nauw samen met deelvraag 6 over een optimaal behandelresultaat. Een (valide) beoordeling van een optimaal behandelresultaat hangt volgens de behandelaars namelijk nauw samen met de inschatting van recidivegevaar. En juist de inschatting van recidive wordt als moeilijk beschouwd. Hierbij is het onderscheid tussen een individuele patiënt en een groep patiënten van belang. Per individuele patiënt maken professionals voor het verlengingsadvies een inschatting. Het inschatten van recidive is altijd een consensustraject van de betrokken professionals in de kliniek. Dit doen behandelaars ook en ondervinden daarbij tevens moeilijkheden, omdat een groot aantal onzekere factoren een rol speelt. Er is weinig standaardisatie voor een risico-assessment.

Om een inschatting van recidivegevaar te maken voor een hele patiëntengroep, zoals in de deelvraag is vermeld, vinden behandelaars over het algemeen onmogelijk.

Behandelaars krijgen bovendien weinig tot geen feedback over de recidive van hun eigen patiënten die hun kliniek hebben verlaten. Het reguliere WODC-onderzoek naar de recidive van de totale TBS-populatie, dat eens in de vijf jaar wordt gedaan en van belang is voor inzicht in het effect van de TBS-maatregel in zijn geheel, voorziet niet in recidivecijfers op instellingsniveau. Wel werd op ad hoc basis per kliniek het totale recidivecijfer van die betreffende kliniek ook wel eens onderzocht. De laatste tijd worden er op dit vlak meer structurele pogingen ondernomen door o.a. Pompekliniek, van der Hoevenkliniek en Veldzicht. Anderzijds is het gebrek aan feedback over recidive van patiënten te wijten aan onvoldoende afstemming en terugkoppeling met en van de onderzoeksafdelingen van de betreffende klinieken naar de behandelaars toe. Een constante en structurele terugkoppeling van welke interventies en onderdelen van de behandeling, welke effecten hebben op korte en lange termijn ontbreekt. Dat is nodig om een valide oordeel te kunnen vellen over de risico's van recidive en een optimaal behandelresultaat.

Longstay

In de studie van de casuïstiek van longstaypatiënten hebben de behandelaars per individuele longstaypatiënt de perspectieven aangegeven. De behandelaars geven aan dat zij voor al deze patiënten somber zijn gestemd als het gaat om het recidivegevaar en wel om een aantal redenen:

- chronische problematiek of onbehandelbaarheid, geen veranderingen in psychopathologie en recidivegevaar. De patiënten hebben geen ziekte-inzicht en het vermogen tot leren is gering;
- door het ontbreken van medewerking aan de behandeling (bijvoorbeeld coöperatie in de behandeling, slikken van medicatie);
- herhaling van het delict binnen en buiten de kliniek;
- er is geen sociaal netwerk aanwezig.

Het duurt veelal lang voordat behandelaars een (valide) oordeel over recidive kunnen geven.

Deelvraag 4: Hanteren behandelaars in het advies aan de rechter criteria voor de beëindiging van de behandeling van deze categorieën patiënten? Welke zijn dat of kunnen deze ontwikkeld worden?

De behandelaars hanteren in het advies aan de rechter geen gestandaardiseerde, helder omschreven en duidelijke criteria voor de beëindiging van de behandeling. Per individu wordt een verslag geschreven over het functioneren van de patiënt. Dit antwoord kan als volgt worden toegelicht:

Als het gaat om criteria voor beëindiging van de behandeling dan zijn er zowel landelijk als in de klinieken geen uniforme en gestandaardiseerde checklijsten aanwezig. De manier van onderbouwen is niet systematisch of uniform voor alle klinieken. In het advies aan de rechter wordt door de klinieken vaak een aantal situaties beschreven waaruit blijkt hoe de patiënt reageert. (De criteria die worden gehanteerd in het verlengingsadvies aan de rechter hangen nauw samen met de inschatting van het recidive gevaar. De werkgroep verwijst dan ook voor de beantwoording van deze vraag tevens naar deelvraag 3.) Wel hanteert het departement standaard vragen waaraan de verlofaanvragen, inclusief proefverlof wordt beoordeeld.

Uit de inventarisatie van de criteria die klinieken hanteren blijkt dat er overeenkomsten bestaan, maar dat klinieken ook verschillende accenten leggen. Naast het gevaar dat een patiënt oplevert of veroorzaakt, het persoonlijk en psychiatrisch toestandbeeld, wordt bijvoorbeeld meer of minder een accent gelegd op de maatschappelijke inbedding van een patiënt en bijvoorbeeld op zijn vaardigheden. De overeenkomsten kunnen gezien worden als een indicatie voor een mogelijkheid tot uniformiteit en standaardisering. Die stap lijkt gezien de resultaten voor de hand te liggen.

De criteria zijn overwegend van algemene aard en verschillen nauwelijks voor de te onderscheiden groepen patiënten. Twee van de zeven klinieken gaven aan dat er deels wel verschillende criteria worden gehanteerd voor de verscheidene groepen patiënten:

- Voor psychotici wordt met name gelet op medicatietrouw en op het felt of er afspraken te maken zijn met de patiënt. Bovendien wordt gekeken of er een alarmsignalenlijst is en of de patiënt daarnaar handelt (trekt hij zelf aan de bel?)
- Voor de groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen werd expliciet de volgende criteria benoemd: frustratietolerantie en kwaliteit van de relaties.

Ontwikkeling

Uit de beschrijving hierboven blijkt welke criteria de behandelaars op dit moment gebruiken. Aangezien uniformiteit en standaarden ontbreken met betrekking tot de wijze van rapporteren, de inhoud van het rapport en de systematische onderbouwing van het verlengingsadvies, is de werkgroep van mening dat, zeker gezien de ernst van de doelgroep waar het hierover gaat, er een ontwikkeling naar meer uniformiteit moet worden ingezet. Daarmee ontstaat niet alleen een

heldere basis om het advies te laten toetsen door de rechtbank, maar de patiënt heeft ook recht op een systematisch onderbouwd advies in plaats van een verlengingsadvies met een sterk individueel karakter.

Deelvraag 5: Hoe groot is de groep patiënten die de intramurale behandeling afrondt in de periodes zoals onderscheiden in de drie beleidsvarianten? Welke categorieën vallen daarbuiten? Hoe groot is deze groep en wat is de gemiddelde behandelingsduur in de resterende gevallen?

Allereerst dient opgemerkt te worden dat uit de analyse blijkt dat er een groot verschil bestaat tussen de huidige gemiddelde intramurale behandelingsduur en de termijnen die in de drie beleidsvarianten worden genoemd. Ten tweede is gebleken dat er geen (statistische) relatie is aangetoond tussen patiëntencategorieën en behandelingsduur.

Beleidsvariant ten hoogste drie jaar

Het percentage TBS-gestelden dat de intramurale behandeling afsluit na ten hoogste drie jaar, loopt terug van 28% van de in 1981 veroordeelden, tot 6% van de in 1989 veroordeelden. Er is dus sprake van een langere behandelingsduur voor een groep patiënten binnen de beschouwingsperiode 1981-1989. Vanaf 1993 lijkt er een zekere kentering op te treden en loopt het aantal beëindigde intramurale behandelingen weer op.

Beleidsvariant ten hoogste vier jaar

Na ten hoogste vier jaar sloot van degenen die in 1981 veroordeeld zijn, 43% de intramurale behandeling af. Dit percentage valt terug tot 13% voor de veroordeelden in 1989. Ook van deze groep neemt de behandelingsduur toe.

Verblijfsduren die buiten een beleidsvariant vallen

Na ten hoogste vijf jaar sloot van de in 1981 veroordeelden 58% de intramurale behandeling af. Van de in het jaar 1989 veroordeelden, is dit 30%. Ook hier is dus sprake van een langere behandelperiode.

Het percentage TBS-gestelden dat na acht jaar de intramurale behandeling nog niet heeft afgesloten, neemt toe van 13% voor de veroordeelden in 1981 tot ca. 45% voor degenen die in 1989 een TBS-veroordeling hebben gekregen.

Beleidsvariant gemiddeld drie jaar

Het lijkt erop dat het percentage TBS-gestelden dat na drie jaar de intramurale behandeling afsluit vanaf 1993 toe neemt. Maar een aanmerkelijk deel van de uitgestroomde cohorten valt nog onder de TBS-maatregel middels een proefverlof. Proefverloven kunnen worden ingetrokken waarna de intramurale behandeling weer doorloopt. Bovendien lijkt deze verandering zich niet voort te zetten na vier respectievelijk vijf jaar. Ook het aantal beëindigde TBS-maatregelen in de laatste drie jaren 1995-1997 biedt weinig aanknopingspunten voor de

veronderstelling dat de uitstroom uit de TBS toeneemt na een kortere behandelingsperiode. In deze jaren is het aantal beëindigde TBS-en telkens 65 per jaar geweest.

De schatting over een verwachte behandelingsduur van ca. zeven jaar voor TBS-gestelden die vanaf 1988 zijn veroordeeld, lijkt daarom niet te hoog te meer omdat van de vanaf 1987 veroordeelden nooit meer dan 45% de intramurale behandeling na zes jaar heeft afgesloten.

Delictkenmerken en behandelingsduur

Bovenstaande conclusies over de percentages patiënten in relatie tot de beleidsvarianten, roepen vragen op over kenmerken van de huidige TBS-gestelden binnen de vier varianten. In het instroomcohortonderzoek is alleen informatie over het delictkenmerk beschikbaar. Daaruit blijkt dat ingeval van geweld tegen personen (bedreiging, letsel, dodelijke afloop) de behandelingsduur langer is (5,6 á 5,9 jaar) dan bij enkel materiële schade (4,1 jaar). Dit laatste kan deels worden verklaard uit het feit dat bij enkel materiële schade de duur van de TBS maximaal 4 jaar bedraagt (art. 38 e Sr.) Seksueel delinquenten hebben de langste behandelingsduur (6,3 á 6,9 jaar).

Het onderzoek "Instroom en capaciteit in de TBS-sector" van Leuw¹⁴ geeft inzicht in de mogelijke oorzaken van de toenemende gemiddelde behandelingsduur (zie ook §4.4.1).

Deelvraag 6: Kan voor de gevonden categorieën patiënten worden aangegeven bij het vigerende behandelbeleid op welk moment in de behandeling een optimaal behandelresultaat wordt bereikt en het recidivegevaar niet groter is dan bij een langere behandelingsduur. En hoe zou als dit niet mogelijk is, het behandelbeleid kunnen worden veranderd dat het wel mogelijk is?

Optimaal behandelresultaat

In voorspellende zin geven klinieken op dit moment aan het begin van de behandeling niet aan op welk moment een optimaal behandelresultaat zou kunnen worden bereikt. Noch voor een individuele, noch voor een groep patiënten. Er kunnen door de behandelaars alleen uitspraken achteraf gedaan worden, mits er een toetsing plaatsvindt van de recidive aan de geboden behandeling en behandelinginterventies. Maar dat gebeurt nog niet regelmatig. Een valide beoordeling van het behandelresultaat hangt volgens behandelaars nauw samen met de inschatting van het recidivegevaar. Voor de beantwoording van deze deelvraag verwijst de werkgroep dan ook naar de conclusies die bij deelvraag 3 zijn beschreven.

Uit de antwoorden van de behandelaars bij de bestudering van de patiëntencasuïstiek longstay (dat is overigens de enige categorie waarvan de casuïstiek is bestudeerd), blijkt dat het bij deze categorie patiënten mogelijk is om een omslagpunt in de behandeling aan te geven. Dat is het moment waarop de behandeling weinig meerwaarde heeft en het recidivegevaar niet groter wordt. De klinieken verschillen echter van mening over de vraag of het moment bekend was dat

¹⁴ Leuw, E., Instroom en capaciteit in de TBS-sector, WODC, 1998.

de omslag heeft plaatsgevonden en over de termijn waarop ze een dergelijke uitspraak kunnen doen.

Aanpassing behandelbeleid

De inschatting van het recidivegevaar en daarmee van een optimaal behandelresultaat gebeurt door middel van een consensustraject en is moeilijk. Een aantal klinieken is in verschillende stadia bezig om op een planmatige en methodische manier ook dit deel van de zorg vorm te geven. Om de inschatting van een optimaal behandelresultaat op bredere schaal mogelijk te maken, moet er nog veel werk verzet worden. De TBS-klinieken zouden, meer nog dan nu al het geval is, moeten expliciteren, meer met protocollen moeten gaan werken, en op een methodische wijze hun interventies en de effecten daarvan gaan vastleggen. Zodoende komt een duidelijk volgsysteem per patiënt tot stand, waardoor inzicht ontstaat op de effecten van verschillende interventies zowel op de korte als de lange termijn. Deze gegevens zouden ook tussen de klinieken onderling moeten worden uitgewisseld.

Overigens onderkennen de TBS-klinieken deze noodzaak tot het verbeteren van de behandeling en het zichtbaar maken van het behandelresultaat ook. Het veld heeft in het kader van het onderhevig onderzoek zelf vier alternatieven voor een meer efficiënte en effectieve intramurale behandeling uitgewerkt. Het zijn de volgende alternatieven:

- behandeling vóór opname: bij psychosepatiënten zo snel mogelijk medicatie starten;
- intern volgsysteem: verder ontwikkelen behandelprotocollen (structureren en systematiseren);
- verkorten procedures: procedure bij proefverlof, verkorten diagnose bij herselectie, verbetering logistiek rondom opname en ontslag;
- nieuwe voorzieningen: categorale woonvormen voor (ex) TBS-gestelden.

In de uitwerking van de vier beleidsmodulen voor het optimaliseren van de behandeling en de behandelingsduur heeft het veld veel creativiteit getoond. De beleidsmodulen zijn door het veld zelf uitgewerkt en in de rapportage van het NZI integraal opgenomen (zie bijlage III, hoofdstuk 7). De besparingen in de behandelingsduur zijn door het veld geschat. De werkelijke consequenties moeten nog verder worden doorberekend en getoetst. De besparing van 20% op de behandeltime door het werken met behandelprotocollen is volgens de werkgroep bijvoorbeeld aan de optimistische kant gezien ervaringen in andere sectoren.

Ondanks de kanttekening bij de genoemde alternatieven is de werkgroep van mening dat de kracht van de uitgewerkte beleidsmodulen zit in het aantal mensen uit het veld dat zich in de genoemde alternatieven kan vinden. Daar zit dus energie om samen iets aan de lange behandelingsduur te doen. En vooral die gezamenlijke bereidheid is van belang. Zeker gezien het feit dat er ondanks de geringe grootte van de sector er op dit moment weinig tot niet wordt samengewerkt (en samen wordt nagedacht), om een aantal gezamenlijke problemen in de sector daadwerkelijk op te lossen.

Deelvraag 7: Welke (niet) bestaande vervolgvorzieningen op het terrein van Volksgezondheid en Justitie zijn noodzakelijk voor de gevonden categorieën patiënten om het (verbeterde) functioneren van de patiënt in stand te houden en de kans op recidive te minimaliseren?

Het antwoord op deze deelvraag wordt gegeven op basis van de gegevens die zijn verzameld in de interviews in de casestudie (zie bijlage 3 van rapport NZI “Verantwoord beperken”, pagina 115 voor lijst klinieken waarvan behandelaars en directeurs zijn geïnterviewd).

De ideeën over vervolgvorzieningen die nodig zijn (ongeacht de categorie waartoe een patiënt behoort) zijn niet echt vernieuwend. Ze zijn al eerder bedacht of er wordt nu reeds gebruik van gemaakt. Het zijn bijvoorbeeld woningen in de stad op of het terrein van de kliniek, RIBW'S, FPA'S, een voorziening voor thuis- en daklozen en (intramurale en semimurale) voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en een polikliniek. Voor de groep longstaypatiënten zijn vooral intensieve zorgvoorzieningen nodig binnen het forensische psychiatrische circuit.

De voorzieningen die worden genoemd zijn vooral oplossingen voor knelpunten die bij de doorstroming worden ondervonden. Als knelpunten worden genoemd: geringe samenwerking, terughoudendheid van de vervolgvorzieningen om juist deze groep patiënten op te nemen door onvoldoende deskundigheid over en bekendheid met TBS-patiënten.

Het zijn dan ook niet zozeer nieuwe voorzieningen die nodig zijn om een optimale behandelresultaat te realiseren. De sector heeft meer transparantie nodig, meer systematisch onderzoek naar effectiviteit van bepaalde behandeling en interventies. De sector heeft ook nieuwe werkwijzen nodig, meer samenwerking tussen de klinieken onderling en meer samenwerking en deskundigheidsbevordering van professionals buiten het TBS-circuit die op een gegeven moment ook met de groep ex TBS-gestelden te maken krijgen.

§5.4 conclusie

De werkgroep heeft in §3.2 geconstateerd dat de gemiddelde behandelingsduur van de TBS-populatie veel langer blijkt te zijn dan de 5 jaar zoals tot nog toe verondersteld en dat deze nog steeds toeneemt.

Voorts constateert de werkgroep dat het op basis van de huidige stand van de wetenschap niet mogelijk is gebleken categorieën patiënten vast te stellen die zich van elkaar onderscheiden in de mate van het recidivegevaar in relatie tot ziekte en/of stoornis.

Het onderzoek geeft geen aanknopingspunten om op verantwoorde wijze, d.w.z. zonder geweld te doen aan de door de MR geformuleerde randvoorwaarde dat het recidivegevaar niet mag verslechteren, voorwaarden te formuleren, waaronder de intramurale behandelingsduur van tot TBS met verpleging kan worden beperkt tot 3 à 4 jaren.

Een mogelijkheid om tot een verkorting van de intramurale behandelingsduur te komen is TBS-gestelden na 3 of 4 jaar intramurale onder te brengen in zogenoemde long stay instellingen. Hierbij moet het volgende worden aangetekend:

- belang patiënten

Aan het op grote schaal onderbrengen van patiënten in long stay afdelingen na een behandeling van 3 of 4 jaar zitten onder andere ethische bezwaren. Voor een deel van deze patiënten zal in de huidige situatie immers na 5, 6 of meer jaren behandeling de TBS-maatregel kunnen eindigen. Zouden patiënten echter na 3 of 4 jaar zonder onderscheid naar een behandelintensieve setting van long stay afdelingen worden overgeplaatst, dan zal het perspectief op beëindiging van de maatregel wellicht aanzienlijk minder rooskleurig zijn. Daarbij rijst overigens de vraag of de rechter onder zulke condities de TBS-maatregel zal blijven verlengen.

- kosten

Betwijfelt kan worden of het op grote schaal onderbrengen van patiënten in long stay afdelingen na een behandeling van 3 of 4 jaar op langere termijn tot wezenlijke besparingen leidt. Het is namelijk niet denkbeeldig dat de lagere verpleegkosten teniet zullen worden gedaan door het langere verblijf in de TBS, omdat er door de beperkte behandelmogelijkheden in een long stay afdeling minder perspectief op beëindiging op korte termijn van de maatregel bestaat.

Een ander mogelijkheid is het op grote schaal behandelen van patiënten in transmurale of ggz-voorzieningen. Deze variant brengt evenwel teveel veiligheidsrisico's met zich mee.

Slotconclusie van de werkgroep is derhalve dat de centrale vraag van het kabinet niet beantwoord kan worden. De werkgroep kan niet aangeven onder welke voorwaarden de intramurale behandelingsduur kan worden beperkt. De drie in de taakopdracht genoemde varianten zijn vooralsnog niet op verantwoorde wijze te realiseren.

Tegen deze achtergrond heeft de werkgroep alternatieve voorstellen ontwikkeld, waarin grofweg twee sporen kunnen worden onderscheiden.

Het eerste spoor bestaat uit maatregelen die er op zijn gericht de noodzakelijke rationalisering van de sector te bevorderen.

Het tweede spoor bestaat uit maatregelen die kunnen bijdragen tot vergroting van de efficiency van de TBS en op den duur ook tot beperking van de behandelingsduur.

Deze twee sporen worden in hoofdstuk 6 uitgewerkt.

Hoofdstuk 6 mogelijke maatregelen voor rationalisering van de TBS-sector en verbetering van de efficiency van de TBS

§ 6.1 inleiding

In hoofdstuk 4 zijn knelpunten in het TBS-proces beschreven met betrekking tot de wetenschappelijke fundering van de behandelmethodieken en informatievoorziening, de toegang tot de TBS en de efficiency. In paragraaf 5.2 worden voorstellen gedaan die kunnen bijdragen aan de oplossing van de gesignaleerde knelpunten met betrekking tot de 'toegang tot de TBS'. In dit hoofdstuk doet de werkgroep voorstellen voor een twee-sporenbeleid dat enerzijds is gericht op de noodzakelijke rationalisatie van de TBS-sector (§6.2) en anderzijds op de verbetering van de efficiency (§6.3). De werkgroep acht beide sporen van gelijk belang voor de oplossing van de gesignaleerde knelpunten.

§ 6.2 maatregelen met betrekking tot de wetenschappelijke fundering van behandelmethodieken en de informatievoorziening

In paragraaf 4.2 heeft de werkgroep geconstateerd dat de systematische en sectorbrede registratie van relevante gegevens over patiënten en behandelingen (nog) onvoldoende van de grond is gekomen. Dit is niet alleen een essentiële voorwaarde voor de ontwikkeling van de gewenste wetenschappelijke inzichten, maar ook voor de aansturing van het veld.

Daarom is het noodzakelijk dat er op zo kort mogelijke termijn binnen het veld overeenstemming wordt bereikt over de te registreren gegevens met betrekking tot de diagnostiek en de behandeling. Deze gegevens dienen op één punt geregistreerd te worden.

Gegeven de constatering dat er weinig wetenschappelijk getoetste, essentiële kennis van o.a. de relatie tussen groepen patiënten en de behandeling, de behandelduur en de behandelresultaten bestaat, beveelt de werkgroep aan dat er op korte termijn door het veld in samenwerking met het departement een concreet uitvoeringsplan wordt ontwikkeld teneinde te waarborgen dat de noodzakelijke wetenschappelijke inzichten zo spoedig mogelijk worden verworven.

In dit kader verdient het aanbeveling de nu nog decentrale programmering en sturing van de activiteiten op het gebied van het wetenschappelijke onderzoek van de afzonderlijke klinieken meer gecoördineerd in onderzoeksprogramma's tot stand te laten komen. Daardoor ontstaan betere voorwaarden voor een optimale inzet van de beschikbare onderzoekscapaciteit van het gehele TBS-veld, hetgeen een impuls geeft aan het wetenschappelijke onderzoek op het gebied van de forensische psychiatrie. Ook de programmering en aansturing van de onderzoeksactiviteiten dient met het oog op de gewenste gecoördineerde aanpak centraal plaats te vinden. Het daadwerkelijke onderzoek kan door de onderzoeksafdelingen van de klinieken uitgevoerd (blijven) worden.

De werkgroep meent dat het centrale instituut dat wordt belast met genoemde functies de rol van een expertisecentrum ten dienste van het veld en het departement zou moeten krijgen. Voorwaarde voor het slagen van het expertisecentrum is dat hiervoor voldoende draagvlak binnen het veld bestaat. Dit draagvlak kan worden bevorderd door het veld en het departement gezamenlijk verantwoordelijk te maken voor de aansturing en de financiering van dit expertisecentrum.

Een van de onderwerpen dat met voorrang om nader onderzoek vraagt is de taxatie van het recidiverisico. Uit het NZI-onderzoek is gebleken dat de inschatting van het recidiverisico een belangrijke rol speelt bij de beslissing of verder intensief behandelen zinvol is en het advies aan de rechter over het al dan niet beëindigen van de maatregel.

Het toepassen van 'risk assessment' instrumenten zou in dat opzicht een waardevolle aanvulling kunnen zijn op het klinische oordeel over de kans op herhaling. De beschikbaarheid van deze wetenschappelijk getoetste instrumenten zal naar verwachting een positieve bijdrage kunnen leveren aan de beperking van de intramurale behandelingsduur. Het is daarom verheugend dat het TBS-veld reeds bezig is met het ontwikkelen van deze instrumenten. Nauwe samenwerking met de ggz en de universiteiten is hierbij evenwel van belang.

§6.3 maatregelen ter vergroting van de efficiency

§6.3.1 inleiding

In §4.4.2 onderkent de werkgroep een drietal belangrijke knelpunten met betrekking tot de in-, door- en uitstroom. Hieronder geeft de werkgroep aan welke mogelijkheden zij ziet tot verbeteringen op deze punten.

§6.3.2 Verruiming wettelijke mogelijkheden voor gedragsstructurering binnen het APZ

De werkgroep is van mening dat de druk op de TBS-klinieken vermoedelijk zal afnemen wanneer de APZ-en meer juridische mogelijkheden krijgen om (ex-)TBS-patiënten op te nemen in een structurerende omgeving binnen het kader van vrijwillige opname in het APZ. Nader dient te worden gezien op welke wijze deze mogelijkheden het beste kunnen worden vergroot.

§6.3.3 intensievere samenwerking met vervolgvoorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten

De efficiency van de TBS-sector is er bij gebaat indien de behandeling van patiënten, waarvoor de zeer sterke beveiliging van de intramurale TBS niet meer noodzakelijk is, zo snel mogelijk binnen een minder behandelintensieve en minder beveiligde setting kan worden gecontinueerd. Daarbij kan worden gedacht zowel aan ggz-voorzieningen (bijvoorbeeld apz, fpa, ribw) als extramurale voorzieningen die door klinieken zelf zijn ontwikkeld. Een aanzienlijk deel van de patiënten blijft echter aangewezen op een verblijf in een vervolgvoorziening. Door een nauwe(re) samenwerking met vervolgvoorzieningen kan bereikt worden dat eerder en

meer TBS-patiënten in die voorzieningen kunnen worden opgenomen. De positieve ervaringen van sommige TBS-klinieken pleiten voor een voortvarende vorming van zogenaamde zorgcircuits in de gehele sector. Dit zijn regionale samenwerkingsverbanden van zorgvoorzieningen die door hun nauwe afstemming in staat zijn een sluitende 'keten' van zorg te bieden. Ook zouden klinieken hun behandelbeleid meer systematisch moeten richten op een zo spoedig mogelijke doorstroom naar minder intensieve voorzieningen.

Voor zover extra capaciteit noodzakelijk blijkt te zijn zouden de bij het regeerakkoord beschikbaar gestelde middelen voor de uitbreiding van de TBS-capaciteit hiervoor (deels) aangewend kunnen worden. Ook is het van belang dat de uitbreiding van de FPA-capaciteit met 84 plaatsen, waartoe het vorige kabinet besloten heeft, in voldoende mate beschikbaar is voor (ex-)TBS-gestelden.

§6.3.4 introductie prikkels die een doelmatige behandeling stimuleren

In het IBO-rapport "Doelmatig behandelen" wordt geconstateerd dat er onvoldoende incentives zijn die doelmatig behandelen bevorderen. Onder andere worden de volgende maatregelen voorgesteld:

1. differentiatie tarieven naar groepen patiënten en behandelfasen
2. normering duur behandelfasen
3. centrale indicatie- en selectie door MI
4. beginsel van omgekeerde bewijslast

Door de introductie van een bekostigingsmodel, gebaseerd op deze maatregelen, zou volgens "Doelmatig behandelen" het kostenbewustzijn van klinieken kunnen worden vergroot, omdat de tarieven beter zouden aansluiten bij de werkelijke kosten die verbonden zijn aan de behandeling van de diverse groepen patiënten. De differentiatie van de tarieven naar zorgzwaarte wordt momenteel onderzocht in het kader van de COTG-tarifiering. Uit dit onderzoek zullen naar verwachting drie tarieven voortvloeien. Die zullen betrekking hebben op de klinische fase, de transmurale fase en het longstay-verblijf. Een ander voordeel van COTG-tarieven is dat aansluiting wordt gevonden bij de tarieven in de volksgezondheidssector. Dit zal een bijdrage kunnen leveren aan een betere doorstroom naar ggz-instellingen.

Door normering van de duur van de behandelfasen, in combinatie met een omgekeerde bewijslast dat langer behandelen nodig is, zouden ook de mogelijkheden om behandelingen onbepaald te continueren worden verminderd. Immers, klinieken zouden bij overschrijding van de norm moeten aantonen dat een bepaalde patiënt in een bepaalde behandelfase een langere behandeling vergt.

De werkgroep komt op grond van de resultaten van het NZI-rapport echter tot de conclusie dat het onzeker is of en zo ja, wanneer het bekostigingsmodel zoals in 'Doelmatig behandelen' is voorgesteld het beoogde effect zal kunnen sorteren. De daarvoor noodzakelijke kennis van groepen patiënten ontbreekt. Volgens het NZI-onderzoek "bieden patiëntencategorieën op middellange termijn in ieder geval geen mogelijkheid om de behandelingsduur te verkorten. Op

langere termijn is dat nog onduidelijk.” Ook het vaststellen van normduren voor de afzonderlijke behandel fasen zal naar verwachting pas na langer durende monitoring mogelijk zijn.

Daarnaast vraagt de werkgroep zich af of de uit ‘Doelmatig behandelen’ voortvloeiende gescheiden verantwoordelijkheden van het MI en de behandelklinieken met betrekking tot de diagnose en (her-)indicatie in de praktijk werkbaar zullen blijken te zijn. De grote mate van autonomie die klinieken van oudsher hebben ten aanzien van de diagnose, indicatiestelling en behandeling van patiënten zal ingeperkt worden als het MI het laatste woord krijgt (in adviserende zin) over de (her-)indicatie en tevens beoordeelt of klinieken terecht van de norm afwijken (in het kader van de omgekeerde bewijslast). De werkgroep acht het aannemelijk dat de verschillende belangen van het MI en de behandelklinieken, in combinatie met het feit dat indicatiestellingen altijd een zekere mate van onzekerheid zullen bevatten, leiden tot langdurige en daardoor kostbare onderhandelingsituaties over individuele patiënten. Gegeven de kennisvoorsprong die behandelklinieken hebben over het functioneren van een patiënt in hun kliniek, is het niet denkbeeldig dat de behandelklinieken uiteindelijk aan het langste eind trekken in deze situaties. Indien dit op grote schaal gebeurt is het de vraag of de incentives, die dit bekostigingsmodel beoogt te bewerkstelligen, daadwerkelijk zullen optreden.

Met het oog op de gewenste vergroting van de doelmatigheid heeft de werkgroep een pakket maatregelen ontwikkeld, dat is samengesteld uit:

1. *normering van de (gemiddelde) intramurale behandelingsduur in combinatie met de invoering van (financiële) incentives om overschrijding van de norm te bevorderen en een overschrijding van de norm te voorkomen;*
2. *vervanging van het huidige systeem van selectie- en indicatiestelling door een zodanig systeem van toewijzing van TBS-gestelden dat vergelijkbare populaties totstandkomen. Zo'n systeem is een belangrijke voorwaarde voor het normeren van de gemiddelde behandelingsduur en maakt los daarvan vergelijking van prestaties mogelijk;*
3. *het leggen van de behandelverantwoordelijkheid bij klinieken direct vanaf het moment dat maatregel van kracht wordt. Dit vereist dat TBS-gestelden zo spoedig mogelijk na oplegging van de maatregel aan een kliniek worden toegewezen.*

In een bekostigingsmodel waarin klinieken meer afgerekend worden op hun prestaties (gemiddelde behandelingsduur) is het van belang dat er voldoende waarborgen zijn dat het realiseren van de prestatienorm niet ten koste van de kwaliteit van de behandeling gaat. Dat laatste zou ook tot gevolg kunnen hebben dat de veiligheid van de maatschappij in het geding komt.

Daarom acht de werkgroep het van belang dat er een traject wordt ingezet dat is gericht op waarborging van de kwaliteit van de TBS in de toekomst. Ten behoeve van kwaliteitsbevordering en bewaking kan worden gedacht aan de oprichting van een centraal expertise- en kenniscentrum, waarin de functies monitoring, deskundigheidsbevordering en onderzoek zijn

samengebracht (zie ook §6.2). Dit expertisecentrum kan binnen de bestaande financiële kaders worden gerealiseerd door reallocatie van o.a. bij de afzonderlijke klinieken bestaande onderzoeksbudgetten en het budget dat nu wordt aangewend voor de grotendeels vervallende indicatie- en selectiefunctie van het MI.

Ad 1 Normering van de gemiddelde intramurale behandelingsduur in combinatie met (financiële) incentives om onderschrijding van de norm te bevorderen en overschrijding van de norm te voorkomen

In het afwachting van het (eventueel) op termijn beschikbaar komen van normduren voor de afzonderlijke behandelfasen van de te onderscheiden categorieën patiënten, kan de *gemiddelde intramurale behandelingsduur* van de totale TBS-populatie als norm worden genomen. Immers, de klinieken zullen door de introductie van een systeem van toewijzing dat leidt tot vergelijkbare populaties, een populatie hebben die een afspiegeling is van de totale TBS-populatie. Deze niet-gedifferentieerde intramurale behandelingsduur kan op dit moment berekend worden.

Verwacht wordt dat normbekostiging op basis van de huidige gemiddelde intramurale behandelingsduur het kostenbewustzijn van klinieken zal vergroten. Klinieken zullen door de financiële incentives die uit deze normbekostiging voortvloeien worden gestimuleerd zich voortdurend af te vragen of de baten van het voortzetten van de intensieve intramurale behandeling opwegen tegen de kosten van de behandeling. De werkgroep verwacht dat de gemiddelde behandelingsduur hierdoor op den duur zal afnemen.

Als ondersteuning van de klinieken bij de afweging of, en zo ja met welke intensiteit de voortzetting van de intramurale behandeling bij een bepaalde patiënt zinvol is, kan worden gedacht aan de introductie van een (intercollegiale) deskundigentoetsing¹⁵ na drie jaar intramurale behandeling. De doelstelling van de toetsing is het ondersteunen van de klinieken bij afwegingen ten aanzien van het al dan niet voortzetten van de intramurale behandeling. De toetsing heeft derhalve geen primaire relatie met de rechtspositie van de TBS-gestelde. Tegen adviezen van de toetsingscommissie behoeft daarom geen 'beroepsprocedure' open te staan.

Het advies van deze (intercollegiale) toetsingscommissie in een relatief vroeg stadium kan een bijdrage zijn voor kwaliteitsverbetering en een hulpmiddel zijn voor klinieken om overschrijdingen van de normduur te voorkomen. Een tussentijdse toets dwingt tot een tijdige en zorgvuldige bezinning op de vraag of voortzetting van de intramurale behandeling nog gerechtvaardigd is gezien de perspectieven van een patiënt. Aan de hand van de uitkomsten van deze toetsing kunnen klinieken besluiten de behandeling op een andere wijze qua intensiteit of toegepaste

¹⁵ Deze toets is geïnspireerd door de regeling van artikel 509o, vierde lid, van het Wetboek van Strafvordering, die de verplichting kent de rechter te voorzien van een onafhankelijk multidisciplinair deskundigenadvies bij een verlengingszitting waarbij de duur van de TBS met verpleging de 6 jaar, of een veelvoud daarvan, te boven zal gaan. Er is echter een essentieel verschil, aangezien het bij de in dit rapport gesuggereerde deskundigentoetsing niet gaat om de toetsing van de noodzaak tot voortzetting van de maatregel, maar om een intercollegiaal deskundigenadvies aan de

methodiek in de eigen kliniek voort te zetten, dan wel na te gaan of herselectie (al dan niet met het oog op plaatsing in een longstay-afdeling) in de rede ligt.

Verder zou de (intercollegiale) toetsingscommissie een functie kunnen krijgen bij de beoordeling van de noodzaak van herselecties. Alhoewel in de voorgestelde variant het uitgangspunt is dat de klinieken in gelijke mate in staat moeten zijn om alle TBS-gestelden te behandelen (met uitzondering van de hierna aangeduide specifieke groepen), kan het overplaatsen van patiënten naar een andere kliniek wenselijk zijn in situaties waar sprake is van potentiële chronici of patiënten waarvan de behandeling in een langdurige impasse is geraakt. Het bestaande beleid ten aanzien van chronische patiënten is dat patiënten, na zonder succes twee intramurale behandelingscycli te hebben ondergaan in *verschillende* klinieken, in beginsel als chronisch kunnen worden beschouwd. Bij de (intercollegiale) toets na drie jaar zou expliciet bekeken kunnen worden of er (mogelijk) sprake is van een chronische patiënt.

Ad 2 vervanging van het huidige systeem van selectie- en indicatiestelling door een zodanig systeem van toewijzing van TBS-gestelden dat vergelijkbare populaties totstandkomen

Het huidige systeem van selectie- en indicatiestelling kan worden vervangen door een zodanig systeem van toewijzing dat vergelijkbare populaties ontstaan. De selectie- en indicatiestelling wordt nu uitgevoerd door het MI. Mede op basis van gesprekken met deskundigen uit het veld is de werkgroep tot de conclusie gekomen dat in brede kring de indruk heerst dat de huidige zeven weken durende selectieprocedure onvoldoende toegevoegde waarde heeft.

De werkgroep is van mening dat het realiseren van vergelijkbare populaties mogelijk kan worden gemaakt door aselechte toewijzing. Zij kan niet uitsluiten dat andere, niet aselechte methoden eveneens tot vergelijkbare populaties van klinieken kunnen leiden.

Aselechte toewijzing houdt in dat zo spoedig mogelijk nadat de rechter de maatregel heeft opgelegd, de patiënten door het ministerie van Justitie aselekt dienen te worden toegevoegd aan de wachtlijst van een behandelingskliniek. Hierbij wordt rekening gehouden met het aantal behandelingsplaatsen van elke kliniek. De aselechte toewijzing dient transparant en toetsbaar te zijn, opdat het aselechte karakter van de toewijzing gewaarborgd is. Voorkomen moet worden dat zelfs de schijn kan bestaan dat de ene kliniek “lichtere” patiënten krijgt toegewezen dan de andere.

Een beperkt aantal groepen patiënten zou uitgezonderd moeten worden vanwege de specifieke beveiligings- of behandelingseisen. In dit verband denkt de werkgroep aan de extreem vlucht- en beheersgevaarlijke patiënten en de verstandelijk gehandicapten (IQ lager dan 80). Wat betreft de extreem vlucht- en beheersgevaarlijke patiënten is de werkgroep van mening dat de minister van Justitie verantwoordelijk dient te zijn voor de beoordeling of een patiënt tot deze uitzonderingscategorie behoort. Indien voor aselechte toewijzing wordt gekozen, is het wenselijk

administratie over de zinvolheid van een langere intramurale behandeling. Het oogmerk is hier met name de

dat het veld zelf (bijvoorbeeld binnen een jaar) beargumenteerd aangeeft welke groepen patiënten (nog) niet aselekt kunnen worden toegewezen. Pas als er groepen patiënten kunnen worden onderscheiden die verschillen in zorgzwaarte kan ook bepaald worden hoeveel toewijzingen (gegeven de evt. onderscheiden groepen) minimaal jaarlijks noodzakelijk zijn om volgens de regels van de statistiek te kunnen spreken van een zuiver aselechte verdeling. Op dit moment kunnen geen groepen patiënten worden onderscheiden die verschillen in zorgzwaarte.

De aselechte toewijzing heeft een aantal belangrijke voordelen:

- de populaties van klinieken worden optimaal onderling vergelijkbaar. Dit biedt perspectieven voor het vergelijken van prestaties van klinieken onderling. Klinieken die minder goed presteren (in termen van recidive, gemiddelde behandelingsduur, ratio onttrekkingen/aantal (on-)begeleide verloven) zullen sneller geneigd zijn tot zelfanalyse en zich minder kunnen verschuilen achter het argument dat hun populatie zwaarder is dan bij beter presterende klinieken. De werkgroep verwacht dat deze onderlinge vergelijkbaarheid klinieken ook zal stimuleren om van elkaar te leren en gezamenlijk naar oplossingen te zoeken.
- de observatieplaatsen bij het MI waar nu TBS-gestelden 7 weken worden geobserveerd in het kader van de selectiefunctie, worden ingezet als behandelplaats. Op deze wijze kan op relatief korte termijn extra TBS-capaciteit worden gecreëerd. De dagprijzen van deze behandelplaatsen zijn bovendien lager dan de dagprijzen van gesubstitueerde observatieplaatsen.

De advisering over de selectie van de patiënten die tot de grove uitzonderingsgroepen behoren kan plaatsvinden aan de hand van de voorlichtingsrapportages van de Forensisch Psychiatrische Diensten en het Pieter Baan Centrum. Deze zullen aan dit punt specifieke aandacht moeten besteden. Zonodig kan aanvullende informatie worden verkregen uit rapportage van het verblijf in de penitentiaire inrichting of door middel van ambulante rapportage.

- er hoeft niet te worden gewacht op de lange en nog onzekere weg van de categorisering van patiënten op basis van behandelinhoudelijke criteria. Uit het NZI-onderzoek is gebleken dat de wetenschappelijke inzichten op dit punt nog beperkt zijn.
- de behandelverantwoordelijkheid voor een bepaalde patiënten kan snel worden toegedeeld aan een behandelkliniek. Er hoeft niet meer te worden gewacht op de uitkomst van het selectieproces in het MI.

Aan het systeem van aselechte toewijzing is onlosmakelijk verbonden de voorwaarde dat klinieken toegewezen patiënten niet mogen weigeren. Zonder deze acceptatieplicht bestaat immers het risico dat klinieken de in hun ogen 'moeilijke' patiënten zullen weren, met als gevolg dat de populaties van klinieken onvoldoende vergelijkbaar zijn.

Uit een enquête onder de klinieken blijkt dat enkele klinieken een beperkt aantal aanvullende maatregelen zullen moet treffen om een aselechte populatie te kunnen behandelen en de

veiligheid te kunnen garanderen. Welke maatregelen dit precies zijn zal moeten blijken uit een *aanvullende* enquête onder de klinieken die momenteel uitgevoerd wordt. Een van de aandachtspunten in dit kader is de positie van de Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's). De FPK's richten zich nu nog vooral op de behandeling van as-I stoornissen. Bovendien richten FPK's zich op een bredere doelgroep dan TBS-gestelden. Indien er voor wordt gekozen om FPK's te betrekken bij de aselechte toewijzing dan zal voor deze instellingen waarschijnlijk een overgangssituatie noodzakelijk zijn. In deze overgangsperiode kunnen de FPK's de noodzakelijke maatregelen treffen om toegerust te zijn op de behandeling van een aselechte toegewezen populatie.

Ad 3 Het leggen van de behandelverantwoordelijkheid bij de klinieken direct vanaf het moment dat de maatregel van kracht wordt

In de huidige situatie vallen TBS-passanten onder de verantwoordelijkheid van de penitentiaire inrichtingen waar ze verblijven. Tijdens dit verblijf in een HvB vallen de passanten derhalve buiten de verantwoordelijkheid van TBS-klinieken. Dit heeft tot gevolg dat TBS-passanten gedurende hun wachttijd voor opname in een TBS-kliniek geen behandeling of verpleging kunnen krijgen. Behandeling en verpleging kunnen wettelijk noch feitelijk worden geboden door penitentiaire inrichtingen. De werkgroep stelt voor om de TBS-klinieken reeds vanaf het ingaan van de passantentermijn verantwoordelijk te maken voor de behandeling van de hun toebedeelde TBS-patiënten. Dit wordt mogelijk gemaakt door een snelle toewijzing direct vanaf het moment dat de maatregel van kracht wordt. Door ook de wachttijd van de TBS-passant mee te wegen bij de bepaling van de prestatie van een kliniek op het punt van de gemiddelde intramurale behandelingsduur zal klinieken er naar verwachting veel aan gelegen zijn om de wachttijd voorafgaand aan de feitelijke opname zo goed mogelijk te benutten of er naar te streven deze wachttijd zoveel mogelijk te bekorten. Ook de klinieken zelf verwachten dat het in een zo vroeg mogelijk stadium aanvangen van de behandeling kan leiden tot een verkorting van de behandelingsduur in de behandelingskliniek.

Door reeds in de passantentijd te beginnen met bijvoorbeeld medicatie, motivatie en stabilisatie, kan de verslechtering van de geestelijke conditie worden tegengegaan en de overgang vanuit het penitentiaire klimaat naar de op behandeling gerichte setting in de klinieken worden vergemakkelijkt. Ook kan reeds de (aanvullende) diagnose worden gesteld, waardoor er sneller kan worden beoordeeld in welke gevallen de patiënt toch nog kan doorstromen naar de GGZ of naar een eigen extramurale plaats. Klinieken kunnen hiervoor bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden aangaan met een GGZ-instelling.

In alle gevallen blijft, mede gelet op de Beginselenwet Gevangeniswezen (en per 1 januari 1999 de Penitentiaire Beginselenwet), de bestuurlijke verantwoordelijkheid van een penitentiair directeur voor een TBS-passant in tact tot het feitelijke moment van vertrek van de passant uit de penitentiaire inrichting. Dit is bijvoorbeeld ook het geval met het thans lopende experiment

met een poli-klinische interventie (op vrijwillige basis) bij passanten in een penitentiaire inrichting.

§6.4 Voorwaarden voor een succesvolle introductie van het alternatieve besturings- en bekostigingsmodel

De werkgroep heeft hierboven de hoofdlijnen geschetst voor een alternatief besturings- en bekostigingsmodel dat naar haar mening de basis kan vormen voor een meer efficiënte TBS. Het model heeft niet de pretentie een blauwdruk te zijn, maar beoogt richting te geven de toekomstige inrichting, aansturing en financiering van de TBS. Bij de implementatie van dit model dient met de hierna volgende aspecten rekening te worden gehouden.

- Het overgrote deel van de TBS moet aselekt kunnen worden toegewezen. De resultaten van de enquetes onder de klinieken zullen meer duidelijkheid verschaffen. Gezien de resultaten van het NZI-onderzoek is het onwaarschijnlijk dat klinieken kunnen bewijzen dat bepaalde groepen patiënten (anders dan de eerder genoemde grove groepen) niet behandeld kunnen worden in hun kliniek.
- De klinieken dienen voldoende beveiligd te zijn voor de (aselecte) opname van alle soorten TBS-gestelden. Nader bekeken moet worden of in dit opzicht aanpassingen noodzakelijk zijn. Overigens is de werkgroep van mening dat beveiliging niet alleen kan worden afgemeten aan de gebouwelijke beveiligingsgraad. De meer indirecte beveiliging samenhangende met onder andere de interne organisatie, de vertrouwensband van personeel met de TBS-gestelden en de sfeer kan van even groot belang zijn.
- De exacte normduur moet nog worden vastgesteld. Daarbij is van belang de vraag welke definitie van intramurale behandelingsduur wordt gehanteerd. Op basis van de definitie zoals door het NZI gehanteerd zal deze intramurale behandelingsduur zoals eerder gezegd circa 7 jaar bedragen. Deze definitie is *inclusief* chronische patiënten en *exclusief* de passantentijd. In tegenstelling tot deze definitie is de definitie van de werkgroep (zie §1.2.2) *exclusief* de chronische patiënten en *inclusief* de passantentijd. De reden om de chronische patiënten niet mee te rekenen is m.n. gelegen in het feit dat voor deze patiënten in het kader van het beleid met betrekking tot voortdurend delictgevaarlijken een apart regime gaat gelden. Bovendien zou reeds een beperkt aantal van deze patiënten een grote invloed kunnen hebben op de gemiddelde intramurale behandelingsduur van de gehele populatie van een kliniek. Op zich goede prestaties van een kliniek voor het overgrote deel van de populatie zouden daardoor teniet gedaan kunnen worden. Wat betreft de passanten is in de vorige paragraaf aangegeven dat het meewegen van de wachttijd van de TBS-passant bij de bepaling van de prestatie van een kliniek er toe zal leiden dat klinieken de wachttijd voorafgaand aan de feitelijke opname zo goed mogelijk zullen benutten of deze wachttijd zoveel mogelijk zullen bekorten. Op dit moment is op basis van de beschikbare informatie nog niet met zekerheid vast te stellen welk effect de chronici en de passanten *precies* hebben op de gemiddelde intramurale behandelingsduur.

- De herselecties mogen niet leiden tot een afschuifproces dat het systeem van aselechte toewijzing ondermijnt. Dat pleit voor zo min mogelijk herselecties. Van de andere kant zijn herselecties noodzakelijk om het onlangs van kracht geworden beleid met betrekking tot long-stay patiënten mogelijk te maken. Dit houdt in dat (potentiële long-stay) patiënten eerst twee behandelcycli zonder voldoende resultaat in *twee verschillende* klinieken moeten hebben doorlopen, voordat ze in aanmerking kunnen komen voor opname in een long-stay inrichting. Een logische consequentie hiervan is dat herselecties noodzakelijk zijn. Herselecties staan echter op gespannen voet met het systeem van aselechte toewijzing. *Zonder nadere beperkingen* zal het voor klinieken met het oog op de prestatienorm immers aantrekkelijk zijn om zoveel mogelijk 'moeilijke' patiënten voor herselectie aan te bieden. Dit kan een omvangrijk en inefficiënt herselectieproces tot gevolg hebben. De vraag is hoe de herselecties, die geen betrekking hebben op een potentiële long-stay patiënt, kunnen worden geminimaliseerd. Overigens kan worden opgemerkt dat in de huidige constellatie helemaal geen grenzen zijn gesteld aan het herselecteren van patiënten.

Een mogelijkheid is om eenmaal toegewezen patiënten te laten meewegen in de prestatie van een kliniek totdat (1) de TBS-maatregel (voorwaardelijk) wordt beëindigd of (2) de patiënt de status van chronicus verkrijgt. De (tussengelegen) proefverloven worden niet meegerekend. Dit is overeenkomstig de door de werkgroep gehanteerde definitie van intramurale behandelingsduur. In deze optiek kunnen klinieken weliswaar naar eigen inzicht herselecteren, maar daar staat tegenover dat herselecties geen positieve of negatieve gevolgen hebben voor de prestatie van de desbetreffende kliniek. Op die manier wordt voorkomen dat een kliniek om strategische overwegingen het instrument herselectie gebruikt. Deze weg dwingt klinieken er toe op zuiver inhoudelijke gronden te overwegen of herselectie noodzakelijk is. Klinieken zullen er voor waken om zoveel mogelijk 'moeilijke' gevallen voor herselectie aan te bieden, omdat ze na herselectie geen invloed meer hebben op voortgang van 'hun' patiënt terwijl deze wel blijft meewegen in de prestatie van de kliniek. Daar waar klinieken overtuigd zijn te maken te hebben met een (potentiële) long-stay patiënt, zullen ze (moeten) kiezen voor herselectie. Het mogelijk als nadeel ondervonden gegeven dat de kliniek na herselectie is 'overgeleverd' aan de prestatie van een andere kliniek weegt niet op tegen de dreiging dat een potentiële long-stay patiënt onnodig de prestatie van de kliniek negatief beïnvloed. Bovendien zal de geselecteerde patiënt voor de opnemende kliniek meetellen als nieuwe opname die gewoon meetelt in de prestatiemeting. De opnemende kliniek heeft er om die reden ook belang bij om deze geselecteerde patiënt voortvarend te behandelen. Een ander voordeel van deze variant is de transparantie; de momenten waarop een patiënt niet langer meer meetelt in de prestatie van een kliniek zijn duidelijk vast te stellen en te controleren.

Deze variant biedt enerzijds goede waarborgen tegen mogelijk strategisch herselectiegedrag dat de werking van het in de vorige paragraaf op hoofdlijnen beschreven aansturings- en bekostigingsmodel ondermijnt en vormt anderzijds geen belemmering voor de noodzakelijke herselectie in verband met het long-stay beleid. De werkgroep geeft daarom in overweging

om in ieder geval deze variant¹⁶ te betrekken bij de noodzakelijke verdere uitwerking ten behoeve van de implementatie.

- Het doel van de financiële prikkels is dat de instelling verantwoordelijk wordt gemaakt voor het financieel beheer, zodat een overschrijding of onderschrijding van de norm ten laste respectievelijk ten bate van het instellingsbudget komt. De mix van positieve en negatieve prikkels moet zodanig zijn dat enerzijds het gewenste gedragseffect wordt gerealiseerd (verhoging kostenbewustzijn klinieken en realiseren prestatienorm) en anderzijds de veiligheid van de maatschappij niet in het gedrang komt.

De nadere uitwerking van de bekostigingsmethodiek dient in ieder geval te voldoen aan de volgende eisen:

1. De bekostigingsmethodiek moet het gewenste gedragseffect bevorderen *zonder* dat klinieken die ondermaats presteren als gevolg van de financiële korting in een vicieuze cirkel terechtkomen. Hiermee wordt bedoeld dat moet worden voorkomen dat een kliniek zoveel wordt gekort dat de kliniek niet meer in staat is om de noodzakelijke prestatieverbetering in het volgende jaar te realiseren.
 2. De bekostigingsmethodiek dient eenvoudig en controleerbaar te zijn. Klinieken moeten in staat zijn om gedurende een begrotingsjaar aan de hand van de voortgangsrapportages in te schatten in hoeverre de prestatienorm zal worden gehaald. Duidelijk moet zijn welke financiële consequenties de (vermoedelijke) realisatie zal hebben, zodat (eventueel) zo snel mogelijk maatregelen kunnen worden getroffen o.a. in de sfeer van kostenreductie.
- Er moet een balans worden gevonden tussen de rechtspositie van de TBS-gestelde en het systeem van aselechte toewijzing. In de wet is namelijk opgenomen dat de minister bij de plaatsing van TBS-gestelden een tweetal aspecten betreft. In de eerste plaats de eisen die de bescherming van de maatschappij tegen de TBS-gestelde stelt en in de tweede plaats de eisen die de behandeling van de TBS-gestelde stelt. In het geval van het systeem van aselechte toewijzing (plaatsing) rijst de vraag of de minister nog wel beide aspecten in acht neemt om de inrichting te bepalen waarin betrokkene zal worden opgenomen.
Er van uitgaande dat er in het systeem van aselechte toewijzing nog wel sprake is van enige vorm van selectie (bijvoorbeeld zwakzinnigen en extreem vlucht- of beheersgevaarlijken) zou gesteld kunnen worden dat de minister voldoende rekening houdt met genoemde aspecten. In die optiek zou geen wetswijziging noodzakelijk zijn. Aan de andere kant is dat wel een tamelijk minimalistische invulling. Het risico hiervan is dat bij het (deels) loslaten van de

¹⁶ Een tweede mogelijkheid is het begrenzen van het aantal toegestane herselecties, tot een bepaald percentage van het aantal eerste opnames in een kliniek in een jaar. Idealiter zou dat percentage overeen moeten stemmen met het percentage TBS-patiënten dat in een long-stay inrichting terecht komt. Een nadeel van deze optie is dat het aantal noodzakelijke herselecties vooraf niet of nauwelijks is vast te stellen. Bovendien bestaat het gevaar dat de norm 'self fulfilling' wordt; klinieken die op inhoudelijke gronden bijvoorbeeld geen reden hebben om het gehele quorum te gebruiken, zullen wellicht toch het maximale aantal herselecties benutten. Vanuit concurrentieperspectief zou een kliniek zichzelf benadelen door niet maximaal het toegestane quorum te benutten.
Een derde mogelijkheid bestaat uit een bonus/malus-systeem dat 'onterechte' herselecties onaantrekkelijk maakt. Er zijn vele manieren om dit systeem inhoud te geven. Deze kunnen variëren van het betalen van 'herselectietarieven' per herselectie tot strafkorting (achteraf) voor iedere herselectie die uiteindelijk *niet* leidt tot opname in een long-stay inrichting. Deze laatste vorm van het bonus/malus-systeem heeft als voordeel dat (achteraf gebleken) noodzakelijke herselecties niet worden gestraft. Nadeel van een bonus/malus-systeem is het feit dat moeilijk te bepalen is hoe hoog de bonus/malus moet zijn om het gewenste gedragseffect te bereiken. Een ander nadeel van een bonus/malus-

huidige selectiecriteria de beroepscommissie zelf criteria gaat ontwikkelen waaraan getoetst zal worden. Hierdoor kan het voorgestelde systeem van selecteren worden gefrustreerd. Om dit te voorkomen lijkt het aangewezen om het voorgestelde selectiesysteem in de wet neer te leggen.

- De ministeriële verantwoordelijkheid mag niet uitgehold worden; evenmin mag de uitoefening van de ministeriële verantwoordelijkheid de concurrentiepositie van de klinieken onderling nadelig beïnvloeden. Wat betreft de eerste voorwaarde heeft het alternatieve model geen negatieve gevolgen voor de positie van de minister van Justitie. Zijn bevoegdheden en mogelijkheden tot ingrijpen worden niet beperkt. Wat betreft de concurrentiepositie kan worden gesteld dat in theorie de kans aanwezig is dat een kliniek financieel benadeeld wordt als gevolg van ingrijpen door het ministerie van Justitie. Daarbij moet worden gedacht aan het afwijzen van verzoeken om (begeleid) verlof en proefverlof. Volgens deze gedachtelin zou een kliniek financieel 'gestraft' kunnen worden zonder dat de kliniek daar invloed op kan uitoefenen. Deze onzekerheid kan echter worden gerelativeerd. In de eerste plaats hoeft het ministerie van Justitie in de praktijk maar in zeer beperkte mate in te grijpen (naar schatting in 3-5% van de verzoeken). In de tweede plaats is het aannemelijk dat ingrepen evenwichtig verspreid over alle klinieken plaatsvinden. In dat geval is het nadeel voor iedere kliniek gelijk. In de derde plaats kan ingreep ook gezien worden als een criterium voor de kwaliteit van het 'product' dat klinieken afleveren. Klinieken die relatief vaak geconfronteerd worden met een ingreep voldoen blijkbaar niet aan de kwaliteitseisen die het ministerie van Justitie stelt. Dat dit (financiële) consequenties heeft is verdedigbaar.

-0-

geraadpleegde literatuur

Leuw, E., 'Instroom en capaciteit in de TBS-sector', WODC, 1998.

Leuw, E., literatuuranalyse 'Mogelijkheden en beperkingen van de voorspelling van gevaar ten behoeve van het al of niet beëindigen van de TBS-behandeling', WODC, 1998.

Werkgroep 'Doelmatig behandelen', interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem Forensisch Psychiatrische Hulpverlening, Financiën, begrotingsvoorbereiding 1996.

Van Vliet, J.A, 'Morgen gaat het beter, beter, beter...', Ministerie van Justitie, 1998.

bijlagen

I. wet- en regelgeving

In deze bijlage wordt een beschrijving gegeven van de voor deze IBO relevante huidige wettelijke regeling voor oplegging en verlenging van de maatregel van terbeschikkingstelling (TBS). Het verdient melding dat de wettelijke regeling met ingang van 2 oktober 1997 wijziging heeft ondergaan. Daar waar relevant wordt verwezen naar de oude wettelijke regeling. Tevens wordt kort ingegaan op de maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en andere mogelijkheden om strafrechtelijk ingeslotenen het GGZ-circuit¹⁷ te plaatsen.

Straffen en maatregelen:

In het Wetboek van Strafrecht worden straffen en maatregelen onderscheiden. Straffen zijn de gevangenisstraf, hechtenisstraf, onbetaalde arbeid ten algemenen nutte en de geldboete. Strafrechtelijke maatregelen zijn onttrekking aan het verkeer van voorwerpen, ontneming van het wederrechtelijk verkregen voordeel, de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en TBS.

Oplegging TBS:

In het Wetboek van Strafrecht worden de criteria aangegeven wanneer de maatregel van TBS kan worden opgelegd (artikelen 37 tot en met 38l Sr). TBS kan worden opgelegd ten aanzien van verdachten bij wie tijdens het begaan van het strafbare feit sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Het gaat hier om personen die niet of in verminderde mate toerekeningsvatbaar zijn verklaard.

Niet voor ieder strafbaar feit kan, indien van het voorgaande sprake is, TBS worden opgelegd. Er dient sprake te zijn van een misdrijf waarop naar wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld (en een aantal met name genoemde strafbare feiten), en (cumulatief) de veiligheid van anderen dan de verdachte dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van de TBS vereist.

De rechter kan slechts een TBS opleggen indien hij beschikt over een advies van twee gedragsdeskundigen (waaronder een psychiater). De wet voorziet in een regeling waardoor het mogelijk is ten aanzien van een verdachte die weigert aan een onderzoek door de gedragsdeskundigen mee te werken, toch een TBS op te leggen.

Voorwaarden of bevel tot verpleging:

Het opleggen van een TBS dient altijd gepaard te gaan met ofwel het stellen van voorwaarden ofwel het geven van een bevel tot verpleging van overheidswege (artikel 38 Sr resp. 37b Sr).

¹⁷ Met GGZ-circuit wordt in dit kader bedoeld op instellingen die geen aanwijziging als TBS-inrichting hebben (zie ook noot 2).

Een bevel tot verpleging van overheidswege kan gegeven worden indien de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dit vereist. Het geven van TBS met bevel tot verpleging van overheidswege houdt in dat betrokkene opgenomen zal worden in een TBS-inrichting.¹⁸ Indien de rechter geen bevel tot verpleging geeft, stelt hij naast de TBS voorwaarden ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. Deze voorwaarden dienen het gedrag van de TBS-gestelde te betreffen. Deze voorwaarden kunnen zeer divers zijn. Doorgaans wordt in ieder geval reclasseringscontact bepaald. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld vormen van ambulante of intramurale behandeling (niet in TBS-inrichtingen) als voorwaarde worden gesteld. Te denken valt aan het volgen van een behandeling bij een psychiater, het gedogen dat er medicijnen worden toegediend, of het zich laten opnemen in een GGz-voorziening. Een TBS met voorwaarde kan slechts worden opgelegd indien de verdachte zich bereid heeft verklaard de voorwaarden na te leven.

Combinatie met gevangenisstraf:

Naast een TBS met bevel tot verpleging kan de rechter een gevangenisstraf opleggen. Indien hij dit doet kan hij een advies geven over het moment van aanvang van de TBS (artikel 37b, tweede lid, Sr). De executievolgorde is: eerst de vrijheidsstraf, dan de TBS. In de (ministeriële) Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en TBS (op 2 oktober 1997 in werking getreden) wordt bepaald dat bij dergelijke vonnissen de veroordeelde nadat hij 1/3-deel van de vrijheidsstraf heeft ondergaan, in beginsel naar het TBS-circuit zal worden overgebracht. De regeling geeft enkele criteria op grond waarvan van dit beginsel zowel naar voren als naar achteren kan worden afgeweken. In het laatste geval dient de veroordeelde in ieder geval op de datum van vervroegde invrijheidstelling (na 2/3-deel van de straf) in een justitiële TBS-inrichting te worden opgenomen.

Ook naast TBS met voorwaarde kan de rechter een gevangenisstraf opleggen. Deze kan volgens de wet evenwel niet langer duren dan drie jaren. De executievolgorde is ook hier eerst de gevangenisstraf en daarna de TBS. De voornoemde ministeriële regeling geldt niet ten aanzien van deze combinatie.

Duur en verlenging van de TBS:

De maatregel van TBS wordt voor een periode van twee jaar bevolen (artikel 38d Sr). De maatregel kan door de rechter met één of twee jaren worden verlengd, indien de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dat vereist. De maximale duur van de TBS is vier jaar, tenzij de TBS is opgelegd ter zake van een misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen (artikel 38e Sr). Deze laatste categorie betreft het merendeel van de gevallen waarin TBS wordt opgelegd. In deze gevallen kan de TBS onbeperkt door de rechter worden verlengd,

¹⁸ Hieronder worden begrepen de door de minister van Justitie aangewezen TBS-inrichtingen. Dat zijn de zogenaamde justitiële TBS-inrichtingen (deze worden door Justitie in stand gehouden c.q. gesubsidieerd) of niet-justitiële TBS-inrichtingen (die ressorteren onder de financiële verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS).

maar wel telkens met één of twee jaren. Het criterium voor verlenging hier is dat de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen (geen goederen) dat vereist. De verlenging van de TBS door de rechter geschiedt op vordering van het openbaar ministerie. Naast de vordering dient daartoe een advies van een psychiater (bij TBS met voorwaarden) of de TBS-inrichting (bij TBS met bevel tot verpleging) te worden overgelegd. Voorts dienen de wettelijke aantekeningen omtrent de lichamelijke en geestelijke toestand van de TBS-gestelde aan de rechter te worden overgelegd (artikel 509o Sv). Indien de TBS de duur van zes jaren teboven gaat dient daarnaast nog een onafhankelijk multidisciplinair gedragsdeskundig advies te worden overgelegd (artikel 509o, vierde lid, Sv).

De verlenging van de TBS wordt bevolen door de rechtbank waar de veroordeling plaatsvond. De TBS-gestelde kan hoger beroep gaan bij de penitentiaire kamer van het Gerechtshof te Arnhem.

Wijze van beëindiging van de TBS:

De TBS met voorwaarde dan wel met bevel tot verpleging kan in de eerste plaats eindigen door tijdsverloop. Indien door het openbaar ministerie geen vordering tot verlenging wordt ingediend is hiervan sprake. Zoals hiervoor reeds aangegeven kan de TBS in tijd gemaximeerd zijn. Het gaat hier om de TBS met voorwaarden en de TBS met bevel tot verpleging indien deze niet terzake van een geweldsmisdrijf is opgelegd. In deze gevallen duurt de TBS maximaal vier jaren en kan nadien niet meer verlengd worden.

Voorts kan de rechter ter verlengingszitting bepalen dat de TBS niet zal worden verlengd. In dat geval eindigt de TBS eveneens door tijdsverloop.

Met de wetswijziging die 2 oktober 1997 in werking trad heeft de rechter naast de beslissing om (met één of twee jaren) te verlengen, of niet te verlengen de mogelijkheid gekregen om het bevel tot verpleging onder het stellen van voorwaarden te beëindigen (artikel 38g Sr). Voorheen was deze bevoegdheid neergelegd bij de minister van Justitie, doch die heeft slechts in een enkel geval van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

De beslissing tot voorwaardelijke beëindiging van de verpleging kan bij gelegenheid van een verlengingszitting worden uitgesproken. De rechter kan deze beslissing nemen op vordering van het openbaar ministerie, op verzoek van de TBS-gestelde dan wel diens raadsman of ambtshalve. De maatregel van TBS loopt tijdens de voorwaardelijke beëindiging van het bevel tot verpleging door. De TBS kan in deze gevallen slechts met één (en dus niet met twee) jaar worden verlengd. Bovendien is bepaald dat de periode van voorwaardelijke beëindiging maximaal drie jaren kan duren. Nadien kan geen verlenging meer worden bevolen en eindigt de TBS door tijdsverloop (artikel 38j, tweede lid, Sv).

De voorwaarden die gesteld kunnen worden bij de beëindiging van het bevel tot verpleging dienen (zoals hiervoor aangegeven bij de TBS met voorwaarden) het gedrag van de verpleegde te betreffen en kunnen ook hier zeer divers zijn (artikel 38g, tweede lid, Sr).

Een laatste mogelijkheid van beëindiging van de TBS met bevel tot verpleging is het verlenen van gratie bij Koninklijk Besluit (artikel 558 Sv). In tegenstelling tot de oude regeling is de minister van Justitie niet meer bevoegd de maatregel te beëindigen.

Alsnog geven van een bevel tot verpleging en hervatting van de verpleging:

De wet voorziet in een mogelijkheid om de voorwaarden bij een TBS met voorwaarden en bij de voorwaardelijke beëindiging van het bevel verpleging te wijzigen (versoepelen of aanscherpen) dan wel alsnog resp. wederom een bevel tot verpleging te geven. Ook deze beslissing kan alleen op vordering van het openbaar ministerie door de rechter worden genomen. Bij deze vordering dient de nodige rapportage te worden overgelegd die een dergelijke beslissing kunnen rechtvaardigen. Een multidisciplinair gedragsdeskundig rapport is niet vereist (artikel 38c Sr).

Verlof en proefverlof:

Aan een TBS-gestelde met bevel tot verpleging die in een TBS-inrichting is opgenomen kan verlof of proefverlof worden verleend. De regeling hierover is opgenomen in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt, artikel 50 en 51) en het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt, artikelen 53 tot en met 61). De regeling komt kortweg op het volgende neer.

Aan een verpleegde kan verlof worden verleend indien het hoofd van de TBS-inrichting van oordeel is dat de gevaarlijkheid van de verpleegde dusdanig is verminderd dat het verantwoord is hem met verlof te laten gaan. Voordat het hoofd van de TBS-inrichting een dergelijke beslissing neemt, dient hij daartoe te worden gemachtigd door de minister van Justitie. In het Rvt worden verschillende vormen van verlof onderscheiden, nl. begeleid verlof, semi-begeleid verlof, groepsverlof, onbegeleid verlof zonder overnachtingen, onbegeleid verlof met één of twee overnachtingen en onbegeleid verlof met meer dan twee overnachtingen. Voor het verlenen van elke soort verlof dient een machtiging van de minister te worden gevraagd. Het verlof dat geheel buiten de inrichting wordt doorgebracht kan wettelijk maximaal drie maanden duren. Deze termijn kan slechts éénmaal met een periode van drie maanden worden verlengd.

De volgende stap richting de maatschappij wordt gevormd door het proefverlof. Bij proefverlof verblijft de TBS-gestelde niet meer in de TBS-inrichting, maar in de vrije maatschappij (dan wel is (in het kader van de aan het proefverlof te stellen voorwaarden) in een GGz-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis of RIBW) opgenomen. Het proefverlof is niet gemaximeerd in duur. Een TBS-gestelde van wie het proefverlof reeds één jaar heeft geduurd en in die periode geen verlengingszitting heeft plaatsgevonden, kan aan de rechter een verzoek doen het bevel tot verpleging onder het stellen van voorwaarden te beëindigen (zie hiervoor alsmede artikel 38h, eerste lid, Sr).

Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis:

Zoals onder "Straffen en maatregel" werd aangegeven bestaat tevens de maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37 Sr). Bij het opleggen van de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is vereist dat de verdachte volledig ontoerekeningsvatbaar is verklaard. Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis kan door de rechter worden bevolen bij ieder strafbaar feit indien de verdachte een gevaar is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Voordat de rechter deze maatregel kan opleggen dient hij

te beschikken over een multidisciplinair gedragsdeskundig rapport. De last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgelegd voor ten hoogste één jaar. De regels ten aanzien van de verdere tenuitvoerlegging van deze maatregel zijn opgenomen in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). In deze wet wordt voorzien in de mogelijkheid tot verlenging van de maatregel door de rechter op vordering van het openbaar ministerie. Anders dan de TBS kan deze maatregel worden opgeheven door de directeur van het psychiatrisch ziekenhuis indien hij van mening is dat de maatregel niet langer nodig is.

Andere mogelijkheden voor plaatsing van justitieel ingeslotenen naar het GGz-circuit/TBS-circuit:

De wet biedt op verschillende manieren mogelijkheden om personen die vanwege het plegen van een strafbaar feit zijn ingesloten te plaatsen in het GGz-circuit. Te noemen zijn de volgende modaliteiten:

- *Artikel 47 Gevangensmaatregel:*

In geval van krankzinnigheid of van ernstige besmettelijke ziekte kan een gedetineerde (zowel veroordeelden als preventief gehechten) door de minister tijdelijk naar een (psychiatrisch) ziekenhuis (niet een TBS-inrichting) worden overgebracht. De plaatsing vindt ofwel op vrijwillige basis plaats, ofwel gedwongen. In het laatste geval wordt een rechterlijke machtiging o.g.v. de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen gevraagd. Gedurende de plaatsing loopt de termijn van de justitiële titel van insluiting door.

Met de inwerkingtreding van de Penitentiaire beginselenwet (verwacht op 1 januari 1999) zal artikel 47 GM worden vervangen door artikel 15, vijfde lid, Pbw. De inhoud blijft ongewijzigd.

- *Artikel 13 Wetboek van Strafrecht jo 120 Gevangensmaatregel:*

Een onherroepelijk tot gevangenisstraf, hechtenis of vervangende hechtenis veroordeelde (en dus niet preventief gehechten) die wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens daarvoor in aanmerking komt, kan door de minister worden geplaatst in een justitiële TBS-inrichting, ter observatie of ter (verdere) tenuitvoerlegging van de straf. Deze overplaatsing kan tegen de wil van betrokkene geschieden. Er is voorzien in een beroepsmogelijkheid bij de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing.

- *Voorwaardelijke veroordeling tot een gevangenisstraf:*

Op grond van de artikelen 14a e.v. Wetboek van Strafrecht kan in geval van veroordeling tot gevangenisstraf of hechtenis de rechter bepalen dat de straf (of een gedeelte daarvan) niet zal worden ten uitvoer gelegd. De rechter stelt daarbij een proeftijd vast (maximale duur 3 jaar). Artikel 14c Sr geeft de rechter de mogelijkheid om bijzondere voorwaarden daarbij te bevelen. Deze kunnen inhouden dat betrokkene zich laat opnemen in een 'inrichting ter verpleging'. (Dit kan zowel een psychiatrisch ziekenhuis als een TBS-inrichting zijn. Dit laatste ligt niet voor de hand nu daarvoor de TBS met bevel tot verpleging is bestemd).

Tevens kan de rechter voorwaarden stellen die het 'gedrag van de veroordeelde betreffen'.

- *Schorsing van de voorlopige hechtenis onder het stellen van bijzondere voorwaarden:*
Ten aanzien van een voorlopig gehechte kan het bevel tot voorlopige hechtenis worden geschorst onder het stellen van voorwaarden (artikel 80 Wetboek van Strafvordering). Met deze voorwaarden dient de betrokkene in te stemmen. Deze voorwaarden kunnen inhouden dat betrokkene zich onder behandeling laat stellen. Dit kan opname in een GGz-instelling inhouden. Plaatsing in een TBS-inrichting is in deze modaliteit niet mogelijk.

Voorwaardelijke gratie van gevangenisstraf of TBS:

Een onherroepelijk tot gevangenisstraf, hechtenis of TBS met bevel tot verpleging veroordeelde kan gratie vragen (artikel 558 Sv). Gratie kan voor de gehele of een gedeelte van de straf worden verleend. Daarbij kunnen voorwaarden worden gesteld die het 'gedrag van de veroordeelde betreffen' (artikel 13 Gratiwet). Bij het stellen van voorwaarden wordt een proeftijd bepaald, die hoogstens 2 jaar kan duren.

II. inzicht in het beleidsterrein

inleiding:

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de soorten en aantallen forensische voorzieningen voor TBS-gestelden en de wijze van aansturing en bekostiging. Verder wordt aan de hand van een stroomschema kort het TBS-proces beschreven. Tenslotte worden kengetallen gepresenteerd met betrekking tot de in-, door- en uitstroom. Deze laatste geven inzicht in de capaciteitsproblematiek zoals kort aangestipt in de inleiding van dit rapport.

capaciteit, aansturing en bekostiging:

1. overzicht van beschikbare capaciteit van de diverse soorten forensisch psychiatrische voorzieningen in 1998¹⁹

	aantal plaatsen in 1998
particuliere TBS-klinieken	457
rijks TBS-klinieken	413 ²⁰
Forensisch Psychiatrische Klinieken	174
Forensisch Psychiatrische Afdelingen	124
Regionale Instellingen Begeleid Wonen	24
Forensisch poliklinische deeltijd-behandelplaatsen	72

2. aansturing van TBS-klinieken

De aansturing door het kerndepartement van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en de aansturing door DJI van de TBS-klinieken is gebaseerd op drie uitgangspunten, te weten (1) integraal management, (2) sturen op resultaat en (3) planning & control.

Ad 1. Integraal management

Het kerndepartement stuurt op hoofdlijnen en draagt zorg voor de vaststelling van de missie, de capaciteitsprognoses en de strategische planning. Ook worden bij mandaat bevoegdheden aan DJI toegekend. Binnen de door het kerndepartement vastgestelde kaders is het management van DJI verantwoordelijk voor zowel beleid als uitvoering, aangeduid met integraal management.

De directeurs van de inrichtingen zijn de integrale managers binnen de door DJI vastgestelde kaders. In de opdrachtformulering (bij Rijksklinieken) of het convenant (bij particuliere klinieken) wordt de formele opdracht aan de inrichting beschreven. In deze opdrachten of convenanten wordt o.a. beschreven welke producten de inrichtingen moeten leveren, hoeveel en aan welke kwaliteitseisen deze producten moeten voldoen.

¹⁹ begroting 1999 Justitie, kamerstuk 26200 VI, nr. 1, pagina 198.

Ad 2. Sturen op resultaat

Het kerndepartement stuurt op 'resultaat' in de vorm van managementafspraken over de door DJI te leveren producten in relatie tot de gerealiseerde kosten en afgesproken kwaliteit. Ook binnen DJI worden de diensten en inrichtingen aangestuurd door middel van taakstellende afspraken over de te behalen resultaten, de daarbij behorende middelen en opbrengsten. Het decentrale management is daarbij verantwoordelijk voor het realiseren van de gemaakte afspraken. Voorwaarde voor deze wijze van besturen is dat er helderheid bestaat over de gewenste resultaten, output en verwachtingen. Deze worden zoveel mogelijk uitgedrukt in meetbare gegevens.

Ad 3. Planning & control

De departementsleiding beoordeelt het jaarplan van DJI. Op basis daarvan verschaft het kerndepartement de benodigde middelen die met de uitvoering van het jaarplan zijn gemoeid. In de vorm van tussentijdse rapportages en een jaarverslag na afloop van het jaar legt DJI verantwoording af over de geleverde producten en de bestede middelen. Dit wordt de planning en control-cyclus genoemd. Deze sluit aan bij de begrotingscyclus.

De klinieken op hun beurt worden op vergelijkbare wijze aangestuurd door DJI. Ook de verantwoording vindt op vergelijkbare wijze plaats.

De overige voorzieningen (Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK), Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ), Regionale Instelling Beschermd Wonen (RIBW) en poliklinieken) zijn ggz-voorzieningen waarvoor de in de ggz-sector gebruikelijke aansturingssystematiek geldt. De Minister van Justitie blijft echter verantwoordelijk voor het verlof- en ontslagbeleid van TBS-gestelden die in deze voorzieningen verblijven.

3. bekostiging van TBS-klinieken

De budgetten van de TBS-klinieken worden verantwoord op de begroting van Justitie. Omdat de TBS-klinieken zijn aangewezen in het kader van de AWBZ, declareert het ministerie van Justitie 80% van de kosten bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Het budget voor zowel de rijks TBS-klinieken (uitgezonderd het Pieter Baan Centrum (PBC) en het dr. F.S. Meijers Instituut (MI)) als de particuliere klinieken wordt bepaald aan de hand van de systematiek van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Op basis van een aantal parameters (capaciteit open en gesloten, aantal verpleegdagen, aantal eerste opnames en aantal m2 vloeroppervlak) en daarvoor geldende vergoedingen (COTG-tarieven) wordt het budget van een kliniek vastgesteld. Het aldus tot stand gekomen budget wordt vervolgens gecorrigeerd voor een aantal niet-genormeerde kosten zoals kapitaallasten, energie en zakgeld. Bij de bepaling van het budget van rijksinrichtingen wordt geen rekening gehouden met de kapitaallasten voor de huisvesting. Dit vloeit voort uit het feit dat de gebouwen van de rijksklinieken onderdeel zijn van de rijkshuisvesting. De uitgaven voor

²⁰ Aantal inclusief Pieter Baan Centrum en Meijers Instituut.

de rijkshuisvesting worden verantwoord op de begroting van de Rijksgebouwendienst. Vanaf 1 januari 1999 zal de rijksgebouwendienst echter huren in rekening gaan brengen voor de huisvesting. Vanaf dat moment zullen de budgetten voor de rijksinrichtingen worden verhoogd overeenkomstig de huurlasten.

Het budget mag, met uitzondering van enige geormerkte onderdelen, vrij door de kliniek worden besteed voor de uitvoering van het kliniekbeleid. Eventuele over- of onderschrijdingen van het budget of substantiële afwijkingen van de afgesproken bezettingsgraad kunnen leiden tot bijstelling van het budget van het lopende en/of volgende begrotingsjaar.

Uit bovenstaande beschrijving blijkt dat de bestaande bekostigingsmethodiek geen directe relatie legt tussen het budget en de prestaties van een kliniek in termen van toegestane (gemiddelde) behandelingsduur. Het maakt voor het budget van een kliniek niet uit of de behandelingsduur van een patiënt kort of lang is; de behandelingsduur is geen voor het budget relevante parameter. Indirect bevat de huidige financieringsmethodiek wel een stimulans ter bevordering van de doorstroom van patiënten naar minder intensieve plaatsen. 10% van de formele capaciteit van een kliniek wordt namelijk tegen een open tarief gefinancierd. Dit bevordert dat klinieken, afhankelijk van de uitstroom uit de open gefinancierde plaatsen, patiënten laten doorstromen van een intensieve behandelplaats naar een minder intensieve, open gefinancierde plaats.

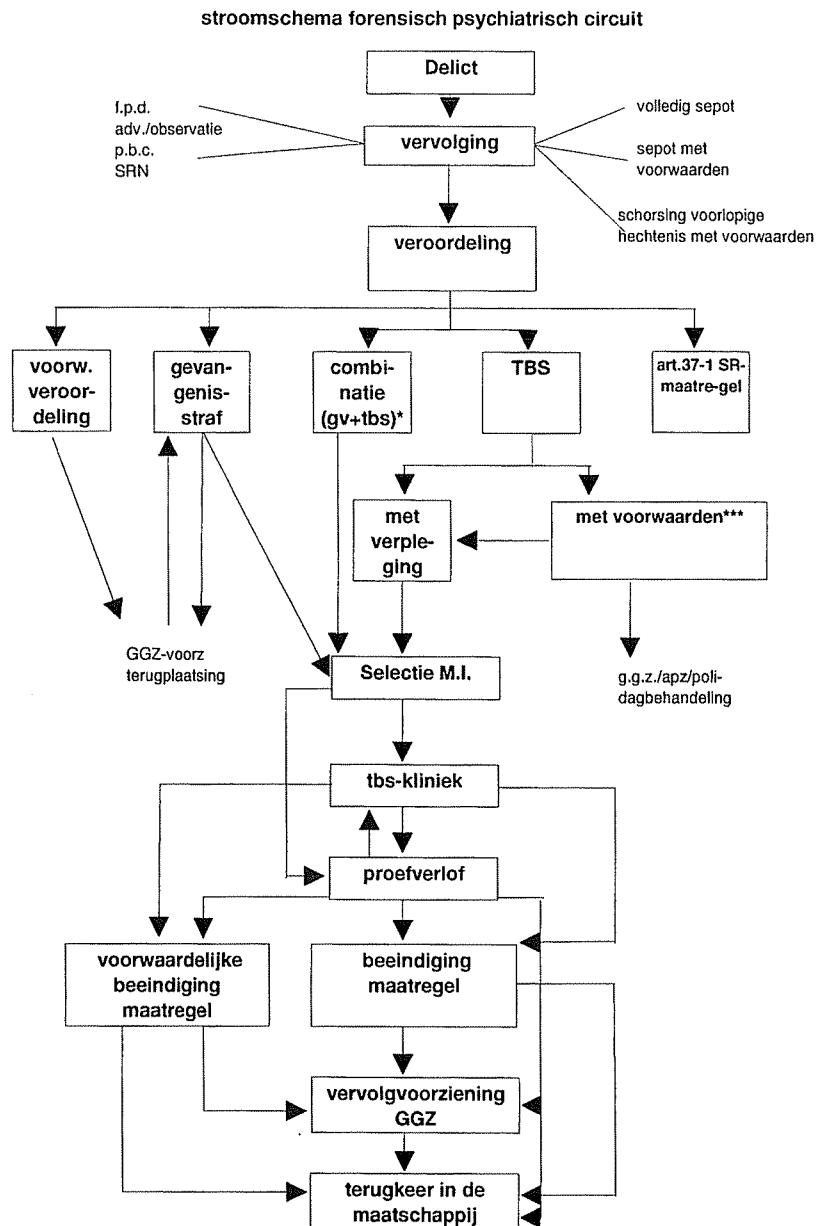
Voor de ggz-voorzieningen (FPK, APZ, RIBW en poliklinieken) geldt de in de ggz-sector gebruikelijke bekostigingssystematiek. In overleg met de zorgverzekeraar maken deze instellingen afspraken over de productie (aantal verpleegdagen, opnamen, poliklinische behandelingen, etc.). Deze afspraken over variabele kosten (productie) en semi-vaste kosten (kosten gebouwen en installaties, aantal bedden, etc.) in combinatie met de COTG-tarieven leiden tot het budget van de instelling. Het budget bepaalt de aanvaardbare kosten van de instelling. De instelling moet binnen dit budget blijven.

De financiering vindt plaats via de tarieven die de instelling in rekening brengt bij de verzekeraars. De verzekeraar betaalt het tarief aan de instelling en declareert op zijn beurt dit bedrag volledig bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

een beschrijving van het TBS-proces aan de hand van een stroomschema en enkele kengetallen omtrent in-, door- en uitstroom

In deze paragraaf wordt aan de hand van een stroomschema kort het de instroom in de TBS en de doorstroom door de TBS toegelicht. In het tweede deel van deze paragraaf zullen kengetallen worden gepresenteerd over de in-, door- en uitstroom. Deze cijfers geven een indruk van de omvang van de capaciteitsproblematiek en de ontwikkeling er van in de afgelopen jaren.

Stroomschema:



*art. 13-2 Sr. er vindt een regelmatige beoordeling plaats, in principe na 1/3 bruto straf plaatsen naar tbs-kliniek.

** de combinatie art. 37SR last en tbs is komen te vervallen, art. 37 Sr. last op zich kan wel.

***conform artt. 38, 38a, 38b Sr. Niet houden aan de voorwaarden kan ertoe leiden dat de rechter de tbs gestelde alsnog laat verplegen van overheidswege.

Gebruikte afkortingen in het schema:

f.p.d.	Forensisch Psychiatrische Diensten
adv.	Advisering
p.b.c.	Pieter Baan Centrum
g.g.z.	Geestelijke Gezondheidszorg
TBS	Terbeschikkingstelling
gv.	Gevangenisstraf
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
M.I.	Dr. F.S. Meijers Instituut
SRN	Stichting Reclassering Nederland

Toelichting stroomschema

1. Delict

De delicten (gedrag dat in de wet strafbaar is gesteld) bestaan niet alleen uit ernstige misdrijven, maar kunnen bijvoorbeeld ook overtredingen zijn van de openbare orde. Al op het politiebureau kan worden gekozen voor de inschakeling van een psychiatrisch deskundige (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Forensisch Psychiatrische Diensten, 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 vervolging wordt afgezien indien de betrokkene professionele hulp ontvangt (sepot met voorwaarde), bijvoorbeeld van de reclassering, de RIAGG, een RIBW of in een APZ.

2. Vervolging

- a. Wanneer wordt besloten een verdachte te vervolgen kan deze worden geplaatst in een Huis van Bewaring (HvB), de zgn. preventieve hechtenis. In deze periode geeft de districts-psychiatrische dienst en de reclassering desgewenst zijn eerste indruk van de persoon in kwestie aan de rechter-commissaris die het gerechtelijk vooronderzoek leidt. Deze kan een uitgebreid onderzoek naar de geestvermogens bevelen (de advocaat kan hierom verzoeken).
- b. Het bevel voorlopige hechtenis kan onder het stellen van voorwaarden geschorst worden. De voorwaarde kan inhouden dat betrokkene psychiatrische hulp zoekt. Ook vrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan een voorwaarde zijn. De officier van Justitie kan bij zijn eis bij de rechter rekening houden met de vervulde voorwaarde.

3. Observatie

Zoals onder 2 vermeld, kan de rechter-commissaris, wanneer deze vermoedt dat de verdachte aan een psychische stoornis leidt, een uitgebreid onderzoek gelasten. Er is een keuze tussen een ambulant 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 artikel 196 WvSv.; duur onderzoek $\pm$ 7 weken). Hier wordt door een multidisciplinair team een rapportage opgesteld ten behoeve van de rechtbank. De rapportage omvat de bevindingen van psychiatrisch en psychologisch onderzoek. Voorts wordt een milieuraportage van de persoon in kwestie gegeven en een beschrijving van de observatie van het gedrag in de groep. Een ambulant onderzoek omvat een psychiatrische en een psychologische rapportage. Een milieuraportage kan eventueel door de reclassering worden verzorgd. Deze pro justitia-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).

4. Vonnis

Op basis van de pro justitia-rapportage, een mogelijk tegenonderzoek en eventuele andere getuige-deskundigen, beslist de rechter. Grofweg zijn drie categorieën te onderscheiden:

- a. De persoon is *volledig ontoerekeningsvatbaar* en krijgt een art. 37-1 SR-maatregel of een TBS met bevel tot verpleging opgelegd. Wanneer een strafbaar feit aan de persoon in het geheel niet kan worden toegerekend (*volledig ontoerekeningsvatbaar*; geen schuld betekent 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). In deze situatie wordt een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis uitgesproken²¹. Het Openbaar Ministerie dient zorg te dragen voor de tenuitvoerlegging van de last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Het voorzieningenbeleid van de art. 37-1 SR-gestelden valt onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Het is ook mogelijk om TBS met verpleging op te leggen.
- b. De persoon is *gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar* en krijgt een TBS-vonnis (met verpleging of met voorwaarden) of een combinatievonnis (TBS + gevangenisstraf. De TBS met bevel tot verpleging wordt ten uitvoer gelegd in een TBS-inrichting. De TBS met voorwaarde zal, afhankelijk van de gestelde voorwaarden, in kunnen houden dat betrokkene in een instelling op het terrein van de GGZ wordt opgenomen. De reclassering is belast met de begeleiding van en het toezicht op de TBS met voorwaarden. Zowel de TBS met bevel tot verpleging als de TBS met voorwaarden kan worden gecombineerd met een gevangenisstraf (bij TBS met voorwaarden maximaal 3 jaar). Bij een combinatievonnis wordt 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 later blijkt dat er sprake is van dusdanige ernstige psychische stoornissen dat verder verblijf in een penitentiaire inrichting onmogelijk is. Zij worden dan overgeplaatst naar een TBS-kliniek of een psychiatrisch ziekenhuis om adequate behandeling te ontvangen (zgn. artikelplaatsing; artikel 13 WvSr jo, 120 Gm resp. 47 Gm).

Overigens kan de rechtbank ook een voorwaardelijke straf uitspreken. Een voorwaarde kan zijn dat contact met de hulpverlening wordt onderhouden, of vrijwillige opname in een GGZ-voorziening of ambulante behandeling.

²¹ Een KZ-maatregel last tot plaatsing zal in de praktijk op zichzelf staand opgelegd worden als de betrokkene 'berekenbaar' is. Dit betekent dat de risico's van toekomstig delinquent gedrag goed in te schatten zijn. De KZ-maatregel last tot plaatsing is een strafrechtelijke maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37.1 Sr). Opm: de KZ-wet is de ~~Krankzinnigenwet~~.

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

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 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.

Alle selecties vinden plaats onder regie van het MI (klinisch). Na de klinische observatieperiode in het MI worden de TBS-gestelden teruggeplaatst in het HvB. Daarnaast blijft de mogelijkheid bestaan van een ambulante selectie (het MI gaat dan op bezoek bij de betrokken personen in de instellingen/HvB).

6. Behandeling in een TBS-kliniek.

Ten behoeve van de verlenging van de TBS stelt de inrichting een advies op voor de Officier van Justitie die de verlenging vordert (met één of twee jaar).

7. Voorbereiding uitstroom TBS-patiënten

De resocialisatie wordt vaak begonnen met een kortdurend begeleid verlof (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 uitbreiding 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 proefverlof. Voor deze beslissing heeft de inrichting een machtiging van het ministerie van Justitie nodig. Het proefverlof wordt onder toezicht van de inrichting uitgevoerd en door het sociaal psychiatrisch werk van de reclassering begeleid. Voor een flink aantal TBS-verpleegden betekent het proefverlof een "vrijwillige" overplaatsing naar een vervolgvoorziening. Wanneer het proefverlof goed verloopt, kan het bevel tot verpleging voorwaardelijk worden beëindigd of de TBS definitief worden beëindigd.

Doen zich tijdens het proefverlof problemen voor (veroordeelde komt de gemaakte afspraken niet na), dan kan de inrichting de verpleegde weer onmiddellijk opnemen.

De instroom in de TBS-klinieken bestaat voor ongeveer 10% uit personen met een mislukt proefverlof.

Sinds oktober 1997 bestaat de mogelijkheid van voorwaardelijke beëindiging van de verpleging door de rechter. Deze kan dit doen op verzoek van de ter beschikking gestelde, het openbaar ministerie, of ambtshalve. De rechter kan de verpleging voorwaardelijk beëindigen, bij gelegenheid van de verlengingszitting of als het proefverlof tenminste twaalf maanden onafgebroken heeft voortgeduurd zonder dat in die periode een verlengingszitting plaatsvond. De reclassering heeft een begeleidende en toezichthoudende rol. Indien zich tijdens de fase van

voorwaardelijke beëindiging problemen voordoen kan de officier van Justitie bij de rechter hervatting van de verpleging vorderen.

8. Vervolgvoorzieningen en begeleiding

Na afloop van de TBS kan de noodzaak aanwezig zijn van verdere vervolg-behandeling en -begeleiding (klinisch en ambulant) in vervolgvoorzieningen (zoals in een algemeen psychiatrische kliniek, in een instelling voor beschermd wonen, hulpverlening door de RIAGG of forensische poliklinieken).

III. kabinetsmaatregelen n.a.v. het rapport “Doelmatig behandelen”

1. Het Meijers Instituut (M.I.) zal de ontwikkeling van het monitoringsysteem m.b.t. de in-, door- en uitstroom van patiënten met voortvarendheid afronden. Met behulp hiervan zullen binnen 3 tot vier jaren per categorie patiënt normen worden ontwikkeld voor de gemiddelde behandelingsduur van de diverse te onderscheiden fasen van een behandeling. Dit resulteert in genormeerde behandelmodules.
2. De positie en de taken van het Meijers instituut zullen op korte termijn nader worden uitgewerkt door het Ministerie van Justitie, in overleg met het Ministerie van VWS en betrokken partijen in het veld. Uitgangspunt is daarbij dat het M.I. verantwoordelijk is voor de selectie- en indicatiestelling, inclusief de herijking van de indicatie, ten behoeve van TBS-gestelden en dat onderzocht zal worden in hoeverre uitbreiding van deze taak naar alle andere forensisch psychiatrische voorzieningen haalbaar is.
Het M.I. is reeds opgedragen om in overleg met het veld zorg te dragen voor de ontwikkeling van criteria voor indicatie (inclusief herijking) en selectie voor TBS-gestelden.
3. De bekostiging van alle forensische voorzieningen zal worden gebaseerd op herziene en meer gedifferentieerde COTG-tarieven. Deze tarieven zullen aansluiten bij de (te ontwikkelen) behandelmodules. Per 1 januari 1999 wordt de nieuwe tarifiering van kracht.
4. Klinieken mogen in de toekomst, in overleg met Justitie en VWS, een deel van hun budget aanwenden voor de inkoop van zorg in de GGZ-sector.
5. Justitie en VWS richten een "Permanent Overleg" op ten behoeve van de voorbereiding en onderlinge afstemming van het korte en langere termijn beleid inzake de forensische psychiatrie.

IV. literatuuronderzoek WODC

De criminologische en forensisch psychiatrische voorspelling van (gewelds)recidive.

1. Inleiding

Voorspelling van het gevaar van (sexuele) geweldspleging is bij uitstek relevant voor de Nederlandse TBS-situatie. Zowel aan het begin, als aan het eind van de TBS-behandeling speelt de inschatting van het risico dat de veroordeelde opnieuw een 'TBS-achtig' delict zal plegen een cruciale rol. Aan het begin is het één van de belangrijkste argumenten voor opname in de TBS; aan het eind vormt de inschatting van het gevaar van (sexuele) geweldsrecidive wellicht het doorslaggevende argument om al of niet de (intramurale) behandeling te beëindigen.

De voorspelling van de kans op recidive is een reeds lang bestaand en betrekkelijk veelbestudeerd onderwerp binnen de criminologie. In de context van de Nederlandse TBS is echter sprake van een zeer specifiek geval van voorspelling van (gewelds)recidive. Het gaat immers om een betrekkelijk homogene, sterk uitgeselecteerde populatie waarbij de voorspelling betrekking heeft op enkele nauw gedefinieerde (strafbare) gedragingen. Voor de casus van de voorspelling van gevaar na de behandeling in de TBS kunnen we dit puntsgewijs als volgt uitdrukken:

- a. een specifiek voorafgaand misdrijf , i.c. (sexueel) geweld
- b. een specifieke psychiatrische populatie: 'geestelijk gestoorden' of 'in hun ontwikkeling' gestoorden
- c. een voorafgaande aan de behandeling hoog ingeschatte recidivekans
- d. een betrekkelijk lange voorafgaande periode van intensieve forensisch psychiatrische behandeling
- e. de aanwezigheid van veel relevante en gedetailleerde klinische kennis over de TBS-gestelde
- f. de voorspelling dient te leiden tot een beslissing met een beperkt aantal mogelijkheden: al of niet voortzetten van de (intramurale) behandeling
- g. de voorspelling heeft betrekking op een zeer specifieke vorm van recidive (i.c. recidive met ernstig -sexueel- geweld)

Gezien het feit dat de Nederlandse TBS internationaal gezien een unieke maatregel is valt op voorhand niet te verwachten dat de literatuur over de voorspelling van recidivegevaar veel informatie zal opleveren die direct relevant is voor de Nederlandse TBS-situatie. Na kennisname van de beschikbare literatuur over de voorspelling van gevaar blijkt dit inderdaad niet het geval te zijn. Het grote merendeel van het onderzoek naar voorspelling van recidive blijkt te zijn gebaseerd op in vergelijking tot de TBS veel minder homogene populaties en is veel meer gericht op het voorspellen van ruimere categorieën van delinquent gedrag. Dit betekent primair dat het bestaande predictie-onderzoek over het algemeen een beperkte relevantie heeft binnen de Nederlandse TBS-context.

Anderzijds mogen we er vanuit gaan dat het meer algemene thema van het vaststellen en voorspellen van recidive-risico's bij personen die eerder een delict hebben gepleegd ten dele ook relevant zal zijn voor zeer specifieke geval zoals hierboven omschreven. Zo stelt Bonta c.s. (1996) op basis van een meta-analyse van onderzoek onder gestoorde delinquenten dat "The major predictors of general and violent recidivism appear comparable for mentally disordered and nondisordered offenders." Mede om deze reden is het dus zinvol om na te gaan welke aanwijzingen er in de criminologische en forensisch psychiatrische literatuur zijn te vinden voor de optimalisering van de voorspelling van recidive. Met name zal worden gezien in hoeverre deze opdracht met behulp van meetinstrumenten kan worden vervuld.

Alvorens over te gaan tot de centrale vraag naar de meest veelbelovende *methoden* van voorspelling eerst nog een enkel woord over de *inhoud* van hetgeen wordt voorspeld. Hoe kan het in de voorspelling aan de orde zijnde risico, in onderzoekstermen de criterium-variabele, worden omschreven? Er bestaat in de literatuur grote overeenstemming over het inzicht dat het voorspelde 'gevaar' niet moet worden begrepen als wel of niet criterium. "... 'risk level' should be seen as a continuous probability statement, rather than a dichotomous variable (risk or no risk), and as risk levels fluctuate over time and context, assessment of risk should be in the form of ongoing assessments, rather than on-off predictions." ()

Zoals boven al aangegeven brengt de TBS met zich mee dat de specifieke kans op het opnieuw vóórkomen van ernstige (sexuele) geweldscriminaliteit dient te worden voorspeld. Of ex-TBSgestelden zich na ontslag in alle opzichten keurig aan de wet zullen houden is voor beëindigingsbeslissing op zichzelf niet relevant.

Los van de specifieke te voorspellen gedragvorm dient ook te worden onderscheiden tussen de *waarschijnlijkheid* dat het risico wordt gerealiseerd en mate van schade die zal ontstaan *indien* het risico wordt gerealiseerd. Logisch gezien zijn de factoren 'kans' en 'ernst' onafhankelijk van elkaar. Uit de literatuur blijken ook empirische bevindingen dat de kans op recidive en de ernst van recidive als onderscheiden te voorspellen grootheden moeten worden gezien. In de literatuur wordt zowel de waarschijnlijkheid als de ernst van het gevaar gezien als een product van (antecedente) kenmerken van de persoon en de faciliterende of inhiberende contextuele condities. Mulvey c.s. (1995) stelt dat het niet gaat om de voorspelling van 'gevaar' in algemene zin.. "We instead need to know when and under what conditions violence might occur, and who needs to be protected."

2. Klinische en op test gebaseerde (statistische) voorspelling van recidive

Er worden aan de hand van de methode van voorspelling algemeen twee soorten van inschatting van het recidive-risico onderscheiden, de klinische en de statistische, op test gebaseerde ²² voorspelling. Bij de klinische voorspelling wordt door (bijvoorbeeld psychiatrische/psychologische) deskundigen een uitspraak gedaan over de waarschijnlijkheid

²² In het Engels wordt het begrip *actural prediction* gebruikt.

van het vóórkomen van recidive in de toekomst. De klinische voorspelling behelst altijd een uitspraak over één bepaald individu en het gaat per definitie om het *subjectieve*, maar tegelijkertijd professionele oordeel. De klinische voorspelling wordt om deze reden ook wel getypeerd als een *intuïtief* oordeel.

Er is enig onderzoek verricht naar de elementen van klinische voorspelling. In twee gevallen heeft dit betrekking op een situatie die direct vergelijkbaar is met de Nederlandse TBS. In een factor-analytische studie werd het klinische oordeel over noodzakelijk voortgezet verblijf in de forensisch psychiatrische inrichting voorspeld. Het blijkt dat deze beslissing vooral is gebaseerd op relationele aspecten (patient is 'eerlijk', houdt rekening met anderen, niet-conflictueus etc.) en op emotionele stabiliteit. (Eucker c.s., 1994) In een ander Duits onderzoek in een forensisch psychiatrische kliniek blijkt dat de klinische beslissing met betrekking tot het beëindigen van de behandeling en de modaliteit van behandeling betrekkelijk goed kon worden voorspeld met een meetinstrument voor 'psychopathie'. Uit beide gevallen blijkt dat bij de klinische beslissing kennelijk het (intuïtieve) oordeel over de kenmerken van het sociale gedrag van de patiënt zwaar weegt. Green (1997) beschrijft het proces van de klinische besluitvorming binnen de behandelingscontext als een voortschrijdend proces waarin: "New realities emerge from negotiations between staff members. Diagnosis, therapy and recovery occur in a dialectical process constantly being reconstructed as it is informed by interpretations of everyday events." In navolging van Meehl (1954, 1986) definieert Blackburn (1993) klinische voorspelling eenvoudig als de 'subjectieve evaluation of risk'. Gendreau c.s. (1996) typeren klinische voorspelling nader als volgt: "... clinical assessment consists of an 'expert' (e.g. probation officer) interviewing an offender for the risk to reoffend. The judgement is primarily based on the 'experts's intuition, wisdom, and experience. File information is usually consulted as part of the decision making process."

Deze omschrijving lijkt onvoldoende recht te doen aan het beslissingsproces aan het eind van de TBS-behandeling, dat leidt tot het oordeel over het al of niet acceptabel zijn van het risico dat de TBS-gestelde opnieuw ernstig (sexueel) geweld zal plegen. In het geval van de klinische voorspelling bij het advies van al of niet verlenging van de TBS bestaat immers een zeer uitgebreide, multidisciplinaire en langs verscheidene wegen (bijvoorbeeld gedragsobservaties, psychiatrisch/psychologisch onderzoek, milieu onderzoek, bevindingen van verlofsituaties etc.) verworven informatie. Het lijkt daarom zinvol om bij vergelijking van klinische met statistische voorspelling de 'kwaliteit' van het klinische oordeel te betrekken. Er zijn aanwijzingen dat met name informatie ontleend aan observaties van het sociaal functioneren de effectiviteit van het klinische oordeel sterk bevordert. (Clark c.s., 1993) Met name bij de beslissingen aan het eind van de TBS-behandeling zal veel gedetailleerde informatie beschikbaar zijn over het sociale gedrag van de terbeschikkinggestelde. In de vergelijkingen van de effectiviteit van klinische versus statistische voorspelling wordt doorgaans geen rekening gehouden met de omvang en de kwaliteit van de *information base* waarop de klinische voorspelling berust.

Het laat zich aanzien dat de beslissing tot beëindiging van de (intramurale) TBS-behandeling zonder meer als een geval van klinische voorspelling kan worden getypeerd. De binnen het Ministerie van Justitie en het Trimbos-Instituut beschikbare literatuur leverde geen enkele

aanwijzing op dat binnen de context van de Nederlandse TBS-maatregel meetinstrumenten een rol spelen bij het bereiken van de beslissing. Ook navraag bij enkele deskundigen leidde tot de zelfde conclusie.

Anders dan de klinische voorspelling is de statistische voorspelling niet gericht op het oordeel over een individuele persoon. De op test gebaseerde voorspelling doet een uitspraak over de kans dat een persoon, voorzover die behoort tot een groep van personen met een aantal gemeenschappelijke kenmerken, het voorspelde gedrag zal vertonen.

Naast het groepsgeoriënteerde karakter van de statistische voorspelling vormt het kenmerk *objectiviteit* het belangrijkste verschil met de klinische voorspelling. Zoals gezegd kan de laatste voorspelling worden beschreven als een individueel oordeel van één persoon over een andere persoon. De statistische voorspelling is daarentegen in principe onafhankelijk van degene die het oordeel vaststelt. In wezen is het ook niet een voorspelling over een 'persoon' maar over de abstracte drager van een aantal geoperationaliseerde kenmerken. De voorspelling van gevaar vloeit voort uit de 'som' van een aantal met behulp van meetinstrumenten vastgetelde kenmerken (predictie variabelen) en behelst een statistische kans op recidive die behoort bij de score zoals met de meetinstrumenten vastgesteld.

3. Effectiviteit van klinische versus op test gebaseerde voorspelling

Er bestaat in de criminologische en forensisch psychiatrische literatuur een sterke consensus dat over het algemeen de op test gebaseerde voorspelling veel effectiever is dan de klinische voorspelling. Gendreau c.s. (1996) heeft dit inzicht als volgt samengevat: "In 1954 Paul Meehl published a seminal book comparing the two methods. He examined 20 studies; the actuarial approach was superior in 19 instances. Subsequent reviews of larger samples of studies have confirmed Meehl's original conclusions." Ook recente vergelijkende studies van klinische en op test gebaseerde voorspelling lijken deze conclusie te bevestigen. In het zelfde artikel wordt over een in 1994 gepubliceerde meta-analyse vermeld dat de statistische voorspelling in drie kwart van de gevallen tot betere resultaten leidde dan de klinische voorspelling. De gemiddelde correlatie met het criterium van de klinische voorspelling was .08, terwijl de statistische voorspelling een correlatie van .22 opleverde. Beide correlaties zijn significant. Zowel klinische als statistische voorspellingen doen het beter dan wanneer louter op toeval zou worden voorspeld. We kunnen daaraan toevoegen dat voorspellingen met correlaties van deze orde weinig zullen kunnen bijdragen aan beslissingen op *individueel* niveau.

Op grond van de literatuur kan worden geconcludeerd dat klinische voorspelling op basis van eenmalige beoordeling (*assessment*) zeer zwak is. In dit geval doet op test gebaseerde voorspelling het zonder meer beter. Het gaat dan bijvoorbeeld om gevallen van *parole decisions* waarbij ofwel op basis van risico-inschatting door middel van tests of door middel van het oordeel van een deskundige een beslissing wordt genomen over voorwaardelijke in vrijheid stelling. Anderzijds zijn er aanwijzingen dat klinische voorspelling op basis van meer langdurige (en intensieve) ervaring met personen veel sterker is. Clark c.s. (1993) geeft aan dat

onderwijzers betrekkelijk effectief problematisch gedrag van hun leerlingen kunnen voorspellen. En daarnaast werd ook geconstateerd dat "Several studies of juveniles found staff ratings of parole prognosis and of prison adjustment to be the best predictor of future recidivism." De laatst genoemde gevallen tonen overeenkomst met het type klinische voorspelling dat in de TBS-situatie zal worden gemaakt.

Het onderscheid dat in de literatuur wordt gemaakt tussen klinische voorspelling en statistische voorspelling impliceert allerm minst dat er in de praktijk een keuze moet worden gemaakt voor de ene of de andere procedure. Veel auteurs hebben gewezen op een voor de hand liggende beslissingsstrategie, waarbij klinische en op test gebaseerde voorspelling wordt gecombineerd. Dit lijkt vooral in aanmerking te komen indien, zoals bij de TBS-beoordeling het geval is, zwaarwegende en sterk op de individuele persoon toegespitste beslissingen moeten worden genomen. In de praktijk zou dit betekenen dat statistische voorspellers mede het uiteindelijke klinische oordeel bepalen. Maar het is natuurlijk ook denkbaar dat het klinische oordeel gaat fungeren als één van de elementen waarop de statistisch bepaalde beslissing is gebaseerd. Zo pleit Black (1993 p. 335) voor een geobjectiveerde beslissingsprocedure waarbij klinische beoordelingen *mede* een rol spelen. "...the use of decision aids [actuarial methods] which make the process of decision making more explicit, is a step in this direction. As .. demonstrated the most effective combination of actuarial and clinical methods .. is the objective reporting of clinical judgements which can be used statistically."

4. Beslistheoretische aspecten van op test gebaseerde voorspelling:

Voor de beoordeling van de mogelijke betekenis van meetinstrumenten ten behoeve van de verbetering van de beslissing over het al of niet beëindigen van de (intramurale) TBS-behandeling geldt een cruciale voorafgaande vraag. Wat is in theorie de voorspellende kracht van statistische methoden, in het bijzondere geval van de voorspellingen binnen de TBS-context?

In de inleiding zijn de specifieke kenmerken van de voor de TBS relevante voorspelling genoemd. In essentie gaat het om een type voorspelling waarbij binnen een *homogene* populatie een uitspraak moet worden gedaan over een sterk *specifiek* criterium, dat in de praktijk betrekkelijk *zeldzaam* wordt aangetroffen. Deze voor de voorspelling van ernstige (sexuele) geweldsrecidive typerende kenmerken leggen sterke beperkingen op aan wat in theorie kan worden verwacht van de effectiviteit van voorspellende meetinstrumenten.

Wat betreft de specificiteit van het criterium behoeft het nauwelijks commentaar dat voorspellen makkelijker is naarmate het te voorspellen criterium ruimer wordt gedefinieerd. Uit literatuur waarbij de voorspelling van algemene recidive wordt vergeleken geweldsrecidive blijkt ook in feite dat de samenhang tussen voorspeller en criterium in het laatste geval doorgaans aanmerkelijk zwakker is. Het onderzoek van Bonta c.s. (1996a) onder een grote steekproef van 3267 delinquenten is hiervan een duidelijk voorbeeld. Het gebruikte meetinstrument, de Statistical Information on Recidivism (SIR) correleerde .42 met algemene recidive, terwijl de

correlatie met ernstige geweldsrecidive slechts .15 bedroeg. In alledaagse woorden betekent dit dat het meetinstrument betrekkelijk goed algemene recidive kan voorspellen, maar vrijwel niet geweldsrecidive. Uit een meta-analyse van de zelfde auteur (1996c) op basis van 64 predictie-onderzoeken blijkt dit een algemeen geldig resultaat te zijn.

Naarmate een criterium nauwer wordt gedefinieerd zal het zich ook minder voordoen. De frequentie waarmee het te voorspellen gedrag (het criterium) wordt aangetroffen, de *base rate*, is sterk bepalend voor de theoretisch te verwachten effectiviteit van een meetinstrument. De *base rate* kan worden begrepen als de toevalskans dat een bepaald verschijnsel, in een bepaalde populatie wordt aangetroffen. Zo is bijvoorbeeld uit algemeen recidive-onderzoek bekend dat rond de 50% van de veroordeelden opnieuw voor 'enig delict' veroordeeld zal worden. Op basis van toeval zou dus bij voorspelling van recidive de helft goed en de helft fout worden voorspeld. Een voorspelling kan meer effectief worden genoemd naarmate er *beter* wordt voorspeld dan op basis van het toeval mogelijk is. Uit de beslistheorie is bekend dat de mogelijkheid van effectieve voorspelling optimaal is bij verschijnselen waarbij de kans op het al of niet vóórkomen ongeveer even groot is. Bij een zeer kleine *base rate* is het per definitie bijzonder moeilijk om de voorspelling van gedrag boven de toevalskans te verbeteren: "Typically the likelihood of violent recidivism is so low that that it is hard to improve on the prediction that no one will commit a violent offense." (Harris c.s., 1993)

Met andere woorden, algemene recidive van ex-TBSgestelden is in theorie veel makkelijker te voorspellen dan ernstige (sexuele) geweldsrecidive. Uit recidive-onderzoek blijkt een *base rate* van rond 60% voor algemene recidive en een *base rate* van 10% à 15% voor ernstige 'TBS-achtige' recidive. (Leuw, 1995)

Het feit dat voorspellen moeilijker is naarmate de toevalskans van het voorspelde criterium dichter bij 0 of 1 ligt hangt samen met de 'soorten fouten' die bij toewijzingsbeslissingen gemaakt worden. In de beslistheorie worden alle mogelijke relaties tussen voorspeller en criterium beschreven in de volgende 2x2 tabel:

		criterium	
		+	-
voorspeller	+	1(++) hits	2(+) valse positieven
	-	3(-) missers	4(--) ware negatieven

Het criterium zou in dit geval wel of geen *waargenomen* recidive kunnen zijn en de voorspeller wel of geen *voorspelde* recidive. Juiste voorspellingen vinden we bij de combinaties ++ en -- en onjuiste voorspellingen bij de combinaties +- en -+. Bij een voorspelling met een *lagere* base rate, zoals bij geweldsrecidive, bestaat een onvermijdelijk *grotere* kans op het ontstaan van 'valse positieven'. In dit geval dus de *onterechte* voorspelling dat de TBS-gestelde zich opnieuw aan geweldsrecidive zal schuldig maken. Dit betekent dat het opvoeren van het percentage 'hits' (TBS-gestelden die terecht als 'gevaarlijk' worden aangewezen), onvermijdelijk een daarmee verbonden vergroting met zich meebrengt van het relatieve aantal TBS-gestelden dat ten onrechte als 'gevaarlijk' wordt bestempeld. Anders gezegd, beslissen op basis van de score op een meetinstrument brengt onvermijdelijk het dilemma met zich mee dat bij minimalisering van het aantal 'missers' maximalisering van het aantal 'valse positieven' optreedt. In termen van de beslistheorie wordt gesteld dat er een complementaire relatie bestaat tussen de *sensitiviteit* (het vermogen om 'hits' aan te wijzen) en de *specificiteit* (het vermogen om 'ware negatieven' aan te wijzen) van een test. (Dembo c.s., 1996)

In de praktijk wordt er vaak naar gestreefd om een optimaal beslissingscriterium te formuleren (de *cut-off score*) waarbij het totale percentage fouten (missers + valse positieven) zo gering mogelijk is. In wezen is een dergelijke strategie echter afhankelijk van de vraag of het onwenselijker is om delinquenten langer vast te houden of om het risico te lopen dat opnieuw een delict wordt gepleegd. Binnen de TBS-context lijkt een conservatieve strategie, minimalisering van het aantal missers, meer gebruikelijk.

Voor een infrequent voorkomend te voorspellen kenmerk zoals geweldsrecidive geldt dat een meetinstrument een grote voorspellende kracht moet hebben om de tot dusver gehanteerde klinische voorspelling, zoals die in de Nederlands TBS gebruikelijk is, te kunnen verbeteren. De volgende uitspraak van Blackburn (1993) is hier van toepassing: "... problems arise whenever the base rate is low, as it usually is for violent reoffending... 'beating' a low base rate calls for predictors whose association with the criterion is greater than is typically the case in either clinical or actuarial prediction. Efficiency may therefore depend on predicting for subgroups whose base rate is close to 50%." Het onderzoek van Harris c.s. (1993) biedt een voorbeeld dat gegeven een kleine *base rate*, zelfs bij een betrekkelijk hoge correlatie tussen voorspeller en criterium, een hoog percentage valse positieven de prijs is voor het kunnen opvoeren van het aantal hits. Er wordt gerapporteerd over een meetinstrument dat .44 correleert met geweldsrecidive. Bij een optimale *cut off score* (dat wil zeggen een score waarbij de som van de fouten minimaal is) wordt 73% van de recidivisten correct voorspeld. Dit levert echter tegelijkertijd 45% valse positieven op. Onder de op grond van de test als 'gevaarlijk' geselecteerden wordt dus bijna de helft *ten onrechte* geselecteerd.

Tenslotte verdient nog een laatste kenmerk van de TBS-populatie aandacht in verband met de te verwachten verbetering van de klinische voorspelling door het aanwenden van meetinstrumenten. Uit vrijwel alle beschikbare literatuur terzake blijkt dat voorspellen binnen een heterogene populatie effectiever is dan voorspellen binnen een homogene populatie. Zo blijkt bijvoorbeeld bij voorselectie in een algemene groep ouders de Child Abuse Potential Inventory

redelijk goed te kunnen onderscheiden tussen risico-groepen. (Milner, 1991) Het is reeds lang bekend dat verreweg de meest robuuste voorspeller van de kans op delinquent gedrag bestaat uit het eerder hebben gepleegd van criminaliteit. Binnen een groep als 'psychopathen' gediagnosticeerden bleek echter de voorgeschiedenis met betrekking tot geweldsdelinquentie geen goede voorspeller meer te zijn voor geweldsdelinquentie. (Serin, 1996) De verklaring hiervoor ligt voor de hand. Binnen een heterogene populatie bestaat een grote variatie op de predictie-variabelen, terwijl deze binnen een homogene populatie gering is. In het eerste geval kunnen daarom veel makkelijker personen binnen de populatie worden aangewezen die zich onderscheiden met betrekking tot het voorspellende kenmerk. De TBS-populatie is een bij uitstek homogene populatie. Het gaat in (vrijwel) alle gevallen om ernstige geweldsdelinquenten die (in meerderheid) lijden aan een betrekkelijk nauw te omschrijven *range* van psychiatrische symptomen. En tenslotte geldt voor de hier aan de orde zijnde beslissing aan het eind van de TBS-behandeling dat alle personen langdurig aan een zelfde soort interventie hebben blootgestaan. Oneerbiedig gezegd komt het er op neer dat een reeds bij aanvang betrekkelijk homogene populatie nog homogener is geworden doordat zij door 'de zelfde molen is gegaan'.

De conclusie van de in deze paragraaf besproken beslistheoretische overwegingen dient te zijn dat binnen de TBS-context niet meer dan een beperkte bijdrage kan worden verwacht van op test gebaseerde voorspelling van 'gevaar'.

5. Een overzicht van risicofactoren voor de voorspelling van 'gevaar'

Uit de overvloed van literatuur over de voorspelling van (gewelds)delinquentie komt een grote variëteit en een zeer groot aantal met het criterium samenhangende variabelen naar voren. In principe kunnen alle variabelen waarvan empirisch is gebleken dat ze significant samenhangen met het voorspelde gedrag dienen als predictie-factoren. Ze worden dan eenvoudig begrepen als factoren die bijdragen aan het risico van het optreden van 'gevaar'. Ten aanzien van deze risico-factoren kan een onderscheid worden gemaakt dat belangrijke consequenties heeft voor zowel het inzicht in het ontstaan van 'gevaar' als voor de mogelijkheden om het voorspelde 'gevaar' te beheersen.

Monahan c.s. (1994) spreekt van voor de verklaring en beheersing van gevaar relevante categorieën risicofactoren. Deze worden gevormd door alle voor de voorspelling van gevaar relevante groeps- of individuele kenmerken. Optimale voorspelling komt tot stand bij de kennis van zoveel mogelijk relevante risico-factoren. Deze kennis heeft zowel aspecten van (theoretische) validiteit, als van (operationele) betrouwbaarheid. Er wordt van uitgegaan dat voorspelling beter is naarmate er een breder domein van levenssterreinen mee wordt bestreken. In veel opzichten essentieel is het onderscheid dat wordt gemaakt tussen *statische* en *dynamische* risico-factoren. Statische factoren kunnen worden beschouwd als vastliggende en in principe éénmalig te meten variabelen die een bekende relatie met het te voorspellen gedrag hebben, maar waarop geen invloed kan worden uitgeoefend. Veelal zullen dit gegevens zijn uit

de *personal history* van personen over wie 'gevaar' wordt voorspeld: de justitiële voorgeschiedenis, socialisatie-geschiedenis, milieu van herkomst etc. Daarnaast gaat het om als onveranderlijk beschouwde persoonlijkheidskenmerken zoals bijvoorbeeld impulsiviteit of cognitieve stijl. Dynamische risico-factoren daarentegen zijn veranderlijk en beïnvloedbaar. Monahan c.s. (1994) benoemen de statische risico-factoren als dispositioneel en historisch en de dynamische als klinisch en contextueel. De eerste zijn 'relatively enduring traits, waarvoor geldt dat "there is nothing a clinician can do to 'manage' the risk'. De laatste zijn 'current states'. Deze zijn veranderlijk. Ze zijn zowel 'natuurlijk' fluctuerend als beïnvloedbaar door (psychiatrische) interventie. "Dispositional and historical variables are relevant to risk management in the sense that management strategies can be conditioned on dispositional and historical variables".

Relevante, maar onveranderbare risico-factoren dienen ten tijde van de klinische beslissing met betrekking tot gevaar (bijvoorbeeld bij de beslissing over al of niet verlengen van de TBS) bekend te zijn. De 'current state' factoren kunnen echter per definitie niet eenmalig worden vastgesteld. Dit betekent dat het principieel onmogelijk is om op basis van een éénmalige inschatting van 'gevaar' een voor de toekomst geldige, op een enkel individu betrokken, objectiveerbare risico-inschatting te doen. Met andere woorden voor optimale individueel toepasbare risico-inschatting is het noodzakelijk om periodiek een inschatting te doen van de 'current state' factoren. Dit laatste heeft een zeer belangrijke consequentie voor de mogelijkheden van de toepassing van op test gebaseerde voorspelling in de TBS-context. Een test is per definitie een momentopname. De inschatting van 'gevaar' die op moment t1 (bijvoorbeeld bij het verlaten van de instelling) voor waar gehouden kan worden, kan op moment t2 (bijvoorbeeld een jaar na het verlaten van de instelling) volledig achterhaald zijn. Praktisch gezien betekent dit dus dat ook een optimale inschatting van 'gevaar' de eventuele noodzaak van herhaalde beoordelingen onverlet laat.

Monahan c.s. (1994) bieden in de nu volgende tabel een structuur van risico-factoren (predictievariabelen) aan de hand waarvan voor de voorspelling van 'gevaar' gebruikte meetinstrumenten goed kunnen worden beschreven. De genoemde categorieën corresponderen met de statische of dynamische domeinen waaruit de risico-factoren afkomstig zijn.

Tabel: Een overzicht van relevante risicofactoren

Bron: J. Monahan and H.J. Steadman, Violence and mental disorder, Chicago 1994

1. Dispositional factors	<i>History of Crime and Violence</i>
<i>Demographic</i>	Arrests
Age	Incarcerations
Gender	Self-reported Violence
Race	Violence Toward Se,f
Social Class	
<i>Personality</i>	3. Contextual Factors

Personality Style	<i>Perceived Stress</i>
Anger	<i>Social Support</i>
Impulsiveness	Living Arrangements
Psychopathy	Activities of Daily Living
	Perceived Support
<i>Cognitive</i>	Social Networks
IQ	Means for Violence (i.e. guns)
Neurological Impairment	

2. Historical Factors

Social History
Family History
Child rearing
Child abuse
Family deviance
Work History
Employment
Job Perceptions
Educational History
Mental Hospitalization History
Prior Hospitalizations
Treatment Compliance

4. Clinical Factors

Axis I Diagnosis
Symptoms
Delusions
Hallucinations
Symptom Severity
Violent Fantasies
Axis II Diagnosis
Functioning
Substance Abuse
Alcohol
Other Drugs

Vrijwel alle meetinstrumenten, in de praktijk gaat het bijna zonder uitzondering om in Noord-Amerika ontwikkelde en gebruikte instrumenten, bestaan uit een specifiek samenstel van meerdere in bovenstaande tabel opgenomen variabelen. Afhankelijk van het specifieke doel van het meetinstrument zijn variabelen uit de verschillende categorieën meer of minder vertegenwoordigd. En uiteraard neemt ook de operationalisatie van de variabelen verschillende vormen aan. In de laatste paragraaf zullen we enkele meetinstrumenten noemen die op het eerste gezicht mogelijk in aanmerking zouden komen voor gebruik in de Nederlandse TBS-praktijk.

In de recente theorievorming rond meetinstrumenten voor de voorspelling van 'gevaar' wordt een onderscheid gemaakt tussen 'risk assessment' en 'need assessment'. Tot op zekere hoogte correspondeert dit onderscheid met de bovengenoemde statische en dynamische risico-factoren. *Risk assessment* leidt tot de bepaling van het bij een persoon behorende *risk-level*. Positionering op deze dimensie wordt vooral bepaald door de traditionele (statische) predictie-variabelen, zoals leeftijd, sexe, criminele voorgeschiedenis, socialisatiegeschiedenis (waaronder de betekenis van *criminal associates*) etc. *Need assessment* is sterk tijd en situationeel gebonden. Positionering op deze dimensie wordt onder meer bepaald door behoeften en tekorten op de volgende levensgebieden: werk en inkomen, huwelijk en gezin, sociaal functioneren, middelengebruik, financiële huishouding en emotioneel-normatieve oriëntatie,

attitudes (bijvoorbeeld negativisme, anti-sociale denkbeelden). In een onderzoek bleek algemene recidivisme sterk samen te hangen met de positionering op beide dimensies. In de *high-risk/high-need* groep recidiveerde 45%, terwijl in de *low-risk/low-need* slechts 6% recidiveerde. De relevantie van deze aanpak voor gestoorde geweldplegers is niet bekend. Het onderzoek had betrekking op een algemene groep delinquenten. (Motiuk, 1993)

Met betrekking tot het laatste punt is het overzichtsartikel van Gendreau c.s. (1996) relevant waarin wordt aangegeven dat ook voor geestelijk gestoorde delinquenten anti-sociale cognities (attituden) niet minder belangrijke risico-factoren zijn dan voor niet-gestoorde delinquenten. In dit artikel worden *criminogenic needs* genoemd als de belangrijkste dynamische voorspellers van 'gevaar': "... those sets of attitudes, values, beliefs and behaviors held by an offender that support a. negative attitudes towards all forms of official authority and conventional pursuits.. b. deviant values that justify aggression, hostility and substance abuse c. rationalizations from antisocial behavior that free one from moral constraints."

Het lijkt zeker plausibel dat dergelijke '*current cognitive states*' in belangrijke mate zullen bijdragen aan het bestaan van risico voor (gewelds)recidive. Helaas wordt uit het artikel niet duidelijk is hoe een betrouwbaar antwoord kan worden verkregen op vragen naar dergelijke evidente sociale (on)wenselijkheden.

6. Enkele mogelijk bruikbare meetinstrumenten

In Canada en de VS bestaat een sterk ontwikkelde traditie van het gebruik van op test gebaseerde voorspelling van het risico van (gewelds)recidive. In de ongetwijfeld nog lang niet uitputtende verzameling literatuur waarop dit overzicht is gebaseerd staat al een aantal van ca. 20 tests vermeld. Sommige van deze tests lijken een sterk ad hoc karakter te hebben. Er zijn bijvoorbeeld tests die speciaal binnen een bepaalde *parole board* worden gebruikt. Andere zijn zeer specifiek gericht op bepaalde specifieke situaties en doelgroepen, bijvoorbeeld voor de bepaling van het risico van geweld ten opzichte van kinderen of de partner in het gezin.

Uit de beschikbare literatuur komen ook enkele meetinstrumenten naar voren met relatief gunstige kwalificaties in termen van relevantie voor geweldsrecidive, effectiviteit en validiteit. De vraag is nu of dergelijke meetinstrumenten bruikbaar zouden zijn voor gebruik in de Nederlandse TBS-context. En welke rol dergelijke meetinstrumenten zouden kunnen spelen bij het tot stand komen van de beslissing omtrent het al of niet voortzetten van de TBS-behandeling. Op basis van de nu beschikbare informatie kunnen we op dit moment hierover slechts enige kanttekeningen maken. In elk geval zou het aanbeveling verdienen om de mogelijkheden op dit punt nader te bestuderen en vooral ook om deze experimenterende wijze binnen de TBS-praktijk te ontwikkelen.

Er bestaat allereerst een probleem van technische aard. Zoals gezegd gaat het vrijwel zonder uitzondering om Noord-Amerikaanse meetinstrumenten. Concepten, operationalisaties en normeringen zijn ontwikkeld in en vooralsnog alleen geldig binnen deze samenlevingen. Dit wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door enig internationaal vergelijkend onderzoek met de

Psychopathy Check List Revised (PCL-R). Cooke (1997) vermeldt de experimentele toepassing van dit Amerikaanse meetinstrument in Schotland. Hierbij werden bij vergelijkbare Amerikaanse en Schotse populaties geheel verschillende scoreverdelingen gevonden. De auteur noemt het waarschijnlijk dat deze verschillen het gevolg zijn van culturele (samenlevingsgebonden) factoren. Voor Nederlands gebruik zou hier ongetwijfeld ook nog eens een semantisch (een vertaalprobleem) bijkomen.

Uit de literatuur komen enkele meetinstrumenten naar voren die lijken te voldoen aan de genoemde psychometrische kenmerken (relevantie voor geweldsrecidive, en relatief gunstige theoretische validiteit en effectieve predictie). Het gaat om de bovengenoemde PCL-R (Hare, 1991); de Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) is een uitbreiding van de PCL-R (Rice c.s, 1997 en Gendreau c.s, 1997). De laatste auteur beveelt ook de Violence Risk Scale, de Pride In Delinquency Scale en de Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles aan als instrumenten die specifiek zijn gericht op de voorspelling van geweldsrecidive.

Gezien de vele in dit stuk genoemde beperkingen van de te verwachten en (beslistheoretisch) mogelijke effectiviteit van op test gebaseerde voorspelling voorspelling van 'gevaar' lijkt het niet waarschijnlijk dat tests de gebruikelijke klinische voorspelling in de Nederlandse TBS zullen kunnen vervangen. Wel lijkt het de moeite waard om de mogelijkheid te onderzoeken dat dergelijke tests één van de componenten van de te nemen beslissing aan het eind van de TBS-behandeling gaan vormen.

V. onderzoeksrapport NZI “Verantwoord beperken”

**Gemiddelde intramurale behandelduur
van ter beschikkinggestelden:**

Verantwoord beperken

Verslag van een deelonderzoek

Drs. R. Griffioen

Drs. J. Meerveld

Drs. C. Koning

NZi, instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg

Drs. J. van Emmerik

Dr. F.S. Meijers Instituut, afdeling Monitoring en Research

Utrecht, 12 mei 1998.

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van een onderzoeksproject dat tot doel had de mogelijkheden en onmogelijkheden van de verantwoorde beperking van de intramurale behandelingsduur voor TBS-patiënten in kaart te brengen. Hiertoe is getracht patiëntencategorieën in de praktijk te onderscheiden, de verblijfsduur van specifieke patiëntencategorieën te meten en is gekeken of er een optimum in de behandeling bestaat bij TBS-patiënten. Dit onderzoek maakte deel uit van een interdepartementaal beleidsonderzoek dat door de werkgroep Terbeschikkingstelling in opdracht van het kabinet is uitgevoerd.

De onderzoeksvraag die aan het onderhavige deelonderzoek ten grondslag heeft gelegen, leunt sterk op het primaire proces in de instellingen. De medewerking van managers, behandelaars en begeleiders in de TBS-klinieken was dus van essentieel belang voor de uitvoering van dit NZi-onderzoek. Deze medewerking hebben we dan ook van de instellingen gekregen. De ervaringen, deskundigheid en meningen van medewerkers in de klinieken zijn op een systematische wijze verzameld. Ondanks de korte tijdspanne waarin het onderzoek plaats vond, de hoge werkdruk in de klinieken, andere bezigheden en zelfs andere onderzoeken die op het zelfde moment in de klinieken liepen, hebben de betrokken klinieken ten volle hun inzet getoond. Zij waren bereid om hun inzichten te delen en informatie te verschaffen die op den duur tot effectievere en efficiëntere zorg in de TBS-klinieken zouden moeten leiden. Voor hun intensieve inzet in dit onderzoek zijn wij, maar ook natuurlijk ook de werkgroep Terbeschikkingstelling, hen zeer erkentelijk.

Dit onderzoek werd begeleid door een commissie die was samengesteld uit een aantal leden van de werkgroep Terbeschikkingstelling en een aantal externe deskundigen. De volgende personen namen zitting in de begeleidingscommissie:

- prof. dr. Kortmann (voorzitter, afdeling Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Nijmegen)
- drs. C.J. de Boer-van Schaik (Directie Justitiële Jeugdinrichtingen en TBS, ministerie van Justitie)
- dr. D.J. Kraan (Afdeling IRF, ministerie van Financiën)
- drs. O.R. de Lange (Directie Preventie Jeugd en Sanctiebeleid, ministerie van Justitie)
- dr. H.C. Vreugdenhil (Afdeling W.O.D.C., ministerie van Justitie)
- drs. D.J.H.G. Vijgen (secretaris, afdeling IRF sectie JuBi, ministerie van Financiën)

Utrecht, 12 mei 1998.

Voorwoord	88
1. Inleiding	93
1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoek	93
1.2 Vraagstelling beperking gemiddelde intramurale behandelduur	93
1.3 Uitgangspunten en bronnen van onderzoek	94
1.4 Leeswijzer	95
<i>Deel I. Operationalisering en conceptualisering patiëntencategorieën</i>	<i>96</i>
2. Literatuur	97
2.1 Werkwijze	97
2.2 Categorisering van TBS-patiënten	98
2.3 Kenmerken die differentiëren	104
2.4 Conclusies	106
3. Multicasestudie	108
3.1 Werkwijze	108
3.2 Welke patiëntencategorieën?	108
3.2.1 Welke doelgroepen?	108
3.2.2 Hoe wordt gedifferentieerd?	110
3.2.3 Samenvattend	111
3.3 Een optimaal behandelresultaat en een valide oordeel over recidivegevaar	111
3.3.1 Inleiding	111
3.3.2 Patiëntenpopulatie	112
3.3.3 Professionele houding behandelaars	114
3.3.4 Samenvattend	114
3.4 Criteria voor de beëindiging van de behandeling	115
3.4.1 Inleiding	115

3.4.2 Gedrag en vaardigheden van de patiënt	115
3.4.3 Gevaar	116
3.4.4 Omgevingsfactoren	116
3.4.5 Samenvattend	117
3.5 Vervolgvoorzieningen	117
3.5.1. Inleiding	117
3.5.2. Huidige vervolgvoorzieningen	118
3.5.3. Knelpunten	118
3.5.4. Oplossingsrichtingen	119
3.5.5. Samenvattend	120
 4. Patiëntencategorieën en andere alternatieven voor de duur van de behandelduur getoetst	 121
4.1 Patiëntencategorieën op basis van de literatuur en multicasesstudie	121
4.2 Toetsing door klinieken van de patiëntencategorieën	122
4.3 Toetsing door klinieken van andere mogelijkheden tot behandelduurverkorting	126
4.3.1 De werkwijze	126
4.3.2 Andere mogelijkheden	127
4.3.3 Uitwerking van beleidsmodulen	130
 <i>Deel II. Verdieping van de kwalitatieve gegevens</i>	 <i>131</i>
 5. De behandelduur van groepen TBS-gestelden	 132
5.1 Behandelingsduur in de TBS bij instroomcohorten vanaf 1981	132
5.1.1 Inleiding	132
5.1.2 Werkwijze bij de cohortstudie	135
5.1.3 Uitkomsten: Gemiddelde behandelingsduur	135
5.1.4 Uitkomsten: Uitstroompercentages en residubepaling	138
5.1.5 Veranderingen in de populatie in de periode 1981 - 1994	140
5.1.6 Relaties tussen kenmerken van TBS-gestelden en behandelingsduur	141
5.1.7 Conclusies	142
5.2 Patiëntencategorieën en de relatie met de intramurale behandelduur	143
5.2.1 Inleiding	143
5.2.2 Methode	144
5.2.2.1 Data	144

5.2.3 Analyseplan	146
5.2.4 Resultaten	149
5.2.4.1 Een eerste indruk over de samenhang tussen variabelen	149
5.2.4.2 Samenvoegen van variabelen	149
5.2.4.3 Samenvoegen van patiënten: categorieën van TBS-gestelden	150
5.2.4.4 Categorieën TBS-gestelden en behandelduur	153
5.2.4.5 Variabelen en behandelduur	153
5.2.5 Discussie	159
6. Resultaten bestudering patiëntencasuïstiek	163
6.1 Werkwijze	163
6.2 Resultaten	164
6.2.1 Patiënten in clusters I en II per kliniek en hun behandeling	164
6.2.2 Overwegingen bij plaatsing	166
6.2.3 Perspectieven recidivegevaar en criteria verlengingsadvies	166
6.2.4 Omslagpunt	167
6.2.5 Verkorting van de behandelduur	168
6.2.6 Vervolgvoorziening	169
6.3 Conclusies met betrekking tot patiëntencasuïstiek longstay	170
7. Beleidsmodulen andere alternatieven verkorting behandelduur	172
7.1 Werkwijze	172
7.2 Beleidsmodule 1	174
7.3 Beleidsmodule 2	177
7.4 Beleidsmodule 3	179
7.5 Beleidsmodule 4	182
7.6 Conclusie	186
8. Conclusies en Discussie	187
8.1 Vraagstelling	187
<i>Bijlagen</i>	<i>196</i>

Bijlage 1: Overzicht met geraadpleegde literatuur	197
Bijlage 2: Matrix overzicht literatuur	202
Bijlage 3: Overzicht geselecteerde TBS-instellingen	209
Bijlage 4: Deelnemers aan Toetsingsbijeenkomst TBS op 16-2-1998	210
Bijlage 5: Overzicht van alle genoemde mogelijkheden	211
Bijlage 6: Geraadpleegde personen over beleidsmodulen	214
Bijlage 7: Lijst van variabelen en codes	215
Bijlage 8: Lijst van variabelen en codes na omcoderingen	222
Bijlage 9: Datascreening: reductie, screening, transformaties	238
Bijlage 10: Reductie van het aantal variabelen	241
Bijlage 11: Clusteranalyse, methode en resultaten	244
Bijlage 12: Referenties hoofdstuk 5	247

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoek

Sinds het begin van de jaren negentig is de druk op de capaciteit van de bestaande inrichtingen voor TBS veroordeelden verhoogd. Niet alleen door een stijging van het aantal opleggingen en door een toename van de gemiddelde duur van de behandeling, maar tevens door een afname van het aantal beëindigingen van de ter beschikkingstelling. Het gevolg was dan ook een groeiend aantal TBS-veroordeelden in gevangenissen en huizen van bewaring, wachtend op een behandelingsplaats in een TBS-inrichting. Vanaf 1993 is er een aantal initiatieven genomen om de aanhoudende druk op de TBS-capaciteit te verlichten zoals bevordering van de doorstroming, uitbreiding van de capaciteit, monitoring van TBS-gestelden, genormeerde behandelmodules, herijking van indicatie, financiële prikkels en nieuwe wetgeving.

Ondanks de bestaande en toekomstige initiatieven ter verlichting, blijft de overheid op zoek naar andere wegen om de druk op de TBS-capaciteit te verlagen. Een tweede interdepartementale werkgroep Terbeschikkingstelling is ingesteld om de vraag te beantwoorden of de verlichting van de druk op de TBS-capaciteit ook mogelijk is door de intramurale behandelduur van de TBS-veroordeelden -zoveel als verantwoord mogelijk is- te beperken. Daartoe is een verkennend onderzoek gestart naar de mogelijkheden en de voorwaarden waaronder deze beperking van de intramurale behandelduur kan plaatsvinden. Het NZi, instituut voor onderzoek, opleidingen en informatie in de zorg heeft het deel van het interdepartementale beleidsonderzoek met het thema *“de gemiddelde intramurale behandelduur (door- en uitstroom)”* uitgevoerd.

1.2 Vraagstelling beperking gemiddelde intramurale behandelduur

In het deelonderzoek dat in deze rapportage zal worden beschreven, zal verkend worden welke mogelijkheden er voor diverse categorieën TBS-gestelden zijn, om de huidige gemiddelde behandelduur van 60 maanden op een verantwoorde wijze te beperken. Verantwoord in die zin dat de beperking van de behandeling in de TBS-instelling geen negatieve gevolgen heeft voor de kans op recidive van het misdrijf. De centrale vraag van dit deelonderzoek is dan ook:

“Bestaat er voor de diverse categorieën TBS-patiënten een omslagpunt of optimum: een moment waarop in de intramurale behandeling het effect maximaal is en de kans op recidive niet groter wordt dan bij de huidige gemiddelde behandelingsduur van TBS-gestelden?”

Dit resulteert in de volgende deelvragen:

1. Welke categorieën patiënten kunnen bij de opname in een TBS-instelling worden onderscheiden?
2. Wat is de gemiddelde intramurale verblijfsduur van deze categorieën patiënten?
3. Op welke termijn van de behandeling kan een valide oordeel worden geveld over de perspectieven met betrekking tot het recidivegevaar voor de onderscheiden categorieën patiënten?
4. Hanteren behandelaars in het advies aan de rechter criteria voor de beëindiging van de behandeling van deze categorieën patiënten? Welke zijn dat of kunnen deze worden ontwikkeld?
5. Hoe groot is de groep patiënten die de intramurale behandeling afrondt in de periodes zoals onderscheiden in de drie beleidsvarianten? Welke categorieën vallen daarbuiten? Hoe groot is deze groep en wat is de gemiddelde behandelduur in deze resterende gevallen?
6. Kan voor de gevonden categorieën patiënten worden aangegeven bij het vigerende behandelbeleid op welk moment in de behandeling een optimaal behandelresultaat wordt bereikt en het recidivegevaar niet groter is dan bij een langere behandelduur? En hoe zou als dit niet mogelijk is, het behandelbeleid kunnen worden veranderd dat het wel mogelijk is?
7. Welke (niet)bestaande vervolgvoorzieningen op het terrein van Volksgezondheid en Justitie zijn noodzakelijk voor de gevonden categorieën patiënten om het (verbeterde) functioneren van de patiënt in stand te houden en de kans op recidive te minimaliseren?

Het doel van dit deelonderzoek was de interdepartementale werkgroep zodanige relevante informatie over de verantwoorde beperking van de intramurale behandelduur te verschaffen, dat de drie beleidsvarianten (zoals genoemd in de centrale vraagstelling van het totale interdepartementale beleidsonderzoek) zoveel mogelijk door de werkgroep kunnen worden uitgewerkt.

1.3 Uitgangspunten en bronnen van onderzoek

Bij het onderzoek is een aantal uitgangspunten gehanteerd. Wij zullen deze beschrijven omdat zij de basis vormen voor het totale deelonderzoek dat het NZi heeft uitgevoerd.

Het betreft een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden en de voorwaarden waaronder de intramurale behandelduur van TBS-gestelden kan worden beperkt. Het onderzoek geeft een beeld van de situatie in het begin van 1998 in zeven TBS-klinieken in Nederland. De resocialisatiefase maakt nadrukkelijk geen deel uit van deze studie.

Er is gekozen voor een combinatie van een kwantitatieve en een kwalitatieve benadering omdat alle kwantitatieve en kwalitatieve gegevens bestanden en bronnen onvolkomenheden met zich mee dragen. Gezien de korte tijdsspanne en de beschikbaarheid en de betrouwbaarheid van de gegevens, is tevens gekozen voor een pragmatische aanpak.

De informatieverzameling in dit onderzoek vond plaats door het raadplegen van diverse bronnen. Nationale en internationale literatuur is geraadpleegd en kwantitatieve gegevensbestanden over TBS-gestelden zijn geanalyseerd. Daarnaast is gebruik gemaakt van patiëntencasuïstiek uit de dagelijkse praktijk, een toetsingsbijeenkomst met medewerkers uit de TBS-instellingen en van mondelinge

gestructureerde interviews met managers, behandelaars en begeleiders van zeven geselecteerde TBS-klinieken in Nederland.

1.4 Leeswijzer

De rapportage is opgebouwd uit een aantal hoofdstukken. Dit inleidende hoofdstuk wordt gevolgd door drie hoofdstukken die deel uitmaken van de eerste fase: de operationalisatie en conceptualisering van patiëntencategorieën. **Hoofdstuk twee** beschrijft de bevindingen van het literatuuronderzoek.

Hoofdstuk drie geeft de resultaten weer van de multicase-studie die is uitgevoerd in zeven TBS-instellingen. De resultaten van de toetsingsbijeenkomst met medewerkers uit TBS-klinieken worden beschreven in **hoofdstuk vier**.

De uitkomsten van de kwantitatieve analyse, die in samenwerking met het Meijers Instituut is uitgevoerd, worden beschreven in **hoofdstuk vijf**. **Hoofdstuk zes** beschrijft de resultaten van de bestudering van patiëntencasuïstiek van longstaypatiënten. De uitwerking van een aantal andere alternatieven om de behandelduur te beperken, komt in de vorm van een aantal beleidsmodulen in **hoofdstuk zeven** aan bod. Hoofdstuk vijf, zes en zeven vormen dan ook samen de tweede fase van het onderzoek: de verdieping van de kwalitatieve studie naar patiëntencategorieën. In het laatste hoofdstuk, **hoofdstuk acht**, zal een aantal conclusies worden getrokken en kijken we terug naar de onderzoeksvragen.

Deel I. Operationalisering en conceptualisering patiëntencategorieën

Bij deze verkennende studie naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van de beperking van de intramurale behandelduur van TBS-patiënten zijn, door de werkgroep Terbeschikkingstelling, patiëntencategorieën nadrukkelijk als uitgangspunt gekozen. De eerste fase van het onderzoek bestond dan ook uit de operationalisatie c.q. conceptualisering van patiënten-categorieën binnen de TBS-populatie. Doel van de eerste fase van het onderzoek was om uit interviews met de TBS-instellingen, uit schriftelijk materiaal van de instellingen en uit literatuuronderzoek, een aantal patiëntenprofielen boven water te krijgen die vervolgens op een bijeenkomst met vertegenwoordigers uit de bezochte instellingen zou worden getoetst op herkenbaarheid. Op deze bijeenkomst werd de mogelijkheid geboden om een aantal aanvullingen te doen.

De operationalisatiefase bestond uit drie onderdelen:

1. een literatuuronderzoek;
2. een multicasestudie van een zevental TBS-instellingen;
3. een toetsing van de resultaten op een bijeenkomst met medewerkers uit TBS-klinieken.

Van elke van deze drie onderdelen zullen we achtereenvolgens verslag doen in afzonderlijke hoofdstukken. Aan het einde van elke paragraaf beschrijven we een aantal conclusies die we op grond van de resultaten kunnen trekken.

2. Literatuur

2.1 Werkwijze

In dit hoofdstuk zal op basis van de literatuur een antwoord worden gegeven op de volgende twee deelvragen van het onderzoek:

1. Welke categorieën patiënten kunnen bij de opname in een TBS-instelling worden onderscheiden?
2. Wat is de gemiddelde intramurale verblijfsduur van deze categorieën patiënten?

De doelstelling voor de literatuursearch is om een overzicht te krijgen van onderzoek waarin de relatie centraal staat tussen aan de ene kant patiëntencategorieën en aan de andere kant behandelduur, prognoses, effecten van behandeling, recidivegevaar. Het idee is dat er onderzoek beschreven is over de behandelduur en behandelresultaten van af te bakenen patiënten-categorieën. Dit is een zeer ruime en open vraagstelling. Er zijn tevoren geen beperkingen opgelegd aan de literatuursearch naar type onderzoek (bijvoorbeeld: empirisch, beschrijvend, casuïstiek) of doelstelling van de patiëntencategorieën (ontwikkeling van ideeën, opname, behandeling, financiering, behandelduur, beveiliging enz.). Paragraaf 2.2 bevat de 'oogst' van dit deel van de literatuursearch.

De opbrengst van de literatuursearch naar onderzoek en literatuur, waarin de relatie tussen patiëntencategorieën en behandelduur en behandelresultaten centraal stond in de vraagstelling, is beperkt gebleken. Daarom is vervolgens ook gezocht naar informatie over relevante kenmerken (relevante kenmerken zijn die kenmerken die differentiëren tussen groepen patiënten). Het eerste verschil met de oorspronkelijke vraagstelling is dat patiëntencategorieën gekarakteriseerd worden door een samenstel van kenmerken. Een tweede verschil is dat alleen gekeken is naar de relatie tussen eenvoudige kenmerken en behandelduur. Deze resultaten zijn in beknopte vorm verwerkt in een matrix (zie paragraaf 2.3 en bijlage 2).

Voor de literatuursearch is vanaf 1981 tot en met 1997 gezocht in de databanken met de volgende zoekplaatsen en zoektermen:

Zoekplaatsen:

- Trimbos-instituut
- Medline (=National Library of Medicine)
- Dimdi (= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Dimdi is een host voor meerdere andere databanken. Bijvoorbeeld:
Psychinfo = American Psychological Information

Zoektermen:

- forensic psychiatry: classification, methods, organisation administration, psychology, statistics and numerical data, standards
- forensic psychiatry, criminals, treatment
- mentally ill offenders, recidivism, sociotherapy

Omdat al doende bleek dat een deel van de relevante literatuur niet via de geëigende databanken toegankelijk was, is daarnaast als aanvulling ook aan sleutelfiguren (uit de begeleidingscommissie, het Meyersinstituut en WODC) gevraagd naar relevante literatuur. Gezien het tijdsbestek was het niet mogelijk om alle mogelijk relevante bibliotheken (ter plekke) te raadplegen. Uiteindelijk zijn 320 titels van artikelen, boeken, notities, onderzoeksverslagen bekeken. Hieruit is gebleken dat de vraagstelling van dit onderzoek zelden centraal staat in de bestaande literatuur, maar dat deze wel een aantal keren gedeeltelijk aan de orde komt.

2.2 categorisering van TBS-patiënten

In de literatuur is op drie manieren gezocht naar informatie over type TBS-patiënten en hun behandeling(sduur): in review artikelen, naar empirisch onderzoek, naar beschrijvend onderzoek op basis van casuïstiek en kwantitatieve data en naar ideeën over patiëntencategorieën op basis van persoonlijke overtuigingen en ervaringen van professionals.

Review artikelen over het aanbrengen van categorieën binnen de gehele TBS-populatie zijn niet aangetroffen, wel over delen van de TBS-populatie. Bijvoorbeeld TBS-patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of seksueel delinquenten. Daarnaast zijn eind jaren tachtig wel review artikelen verschenen met een typering van de gehele populatie zoals bijvoorbeeld de Mentally Disordered Offenders in de VS en in Duitsland naar het effect van behandeling van delinquenten die zich vrijwillig hebben laten opnemen in een sociaal-therapeutische gevangenis ⁽⁴⁵⁾. In beide onderzoeken is echter geen onderverdeling gemaakt in categorieën met daaraan gekoppeld behandelduur en effecten van de behandeling. Een ander probleem in de buitenlandse literatuur is dat de onderzoekspopulaties vaak afwijken van de TBS-populatie in Nederland. Deze indelingen zijn dan ook vooralsnog niet opgenomen in het literatuuroverzicht. Een voorbeeld voor zo'n indeling is die van Davis ^(zie 34) die onderscheid maakt tussen 6 patiëntengroepen. Het gaat hierbij om patiënten die niet in staat zijn om voor de rechter te verschijnen (dus voor patiënten waarvoor zonder succes is gepleit voor "Not guilty by reason of insanity"). De basis voor de indeling is een statistische analyse van de test-resultaten van de McCarray Competence Assessment Instrument (uit 1973) die tekorten (deficiëncies) meet.

Empirische studies naar patiëntencategorieën zijn zeer beperkt. Beschrijvende onderzoek op basis van kwantitatieve databases is voorhanden, maar daarin wordt zelden de relatie gelegd tussen categorieën TBS-patiënten en de behandelduur en behandel-effecten. In Nederland zijn drie studies bekend^{40, 41, 38} waarin de behandelduur in relatie tot kenmerken van TBS-patiënten wordt beschreven.

Categorieën gebaseerd op beschrijvend onderzoek gebaseerd op casuïstiek zijn niet aangetroffen. Wel zijn veel voorstellen voor categorieën beschreven door behandelaars, zonder een geëxpliciteerde verantwoording door middel van casuïstiek en kwantitatieve gegevens. De volgende categorieën zijn aangetroffen in de literatuur.

1. Indeling van chronische TBS-patiënten van Van Geest en Niemantsverdriet⁽⁴⁾ van der Hoevenkliniek.

- * Criteria:-
 - langdurig opgenomen (> 8 jaar)
 - nog steeds delictgevaarlijk
 - er lijkt geen uitzicht te zijn op uitplaatsing naar open TBS-plaatsen, FPA of RIBW
- * Patiëntencategorieën:
 - patiënten die voldoen aan de bovengenoemde criteria;
 - patiënten die weliswaar al langere tijd ter beschikking zijn gesteld, maar nog niet voldoen aan het criterium van een opname van tenminste acht jaar. Er is sprake van een ernstige psychiatrische stoornis. Perspectief op doorstroming ontbreekt eveneens volledig vanwege de ingeschatte grote kans op delictherhaling;
 - patiënten bij wie nog geen sprake is van een opnameduur van langer dan acht jaar. Ook is sprake van een ernstige psychiatrische stoornis. De ernst van de ingeschatte delictgevaar is echter zodanig dat de rechter zonder meer tot verlenging van de maatregel overgaat.

Er kan in de onderscheiden categorieën tevens de combinatie met verslaving plaatsvinden.

2. Raes heeft onderverdeling geformuleerd van ernstige pathologie⁽⁴⁾.

- Patiënten met een chronische psychotische stoornis en vaak een onderliggende persoonlijkheidsstoornis, die antipsychotische medicatie weigeren, of bij wie deze onvoldoende werkt. Zonder deze medicatie zijn zij onvoorspelbaar, zeker als alcohol of drugs gebruikt worden.
- Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen met een gebrekkige identiteitsontwikkeling en opvallende egozwakte, vaak met sterke afhankelijkheid van alcohol of drugs of met psycho-organische afwijkingen.
- Seksuele delinquenten te onderscheiden in zogenaamde kernpedofielen en sadistische agressieve verkrachter, beide groepen met ernstige persoonlijkheidsafwijkingen.
- Verstandelijk gehandicapten met ernstige persoonlijkheidsafwijkingen.

3. Categorisering delict en psychische stoornissen van Marle⁽⁹⁾.

Van Marle heeft de totale groep TBS-patiënten gecategoriseerd door onderscheid te maken tussen:

- first offenders;

- alcohol, drugs, alcohol en drugs verslaving;
- affectief en pedagogische verwaarlozing;
- fysiek geweld: er is sprake van fysiek geweld tegen de betrokkene voor zijn dertiende jaar;
- seksueel misbruik: er is sprake van seksueel misbruik tegen de betrokkene voor zijn dertiende jaar;
- met kinderbeschermingscontact, een onder toezichtstelling of uithuisplaatsing;
- eerdere opnames in een psychiatrische inrichting;
- medicatie (onderhoudsdosering antipsychotische medicatie).

Deze groepen TBS-patiënten heeft hij afgezet tegen de volgende diagnoses: karakterneurose, ontwikkelingspsychopaten, borderline, schizotypal, post-drugpsychosen, procespsychosen.

4. Categorisering binnen de groep chronische TBS-patiënten van van Marle ⁽²⁵⁾: wel en niet behandelbare patiënten.

Van Marle meent dat een ander middel om de doorstroming in de TBS-klinieken te bewerkstelligen, is om een scheiding te maken tussen degenen die van het behandelingsaanbod kunnen profiteren en diegenen die in feite uitbehandeld zijn, nog steeds recidivegevaarlijk en dus in feite onbehandelbaar zijn. Hiervoor zouden aparte voorzieningen moeten worden opgezet met een aanbod gericht op het voorkomen van recidive en hospitalisatie. Dit zou bewerkstelligd kunnen worden door elke inrichting een dergelijke afdeling te laten opzetten ⁽²⁵⁾. Ook anderen onderstrepen dat men zich in TBS-land onvoldoende realiseert dat de ziekte niet te genezen valt ⁽⁵⁾ en aparte voorzieningen voor chronici zoals in Veldzicht hiervoor nodig zijn.

5. Van Marle onderscheidt de behandeling van ontwikkelingspsychopaten en die van (pre)psychotische delinquenten.

De behandeling van de eerste groep kenmerkt zich door behandelingsdruk via een gesloten structuur van omgevingsaspecten en therapeutische interventies. De tweede groep heeft meer psychologische en materiële ruimte nodig vanwege hun desintegratie-angst; ze neigen naar autisme en hospitalisatie waardoor een activerende behandeling nodig is met duidelijke aan ieder bekende afspraken. De tweedeling is gemaakt op basis van praktijkervaringen, trends in de gehele populatie van de van Mesdagkliniek (bijv. calamiteiten en aantal korte en langere isolaties in de isoleercellen, gebruik farmacotherapie, aantal keren begeleid verlof met of zonder ongeoorloofde afwezigheid) en literatuur ⁽³⁴⁾.

6. Categorisering van Drost en Eggink ^(12., blz 36-39).

Zij zijn van mening dat niet het delictmotief (geld, seks, onmacht) maar de ernst van het tijdens het delict gepleegde geweld de beste indelingsleutel biedt. In hoofdlijnen komen zij tot de volgende drie typeringen:

- *zwaarste type*: veroordeeld wegens een zwaar geweldsdelict; relatief zeer moeilijke jeugd (ernstig mishandeling, moeder afwezig e.d.) diagnose: relatief ernstig gestoord bevonden; criminele carrière is kort maar krachtig, het zijn relatieve laatbloeiers. Straflijs combinatie van vermogens en geweldsdelicten (43%).

- *middelzware type*: veroordeeld voor een middelzwaar of lichter gewelddelict (aanranding, verkrachting, vermogensdelict met agressieve component); lange en zeer gevarieerde criminele carrière (waaronder meerdere geweldsdelicten); zelden ernstig gestoord bevonden (32%).
- *lichtste type*: veroordeeld voor een delict zonder agressieve component (geen geweld, dreiging enz.), meestal homogene straflijst en meestal in 80% van dit type geen agressieve delicten; relatief licht gestoord bevonden (25%).

7. **Categorisering van Van der Kwast** ^(13, blz 37)

- Categorie I: delicten waarvoor geen terbeschikkingstelling kan plaatsvinden volgens de nieuwe wet van 1988, ondermeer verduistering. (11% van de toenmalige TBS-populatie)
- Categorie II: Delicten waarvoor de maximumduur van toepassing is volgens de nieuwe wet. Ondermeer brandstichting met gevaar voor goederen, ontucht met personen beneden de zestien jaar. (7% van de toenmalige TBS-populatie)
- Categorie III: delicten waarvoor de maximumduur niet van toepassing zal zijn volgens de nieuwe wet. Ondermeer brandstichting indien daar levensgevaar voor personen is te duchten, zware mishandeling, doodslag, moord. (82% van de toenmalige TBS-populatie)

8. **Categorisering van Heilbrun, Nunez et al** ⁽²⁹⁾.

Zij hebben in deze studie een indeling gemaakt naar de aard van het gepleegde delict (mentaal/ emotioneel; geweld/agressie, seksueel delict, automutilatie, verslaving) en vervolgens een combinatie gemaakt met 16 therapievormen (zoals bijvoorbeeld medicatie, reality therapy, sexual dysfunction therapie etc).

9. **Categorisering van Wiederanders** ⁽³⁰⁾ naar recidive

TBS-patiënten zijn gevolgd in drie staten in Amerika. Patiënten zijn beschreven aan de hand van de volgende kenmerken (blz. 251):

- Demografische variabelen (leeftijd, etniciteit, geslacht en diagnose),
 - Het gemiddeld aantal arrestaties voor het gepleegde huidige delict,
 - Type delict (wel of niet gewelddadig en zwaar misdrijf of wangedrag).
- Wel gewelddadig = moord, verkrachting, molest, overval, aanranden, brandstichting.
Niet gewelddadig = diefstal, inbraak, vandalisme, drugscriminaliteit, rijovertradingen.

Deze patiënten werden gevolgd en er werd gekeken naar recidive en de aard van de recidive.

10. **Categorisering van Hulstijn e.a. (Mesdagkliniek): Het 4-factorenmodel** ⁽³³⁾.

Het delictscenario is opgebouwd uit de interactie tussen de volgende vier factoren:

- persoonlijkheid en psychiatrisch toestandsbeeld;
- situationele gegevens;
- maatschappelijke inbedding;
- vaardigheden.

Het model is bedoeld om de diagnostiek en behandeling in de Mesdagkliniek te objectiveren en standaardiseren, minder afhankelijk te maken van personen en de (intuïtie) van betrokken behandelaars en begeleiders. De werkwijze met het model is eclectisch. Het model is tot stand gekomen op basis van praktijkervaringen.

11. Clusters in Veldzicht in de totale groep chronische patiënten n.a.v. Oppedijk ⁽⁴³⁾:

- chronisch psychotische stoornis en onderliggende persoonlijkheidsstoornis met alcohol- of drugsafhankelijkheid en weigering van anti-psychotische medicatie;
- ernstige persoonlijkheidspathologie en psycho-organische stoornis en/of alcohol- of drugsafhankelijkheid;
- ernstige persoonlijkheidspathologie en seksuele stoornis (kernpedofielen);
- ernstige persoonlijkheidspathologie en seksuele stoornis (sadistisch agressieve verkrachters);
- verstandelijk gehandicapten en ernstige persoonlijkheidsafwijkingen en agressief en deviant gedrag.

12. De clusters volgens commissie voortdurende delictgevaarlijkheid ⁽³⁹⁾:

- ontucht met minderjarigen, zwakbegaafdheid, seksuele stoornissen en sterk verminderde ontoerekeningsvatbaarheid
- harddrugverslaving, psychotische stoornis (schizofrenie) en ontoerekeningsvatbaarheid

Deze twee clusters zijn tot stand gekomen op basis van beschrijvend onderzoek met het monitorbestand van het MI (peildatum 1-1-'97) naar de categorie longstaypatiënten. Gezocht is naar variabelen die differentiëren tussen de groep longstaypatiënten die wel en die niet met proefverlof zijn.

13. Clusters in de groep persoonlijkheidsstoornissen ⁽⁴⁶⁾

Voor een effectstudie van het behandelaanbod in de v.d. Hoevenkliniek door Greeven zijn de TBS-patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ingedeeld in drie clusters:

- cluster A: vreemd, excentriek
 - paranoïde persoonlijkheidsstoornis
 - schizoïde persoonlijkheidsstoornis
 - schizotypische persoonlijkheidsstoornis
- cluster B: dramatisch, emotioneel, impulsief
 - theatrale persoonlijkheidsstoornis
 - antisociale persoonlijkheidsstoornis
 - narcistische persoonlijkheidsstoornis
 - borderline persoonlijkheidsstoornis
- cluster C: angstig, vreesachtig
 - obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis
 - ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
 - passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis

samenvattend:

Wat valt er uit de opsomming in deze paragraaf af te leiden? Opvallend aan de hierboven beschreven manieren om te categoriseren is dat iedere manier weer anders is dan de vorige. Duidelijk blijkt dat:

- er vooralsnog geen kenmerken te zijn die door iedereen worden gebruikt om te categoriseren;
- het type delict en de psychiatrische stoornis relatief het meeste gebruikt worden, maar niet overal;
- sommige categorieën veel en andere slechts één kenmerk gebruiken om te differentiëren tussen de categorieën.

Een en ander is in de onderstaande tabel 2.1 samengevat.

Tabel 2.1:

Type categorisering	verwijzing naar nummer van de indeling in categorieën
Gedeeltelijk: alleen de groep chronici wordt geclusterd	1, 4, 11, 12
Gehele populatie	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10,
Opnameduur	1
Ernst pathologie (psychiatrische stoornis, intelligentie, verslaving, medicatiegebruik)	2
Type delict	7
Ernst gebruikt geweld tijdens delict	6
Delict en therapievorm	8
Type delict en demografische kenmerken patiënt en crimineel verleden	9, 11
Delict en psychiatrische stoornissen en gedragsstoornis en toerekeningsvatbaarheid	12
Delict en stoornissen en verleden (crimineel, jeugd, contact met psychiatrie) en medicatie en psychiatrische diagnose	3
Behandelbaarheid	4
Psychiatrische stoornis	5, 13
Psychiatrische stoornis, persoonlijkheid, situatie, inbedding, vaardigheden	10

Op basis van dit literatuuroverzicht heeft het NZi geconcludeerd dat het uitgangspunt om via patiëntencategorieën een ingang te vinden tot verkorting van de behandelduur, nog een brug te ver is. Empirische onderbouwing van de hier gepresenteerde categorieën ontbreekt vrijwel volledig. Er worden ook appels en peren vergeleken: de manieren van categoriseren dienen verschillende doelen zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen voor long-stay-patiënten of ondersteuning bieden bij het opstellen van behandelplannen. De geïnventariseerde categorieën leggen nooit de relatie met behandelduur.

Kortom: de benadering om in de literatuur via patiëntencategorieën te komen op mogelijkheden om de behandelduur te verkorten, daar komen we nu niet verder mee.

2.3 Kenmerken die differentiëren

Deze paragraaf bevat een overzicht aan kenmerken die mogelijk zullen differentiëren tussen categorieën TBS-patiënten. In tegenstelling tot de vorige paragraaf is nu niet gezocht in de literatuur naar patiëntencategorieën die zijn beschreven op basis van een combinatie van een aantal verschillende kenmerken, maar nu gaat het om de enkelvoudige kenmerken. Dit betekent dat er wordt afgeweken van de oorspronkelijke vraagstelling. Met dit overzicht is begonnen, omdat de oogst aan patiëntencategorieën op basis van empirisch, dan wel beschrijvend onderzoek of op basis van professionele ervaringen en ideeën in de literatuur op dit moment te weinig oplevert. Het doel van deze werkwijze is dat zo een basis gelegd wordt voor vervolgonderzoek naar patiëntencategorieën. Een basis die aansluit op de kennis uit de literatuur en de manier waarop d.d. februari 1998 wordt gedifferentieerd binnen de klinieken.

Over TBS-gestelden wordt veel informatie verzameld: in individuele dossiers en in landelijke registraties. Voor de vraagstelling van dit onderzoek is slechts een deel van deze kenmerken relevant. Om een selectie te maken is de volgende informatie verzameld over de kenmerken: in de literatuur worden de kenmerken beschreven als relevant om te differentiëren binnen de totale populatie, de behandeling is expliciet beschreven en op dit kenmerk gericht en de effecten van de behandeling zijn onderzocht. Die informatie is het minimum dat nodig lijkt om een inschatting te maken van de bruikbaarheid van deze kenmerken om patiënten-categorieën te beschrijven in relatie tot behandelduur en mogelijkheden tot behandel-duurverkortung. Voor ieder kenmerk is in de literatuur een antwoord gezocht op de volgende vragen:

- deelt het kenmerk de TBS-populatie in relatief substantiële groepen?
- is het kenmerk op valide en betrouwbaar wijze te meten?
- is er een behandeling gericht op dit kenmerk?
- wat is het effect van de behandeling op TBS-patiënten met dit kenmerk in termen van behandelduur en risicovermindering van recidive?

Voor zover mogelijk zijn deze vragen in de matrix die is opgenomen in bijlage 2, per kenmerk kort samengevat. In de eerste kolom staan mogelijke kenmerken van TBS-patiënten, waarvan uit de literatuur is gebleken dat zij enigerlei wijze zijn gebruikt om onderscheid te maken tussen groepen TBS-patiënten. De vraag is of deze kenmerken gebruikt zijn of zouden kunnen worden om TBS-patiënten te categoriseren zo dat (on)mogelijkheden van de verkorting van de behandelduur inzichtelijk worden, nu of op langere termijn. In de tweede kolom wordt de mate waarin het betreffende kenmerk zou kunnen discrimineren tussen relatief substantiële subgroepen TBS-patiënten beschreven. De inhoud van de behandeling gericht op dit kenmerk vindt u terug in de derde kolom. Informatie over de effecten van de behandeling in de vorm van behandelduur en recidivekans zijn respectievelijk in kolom 4 en 5 beschreven. Tenslotte staat in de laatste kolom aangegeven of en hoe kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn over dit kenmerk in bestaande databestanden.

Recidivecijfers uit 1995 betreffen de hele TBS-populatie en zijn niet gekoppeld aan een van de kenmerken zoals in de matrix in bijlage 2 genoemd³⁸.

Tabel 2.2: ontwikkeling van de aard van de recidivedelicten, één of meer malen gepleegd, in % (uit 38)

recidivedelict	1974-1978	1979-1983	1984-1988
vermogensdelicten	43	42	45
licht gewelddelict	27	29	32
zwaar gewelddelict		9	11
seksueel gewelddelict	10	10	10
overig	30	28	22

2.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is in de literatuur gezocht naar een antwoord op de volgende twee deelvragen:

1. Welke categorieën patiënten kunnen bij de opname in een TBS-instelling worden onderscheiden?
2. Wat is de gemiddelde intramurale verblijfsduur van deze categorieën patiënten?

In totaal zijn 320 titels van artikelen, boeken, notities, onderzoeksverslagen bekeken. Hieruit is gebleken dat de twee deelvragen van dit onderzoek zelden centraal staan in de bestaande literatuur, maar dat deze wel een aantal keren (gedeeltelijk) aan de orde komt.

Vanuit de zeer ruime en open vraagstelling heeft het NZi op basis van de literatuur geconcludeerd dat de resultaten geen solide basis opleveren voor een analyse van de mogelijkheden tot verkorting van de behandelduur op basis van patiëntencategorieën.

De literatuursearch levert daarvoor de volgende argumenten op.

- Empirische onderbouwing van de in paragraaf 2.2. gepresenteerde categorieën ontbreekt vrijwel volledig. De meeste categorieën zijn beschreven zonder een expliciete verantwoording op basis van casuïstiek, empirisch onderzoek of beschrijvend onderzoek.
- Er worden tevens appels en peren vergeleken: de manieren van categoriseren dienen verschillende doelen zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen voor longstaypatiënten of ondersteuning bieden bij het opstellen van behandelplannen.
- In de geïnventariseerde categorieën wordt zelden de relatie met behandelduur gelegd. De clusterindeling van de commissie vóórturende delictgevaarlijkheid zijn hierop een uitzondering. De clusterindeling is gebaseerd op het beschrijvend onderzoek naar de groep longstaypatiënten op basis van de basisbewonersgegevens van het Meyersinstituut.

Omdat uit de literatuur geen patiëntencategorieën zijn te halen die een solide basis vormen voor behandelduurverkorting, is vervolgens de literatuur geanalyseerd op kenmerken van TBS-patiënten die mogelijk relevant zijn om in een later stadium patiëntencategorieën samen te stellen. Op basis van de literatuur en de databestanden van de TBS-populatie in haar totaliteit blijken de volgende kenmerken relevant voor het opstellen van patiëntencategorieën:

geslacht, intelligentieniveau, ontoerekeningsvatbaarheid, soort delict, crimineel verleden, jeugd en gezinsleven, psychiatrische diagnose, mate van gevaar/ de beveiliging die nodig is tijdens de intramurale behandeling.

3. Multicasestudie

3.1 Werkwijze

Het doel van de multi-casestudie was om het primaire proces te beschrijven binnen een deel van de TBS-instellingen in relatie tot de patiëntencategorieën die in deze instellingen verblijven. Zeven instellingen namen aan deze multi-casestudie deel: vijf grote TBS-klinieken (rijks en particulier), één grote FPK (GGzE) en Hoeve Boschoord gezien de specifieke doelgroep van verstandelijke gehandicapten waarop deze instelling zich richt (zie bijlage 3).

In deze zeven geselecteerde instellingen zijn interviews gehouden met de directie, met een behandelaar veelal een psychiater of psycholoog en een afdelingshoofd van een behandel- afdeling. De interviewvragen die aan hen gesteld zijn, waren operationalisaties van de deelvragen van de vraagstelling van het onderhavige onderzoek. De beschrijving van de interviewresultaten vindt dan ook plaats aan de hand van deze deelvragen. Per deelvraag worden de algemene lijnen uit de interviews weergegeven. Waar grote verschillen aanwezig waren, zijn deze nuances aangegeven. Voor alle duidelijkheid: de beschrijvingen die hieronder volgen zijn een weergave van de meningen, visies en interpretaties van de personen die geïnterviewd zijn in de zeven TBS-instellingen. Het is dus mogelijk dat andere personen die niet geïnterviewd zijn, een andere mening zijn toegedaan.

3.2 Welke patiëntencategorieën?

In deze paragraaf staat de volgende deelvraag centraal:

- Welke patiëntencategorieën kunnen bij de opname in een TBS-instelling worden onderscheiden?

Aan de klinieken is de vraag voorgelegd op welke doelgroepen c.q. categorieën patiënten zij zich richten, en of, en zo ja hoe zij differentiatie aanbrengen tussen de bij hen in behandeling zijnde TBS patiënten.

3.2.1 Welke doelgroepen?

In alle geselecteerde klinieken wordt in meerdere of in mindere mate intern een onderscheid gemaakt tussen patiëntengroepen vanuit de eigen visie van de kliniek. Het aantal groepen verschilt van twee tot achttien. De Mesdagkliniek maakt bijvoorbeeld een intern onderscheid tussen de groep psychotische patiënten en de groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Hoeve Boschoord differentieert per afdeling en komt daarbij tot achttien verschillende patiëntengroepen die gebaseerd zijn op verschillende eigenschappen van de bewoner. Bijvoorbeeld bewoners met affectieve verwaarlozing,

bewoners met een justitiële maatregel, bewoners met seksuele problematiek, etc. verblijven op aparte afdelingen.

Er wordt echter door de geïnterviewden even vaak aangegeven hoe moeilijk het maken van een onderscheid tussen diverse patiënten is: *“Voor alle categorieën geldt dat er bijna altijd sprake is van een samengestelde problematiek”* en: *“Als je onderscheid maakt tussen psychose-patiënten en patiënten met overwegend persoonlijkheidsstoornissen, is het vaak zo dat wanneer de psychose redelijk onder controle is, daarna ook persoonlijkheidsstoornissen naar voren komen.”* Ook wordt opgemerkt dat in toenemende mate patiënten een verslavingsproblematiek hebben en daarbij geldt dat: *“De verslavingsproblematiek de psychiatrische problematiek onderhoudt.”*

Bij beantwoording van de vraag over de interne differentiatie bestaat er een verschil tussen de mening van de directieleden en die van de behandelaars. Over het algemeen zijn de directieleden meer terughoudend in het differentiëren tussen verschillende patiëntencategorieën. *“Wij hebben hier ruim honderd patiënten, dus ook 100 categorieën. Iedereen is verschillend”* De behandelaars daarentegen hebben vanuit hun professionaliteit meer ideeën over interne differentiatie.

Uit de interviews bleek dat er ook een differentiatie wordt onderscheiden tussen de diverse klinieken. Deze differentiatie komt deels voort uit historische achtergronden, deels uit een verschillende visie op behandeling van TBS-patiënten. Men maakt daarbij echter ook de kanttekening dat deze verschillen, mede door de druk op de klinieken door toenemende wachtlijsten, de laatste jaren kleiner worden. De beelden die bij de diverse klinieken bestaan over andere collega-instellingen zijn bijvoorbeeld de volgende: Hoeve Boschoord heeft vooral zwakbegaafden, de van der Hoevenkliniek heeft relatief gezien wat meer jongere ‘first offenders’ en de Mesdagkliniek en R.I. Veldzicht hebben de ‘desperados’ (*“dikke dossiers en een hoog beveiligingsregiem”*). Er bestaat volgens de geïnterviewden slechts weinig verschil tussen bijvoorbeeld Oldenkotte, de Kijvelanden en de Pompekliniek.

Kortom, er wordt wel gedifferentieerd maar de differentiaties verschillen onderling tussen klinieken op basis van hun behandelvisie en historie. Daarnaast verschillen de klinieken in hoe ver men gevorderd is in het daadwerkelijk invoeren van de differentiaties. Dus in hoeverre de differentiatie is doorgevoerd in het behandelbeleid en vertaald is naar behandel-programma’s en de organisatiestructuur bijvoorbeeld in de vorm van differentiatie tussen afdelingen. In de meeste klinieken is men bezig om de gekozen differentiatie verder vorm te geven, door nadere invulling te geven aan specifieke behandelprogramma’s en behandelpro-tocollen. De GGzE heeft behandelprogramma’s uitgewerkt. Ten dele zijn er reeds in de Mesdagkliniek programma’s (één programma van de drie onderscheiden patiënten-categorieën), in Veldzicht en in Hoeve Boschoord (de nieuwe afdelingen zijn beschreven, behandelprogramma’s worden nu nader uitgewerkt). Vanuit de klinieken wordt aangegeven dat zij een belangrijke meerwaarde zien in het verder ontwikkelen en operationaliseren van het behandel aanbod. Wanneer dit er ligt verwacht men in de toekomst onder andere nog beter te kunnen sturen op welk behandel aanbod voor welke patiënten noodzakelijk en effectief is.

3.2.2 Hoe wordt gedifferentieerd?

Wanneer de klinieken differentiëren, verschillen zij onderling in de wijze waarop zij differentiatie aanbrengen tussen groepen patiënten. De differentiatie is daarbij gebaseerd op een meer of minder expliciet omschreven behandelvisie. Alle klinieken hanteren meer dan één van de hieronder beschreven wijzen van differentiatie.

- Er wordt in drie van zeven klinieken onderscheid gemaakt op (*psychiatrische*) *diagnose*. Bijvoorbeeld onderscheid tussen patiënten waarbij de psychotische problematiek centraal staat en patiënten waarbij overwegend sprake is van persoonlijkheidsstoornissen. (namelijk in GGzE, Mesdagkliniek, van der Hoevenkliniek). Ook komt een aparte differentiatie met Verslavingszorg voor in GGzE.
- Daar overheen of doorheen wordt (uiteraard) door alle klinieken onderscheid gemaakt naar de benodigde mate van *beveiliging*. De mate van beveiliging wordt ingeschat op basis van vluchtgevaar en/of delictgevaar, de mate en de aard van ongeoorloofd gedrag en de mate van toegestane vrijheden. Bij de beoordeling van de mate van beveiliging stelt de instelling zich de vraag: Hoe gevaarlijk is deze patiënt? In de gesprekken kwam naar voren dat het gevoel, de intuïtie van professionals hierbij een belangrijke rol speelt. De mate van “op je hoede zijn” ziet men daarom als een belangrijk criterium.
- Ook worden patiëntencategorieën in alle klinieken onderscheiden op basis van *groeps-geschiktheid*. Kan een patiënt een groepsgeoriënteerde behandeling aan of heeft hij een individuele behandeling nodig? Dit onderscheid lijkt in een aantal situaties deels overeen te komen met het onderscheid naar diagnose. Voor psychose-patiënten is bijvoorbeeld een groepsbehandeling doorgaans niet geïndiceerd.
- Onderscheid wordt gemaakt naar IQ van de patiënten, *zwakbegaafden* (Hoeve Boschoord, Veldzicht). Zij moeten gezien hun begripsvermogen op een andere wijze worden benaderd en behandeld. Zwakbegaafden hebben bijvoorbeeld een langer leertraject. Er wordt ook een onderscheid gemaakt naar *geslacht*. Dit laatste is met name van invloed bij plaatsing. Sommige klinieken nemen geen vrouwen op, anderen juist wel zoals Oldenkotte. Deze kliniek heeft een speciale afdeling voor vrouwen. De van der Hoevenkliniek hanteert als criterium dat een vrouw alleen geplaatst wordt op een afdeling waar minimaal één andere vrouw zit. Er wordt niet een specifiek ander behandelaanbod aangeboden aan vrouwen. Dit komt voornamelijk door het feit dat er ook relatief weinig vrouwen opgenomen worden.
- Doorgaans wordt door de klinieken niet gedifferentieerd tussen afdelingen naar de aard van het *delict*. Wel wordt onderscheid gemaakt bij patiënten die een zedendelict pleegden, met een onderverdeling tussen pedofielen en verkrachters. Een viertal klinieken kent specifieke

therapiegroepen op kliniekniveau voor de patiënten die een zedendelict hebben gepleegd. Veldzicht heeft plannen om een aparte voorziening te creëren voor seksuele delinquenten.

- Voorts wordt door de meeste klinieken onderscheid gemaakt in de *fase van de behandeling* waarin de patiënt zich bevindt. Alle klinieken hebben bij opname een periode variërend van zes weken tot drie maanden waarin een uitgebreide diagnostiek en gewenning plaatsvindt van de patiënt. In deze fase wordt de patiënt frequent besproken in een multidisciplinair team en wordt er een behandelplan opgesteld. De diagnosefase wordt gevolgd door respectievelijk een behandelfase en een resocialisatiefase. De fase van resocialisatie van de patiënt wordt in alle klinieken apart onderscheiden. Deze fase krijgt kent verschillende vormen en structuren: als aparte afdeling(en) bijvoorbeeld in de Mesdag-kliniek en Veldzicht de afdeling 'Resocialisatie en Transmurale begeleiding', dan wel in de vorm van plaatsing in bijvoorbeeld kliniekflatjes of woningen op het terrein (de van der Hoevenkliniek en Pompekliniek).

3.2.3 Samenvattend

Alle geselecteerde klinieken differentiëren binnen hun patiëntenpopulatie. Er zijn echter verschillen tussen klinieken aanwezig in de wijze waarop en de mate waarin ze intern differentiëren. Bovendien is er met betrekking tot differentiatie tussen patiëntengroepen een verschil in inzicht aanwezig tussen directieleden en behandelaars. Behandelaars vinden differentiatie veelal meer gewenst dan directieleden. Patiëntencategorieën die bij instroom kunnen worden onderscheiden zijn patiënten met een of meer van de volgende kenmerken: vrouwen, zwakbegaafden, patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, psychotische patiënten, patiënten die streng beveiligd moeten worden, patiënten die een zedendelict hebben gepleegd en patiënten die geschikt zijn voor een groepsgerichte behandeling. De klinieken verschillen onderling in hoeverre er gewerkt wordt met behandelplannen en behandelprogramma's/ zorgprogramma's. In de meeste klinieken is men bezig om de gekozen differentiatie verder vorm te geven, door nadere invulling te geven aan specifieke behandelprogramma's en behandelprotocollen.

3.3 Een optimaal behandelresultaat en een valide oordeel over recidivegevaar

3.3.1 Inleiding

In deze paragraaf staan twee deelvragen centraal. Twee deelvragen uit de onderzoeksvraag die nauw met elkaar samenhangen. Het betreft de deelvragen over:

- op welk moment in de behandeling er een valide oordeel gegeven kan worden door behandelaars over de perspectieven op recidive voor de onderscheiden patiëntencategorieën;

- het bereiken van het moment waarop gesproken kan worden over een optimaal behandelresultaat (verdere behandeling heeft weinig meerwaarde en de kans op recidive blijft gelijk) voor de onderscheiden patiëntencategorieën.

Vanwege de samenhang beschrijft deze paragraaf gezamenlijk de antwoorden die gegeven zijn door behandelaars op de beide deelvragen.

De behandelaars geven allemaal aan dat het streven naar een optimaal behandelresultaat nauw samenhangt met de mogelijkheid om het recidivegevaar te kunnen inschatten. Deze bovenstaande vragen vinden de behandelaars in de TBS-klinieken moeilijk te beantwoorden. Waarom? De crux van het probleem zit in de moeilijkheid om het gevaar van recidive, speciaal voor patiëntencategorieën op een valide wijze te kunnen inschatten. Per individuele patiënt moeten zij in het verleningsadvies aan de rechter weliswaar een uitspraak doen over het recidivegevaar, maar behandelaars kunnen nooit met zekerheid uitspraken doen over het recidive gevaar van patiëntencategorieën of groepen patiënten binnen hun kliniek. Behandelaars krijgen bovendien weinig tot geen feedback over de recidive van patiënten die hun kliniek hebben verlaten. Enerzijds is op landelijk niveau niet voorzien in een continue vorm van feedback. Er wordt eens in de vijf jaar een onderzoek gedaan naar recidive door het WODC. Per kliniek wordt het totale recidive cijfer ook wel eens onderzocht. Het moment van onderzoek naar recidive valt dan meestal samen met een afscheid van een behandelaar, een jubileum van een kliniek etc. De laatste tijd wordt op dit punt wel structurele actie ondernomen en projecten uitgevoerd door de Pompekliniek, de Van der Hoevenkliniek en Veldzicht. Anderzijds is het gebrek aan feedback over recidive van patiënten te wijten aan onvoldoende afstemming en terugkoppeling met en van de onderzoeksafdelingen van de betreffende klinieken naar de behandelaars.

De behandelaars verschillen dus in hun opvatting in hoeverre en wanneer het mogelijk is om een valide oordeel te geven over de perspectieven met betrekking tot het recidive gevaar. Dit ligt volgens sommige geïnterviewden zeer verschillend en kan niet aan patiëntencategorieën worden gekoppeld. Anderen geven aan dat zij, hoewel in beperkte mate, wel een verschil zien tussen groepen patiënten, als het gaat om de inschatting van behandelresultaat en (daarmee dus ook) het recidivegevaar. Behandelaars noemen voor het inschattingsprobleem bij recidive voor patiëntengroepen in ieder geval een aantal redenen. Deze redenen liggen deels in de aard van de patiëntenpopulatie en deels bij de eigen professionele houding van de behandelaars in de instellingen.

3.3.2 Patiëntenpopulatie

- De behandeling is een op het individu toegesneden proces waarbij geen algemene uitspraken kunnen worden gedaan over het moment waarop gesproken kan worden van een optimaal behandelresultaat. Het gevaar op recidive en de vorderingen van de patiënten met betrekking tot gestelde behandeldoelen en preventiedoelen wordt in een *dynamisch proces* vanaf de opname tot het ontslag in behandelbesprekingen aan de orde gesteld en getoetst. Hoe frequent deze besprekingen plaatsvinden varieert tussen één maal per zeven weken en éénmaal per half jaar. Het

meest gebruikelijk is eenmaal per drie maanden, waarbij in de eerste fase na opname in de kliniek de frequentie vaak iets hoger ligt. Hierbij komen vragen aan bod waarmee zicht wordt verkregen op de factoren die de aanleiding zijn geweest tot het deviante gedrag van de patiënt: Is een patiënt bijvoorbeeld in staat zich te houden aan (medicatie)afspraken en kan hij verantwoordelijkheden dragen? In hoeverre heeft een patiënt ziektebesef? Is er sprake van ongeoorloofd gedrag? Hoe staat het met het evenwicht tussen afzetten en medewerking verlenen. Tussen vertrouwen en wantrouwen etc. *“Een patiënt mag dus ook struikelen want dat hoort bij een leerproces. Bij de ene patiënt kan na een jaar een uitspraak worden gedaan over het omslagpunt van optimaal behandelresultaat en kans op recidive. Bij een andere TBS-patiënt blijft dit omslagpunt altijd een punt van discussie”*. Een aantal klinieken (Veldzicht, Boschoord) geeft aan dat voor patiënten die in andere klinieken verbleven voor opname in de betreffende instelling, er altijd sprake is van tot rust komen, wennen aan elkaar en zich thuis gaan voelen voordat er überhaupt sprake kan zijn van een behandeling en observatie. Wanneer dit het geval is zal de behandeling vanzelfsprekend altijd langer duren, dan wanneer iemand deze rustfase niet nodig heeft.

- Een tweetal klinieken (Mesdagkliniek, van der Hoeven kliniek) geeft aan dat het bij het perspectief op recidive belangrijk is in hoeverre een patiënt meewerkt aan de behandeling. Wanneer een patiënt gemotiveerd is om mee te werken dan gaat het proces veel sneller en kan dus ook sneller iets gezegd worden over het uiteindelijke recidive gevaar.
- Eén van de uitzonderingen is de Mesdagkliniek. Deze kliniek is van mening dat het perspectief op recidive wel degelijk voor een aantal groepen patiënten grofweg kan worden ingeschat: *“Met name bij psychotici kan je na drie tot zes maanden een optimaal behandelresultaat hebben bereikt. Ook bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen kan al binnen een half jaar na plaatsing worden ingeschat wat het effect zal zijn van de behandeling. Bij ongeveer 50% van de persoonlijkheidsstoornissen kan de behandelduur worden verkort.”*
- De doelen voor behandeling en preventie van recidive worden gebruikt om te kijken naar de voortgang, maar het nemen van besluiten over proefverlof, vrijheden en over het bereiken van een optimum, blijft een kwestie van intuïtie en klinische ervaring van de behandelaars. Er is in de klinieken geen standaard assessmentprocedure aanwezig om het recidivegevaar in te schatten. Intuïtie en ervaring zijn persoonsgebonden, dus elke behandelaar kan een andere beslissing nemen over het recidivegevaar. Eén kliniek (Oldenkotte) geeft aan dat men snel, dat is direct bij opname of na ongeveer een jaar, zicht heeft of iemand wel of niet behandelbaar is. Deze inschatting wordt (ook weer gevoelsmatig en op basis van ervaring) gemaakt aan de hand van een aantal factoren: *“Valt er met een patiënt te onderhandelen, kan een patiënt af spraken maken, maakt hij contact en heeft hij inzicht in zijn deviant gedrag.”* Hierbij worden dus verschillende criteria gehanteerd, welke overeenkomen met de criteria die men beschrijft in een advies aan de rechter (zie ook paragraaf 3.4. criteria beëindiging van de behandeling).
- Het gevaar van recidive is volgens een aantal klinieken moeilijk in te schatten omdat als de TBS eenmaal is beëindigd, de patiënt zelf mag weten wat hij denkt dat goed voor hem is.
- Daarnaast speelt het verschil tussen de inschatting van recidive op korte termijn en op langere termijn mee. Wanneer de patiënt het krijgen van meer vrijheden goed aan kan, kan dit een

positieve aanwijzing zijn voor positief gedrag op korte termijn. Maar over het gedrag op de langere termijn tast men vaak in het duister en is afhankelijk van de omgeving waar de patiënt naar terug gaat, zijn arbeidsomstandigheden etc.

- Hoeve Boschoord geeft aan dat de behandeling van verstandelijk gehandicapte TBS-patiënten de behandeling niet korter kan dan drie tot vier jaar. *“Verstandelijk gehandicapten leren langzamer en hebben meer tijd nodig om dingen te verwerken, dat valt niet te versnellen. Bovendien kunnen verstandelijk gehandicapten niet generaliseren van het geleerde naar verschillende situaties. Hun leerweg kleeft aan één bepaalde situatie. Een valide oordeel over een optimaal behandelresultaat is dus pas mogelijk nadat een persoon een aantal voor hem risicovolle situaties heeft meegemaakt, bijvoorbeeld in de resocialisatiefase”.*

3.3.3 Professionele houding behandelaars

- Een tweetal behandelaars geeft aan dat problemen met de inschatting van het recidivegevaar ook samenhangt met hun attitude. Dit kan geïllustreerd worden met de volgende citaten: *“Behandelaars zijn op ‘genezing’ gericht en zijn daarom nooit klaar, dat is ook zo bij deze TBS-patiënten”* en *“Wachten is kenmerkend voor de TBS-sector, zowel van de patiënten als van de medewerkers in de TBS-instellingen”.*
- Volgens een aantal behandelaars moeten de behandelaars ook anders gaan denken, wil er überhaupt gepraat kunnen worden over een optimaal behandelresultaat voor bepaalde categorieën patiënten. Dat blijkt uit het volgende citaat *“Denken in termen van een optimaal behandelresultaat en een omslagpunt is een onderdeel van denken in termen van efficiëntie en effectiviteit in de behandeling. Deze denkwijze is jarenlang aan de TBS-klinieken voorbijgegaan. Men nam altijd rustig de tijd om te behandelen en deed er alles aan om te zorgen dat gevaarlijke mensen niet terug in de maatschappij kwamen. Aan de capaciteitsuitbreiding komt een einde. De tijd is nu aangebroken om als professionals creatief na te gaan denken over substituten in de klinische behandel fase”.*

3.3.4 Samenvattend

Een valide beoordeling van een optimaal behandelresultaat hangt volgens de behandelaars nauw samen met de inschatting van recidivegevaar. En juist de inschatting van recidive wordt als moeilijk beschouwd. Hierbij is het onderscheid tussen een individuele patiënt en een groep patiënten van belang. Per individuele patiënt moeten professionals in het kader van verleningsadvies een inschatting maken. Het inschatten van recidive is altijd een consensustraject van de betrokken professionals in de kliniek. Dit doen behandelaars ook en ondervinden daarbij tevens moeilijkheden, omdat er een groot aantal onzekere factoren een rol speelt.

Om een inschatting van recidivegevaar te maken voor een hele patiëntengroep, zoals in de deelvraag is vermeld, vinden behandelaars over het algemeen onmogelijk. Op tweetal klinieken na. De behandelaars in de Mesdagkliniek geven te kennen, een optimaal behandel-resultaat aan te kunnen geven voor patiënten met een psychose en voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Volgens de behandelaar van Oldenkotte kan men daar na een jaar inschatten welke patiënten wel en niet behandelbaar zijn. Daarmee doen zij dus ook een uitspraak over het bereiken van een optimaal behandelresultaat. Maar ook hier weer geldt dat dit alleen op individueel niveau wordt gedaan.

3.4 Criteria voor de beëindiging van de behandeling

In deze paragraaf staat de volgende deelvraag centraal:

- Hanteren behandelaars in het advies aan de rechter criteria voor de beëindiging van de behandeling van categorieën patiënten. Welke zijn dat of kunnen deze worden ontwikkeld?

3.4.1 Inleiding

De behandelaars in de geselecteerde klinieken hebben allen een aantal criteria benoemd waarop wordt gelet bij de inschatting van het recidivegevaar en het behandelresultaat c.q. het beëindigen van de behandeling bij een patiënt. De criteria staan echter in geen van de klinieken expliciet op papier. De inschatting wordt veelal gemaakt door een multidisciplinair team van behandelaars en begeleiders, die hun eigen professionele criteria hanteren. Deze besproken criteria komen overeen met de criteria die worden gehanteerd en beschreven in een advies aan de rechter. Een aantal klinieken geeft aan dat de beoordeling van het recidivegevaar heel lastig is: *“We streven impliciet naar 100% zekerheid en dat is nu juist nauwelijks te geven bij deze patiënten”* en *“Wij redeneren in de kliniek als volgt: Er is onvoldoende bewijs om aan te nemen dat het delictgevaar is verminderd. Dus wordt het advies verlengen”*

De criteria die worden gehanteerd en de overwegingen die worden gebruikt, hebben in grote lijnen betrekking op het gedrag en vaardigheden van de patiënt, de gevaarlijkheid van de patiënt en op zijn omgevingsfactoren. De volgende criteria kwamen naar voren uit de interviews, waarbij de criteria elkaar deels overlappen:

3.4.2 Gedrag en vaardigheden van de patiënt

- Heeft de patiënt ziekte inzicht?
- Heeft de patiënt ziektebesef?
- Zijn er goede afspraken met hem te maken o.a. over medicatie, vrijheden verlof, werk, therapie?

- Hoe is de frustratie tolerantie/de agressie regulatie van de patiënt? Hoe veilig gedraagt de patiënt zich?
- Is er met het oog op herhaling een scenario met gedragsalternatieven gemaakt?
- Is er een alarmsignalenlijst en handelt de patiënt daarnaar?
- Hoe staat het met het evenwicht vertrouwen/wantrouwen bij deze patiënt?;
- Hoe staat het met het evenwicht afzetten/coöperatief gedrag bij deze patiënt?
- Kan de patiënt verantwoordelijkheid nemen? Hoe staat het met zijn verslaving kan hij daar goed mee omgaan, kan iemand goed met geld blijven omgaan, etc.?
- Is iemand in staat te onderhandelen?
- Is de patiënt in staat contact te leggen?
- Is de patiënt in staat zich te verplaatsen in een ander en in staat te vertellen wat er is gebeurd?
- Is de patiënt in staat empathie richting slachtoffer te tonen?

3.4.3 Gevaar

Gevaarlijkheid is een belangrijk criterium, welke af te meten is aan bijvoorbeeld:

- Hoe groot schatten we zelf de kans in van een herhaling van het delict?
- Heeft de patiënt zicht op wat (voor hem specifiek) uitlokkende situaties zijn?
- Is hij in staat om hulp te zoeken als hij deze situatie voelt aan komen?
- Criteria met betrekking tot het delict en de reeks delicten. Hoe ernstig zijn de delicten en worden ze ernstiger? *“Het vroegere gedrag is de beste voorspeller voor het toekomstige gedrag”*
- Het gevoel van de professional: Hoe bang is de patiënt en hoe bang ben ik van hem?
- Kunnen we het de buurt aandoen om deze patiënt met verlof te sturen?

3.4.4 Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren van de patiënt bepalen ook in enige mate de criteria voor beëindiging. De volgende overwegingen worden door de klinieken genoemd:

- Naar wat voor omgeving gaat de patiënt terug? (dezelfde of een andere)
- Is deze omgeving in staat de signalen op te vangen en aan de bel te trekken? Dit kan bijvoorbeeld zijn: het helpen van het innemen van pillen, contact zoeken met de forensische poli, contact met de therapeut, komen op de dagbehandeling, bij reclassering etc. Dit kan levenslang zijn: hoe zijn andere voorwaarden geregeld?
- Heeft de patiënt een vak geleerd? Heeft hij dagelijks werk?
- Hoe is de kwaliteit van de relaties? Heeft iemand een vrouw? De voorwaarden kunnen per individu heel verschillend zijn: voor de één kan een vrouw zijn redding zijn. Voor een ander zijn ondergang (bijvoorbeeld als deze vrouw kleine kinderen heeft en de patiënt is een pedofiel).

3.4.5 Samenvattend

Als het gaat om criteria voor beëindiging van de behandeling dan zijn er zowel landelijk als in de klinieken geen uniforme en gestandaardiseerde checklijsten aanwezig. De manier van onderbouwen is niet systematisch of uniform voor alle klinieken. Hoe gaan behandelaars dan te werk? Welke afwegingen en overwegingen spelen een rol? In het advies aan de rechter wordt door de klinieken vaak een aantal situaties beschreven waaruit blijkt hoe de patiënt reageert. Deze beschrijvingen hebben dan betrekking op een aantal van de hierboven genoemde criteria. De criteria die door de klinieken worden gehanteerd komen alleen in grote lijnen met elkaar overeen. Ook leggen klinieken verschillende accenten. Naast het persoonlijk en psychiatrisch toestandbeeld wordt bijvoorbeeld meer of minder een accent op de maatschappelijke inbedding van een patiënt en bijvoorbeeld zijn vaardigheden gelegd.

De criteria zijn overwegend van algemene aard en verschillen nauwelijks voor verschillende categorieën patiënten. Twee van de zeven klinieken gaven aan dat er deels wel verschillende criteria worden gehanteerd voor verschillende categorieën patiënten:

- Voor psychotici wordt met name gelet op medicatietrouw en op het feit of er afspraken te maken zijn met de patiënt. Bovendien wordt gekeken of er een alarmsignalenlijst is en of de patiënt daarnaar handelt (trekt hij zelf aan de bel)?
- Voor persoonlijkheidsstoornissen werd expliciet de volgende criteria benoemd: frustratie tolerantie en kwaliteit van de relaties.
- Voor pedofielen is aangegeven dat dit moeilijker ligt. Dit blijkt uit het volgende citaat: *“We weten wel uit ervaring dat pedofielen heel plichtsgetrouw zijn en het vrijhedentraject altijd keurig doorlopen. Maar dat is bij deze groep onvoldoende aanwijzing voor de afname van het risico op delicttherhaling. Teruggaan naar een situatie met kleine kinderen, of een vrouw met kleine kinderen is dan ook niet raadzaam”.*

3.5 Vervolgvoorzieningen

3.5.1. Inleiding

In deze laatste paragraaf staat de deelvraag centraal die als volgt luidt:

- Welke (niet)bestaande voorzieningen op het terrein van Volksgezondheid en Justitie zijn noodzakelijk voor de gevonden categorieën patiënten om het (verbeterde) functioneren van de patiënt in stand te houden en de kans op recidive te minimaliseren?

Aan de betrokkenen in de instellingen is gevraagd welke vervolgvorzieningen voor de onderscheiden patiëntencategorieën nodig zouden moeten zijn. De instellingen hebben deze vraag niet kunnen beantwoorden vanuit dat perspectief van patiëntencategorieën. Dit komt voort uit de weerstand die zij hebben om te denken in patiëntencategorieën of komt voort uit het feit dat zij nog verkeren in een beginstadium van denken en handelen in de vorm van patiëntencategorieën. De instellingen hebben daarom vooral geantwoord vanuit de huidige situatie waarin zij verkeren, van de uitstroom naar vervolgvorzieningen die op dit moment plaatsvindt en de belemmeringen die daar op dit moment bij worden ondervonden.

Van hun antwoorden wordt hieronder verslag gedaan.

3.5.2 Huidige vervolgvorzieningen

De meeste patiënten stromen afhankelijk van de kliniek of naar huis of naar een andere zorgvorm. In deze zorg- annex woonvorm krijgen de patiënten begeleiding van medewerkers uit de TBS-kliniek of van een GGz instelling en/of reclassering. Te denken valt hierbij aan woningen in de stad op of het terrein van de kliniek, aan RIBW's, aan plaatsing in een FPA, aan een plaats in een voorziening voor thuis- en daklozen, aan (intramurale en semimurale) voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten (onder andere die voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten). Een aantal TBS-patiënten woont in een eigen woning of verblijft in een RIBW en maakt daarnaast nog gebruik van de polikliniek of de dagbehandeling die aan de TBS-kliniek is gekoppeld.

3.5.3 Knelpunten

Juist bij de doorstroming naar de bovenstaande vervolgvorzieningen ondervinden de meeste TBS-klinieken problemen. Knelpunt in de doorstroming naar APZ en RIBW is de terughoudendheid van deze instellingen om TBS-patiënten op te nemen. *“Ze zitten niet te wachten op dit soort onrust veroorzakende patiënten”*, is een uitspraak die door meerdere medewerkers uit instellingen is gedaan. De medewerkers van een RIBW zijn volgens de geïnterviewden onvoldoende geschoold om met de categorie TBS-patiënten uit de voeten te kunnen. Wanneer er bovendien een slechte ervaring is opgedaan met plaatsing van een TBS-patiënt, werpt dat drempels op voor elke volgende opname. Klinieken die vooral TBS-patiënten uitplaatsen die al langer in de TBS-sector verblijven, zijn soms een aantal jaren bezig voordat ze een dergelijke patiënt hebben kunnen plaatsen in een RIBW of een FPA.

Goede contacten en netwerken met andere aanpalende voorzieningen worden door de klinieken genoemd als belangrijke randvoorwaarden voor een efficiënte uitplaatsing en doorstroming. Wanneer er geen goede samenwerking bestaat (ook op bestuurlijk niveau moet die gewaarborgd zijn) dan merken klinieken dat bij de uitplaatsing van patiënten.

Een probleem dat zich specifiek voordoet bij de uitplaatsing van verstandelijk gehandicapte TBS-ers is dat er steeds minder voorzieningen overblijven voor cliënten die beveiliging nodig hebben. *“In de Z zijn ze doodsbang voor (ex)TBS-ers”.*

Bij uitplaatsing van patiënten wordt, zoals reeds eerder is opgemerkt, nogal eens gebruik gemaakt van de diensten van de polikliniek. Een aantal klinieken vindt dit in principe een goede ontwikkeling maar zien ook dat de polikliniek juist ook door andere ‘soorten’ TBS-patiënten (TBS met voorwaarden) wordt gebruikt en dat de polikliniek al vol zit met deze andere soorten patiënten. De capaciteit van de polikliniek zou daarom uitgebreid moeten worden.

3.5.4 Oplossingsrichtingen

Oplossingen die voor bovenstaande knelpunten door de medewerkers in de instellingen worden genoemd zijn niet echt vernieuwend. Ze zijn al eerder bedacht of men ontwikkelt ze reeds in den lande. Het zijn de volgende oplossingsrichtingen: betere transmurale zorg realiseren door meer ‘zaken’ te doen met APZ/FPA en RIBW. Bijvoorbeeld door woningen te huren bij een woningbouwvereniging, door plaatsen te kopen in een RIBW en FPA en door het bieden van naservice en een terugkeergarantie aan deze voorzieningen waardoor de drempel wellicht minder hoog zal worden om TBS-patiënten op te nemen. Dit zou kunnen worden gerealiseerd door het instellen van crisisbedden zodat de garantie van heropname geen loze kreet wordt. Bovendien zal er in een vroeg stadium (aan het begin van de behandeling) gestreefd moeten worden naar samenwerking met RIBW en APZ om een patiënt uit te plaatsen. Samen zou gepraat moeten worden over de mogelijkheden en onmogelijkheden van deze patiënt. Wat kan ieder voor de patiënt betekenen en wat moet daarvoor allemaal geregeld worden?, zouden dan onderwerpen van gesprek moeten zijn volgens een aantal van de geïnterviewden.

Een andere oplossing die genoemd wordt is het creëren van ‘eigen’ vervolgvoorzieningen zoals forensisch psychiatrische poliklinieken, voorzieningen voor seksueel delinquenten en longstaypatiënten en het zelf opzetten van een beschermende woonvorm zoals een RIBW waarin personeel van de TBS-kliniek op basis van een glijdende schaal de zorg overdraagt aan personeelsleden met een RIBW-achtergrond. Dit gebeurt onder andere door medewerkers van de RIBW te scholen in de benaderingswijze van juist deze doelgroep.

Een viertal TBS-instellingen geeft ook aan een oplossingsrichting te zien in het begrip tonen voor samenwerkingspartners en het creëren van goodwill bij andere aanpalende voorzieningen en bij voorzieningen in de directe omgeving. Bijvoorbeeld door het tijdelijk opnemen van GGz-patiënten (ex-TBS, maar ook RM en IBS) in een TBS-kliniek. Het betreft dan patiënten uit bijvoorbeeld een APZ die in een crisissituatie verkeren en daar niet meer te handhaven zijn. *“Binnen de beveiligde hekken en muren van de kliniek kunnen time-outs worden gerealiseerd”.* Volgens één kliniek zijn juist minder hekken nodig om de publieke opinie en de opinie van vervolgvoorzieningen in positieve zin te kunnen beïnvloeden. *“Hoe meer hekken, hoe minder men wil geloven dat een uitplaatsing van een TBS-er veilig is”.*

Tot slot wordt door één kliniek genoemd dat VWS de vergunningen en het erkenningstelsel sterker controleren dan nu het geval is. Dat de plaatsen in een FPA die bedoeld zijn voor onder andere TBS-patiënten ook door deze doelgroep kunnen worden gebruikt en niet worden opgevuld door de moeilijke patiënten van de APZ waarin de FPA is gesitueerd.

3.5.5 Samenvattend

Vervolgvoorzieningen die nodig zijn en waarvan nu reeds gebruik wordt gemaakt zijn: woningen in de stad op of het terrein van de kliniek, RIBW's, FPA's, een voorziening voor thuis- en daklozen en (intramurale en semimurale) voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Een aantal TBS-patiënten woont in een eigen woning of verblijft in een RIBW en maakt daarnaast nog gebruik van de polikliniek of de dagbehandeling die aan de TBS-kliniek is gekoppeld. Er worden door de klinieken problemen ondervinden bij de doorstroming. Deze knelpunten zijn te wijten aan: geringe samenwerking, terughoudendheid van de vervolgvoorzieningen om juist deze groep patiënten op te nemen door onvoldoende deskundigheid over en bekendheid met TBS-patiënten. Oplossingen die worden genoemd zijn betere transmurale samenwerking (naservice, terugkeergarantie bieden en bij- en nascholing), het creëren van eigen vervolgvoorzieningen en het kweken van goodwill bij samenwerkingspartners door ook patiënten van deze samenwerkingspartners op te nemen. Oplossingen die voor bovenstaande knelpunten door de medewerkers in de instellingen worden genoemd zijn niet echt vernieuwend. Ze zijn al eerder bedacht of men ontwikkelt ze reeds in den lande.

4. Patiëntencategorieën en andere alternatieven voor de duur van de behandelduur getoetst

4.1 Patiëntencategorieën op basis van de literatuur en multicasesstudie

In deze paragraaf wordt gestart met een korte samenvatting van het voorgaande. Ook worden de resultaten en conclusies uit de literatuur en de multicasesstudie met elkaar gecombineerd.

De eerste aanzet tot een methode om TBS-patiënten te categoriseren is gedaan op basis van de conclusies uit het literatuuronderzoek en de multicasesstudie. Op basis van de literatuur over de TBS-populatie in haar totaliteit blijken de volgende kenmerken relevant voor het opstellen van patiëntencategorieën: geslacht, intelligentieniveau, ontoerekeningsvatbaarheid, soort delict, crimineel verleden, jeugd en gezinsleven, motivatie en stuurbaarheid, psychiatrische diagnose, mate van gevaar/de beveiliging die nodig is tijdens de intramurale behandeling. De inhoudelijke argumenten die hebben geleid tot deze keuze worden gegeven (in de matrix in bijlage 2) uit paragraaf 2.3.

De bezoeken aan de diverse TBS-klinieken hebben nog een aantal overwegingen toegevoegd aan deze keuze. Uit de bezoeken bleek immers dat de directies van enkele klinieken (niet alle) van mening zijn dat het ontwikkelen van patiëntencategorieën ongewenst is (*"wij hebben hier net zoveel patiëntencategoriën als patiënten"*). De behandelaars bleken daarentegen tijdens de interviews patiëntendifferentieatie wel degelijk zeer zinvol te vinden. De behandelaars hebben in alle klinieken op basis van visie, historie en kwalificaties van zittend personeel op verschillende manieren gedifferentieerd. Naast verschillen bleken er echter ook overeenkomsten te zijn tussen klinieken in de manier van differentiëren, namelijk in de mate van beveiliging van de patiënt die nodig is en in de mate van groepsgeschiktheid van TBS-patiënten (ja/nee). In iedere kliniek zijn de behandelaars druk bezig met het ontwikkelen van (eigen) methodes om te differentiëren tussen patiënten en in het behandel aanbod op een ander niveau dan dat van de individuele patiënt. Omdat sommige methodes zich nog in de planfase bevinden zijn de praktijkervaringen met zo'n methode om te differentiëren vrij prematuur.

Op basis van de hierboven beschreven resultaten is er door het NZI een eerste voorstel voor patiëntencategorieën opgesteld. Daarbij is rekening gehouden met de volgende punten:

- De kenmerken van de patiënten moeten discrimineren, het moeten dus cruciale kenmerken zijn.
- De relatie met de behandeling en behandelduur moet gelegd kunnen worden (is de intramurale behandelduur ten hoogste drie jaar, gemiddeld drie jaar, ten hoogste vier jaar of anders?).
- Informatie over patiëntencategorieën moet zoveel mogelijk aanwezig zijn in MITZ (omdat in deze databank de informatie over TBS-gestelden betrouwbaar is vastgelegd).

- Het aantal kenmerken waarmee de verschillen tussen de patiëntencategorieën kunnen worden beschreven moet niet te groot zijn.
- De patiëntencategorieën moeten zoveel mogelijk aansluiten op de methode van zo veel mogelijk klinieken. Er wordt aansluiting gezocht bij bestaande differentiatie in het veld, of bestaande plannen tot differentiatie in het veld.

De interviews in de klinieken betekenden een bevestiging van wat in de literatuur is aangetroffen over het categoriseren van patiënten. Uit de interviews is bovendien een aantal aanvullingen en wijzigingen gemaakt op de resultaten uit het literatuur onderzoek. In vergelijking met de resultaten uit de literatuur zijn “jeugd- en gezinsleven” en “motivatie” als kenmerken afgevallen omdat uit de multicasestudie niet was gebleken dat deze kenmerken werden gebruikt om te differentiëren tussen groepen patiënten. Uiteindelijk is een voorstel gemaakt voor het categoriseren van patiënten in de vorm van een matrix met daarin negen dimensies. Het betrof de volgende dimensies:

1. diagnose,
2. delict,
3. ontoerekeningsvatbaarheid,
4. sociale vaardigheden,
5. ongeoorloofd gedrag,
6. gevoel van professionals,
7. intelligentie,
8. geslacht,
9. fasen in de behandeling.

Voor iedere dimensie is slechts een beperkt aantal variatiemogelijkheden opgenomen in de matrix. Dat wil zeggen dat op de dimensie “delict” bijvoorbeeld heel wat meer variatie mogelijk is dan “wel/niet zedendelict” en “slachtoffer ouder of jonger dan 16 jaar” en “ernst en reeks delicten”, maar de andere varianten zijn niet relevant gezien de hierboven beschreven selectiepunten.

4.2 Toetsing door klinieken van de patiëntencategorieën

Het eerste voorstel voor de patiëntencategorieën is voorgelegd in een toetsingsbijeenkomst aan de betrokkenen uit de geselecteerde klinieken. Voor de toetsingsbijeenkomst zijn dezelfde personen uitgenodigd waarmee ook tijdens de interviews in de zeven klinieken gesprekken zijn gevoerd. Per kliniek zijn telkens een directeur, behandelaar en afdelingshoofd uitgenodigd. Daarnaast zijn vertegenwoordigers van het Meyersinstituut en de begeleidingscommissie uitgenodigd. Uiteindelijk waren zes klinieken op de bijeenkomst vertegenwoordigd (GGzE, afdeling FPC, Hoeve Boschoord, Dr. Henri van der Hoeven kliniek, Dr. S. van Mesdagkliniek, FPK Oldenkotte en R.I. Veldzicht). Van drie klinieken waren de directeur/circuitmanager of adjunct-directeur aanwezig. Van drie klinieken waren

afdelingshoofden/ zorgmanagers aanwezig, van twee klinieken waren behandelaars aanwezig en van één kliniek was een medewerker van de afdeling onderzoek aanwezig. Drie klinieken zijn met twee vertegenwoordigers gekomen en de rest met één (zie verder bijlage 4).

Kort samengevat leverde de bijeenkomst op 16 februari het volgende op:

- De GGzE en Dr. Van der Hoeven Kliniek vinden het niet wenselijk om de manieren waarop klinieken differentiëren in hun populatie en in hun aanbod mede als vertrekpunt te nemen voor een voorstel om patiënten te categoriseren.
- De scepsis over mogelijkheden om patiëntencategorieën samen te stellen is aanzienlijk en de Dr. V.d. Hoevenkliniek is nog steeds van mening dat het opstellen van patiënten-categorieën ongewenst is (zie hierboven) en dat verkorting van de behandelduur beter mogelijk is op andere manieren.
- De verdeeldheid tussen klinieken over een manier om patiënten te categoriseren is groot. Ter plekke werd dit geïllustreerd door te verwijzen naar het directeurenberaad van de TBS-klinieken. In dit overleg probeert men al geruime tijd te komen tot patiëntencategorieën. Op 16 februari bleek hierover echter nog geen consensus te zijn bereikt in het directeurenberaad. De schriftelijke stukken en notulen van dit overleg bleken niet openbaar. Desgevraagd bleek dat het NZi-voorstel wel vergelijkbaar is met de huidige stukken over patiëntencategorieën van het directeurenberaad.
- Dit laatste werd versterkt door het feit dat op 16 februari een relatief beperkt aantal wijzigingen binnen de dimensies is aangebracht. Met name in de dimensie “groepsgeschiktheid” zijn verschillende veranderingen aangebracht. Ook is één dimensie op verzoek van de Dr. Van der Hoeven kliniek toegevoegd, omdat juist deze dimensie voor deze kliniek erg belangrijk is om te differentiëren tussen patiënten, namelijk de dimensie “motivatie” (is een patiënt wel of niet gemotiveerd en verzet deze patiënt zich wel of niet tegen de behandeling). De andere klinieken (waaronder Veldzicht en Hoeve Boschoord) hadden de ervaring dat deze dimensie niet of nauwelijks differentieerde binnen hun kliniek: *“Het grootste deel van onze patiënten is weinig gemotiveerd tot behandeling”*. In totaal gaat het nu om tien dimensies.
- Het eerste NZi-voorstel voor patiëntencategorieën is aangepast. In de volgende matrix wordt het aangepaste voorstel beschreven. Het gaat nu om een overzicht met 10 dimensies.
- Het aantal wijzigingen is dus beperkt gebleven. De reden hiervoor was dat alhoewel in eerste instantie de aanwezigen veel meer dimensies en variatiemogelijkheden binnen dimensies hebben voorgesteld dat deze voorstellen vervolgens weer zijn afgefallen als men de volgende vraag met nee beantwoordde: *“maar gebruikt u deze informatie over uw TBS-patiënten ook om daadwerkelijk binnen uw eigen kliniek te differentiëren tussen patiënten of tussen behandelafdelingen?”*

Dimensies	Relevante variatie	Mening veld
• Diagnose	→ psycho-organische stoornis → persoonlijkheidsstoornis → psychiatrische stoornis: psychotische stoornis ja/nee → verslavingsproblematiek	– verschillende meningen tussen professionals over diagnose – verdeeldheid over wel of niet concentreren vanwege aanbod of professionele visie – niet iedere kliniek even deskundig
• Delict	→ zedendelict ja/nee. Ja: → slachtoffer jonger of ouder 16jr → ernst en reeks delicten	– verdeeldheid over wel of niet concentreren vanwege aanbod of professionele visie – ernstige delicten en delicten bij herhaling : unaniem bij elkaar
• Ontoerekenings- vatbaarheid	→ verminderd ontoerekeningsvatbaar → volledig ontoerekeningsvatbaar	– consensus
• Groepsgeschiktheid*	→ verplaatsen in anderen → empathie voor slachtoffer → contact kunnen maken → onderhandelen → afspraken maken → openheid geven over gevoelens → wel/niet inzicht in delict → wel niet realistische strategie recidive preventie → impulscontrole	– er bestaat hierover in het veld redelijk veel consensus – met aanvulling en wijziging 16/2
• Motivatie*	→ wel/niet gemotiveerd → wel/niet verzet tegen behandeling	– toevoeging op 16/2
• Ongeoorloofd gedrag -delictgevaar	→ veel/weinig geregistreerde incidenten binnen en buiten de kliniek	– er bestaat consensus over het beleid t.a.v. de beveiliging

-vluchtgevaar		
• Gevoel van professionals *	→ mate van 'op je hoede zijn'	– dit aspect speelt, maar vaak verscholen achter andere argumenten
• Intelligentie	→ IQ < 89 of ≥ 89	– er bestaat consensus over deze patiëntencategorie (52% van de longstay is zwakbegaafd) – consensus over de wijze van begeleiding en de concentratie
• Geslacht	→ vrouw of man	– er bestaat geen consensus over concentratie van vrouwelijke patiënten: praktisch probleem te weinig aanbod
• Fase in behandeling	→ diagnose , veiligheid creëren → behandeling → resocialisatie → proefverlof	– er bestaat consensus over fasering van de behandeling

*: deze kenmerken zijn niet in de MITZ (registratiesysteem Meijers Instituut) terug te vinden en derhalve niet meetbaar.

4.3 Toetsing door klinieken van andere mogelijkheden tot behandelduurverkorting

4.3.1 De werkwijze

In de interviews met de voor het onderzoek geselecteerde klinieken is door de geïnterviewden een aantal mogelijkheden genoemd om de intramurale behandelduur waar mogelijk te verkorten. Deze mogelijkheden zijn voor de toetsingsbijeenkomst door het NZi gerubriceerd, (zie bijlage 5 voor een overzicht van alle gevonden mogelijkheden). De meeste punten zijn genoemd in de interviews, daarnaast is er ook een aantal gevonden in de bestudeerde informatie van de instellingen en in de algemene literatuur. Aan de deelnemers van de toetsingsbijeenkomst is gevraagd om de genoemde mogelijkheden te beoordelen op wenselijkheid en op haalbaarheid, door er een rapportcijfer aan te geven, en hierbij ook hun overwegingen en argumenten te benoemen.

De formulieren zijn tijdens de bijeenkomst verwerkt en de uitkomsten zijn in de bijeenkomst terug gerapporteerd aan de deelnemers. Er is aangegeven welke van de genoemde mogelijkheden de hoogste gemiddelde score hebben, kortom het meest wenselijk en haalbaar worden geacht door het veld. Ook is kort teruggekoppeld welke van de mogelijkheden het laagste scoorden. Voor alle scores is tevens de standaarddeviatie uitgerekend, om een indicatie te krijgen over de mate waarin de respondenten het met elkaar (on)eens zijn over de wenselijkheid en haalbaarheid van de betreffende mogelijkheden. In het tweede deel van de toetsingsbijeenkomst zijn deze scores besproken met de aanwezigen.

Welke van de door het veld genoemde mogelijkheden scoorden het hoogste op wenselijkheid en haalbaarheid? En welke argumenten zijn daarbij aangedragen? De mogelijkheden met rapportcijfer 7,5 of hoger worden hieronder beschreven.

Alvorens deze 'top tien' te beschrijven, willen we ook de twee mogelijkheden noemen die erg laag scoorden (gemiddeld rapportcijfer 5,5 of minder):

- (a) Behandeling: het intensiveren van de behandeling door meer inzetten van meer therapiecapaciteit in ruimte en in menskracht. (gemiddeld rapport cijfer 5,4) Hierbij werd meerdere malen opgemerkt dat een grotere "therapiedruk" op de patiënten niet wenselijk is, en soms contraproductief kan werken.
- (b) Harde duidelijke(re) doelstellingen en eindresultaten aan de behandeling gesteld door de rechter bij de TBS veroordeling bijvoorbeeld met betrekking tot het resocialisatieplan, ten behoeve van kliniek en patiënt. Ook dit punt wordt door de deelnemers een laag cijfer gegeven: (gemiddeld rapport cijfer 5,0). Opmerkingen wijzen allen in de richting dat de rechter niet op de stoel van de behandelaar kan gaan zitten, en daar ook niet de deskundigheid voor heeft.

4.3.2 Andere mogelijkheden

De genoemde mogelijkheden die hoog scoorden op wenselijkheid en haalbaarheid zijn de volgende:

Behandeling

- *Psychose-patiënten zo snel mogelijk medicatie starten, eventueel zelfs voor het vonnis, in het huis van bewaring.*

De effectiviteit van de behandeling en de medicatie is het grootst wanneer zo snel mogelijk wordt gestart met de behandeling. De behandelduur kan hierdoor veel korter worden. De samenwerking met de patiënt kan al beginnen, er kan zorg op maat worden geleverd en er kan al een positief behandelklimaat worden opgebouwd.

Mogelijke belemmeringen zijn: De patiënt moet dan wel willen meewerken, (bijvoorbeeld medicatie accepteren). De vraag is gesteld welke juridische aanpassingen hiervoor nodig zijn, "het Huis van Bewaring is geen gezondheidszorginstelling". Ook is opgemerkt dat hiervoor geld en tijd beschikbaar moet worden gesteld om het haalbaar te maken. Een klein aantal van de deelnemende klinieken heeft reeds initiatieven in deze richting genomen. De haalbaarheid wordt voor de korte termijn als redelijk goed ingeschat.

Intern volgsysteem

- *(Verder) ontwikkelen van behandelprotocollen (structureren en systematiseren).*

Een aantal deelnemers geeft aan dat het werken met behandelplannen al meer gemeengoed is geworden in veel klinieken. Daarnaast staat ook de mening dat dit nog sterk verbeterd kan worden. Het werken met protocollen, en met meer systematisch gebruik maken van (feedback-) gegevens over het effect van een behandeling wordt zeer wenselijk gevonden, de haalbaarheid wordt vooral op lange termijn hoog geacht.

- *Automatisering interne informatiestromen met nadruk op een systeem voor gegevens registratie en feedback opzetten over behandeling, maar ook voor uitplaatsing, herplaatsing, contraire uitplaatsingen, recidive gegevens.*

Automatisering wordt van belang geacht als hulpmiddel, om meer en sneller informatie te verzamelen over het effect van een behandeling. Er kan beter gestuurd worden in de behandeling, wanneer meer inzicht beschikbaar komt over effecten van een behandel aanbod, en ook kan er op termijn tussen klinieken meer (gestructureerde) afstemming plaatsvinden.

Een kanttekening is geplaatst met de vraag of dit daadwerkelijk de behandelduur zal verkorten en dat het veel inspanning (mensen en tijd) kost. De haalbaarheid of positieve effecten hiervan worden vooral op de lange termijn verwacht.

Verkorten procedures

- *Verkorten behandeling van een aanvraag voor een proefverlof en van voorwaardelijke beëindiging bij het ministerie van Justitie (binnen 1 maand antwoord).*

Een aantal opmerkingen die hierbij is gemaakt: Een voorwaardelijke beëindiging zou niet aan een termijn gekoppeld moeten worden, in bepaalde situaties is die voorwaardelijke beëindiging juist een goede manier om bijvoorbeeld patiënten te dwingen hun medicijnen te blijven innemen. Juist die voorwaardelijke beëindiging zonder termijn maakt het mogelijk dat wanneer een patiënt in dit voorbeeld de medicatie niet meer zou nemen, onmiddellijke terugplaatsing mogelijk wordt. Er moet een vangnet-constructie worden gecreëerd.

Met betrekking tot proefverlof aanvraag is opgemerkt dat de aanvraag niet opgehouden zou moeten worden door de aanstaande verlengings-zitting. Dit wordt als zeer frustrerend ervaren. En verkorting zou ook kunnen worden gestimuleerd door al in een eerder stadium, vanaf 4 jaar een externe adviseur een prominentere rol te geven (in de huidige situatie is dat na 6 jaar en een veelvoud daarvan). Met betrekking tot de haalbaarheid is opgemerkt dat dit op korte termijn zou moeten kunnen, echter afhankelijk van de mogelijkheden en opstelling van het Ministerie.

Deskundigheidsbevordering

- *Wederzijdse coaching, counseling en stage lopen, TBS-instellingen met APZ, RIBW.*
- *Wederzijdse coaching, counseling en stage lopen tussen TBS-instellingen onderling, niet alleen op directieniveau ook op niveau medewerkers.*

Bij het eerste punt wordt aangegeven dat dit in toenemende mate gebeurt door de klinieken. Wel blijken er verschillen te bestaan in de ervaringen hiermee. Sommige klinieken die zichzelf aanmerken als "last-resort-functie" hebben meer moeite met uitplaatsing via APZ en RIBW. De kanttekening wordt geplaatst dat een aantal ex-TBS patiënten inderdaad moeilijk uit te plaatsen is in dergelijke vervolgvoorzieningen. Daarbij is men het er over het algemeen over eens dat de genoemde mogelijkheden uitplaatsing kunnen versnellen, zij het dat deze mogelijkheden van kliniek tot kliniek verschillen, afhankelijk van patiëntengroepen.

Voor wat betreft haalbaarheid schatten de meeste deelnemers in dat de effecten meer op de lange termijn kunnen worden verwacht: "de kost gaat voor de baat". Juist in de beginfase kost het veel tijd en inspanning. Ook wordt opgemerkt dat de maatschappelijke tendens om in de APZ-en de intramurale capaciteit te verminderen, een nadelige invloed heeft op de uit-plaatsingsmogelijkheden van de TBS-klinieken, (hoeveel goede contacten er ook bestaan, er moet wel plaats zijn).

Het tweede punt, uitwisseling tussen de klinieken onderling, komt nu eigenlijk weinig voor, maar wordt wel gezien als een positieve bijdrage aan de deskundigheidsbevordering. Als werkers meer in andere (TBS-)instellingen gaan kijken kan dit een impuls geven aan hun motivatie en inspiratie om hun vak nog meer een echt vak te maken. Daarnaast kan het ook een positieve uitwerking hebben op de afstemming van behandelingen en behandel-protocollen. De inhoudelijke vakontwikkeling kan hierdoor een extra impuls krijgen. Als kanttekening wordt geplaatst dat sommige klinieken zover uit elkaar liggen dat dit soms moeilijk te realiseren zou zijn.

Voor beide punten gezamenlijk is opgemerkt dat dit een positief effect kan hebben, mits er niet te veel tijd in gaat zitten, en mits er op middelen niveau gelijkwaardige zorgsituaties gecreëerd worden.

Beeldvorming

- *Positieve(re) beeldvorming bij RIBW's en APZ-en door geven van een terugkeergarantie*
- *Voor wat hoort wat: terugkeergarantie ook bieden voor crisis van apz-patiënten*

De terugkeergarantie is er vaak al wel zolang de patiënt nog TBS-status heeft. Sommige klinieken gaan dus verder, en bieden die terugkeergarantie ook als de patiënt geen TBS status meer heeft, of ook niet gehad heeft. De gedachte hierachter is enerzijds, dat de TBS-klinieken als geen ander de deskundigheid, en de behandelcapaciteit hebben om sterk agressieve gedragsgestoorde patiënten op te kunnen vangen en te behandelen. In RIBW's en APZ'en is men toch soms iets minder goed toegerust voor dergelijke situaties. Het aantal medewerkers is daar vaak niet op berekend, en ook zijn het vaker incidentele situaties, waar het voor TBS-instellingen meer tot de core-business behoort. Anderzijds is het voor de TBS instellingen vaak een pré waardoor uitplaatsing gemakkelijker en sneller tot stand komt. Door de uitgebreidere terugkeergarantie kan de angst worden gereduceerd, wanneer de patiënt terugvalt in zijn gedrag, dat het APZ of de RIBW "met de gebakken peren blijft zitten". Er ontstaat een positief beeld dat de TBS-klinieken bereid zijn in moeilijke situaties hulp te bieden. Het kan getypeerd worden als een "voor wat hoort wat" verhouding, waarbij beide (TBS-instelling en APZ of RIBW)voordeel ervaren.

De haalbaarheid wordt op de korte termijn redelijk hoog ingeschat. Een aantal klinieken doet dit al. Wel is opgemerkt dat er dan in een aantal situaties een zekere reservecapaciteit nodig is, om die uitgebreidere crisisinterventie en terugkeergarantie te kunnen waarmaken.

Nieuwe voorzieningen

- *Forensische psychiatrische polikliniek met als doelgroep ex-TBS patiënten, potentiële TBS-gestelden en TBS-gestelden in het huis van bewaring in afwachting van plaatsing.*
- *Naservice: crisisinterventie en monitoren van ex-TBS patiënten en andere gevaarlijke psychiatrische patiënten door de TBS-klinieken.*

De nieuwe voorziening is op zich niet zo nieuw, de TBS instellingen hebben meestal een polikliniek. Nieuw is dat de doelgroep waar de polikliniek zich op richt structureel wordt verbreed. (In het veld zijn er verschillende meningen over het feit of TBS-klinieken zich moeten richten op de doelgroep ex-TBS-patiënten. Deze doelgroep is namelijk de primaire doelgroep van de reclassering) Door de doelgroep te verbreden kan in een aantal situaties terugval van het gedrag van de ex-TBS patiënt sneller worden gesignaleerd en kan er desgewenst vroegtijdig adequaat op worden gereageerd. Bekendheid met de patiënt is een belangrijke voorwaarde en contact onderhouden werkt zeer positief als recidive beperking. Er moet worden nagegaan welke (juridische) belemmeringen er op dit moment bestaan om deze uitgebreidere monitoring van ex-TBS patiënten te kunnen realiseren.

Ook de uitbreiding van de taak van poliklinieken richting ex -TBS patiënten en andere gevaarlijke patiënten waarbij monitoring en/of crisis interventie nodig is, zou op het terrein van de TBS poliklinieken kunnen worden gelegd. Dit vanuit preventie oogpunt, en uiteraard ook vanuit de deskundigheid die de TBS klinieken in huis hebben. (zie ook eerder onder beeldvorming). Daarbij is door een kliniek opgemerkt dat einde TBS ook daadwerkelijk einde TBS moet blijven.

Daarnaast is er de meer structurele taak van de poliklinieken richting de TBS-patiënten in de huizen van Bewaring. In die situaties geldt ook veelal dat hoe sneller begonnen wordt met de behandeling, hoe beter dit is zowel voor de patiënt als voor de kliniek. Belangrijk voordeel is dat hierdoor in een aantal gevallen de intramurale behandelduur kan worden verkort. Ook worden de Huizen van Bewaring hierdoor enigszins ontlast van een taak waarvoor ze niet zijn bedoeld (begeleiding en behandeling van TBS-patiënten). De polikliniek kan dus gaandeweg een bredere taak krijgen in het waarborgen van de continuïteit in de behandeling en begeleiding van (ex) TBS patiënten.

De haalbaarheid wordt hoog ingeschat op de lange termijn: vanuit de deelnemers wordt opgemerkt dat voor een dergelijke structurele taakverbreding een taakverzwaring inhoudt waarvoor meer medewerkers (met name ook behandelaars) en geld nodig zijn. Daarnaast moet, zoals reeds opgemerkt, worden nagegaan of dit juridisch mogelijk is, dan wel mogelijk kan worden gemaakt.

- *Categorale woonvorm voor TBS-gestelden (eventueel op het terrein van de TBS-kliniek).*

Hierbij kan aan verschillende woonvormen worden gedacht. Woningen op het terrein van de kliniek, of in de buurt, of ook verder weg gelegen. Hierbij worden de patiënten (meer of minder intensief) begeleid en behandeld vanuit de kliniek. Deze mogelijkheden worden door de meeste klinieken al (in enigerlei vorm) opgezet. Hierbij is de vraag om te onderzoeken hoeveel behoefte er is, aan welke vervolg woonvoorzieningen, en ook hoe dit structureel gefinancierd kan worden.

De klinieken zien hierin belangrijke mogelijkheden om voor bepaalde patiënten de behandelduur te verkorten, maar ook als structurele oplossing voor sommige long stay patiënten.

4.3.3 Uitwerking van beleidsmodulen

Van de resultaten van de toetsingsbijeenkomst is door het NZi verslag gedaan aan de begeleidingscommissie. De commissie acht deze resultaten van essentieel belang en heeft besloten om vier van de meest wenselijke alternatieven verder uit te laten werken door het NZi in samenwerking met het veld. De vier uitgewerkte beleidsmodulen worden beschreven in hoofdstuk 7.

Deel II. Verdieping van de kwalitatieve gegevens

Na de verzamelen van kwalitatieve gegevens vanuit meerdere perspectieven en invalshoeken, heeft er in het tweede deel van het onderzoek een verdieping van deze gegevens plaatsgevonden. Deze tweede fase had tot doel om zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin meer te weten te komen over patiëntencategorieën, over hun behandeling en behandelduur van patiënten binnen de huidige TBS-populatie in Nederland. Hoe lang verblijven TBS-patiënten gemiddeld in de TBS-klinieken en is de behandelduur te koppelen aan een aantal factoren die patiënten met elkaar gemeen hebben? Maar in deze fase van het onderzoek stonden ook vragen centraal als welke behandeling krijgen specifiek longstay patiënten en welke overwegingen spelen hierbij een rol? Tot slot vond een verdieping plaats van andere alternatieven voor verkorting van de behandelduur van TBS-patiënten in de vorm van het formuleren van beleidsmodulen per genoemd alternatief.

De verdiepingsfase bestond ook weer uit drie onderdelen:

1. kwantitatieve analyse van patiëntgegevens (cohortstudie en studie van basis-bewonersgegevens);
2. bestudering patiëntencasuïstiek longstaypatiënten;
3. uitwerking beleidsmodulen andere gewenste oplossingsmogelijkheden voor de verkorting van de behandelduur.

Deze drie onderdelen zullen we beschrijven in drie afzonderlijke hoofdstukken. Elke hoofdstuk zal worden afgesloten met een aantal conclusies.

5. De behandelduur van groepen TBS-gestelden

Een verkennende studie naar de behandelingsduur van verschillende instroom-cohorten en van verschillende categorieën TBS-gestelden

Dr. E.F.J.M. Brand, Drs. G.J.M. Diks, Drs. J.L. van Emmerik

Afdeling Monitoring & Research, Dr. F.S. Meijers Instituut Utrecht²³

In dit hoofdstuk worden twee onderzoeken beschreven, die beiden door de afdeling Monitoring & Research van het Dr. F.S. Meijers Instituut zijn uitgevoerd. Het eerste onderzoek is een cohortstudie naar de behandelingsduur van TBS-gestelden die vanaf 1981 zijn ingestroomd. In het tweede onderzoek is een groep van 790 TBS-gestelden in categorieën ingedeeld op grond van de basisbewonersgegevens; vervolgens is bekeken of de behandelingsduur samenhangt met de categorieën TBS-gestelden.

5.1 Behandelingsduur in de TBS bij instroomcohorten vanaf 1981

5.1.1 Inleiding

Achtergrond

De schatting c.q. bepaling van de intramurale (en extramurale) behandelingsduur in de TBS, vooral gemaakt voor het maken van prognoses voor de benodigde capaciteit, is tot nu toe op pragmatische gronden vooral op de behandelingsduur van de uitgestroomde TBS-populatie gebaseerd. Er zijn aanwijzingen, dat deze methode niet tot een goede bepaling van de (intramurale) behandelingsduur leidt. Zo zijn in de recidive-onderzoeken van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie de uit de TBS gestroomde vijfjaar cohorten steeds kleiner geworden, ondanks relatief geringe schommelingen in het aantal jaarlijkse opleggingen in de jaren 80. Ook lukte het eind jaren 80 en begin jaren 90 niet tot bevredigende capaciteitsberekeningen te komen voor het aantal benodigde TBS-bedden. Schattingen moesten telkens weer opwaarts worden bijgesteld. Enerzijds werd dit veroorzaakt door de (statistisch) onvoorziene groei van het aantal nieuw opgelegde TBS'en, waardoor binnen een aantal jaren sprake

²³ Met dank aan A. Santema, V. Pachen en J. Kok van de afdeling Monitoring en Research van het Meijers Instituut, voor het aanleveren, controleren en corrigeren van de basisgegevens en Nol van Gemmert (DJI-Beleidsinformatie) voor diens hulp bij het verzamelen van de gegevens.

was van een verdubbeling van de instroom. Anderzijds werd door de toegenomen behandelingsduur de vraag naar plaatsen extra vergroot.

Een belangrijke beperking, inherent aan de bestudering van uitstroomcohorten, is dat deze benadering nooit duidelijk kan maken welk deel van de TBS-populatie na een bepaalde tijdsperiode uitstroomt.

Vraagstelling

In dit verslag bespreken wij een andere benadering voor het bepalen van de intramurale behandelingsduur. Daarmee wordt getracht meer licht te werpen op twee vragen uit het IBO II onderzoek, te weten:

- Wat is de gemiddelde intramurale behandelingsduur in de TBS?
- Welk deel van de TBS-populatie stroomt binnen een bepaalde periode weer uit, dat wil zeggen sluit de intramurale behandeling in een TBS-kliniek af?

De IBO vragen hebben ook betrekking op de behandelingsduur van categorieën van TBS-gestelden. Hier beperken wij ons goeddeels tot de gehele populatie: de aard van de beschikbare gegevens biedt slechts beperkte mogelijkheden tot categorisering. In paragraaf 5.2 van dit hoofdstuk wordt getracht meer licht te werpen op verschillen in behandelingsduur bij bepaalde categorieën van TBS-gestelden.

Kenmerkend voor de in dit onderzoek gevolgde werkwijze en in de TBS-sector niet eerder vertoond, is dat niet primair is gekeken naar de uitgestroomde populatie, maar naar de behandelingsduur van TBS-gestelden die de maatregel in een bepaald jaar hebben opgelegd gekregen. Al blijkt ook deze opzet weer bepaalde problemen met zich mee te brengen - zo zal blijken, dat van degenen die in 1981 tot TBS zijn veroordeeld nog niet bij iedereen de maatregel is beëindigd -, binnen deze opzet kan wel nauwkeuriger worden aangegeven welk deel van de populatie binnen een bepaalde periode uitstroomt: de instroom in de zin van jaar van oplegging is immers bekend.

Het opgebouwde onderzoeksbestand biedt ook mogelijkheden voor andere onderzoeksvragen die een longitudinale onderzoeksopzet vragen. Zo is in de nabije toekomst een andere opzet voor recidivestudies mogelijk, namelijk die van zogeheten "survival" analyse.

Definitie

Behandelingsduur is in deze studie gedefinieerd als de tijd tussen de opnamedatum in het Dr. F.S. Meijers Instituut en de vertrekdatum uit de laatste behandelingskliniek. Daarop is de tijd van tussengelegen proefverloven in mindering gebracht. Voor de TBS-gestelden die hun klinisch verblijf nog niet hebben afgesloten is als rekendatum 31 december 1997 gehanteerd. De werkelijke behandelingsduur zal voor deze deelpopulatie dus hoger worden. Dit kan ook nog plaatsvinden bij diegenen van wie de TBS nog niet is beëindigd en het huidig proefverlof zou worden ingetrokken. De gemiddelde duur van het verblijf in het Meijers Instituut bedraagt in de periode 1981 - 1994 twee maanden.

Hierbij zij nog aangetekend, dat het verblijf op min of meer open afdelingen (resocialisatie-afdelingen) binnen de door ons gebruikte gegevens niet kan worden onderscheiden van dat op de (zeer) gesloten afdelingen. Om die verblijven te kunnen achterhalen hadden alle (omvangrijke) dossiers moeten worden nageplozen. Gegeven de aantallen waaruit ons bestand bestaat (1400 personen voor de

periode 1981 - 1994) was dat in het kader van dit onderzoek niet haalbaar. Ook zal de invloed beperkt zijn, omdat het tot voor kort een beperkt aantal bedden betrof en een substantiële uitbreiding daarvan pas van recente datum is. Niettemin is mogelijk sprake van enige overschatting van de behandelingsduur in de dure voorzieningen die toch vooral het aandachtsveld van de werkgroep vormen.

Achtereenvolgens gaan we in op de gevolgde werkwijze en op de uitkomsten van het onderzoek.

5.1.2 Werkwijze bij de cohortstudie

Bij het bepalen van het jaar van oplegging waarmee zou worden begonnen, is uiteindelijk gekozen voor 1981. Dit leek bij aanvang van het onderzoek voldoende ver terug in de tijd om de garantie te hebben, dat van een aantal opleggingsjaren (nagenoeg) de gehele TBS-populatie zou zijn uitgestroomd. In de tweede plaats leek het hiermee mogelijk meer zicht te krijgen op de omslagpunten in de behandelingsduur die zich, gegeven de problemen bij het bepalen van de capaciteitsbehoefte, in de tweede helft van de jaren 80 zou moeten hebben voorgedaan.

Tevoren was vastgesteld, dat het zogeheten opleggingsboek en de handponskaarten van de afdeling Individuele Jeugd- en TBS-zaken (IJTZ) van het ministerie van Justitie nog beschikbaar waren. In het opleggingsboek wordt iedere opgelegde TBS-maatregel met naam en toenaam vastgelegd in volgorde van bekend worden. Op de handponskaarten worden vooral de verblijfshistorie en enkele kenmerken van de TBS-gestelden vastgelegd. Dit bestand is alfabetisch geordend. Begin jaren 90 is het ministerie overgegaan op het geautomatiseerd opslaan van deze gegevens. Bij de opbouw van het onderzoeksbestand is in feite een deel van de vroegere "papieren" administratie, het zogeheten handponskaartensysteem, geautomatiseerd.

Gegeven het krappe tijdschema werd er tevens voor gekozen zoveel mogelijk gebruik te maken van het in de afgelopen drie jaren opgebouwde monitoringbestand. Van de vanaf 1 januari 1995 in de TBS verblijvende personen zouden zodoende niet de handpons-kaartgegevens behoeven te worden gecodeerd. In een tweede fase zouden de monitoring-gegevens steekproefsgewijs kunnen worden gecontroleerd met die van de handponskaarten. Voorzover personen ook in het geautomatiseerde gegevensbestand van IJTZ zouden zijn opgenomen, zou vergelijking kunnen plaatsvinden met dit bestand.

Bij het vastleggen van de gegevens is er voor gekozen, nu toch van een administratief bestand gebruik moest worden gemaakt, nagenoeg alle gegevens van de kaarten over te nemen. Dit betekent, dat voor het opgebouwde bestand in beginsel de volgende gegevens beschikbaar zijn:

- Datum veroordeling
- Kwalificatie van het delict waarvoor de TBS is opgelegd
- Lengte van de naast de TBS opgelegde straf

- Rapporterende instantie (PBC/anders)
- Geboorteland/nationaliteit
- Geslacht
- Geboortedatum
- Eerdere opnames in psychiatrische ziekenhuizen
- Duur en aantal inrichtingsverblijven TBS (behandelklinieken)
- Reden einde proefverlof, aantal proefverloven, reden einde TBS

5.1.3 Uitkomsten: Gemiddelde behandelingsduur

De gegevens worden in het vervolg van deze rapportage steeds geordend naar jaar van veroordeling. Dit hoeft uiteraard niet steeds het jaar van eerste opname te zijn. De gemiddelde intramurale behandelingsduur bedraagt voor de groep TBS-gestelden die in 1981 is veroordeeld 5,0 jaar (zie Tabel 1). In de daarop volgende jaren stijgt de behandelingsduur tot 5,8 jaar (1987). Voor de jaren vanaf 1985 liggen de gegevens nog niet vast: een toenemend deel van de jaarcohorten verblijft immers nog in een TBS-kliniek. Dat de gemiddelde behandelingsduur in de daarop volgende jaren daalt is dan ook "logisch": de later veroordeelden kunnen per definitie geen lange behandelingsduur realiseren. In Tabel 1 zijn voor het rekenkundig gemiddelde alle TBS-gestelden "meegenomen", dus ongeacht of zij nog in een TBS-kliniek verblijven, met proefverlof zijn dan wel "uit de TBS" zijn. Verder in het verslag komen wij hierop nog terug (zie Tabel 3 en Tabel 4). Voor de kwartiele waarden zijn de jaren waarvoor deze nog niet vastliggen weggelaten.

Tabel 1: Behandelingsduur: rekenkundig gemiddelde en interkwartiele afstanden voor de periode 1981 - 1994

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	Totaal
N	76	93	91	71	108	88	68	83	85	85	113	117	141	189	1408
N gegevens	74	89	90	69	105	85	67	82	84	83	113	117	141	183	1382
N in kliniek	3	5	4	5	15	13	15	25	26	40	65	82	108	145	551
rek. gem.	5,0	5,5	5,3	6,0	5,7	5,6	5,8	5,7	5,7	5,3	4,8	3,7	2,7	1,8	4,5
1 ^e Kwartiel	2,8	3,2	2,8	3,9	3,3	3,4	4,0	4,3	4,7	3,9	4,1	---	---	---	---
Mediaan	4,5	4,9	4,9	5,3	4,8	5,0	5,6	5,6	5,9	---	---	---	---	---	---
3 ^e Kwartiel	6,4	6,8	6,7	7,5	8,1	7,9	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ook de jaren 1987 tot en met 1989 vormen een probleem voor de bepaling van de duur van de behandeling. Op 1 september van 1988 is immers een nieuwe TBS-wetgeving van kracht geworden (aangenomen door het parlement in november 1986) die onder andere inhield, dat voor niet-

gewelddelicten de TBS aan een maximumduur van vier jaar werd gebonden. In deze en de daarop volgende jaren is dus een aantal TBS'en van rechtswege geëindigd. Wel kan worden vastgesteld, dat al in de begin jaren 80 de gemiddelde intramurale behandelingsduur boven de vijf jaar lag en in de jaren daarop vermoedelijk op rond de zes jaar is komen te liggen. Dit is langer dan op basis van de recidivestudies is aangegeven (Zie Van Emmerik, 1985, 1989 en Leuw, 1995).

In deze studies is steeds gewerkt met uitstroomcohorten evenals bij de departementale capaciteitsbehoefteberekeningen. Omdat de gemiddelde intramurale behandelingsduur van degenen bij wie de TBS is beëindigd (de uitstroomcohorten) systematisch lager is dan van diegenen bij wie dit nog niet het geval is, is de intramurale behandelingsduur systematisch onderschat. Als zodanig is deze vertekening niet vanzelfsprekend: bij een systeem in "evenwicht" (gelijk blijvende gemiddelde behandelingsduur) zou mogen worden verwacht dat de behandelingsduur van de uitgestroomde populatie een adequate afspiegeling is van de behandelingsduur van de nog in de TBS verblijvende populatie. De ontwikkelingen in de TBS maken duidelijk, dat het systeem niet in evenwicht is: de behandelingsduur loopt op en het aantal personen dat sterk vertraagd uitstroomt neemt (nog steeds) toe. Deze vertraagde uitstroom wordt gespreid over een groot aantal jaren. Hun toegenomen behandelingsduur drukt daarmee niet evenredig op de behandelingsduur van alle in een bepaald jaar uitgestroomde TBS-gestelden. Pas wanneer een evenwicht ontstaat omdat de behandelingsduur niet verder toeneemt respectievelijk het deel dat zeer sterk vertraagd uitstroomt niet verder groeit, kan een nieuw evenwicht ontstaan en geeft de behandelingsduur van uitstroomcohorten weer een juist beeld.

Behalve het rekenkundig gemiddelde is ook de mediaan (= het tweede kwartiel) in de overzichten gebruikt, alsmede de waarden van het eerste en derde kwartiel als maat voor de spreiding van de gegevens. Omdat de desbetreffende waarden gekoppeld zijn aan een procentueel deel van de onderzoekspopulatie (respectievelijk 25%, 50% en 75%) zeggen de waarde van het eerste kwartiel en de mediaan wat meer over de ontwikkeling in latere jaren. Het eerste kwartiel geeft de duur aan waarbinnen 25% de intramurale behandeling heeft afgesloten, de mediaan geeft de duur aan waarbinnen 50% de intramurale behandeling heeft afgesloten en het derde kwartiel geeft de duur aan waarbinnen 75% de intramurale behandeling heeft afgesloten. Omdat voor latere jaren de onomkeerbaarheid van de beëindiging van de voorlopig met proefverlof uitgestroomde TBS-gestelden nog onbekend is, zijn deze grootheden voor die jaren van beperkte betekenis.

Schatting

Om een indruk te krijgen van de ontwikkeling van de behandelingsduur na 1987, is de gemiddelde intramurale behandelingsduur van de TBS-gestelden die in de periode 1981 tot en met 1989 zijn veroordeeld en nog steeds hun intramurale behandeling niet hebben afgesloten, in concreto 9,2 jaar, als schattingswaarde ingevoerd bij **alle** personen die nog steeds hun intramurale behandeling niet hebben afgesloten in de periode 1981 tot en met 1994. Zou een kortere periode worden gebruikt, bijvoorbeeld 1981 - 1986, dan zouden de zeer lang geleden veroordeelden een te groot gewicht krijgen. Wordt een langere periode genomen, bijvoorbeeld 1981 - 1994, dan wordt de schatting te sterk beïnvloed door de later veroordeelden die, gegeven hun veroordelingsdatum, in de verste verte nog niet aan een lange behandelingstijd kunnen toekomen. In de gevolgde werkwijze leveren de

instroomcohorten 1987 tot en met 1989 60% van de nog niet afgesloten behandelingen. Het resultaat van de op deze manier geschatte ontwikkeling in de intramurale behandelingsduur is weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2: Vastgestelde en geschatte gemiddelde intramurale behandelingsduur voor de periode 1981 - 1994 voor de gehele onderzoekspopulatie

Jaar veroordeling	Vastgestelde behandelingsduur tot nu toe	Resultaat van de schattingsmethode*
1981	5,0	4,8
1982	5,5	5,2
1983	5,3	5,1
1984	6,0	5,8
1985	5,7	5,5
1986	5,6	5,6
1987	5,8	5,8
1988	5,7	6,2
1989	5,7	6,4
1990	5,3	6,8
1991	4,8	7,0
1992	3,7	7,4
1993	2,7	7,5
1994	1,8	7,5

*Hierbij is voor de nog niet uitgestroomde TBS-gestelden een behandelingsduur van 9,2 jaar ingevoerd.

Per definitie liggen de schattingen voor de eerste jaren onder de feitelijk waargenomen waarden: voor de 4% patiënten uit 1981 die nog niet zijn uitgestroomd is nu bijvoorbeeld 9,2 jaar ingevoerd in plaats van 16 jaar. Voor 1986 en 1987 liggen waargenomen en geschatte waarden gelijk. Daarna wordt de invloed merkbaar van de langere ingestelde intramurale behandelingsduur van degenen die nog steeds in een TBS-kliniek verblijven. De behandelingsduur gaat zich dan ontwikkelen van ca. 5 jaar begin jaren 80 tot zeven à 7,5 jaar in de jaren 90.

Hoewel deze schattingsmethode voor kritiek vatbaar is, komt ons de uitkomst van de gevolgde werkwijze om twee redenen als aannemelijk voor:

- van de in 1985 veroordeelden verblijven nog 15 personen in een TBS-kliniek (14%) en van de in 1991 veroordeelden verblijft nog 58% in een TBS-kliniek. De feitelijke gemiddelde behandelingsduur moet dus boven de tot nu toe waargenomen gemiddelde behandelingsduur liggen;
- vooruitlopend op de uitstroomgegevens die in Tabel 3 staan weergegeven, kan daaruit worden afgeleid dat in 1986 51% de intramurale fase na vijf jaar heeft afgesloten, in 1988 54% na zes jaar en in 1990 52% na acht jaar.

5.1.4 Uitkomsten: Uitstroompercentages en residubepaling

De tweede vraag in dit onderzoek is welk deel van de TBS-populatie binnen een bepaalde periode de intramurale behandeling afsluit. Tabel 3 geeft per opleggingsjaar de cumulatieve percentages beëindigde intramurale behandelingen na drie tot en met na acht jaar.

Tabel 3: Cumulatief percentage TBS-gestelden van wie de intramurale behandeling binnen een bepaalde periode na aanvang (voorlopig) is afgesloten

Intramurale behandeling beëindigd	Cum. % 1981 N=76 (74)	Cum. 1982 93 (89)	Cum. 1983 91 (90)	Cum. 1984 71 (69)	Cum. 1985 108 (105)	Cum. 1986 88 (85)	Cum. 1987 68 (67)	Cum. 1988 83 (82)	Cum. 1989 85 (84)	Cum. 1990 85 (83)	Cum. 1991 113 (113)	Cum. 1992 117 (117)	Cum. 1993 141 (141)	Cum. 1994 189 (183)	Cum. 1981 t/m 1994 N= 1408 /1382
=< 3 jaar	28%	22%	27%	14%	12%	20%	14%	12%	7%	11%	6%	10%	16%	19%	15%
=< 4 jaar	43%	40%	40%	24%	36%	32%	24%	18%	13%	22%	18	23%	21%	20%	26%
											%				
=< 5 jaar	58%	54%	57%	49%	53%	51%	39%	30%	30%	34%	33	30%	23%	21%	38%
											%				
=< 6 jaar	72%	64%	69%	61%	65%	62%	55%	54%	47%	38%	41	---	---	---	46%
											%				
=< 7 jaar	80%	77%	77%	68%	70%	68%	67%	61%	61%	49%	43	---	---	---	52%
											%				
=< 8 jaar	87%	83%	82%	77%	73%	73%	70%	68%	67%	52%	---	---	---	---	55%
% nog in kliniek	4%	5%	4%	7%	14%	15%	22%	30%	31%	47%	58	70%	77%	77%	39%
											%				

Vastgesteld kan worden, dat in de eerste drie à vier jaar van de jaren 80 ongeveer een kwart van de TBS-populatie in drie jaar uitstroomt, ongeveer 40% in vier jaar uitstroomt en ruim de helft in vijf jaar uitstroomt. In de tweede helft van de jaren 80 verslechtert het beeld. De cijfers over de periode 1981 tot en met 1994 maken duidelijk, dat in de jaren 90 in vier jaar minder dan een kwart uitstroomt.

Daarbij lijkt zich een zekere kentering voor te doen vanaf 1993: in die jaren loopt het aantal (voorlopig) binnen drie jaar beëindigde intramurale behandelingen weer op tot 15 à 20 %. Wel kan het beeld nog veranderen doordat proefverloven alsnog worden ingetrokken.

Ook in de zeer lange behandelingsduren treedt een verschuiving op. Is bij de instroom-cohorten in begin van de jaren 80 na acht jaar 80 à 85% uitgestroomd, in de tweede helft van dat decennium ligt dat op ca. 60 à 65%.

Delictkenmerken

Over de gehele periode 1981 - 1994, blijkt 28% van de TBS-gestelden die geen geweldsdelict hebben gepleegd na drie jaar te zijn uitgestroomd, 49% na vier jaar en 65% na vijf jaar. Voor de brandstichters zijn deze percentages respectievelijk 18%, 34% en 51%. Bedreiging met geweld, persoonlijk letsel of dodelijke afloop laten weinig verschillen zien: ca. 14% stroomt na drie jaar uit, ca. 25% na vier jaar en ca. 35% na vijf jaar. Tussen vermogens- en niet-vermogensdelinquenten is geen verschil. Van de seksueel delinquenten is na drie jaar slechts 8 à 9% uitgestroomd, 18% na vier jaar en ca. 25% na vijf jaar. Van de vrouwen is na vijf jaar 49% uitgestroomd tegen 37% van de mannen. De categorieën die in gunstige of ongunstige zin afwijken, vormen geen (bijzonder) grote groepen. De cijfers voor de gewelddelicten (bedreiging, letsel en dodelijke afloop) komen dan ook met die voor de totale populatie nagenoeg overeen.

Residubepaling

Nagegaan is ook welk deel van de TBS-gestelden per opleggingsjaar nog niet is uitgestroomd en wat hun gemiddelde behandelingsduur tot dit moment is. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen degenen die nog in een TBS-kliniek verblijven en zij van wie de intramurale behandeling inmiddels is afgesloten (proefverlof). Als referentiewaarde is per opleggingsjaar voorts de theoretisch maximaal haalbare gemiddelde behandelingsduur vermeld per jaar van oplegging, dat wil zeggen het gemiddelde verschil per opleggingsjaar tussen datum opname in de eerste behandelingskliniek en 31 december 1997. In Tabel 4 zijn deze gegevens weergegeven:

Tabel 4: (Relatieve) aantallen TBS-gestelden per opleggingsjaar bij wie de intramurale behandeling respectievelijk de TBS nog niet is beëindigd (residu)

Jaar	N	Jaargemiddelde	In kliniek		Jaargemiddelde	In TBS		Jaargemiddelde
oplegging	instroom	theoretisch maximale	31/12/97		behandelingsduur	31/12/1997		behandelingsduur
	per jaar	behandelingsduur			nog in kliniek			nog in TBS
			freq.	%		freq.	%	
1981	76	16,1 jaar	3	4	13,3 jaar	3	4	13,3 jaar
1982	93	15,1 jaar	5	5	14,6 jaar	6	6	14,2 jaar
1983	91	14,0 jaar	4	4	12,0 jaar	5	6	12,2 jaar
1984	71	13,0 jaar	5	7	11,8 jaar	9	13	11,6 jaar
1985	108	11,8 jaar	15	14	10,8 jaar	18	17	10,8 jaar
1986	88	10,7 jaar	13	15	9,7 jaar	21	24	9,2 jaar
1987	68	9,7 jaar	15	22	8,9 jaar	23	34	8,5 jaar
1988	83	8,4 jaar	25	30	7,7 jaar	37	45	7,1 jaar
1989	85	7,5 jaar	26	31	7,1 jaar	40	47	6,5 jaar
1990	85	6,5 jaar	40	47	6,1 jaar	58	68	5,9 jaar
1991	113	5,5 jaar	65	58	5,3 jaar	88	78	5,0 jaar
1992	117	4,2 jaar	82	70	3,9 jaar	103	88	3,8 jaar
1993	141	3,0 jaar	108	77	2,9 jaar	127	90	2,8 jaar
1994	189	2,0 jaar	145	77	2,0 jaar	178	94	1,8 jaar

Het is in de TBS-sector op dit moment gebruikelijk personen met een behandelingsduur van meer dan acht jaar als zogeheten long stay patiënten te beschouwen. Alleen de TBS-gestelden die vóór 1989 zijn veroordeeld en nog steeds in een TBS-kliniek verblijven, komen daarmee theoretisch in aanmerking om als long stay patiënt te kunnen worden geïdentificeerd. Van degenen die in 1988 veroordeeld zijn, verblijft ruim een kwart met een gemiddelde behandelingsduur van bijna acht jaar nog in een TBS-kliniek. Naar de eerdere jaren lopen de aantallen en percentages begrijpelijkerwijze terug. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat een kwart ook na ca. 9 jaar de intramurale behandeling nog niet heeft afgesloten, waarbij uiteraard niet uitgesloten is, dat voor de jaren na 1988 een zekere daling zal kunnen optreden. Gegeven de uitstroom uit de TBS in de jaren 1995 t/m 1997 (65 personen per jaar) is deze mogelijke ontwikkeling echter niet erg waarschijnlijk te noemen. De gegevens suggereren ook een bevestiging van de veronderstelling dat een gemiddelde intramurale behandelingsduur van zeven jaar waarschijnlijk niet een te hoge schatting is. Van de in 1990 veroordeelde populatie verblijft immers 47% nog in een behandelingskliniek bij een gemiddelde reeds gerealiseerde behandelingsduur van 6,1 jaar.

Gelet op de overeenkomst in percentages voor de jaren 1981 t/m 1984 lijkt een deel van 5 à 7 % helemaal niet uit te stromen en ca 15% pas na 10 à 12 jaar (zie 1985/1986).

5.1.5 Veranderingen in de populatie in de periode 1981 - 1994

Op een aantal kenmerken kan worden nagegaan in hoeverre sprake is van veranderingen in de TBS-populatie. Volstaan wordt met de verschuivingen die statistisch significant zijn ($p < .05$).

Delictaspecten

Geweldsaspect TBS-delict

Na 1987 (gewijzigde wetgeving van 1986!) neemt het relatieve aantal personen met een niet-gewelddelict af van ca. 15% tot 4%. In 1994 doet zich echter een plotselinge stijging tot 11% voor. Een stijging doet zich voor bij bedreiging met geweld (ca. 13% naar ca. 20%).

Seksueel aspect TBS-delict

Het percentage TBS-gestelden met een seksueel delict varieert wel van jaar tot jaar. In de periode 1981 - 1987 komt het gemiddelde percentage echter overeen met dat in de periode 1988 - 1994 (25 à 28%). Er lijkt een beperkte verschuiving te zijn naar meer ontuchtpleging met minderjarigen.

Vermogensaspect TBS-delict

Het percentage TBS-gestelden, dat (mede) een vermogensdelict heeft gepleegd, is tamelijk constant (ca. 28%). Was echter in de periode 1981 - 1987 bij gemiddeld 24% van de vermogensdelinquenten sprake van een vermogensdelict zonder geweld, in de periode 1988 - 1994 is dit afgenomen tot gemiddeld 4%.

Brandstichting

Ook het percentage brandstichters is redelijk constant (ca. 13%). Was echter in de periode 1981 - 1987 bij gemiddeld 83% sprake van alleen materiële schade, in de periode 1988 - 1994 is dit gemiddeld 24%. In 1994 is sprake van een plotselinge stijging tot 74% (vergelijk 1994 voor wat betreft materiële schade!).

Andere kenmerken

Het relatieve aantal vrouwen verdubbelt van 2,5% naar 5%. De gemiddelde leeftijd bij veroordeling is tamelijk constant (29 à 30 jaar). Wel lijkt zich na 1994 een stijging voor te doen naar ca. 33 jaar. In de jaren 80 was rond de 29% één of meermalen eerder opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. In de laatste zeven jaar ligt dat percentage echter op ruim 40%.

5.1.6 Relaties tussen kenmerken van TBS-gestelden en behandelingsduur

Ook hier volstaan we, tenzij anders is aangegeven, met de verschillen die statistisch significant zijn ($p < .05$). Er is samenhang tussen de geweldscomponent van het TBS-delict in die zin, dat bij enkel materiële schade de gemiddelde behandelingsduur beduidend lager is (4,1 jaar) dan bij bedreiging met geweld (5,8 jaar), letsel (5,6 jaar) en dodelijke afloop (5,9 jaar). Ook brandstichters kennen een kortere behandelingstijd (4,8 jaar) dan de niet-brandstichters (5,7 jaar). Er is geen verschil in behandelingsduur tussen de vermogensdelinquenten en de overige TBS-gestelden. Wel een duidelijk verschil is er tussen de seksueel delinquenten en de niet seksueel delinquenten. Bij ontucht met minderjarigen vinden we de langste behandelingsduur (6,9 jaar). Maar ook bij

aanranding/verkrachting (6,3 jaar) is de behandelingsduur langer dan bij de niet-seksueel delinquenten (5,2 jaar).

Er is geen statistisch significant verschil tussen mannen en vrouwen, als gevolg van het kleine aantal vrouwen. Er is voorts geen samenhang tussen leeftijd en behandelingsduur.

Er blijkt evenmin een samenhang te zijn tussen de lengte van de periode van veroordeling tot eerste opname en de behandelingsduur. Overigens mag hieruit ons inziens niet worden geconcludeerd, dat de lengte van de straftijd doorgebracht in een penitentiaire inrichting er niet toe doet. Enkel kan worden vastgesteld, dat er geen *overall* samenhang is. Voor bepaalde subgroepen kan een lang verblijf uiteenlopende effecten hebben (zowel een bekorting van de behandelingsduur als een verlenging daarvan).

5.1.7 Conclusies

Het uitgevoerde onderzoek levert een aantal belangrijke inzichten op over de intramurale behandelingsduur in de TBS en het percentage personen dat binnen een bepaalde periode wel of niet uitstroomt. Tegelijkertijd wordt ook duidelijk, dat het problematisch is en blijft de actuele ontwikkeling van de behandelingsduur (nauwkeurig) in beeld te brengen. We gaan achtereenvolgens in op de beide onderzoeksvragen.

Vraag 1: Wat is de gemiddelde intramurale behandelingsduur bij TBS-gestelden?

De gemiddelde intramurale behandelingsduur, operationeel gedefinieerd als de periode tussen de opname in het Dr. F. S. Meijers Instituut en de beëindiging van de intramurale behandeling (ingang proefverlof c.q. beëindiging van de TBS c.q. de periode tot 31 december 1997) onder aftrek van tussen gelegen proefverlofperiodes is toegenomen van 5,0 jaar voor de in 1981 veroordeelden tot 5,8 jaar voor de in 1987 veroordeelden. Vanaf 1985 wordt de bepaling van de behandelingsduur echter beïnvloed door het feit, dat een toenemend aantal TBS-gestelden nog in een der klinieken verblijft. Vanaf 1987 zijn bovendien (zeer) lange duren voor de cohorten nog niet mogelijk. Wordt een schatting gemaakt, dan lijkt het waarschijnlijk, dat de behandelingsduur verder oploopt tot ca. zeven jaar. Vastgesteld moet worden, dat reeds aan het begin van de jaren 80 de intramurale behandelingsduur langer was dan in studies die op uitstroomcohorten waren gebaseerd naar voren kwam. Ingeval van geweld tegen personen (bedreiging, letsel, dodelijke afloop) is de behandelingsduur langer (5,6 à 5,9 jaar) dan bij enkel materiële schade (4,1 jaar).

Vraag 2: Binnen welke periode sluit welk deel van de TBS-populatie de intramurale behandeling af?

Het percentage TBS-gestelden, dat de intramurale behandeling afsluit na ten hoogste drie jaar loopt terug van 28% van de in 1981 veroordeelden tot 6% van de in 1989 veroordeelden. Na ten hoogste 4 jaar sloot van de in 1981 veroordeelden 43% de intramurale behandeling af. Dit valt terug tot 13% in 1989. Na ten hoogste vijf jaar sloot van de in 1981 veroordeelden 58% de intramurale behandeling af. Van de in 1989 veroordeelden is dit 30%. Omgekeerd neemt het percentage TBS-gestelden toe dat na

acht jaar de intramurale behandeling nog niet heeft afgesloten van 13% (1981) tot ca. 45% (1989). Bij een TBS-delict met alleen materiële schade stroomt een groter deel sneller uit dan bij een geweldsdelict. In het bijzonder bij een seksueel delict is de uitstroom vertraagd. Ook uit deze berekeningen komt dus naar voren, dat de latere cohorten een langere gemiddelde behandelingsduur hebben dan de eerdere.

Zijn er aanwijzingen dat deze ontwikkeling in genoemde periode na 1988/1989 verandert? Weliswaar lijkt het percentage TBS-gestelden dat na drie jaar de intramurale behandeling afsluit na 1990 toe te nemen. Maar bedacht moet wel worden, dat een aanmerkelijk deel van deze cohorten nog onder de TBS maatregel valt. Proefverloven kunnen nog worden ingetrokken waarna de intramurale behandeling weer doorloopt. Bovendien lijkt deze verandering zich niet door te zetten na vier respectievelijk vijf jaar.

Ook het aantal beëindigde TBS'en in de laatste drie jaren (1995 t/m 1997) biedt weinig aanknopingspunten voor de veronderstelling, dat de uitstroom uit de TBS toeneemt na een kortere behandelingsperiode: in deze jaren is het aantal beëindigde TBS'en telkens slechts 65 per jaar geweest.

De schatting over een verwachte behandelingsduur van ca. zeven jaar voor de TBS-gestelden die vanaf 1988 zijn veroordeeld lijkt daarom niet te hoog, te meer omdat van de vanaf 1987 veroordeelden nooit meer dan ca. 45% de intramurale behandeling na zes jaar heeft afgesloten.

5.2 Patiëntencategorieën en de relatie met de intramurale behandelingsduur

5.2.1 Inleiding

Voor het onderzoek naar de vraag welke categorieën TBS-gestelden onderscheiden kunnen worden en in hoeverre deze categorisering samenhangt met de behandelingsduur, is gebruik gemaakt van de basisbewonersgegevens zoals die door de afdeling Monitoring & Research verzameld zijn.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Welke categorieën van patiënten kunnen worden onderscheiden bij de opname in een TBS-instelling?
2. Wat is de gemiddelde (intramurale) verblijfsduur van deze categorieën patiënten?
3. Verschillen de gevonden categorieën op andere relevant geachte afhankelijke variabelen (bijv. ingeschatte delictgevaarlijkheid)?*
4. Welke variabelen (afgezien van groepsindeling) zijn van invloed op de behandelingsduur?*

*vraag 3 en 4 zijn afgeleiden van de eerste twee vragen.

5.2.2 Methode

5.2.2.1 Data

Variabelen

De variabelen uit de WARG-basisbewonersgegevens²⁴ die gebruikt zijn staan gegroepeerd in Tabel 1 (voor de omschrijvingen en coderingen per variabele zie Bijlage 1). Deze tabel bevat alle in het kader van dit onderzoek relevant te achten variabelen uit de basisbewonersgegevens. Er zijn slechts gegevens achterwege gelaten over signalement, verschillende data (ingang gevangenisstraf etc.), rapporterende instantie en selectietechnische zaken.

De meeste variabelen kennen geen continu verloop maar hebben enkel discrete waarden (hele getallen). Veel variabelen zijn op nominaal (bijvoorbeeld slachtoffer) of ordinaal niveau (bijvoorbeeld aantal tehuizen waarin men heeft verbleven) gemeten. Een deel van de variabelen (bijvoorbeeld de DSM diagnoses) zijn zo omgezet dat er nieuwe (dichotome) variabelen ontstaan (bijvoorbeeld wel of niet diagnose depressie, wel of niet een persoonlijkheidsstoornis uit cluster A). Op een dataset met variabelen op deze meetniveaus kunnen de bekende parametrische statistische analyses als variantieanalyse, pearson's correlatie, factoranalyse en clusteranalyse niet rechtstreeks uitgevoerd worden. Om deze reden is eerst gebruik gemaakt van PrincALS (Principale Componenten volgens Alternating Least Squares), een categorische data-analysetechniek, waarbij de data niet metrisch (interval of ratio meetniveau) en niet parametrisch (normaalverdeeld) hoeven te zijn. De ALS-programma's (Van de Geer, 1988) maken optimaal gebruik van de verschillende meetniveaus van de variabelen. Daarnaast is gebruik gemaakt van niet-parametrische correlaties. Om bovenstaande analyses uit te voeren, zijn verscheidene variabelen omgecodeerd; voor een gedetailleerd overzicht van de omgecodeerde variabelen die als input voor de Princals zijn gebruikt zie Bijlage 2. Verdere overwegingen betreffende de bewerking van de gegevens staan vermeld in Bijlage 3.

²⁴ WARG staat voor Werkgroep Afstemming Registratie Gegevens, een door het directeurenoverleg in het leven geroepen werkgroep voor de operationele definiering van vast te leggen gegevens: basispatientgegevens bij opname in het TBS-circuit en verblijfs gegevens (1992).

Tabel 1: gebruikte basisbewonersgegevens

basisbewonersgegevens:	meetniveau*:
1. diagnostische variabelen • verslavingsproblematiek (alcohol, softdrugs, harddrugs, medicijnen, gokken) • As-1 stoornissen (psychotisch, seksuele stoornis, psychoactieve middelen etc.) • As-2 stoornissen (cluster A, B, C en NOS) • intelligentie	dichotoom/nominaal dichotoom/nominaal dichotoom/nominaal interval/nominaal
2. delictvariabelen • delicttypering (vermogen, seksueel < en > 16 jaar, geweldsaspect, brandstichting) • slachtoffer	dichotoom/nominaal / ordinaal dichotoom/nominaal
3. delictverleden • eerdere veroordelingen, eerder TBS OV/VV, eerdere maatregelen anders • leeftijd 1^e resp. TBS veroordeling	ratio/ordinaal ratio/ordinaal
4. hulpverleningshistorie • eerdere hulpverleningscontacten • leeftijd eerste hulpverleningscontact	nominaal/ordinaal ratio/ordinaal
5. demografische kenmerken • geslacht • culturele achtergrond • beroep/inkomen/opleiding • aantal tehuizen • belangrijkste verzorgers	nominaal dichotoom/nominaal nominaal/ordinaal ordinaal dichotoom/nominaal
6. interveniërende variabelen • beschikking sociaal netwerk • ingeschat delictgevaar • ingeschat vluchtgevaar • verwacht toekomstig zorgsysteem	dichotoom ordinaal ordinaal nominaal
7. afhankelijke variabele**	

• behandelingsduur (duur intramurale behandeling tot proefverlof)	ordinaal/ratio
--	----------------

*de variabelen waarbij twee meetniveaus zijn aangegeven, zijn afhankelijk van het type analyse omgezet naar een ander meetniveau, bijvoorbeeld in dummy-variabelen, waardoor ze dichotoom worden.

**de afhankelijke variabele is slechts voorhanden voor het uitstroombestand (N = 241)

Bestanden

Voor het zoeken naar categorieën van TBS-gestelden is een bestand gebruikt met de basisbewoners gegevens van 790 personen die zich op 1 januari 1997 in een TBS-kliniek bevonden. Voor de bepaling van de intramurale behandelingsduur is een bestand met gegevens van 241 personen gebruikt. Deze groep bestaat uit personen die tussen 1-1-1995 en 31-12-1997 zijn uitgestroomd en de personen die op 1 januari 1998 met proefverlof waren. Deze groep kan niet uitgebreid worden, daar we slechts basisbewonersgegevens hebben geregistreerd vanaf 1 januari 1995. Voor alle TBS-gestelden uit dit bestand is de intramurale behandelingsduur berekend als zijnde: 'de totale duur van alle opnameperioden', waarbij de duur van een opnameperiode de tijd is tussen datum opname en datum vertrek. Aangezien onderbrekingen in deze opnameperiode zoals tijdelijke verblijven elders en proefverloven pas sinds 1-1-97 systematisch worden geregistreerd door de afdeling Monitoring & Research, is de duur van de behandeling voor de mensen wiens TBS-maatregel beëindigd is waarschijnlijk een lichte overschatting van de werkelijke duur. Voor de groep die echter op 1 januari 1998 met proefverlof is, is het niet zeker of het proefverlof niet alsnog ingetrokken wordt, hetgeen kan leiden tot een lichte onderschatting van de werkelijke duur. We hebben gekozen deze groep in het bestand op te nemen, omdat de steekproef hierdoor aanzienlijk vergroot wordt (van 144 naar 241 personen). Uit beide bestanden zijn de volgende personen verwijderd, aangezien bij deze personen de behandelingsduur geen zuivere maat is voor het zoeken naar relaties tussen basisgegevens en de behandelingsduur:

- personen met een gemaximeerde TBS;
- personen die alleen op grond van artikel 120 Gevangenismaatregel (GM) zijn opgenomen in een TBS-kliniek;
- personen uit het uitstroombestand voor wie de reden einde TBS 'overlijden' (19 personen) of 'beëindiging wegens vormfouten' (2 personen) is.

5.2.3 Analyseplan

Om categorieën van TBS-gestelden te kunnen onderscheiden (vraagstelling 1), is het nodig het aantal variabelen te reduceren. Pas wanneer er een samenvoeging van variabelen tot een gereduceerd aantal variabelen heeft plaatsgevonden, kan men clusteranalyses uitvoeren op het bestand (Morris, Blasfield & Satz, 1981). Er is bij deze samenbundeling verder getracht om het meetniveau van al de te gebruiken variabelen optimaal te gebruiken.

Als eerste is de samenhang tussen de eerste zes variabelengroepen (zie Tabel 1) onderzocht door niet-parametrische correlaties (Spearman's rho) uit te voeren op de variabelen binnen elke groep. Daarna volgde een Principale Componenten Analyse voor niet-metrische data (Princals) op deze groepen van variabelen. Mede gezien het grote aantal variabelen had dit de voorkeur, omdat anders moeilijk te interpreteren scatterplots in Princals ontstaan.

Daarna volgde op de totale set van variabelen Princals analyses, om tot een samenvoeging van variabelen en dus tot minder variabelen te komen. De variabele 'behandelingsduur' wordt hier nog buiten beschouwing gelaten. Gezien het meetniveau van de basisbewonersgegevens, is het niet mogelijk de variabelen rechtstreeks met een clusteranalyse in groepen in te delen. Wel kunnen dimensiescores die uit de Princals komen (de 'factorscores') gebruikt worden voor de daarna volgende clusteranalyse.

Clusteranalyses op de dimensiescores (zoals deze uit de Princals-oplossing volgen) leiden uiteindelijk tot een groepsindeling, waarin de kenmerken van patiënten per categorie/groep zo homogeen mogelijk zijn en die tussen de categorieën zoveel mogelijk verschillen.

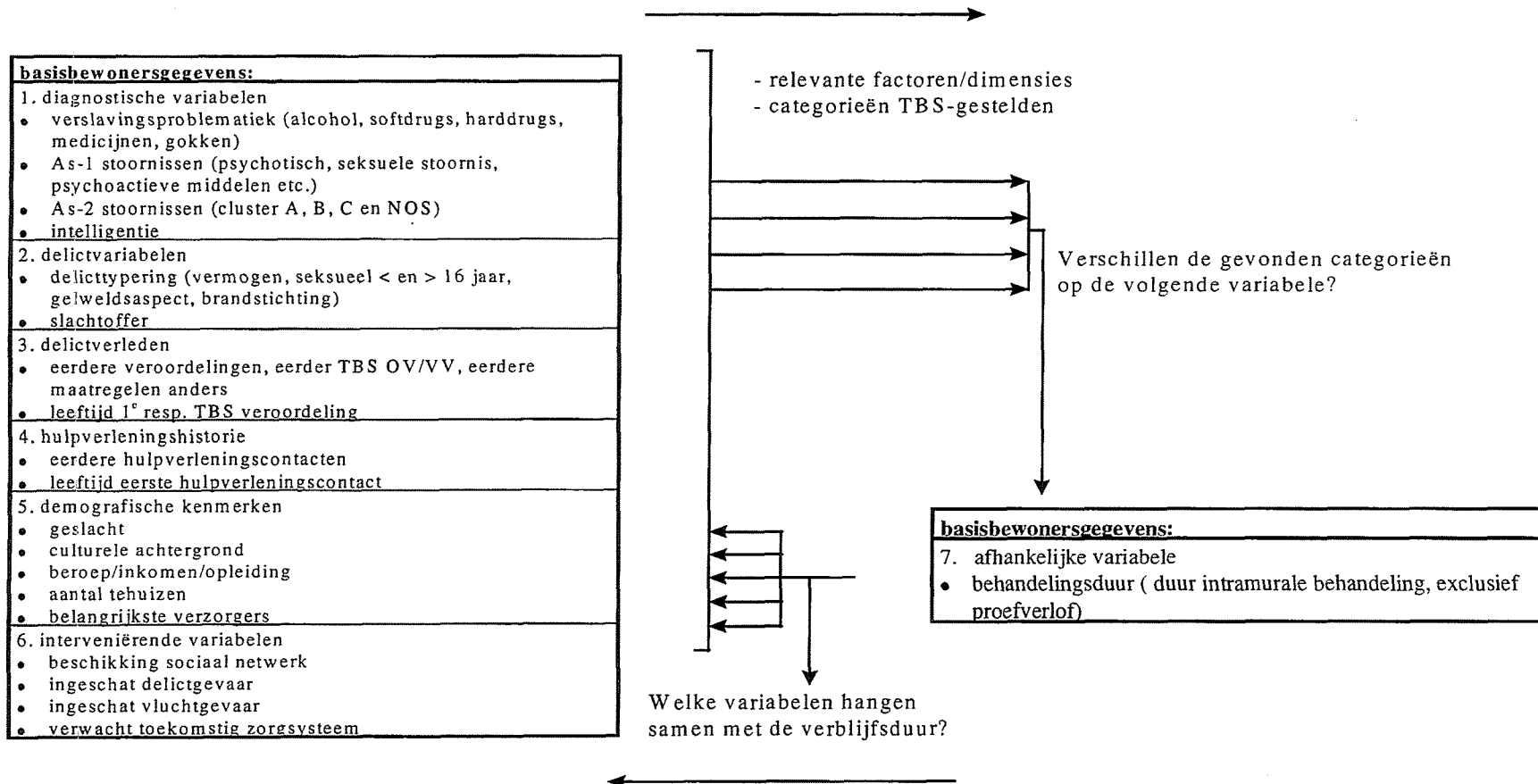
Om de tweede vraagstelling te beantwoorden wordt op basis van de gevonden indeling in categorieën de gemiddelde verblijfsduur per categorie onderzocht. Door middel van variantenanalyse (ANOVA) kan onderzocht worden of de gevonden categorieën patiënten statistisch gezien een verschillende verblijfsduur kennen. Tevens kan door middel van ANOVA onderzocht worden of de gevonden categorieën ook op andere afhankelijke variabelen verschillen, zoals op ingeschatte delictgevaarlijkheid en het verwachte toekomstige zorgsysteem (vraagstelling 3).

Bij het zoeken naar variabelen die (afgezien van groepsindeling) van invloed zijn op de verblijfsduur (vraagstelling 4) is de samenhang berekend tussen verblijfsduur enerzijds en ruwe scores en dimensiescores anderzijds. Hiervoor worden correlaties berekend en worden multivariate en logistische regressietechnieken gebruikt.

Bovendien is in het peildatumbestand van 1-1-97 (hier is N namelijk veel groter) onderzocht of er een relatie is tussen de variabelen enerzijds en de verblijfsduur tot dan toe anderzijds.

Het totale analyseplan staat in Figuur 1.

Figuur 1: analyseplan



5.2.4 Resultaten

5.2.4.1 Een eerste indruk over de samenhang tussen variabelen

Op de groepen van variabelen is een nonparametrische correlatie uitgevoerd om een indruk te krijgen van de samenhang van de variabelen en de structuur van de hele data set. Vervolgens is er per 'a priori' groep variabelen een Princals (Norusis, SPSS Inc., 1994a) uitgevoerd, hetgeen de verbanden tussen variabelen goed visualiseert. De nonparametrische correlaties en Princals per groep van variabelen zijn uitgevoerd omdat deze op een relatief makkelijke manier verbanden tonen en ideeën opleveren voor verdere datareductie. Bovendien is het nuttig om over deze gegevens te beschikken voor het geval dat de Princals over alle variabelen moeilijk te interpreteren resultaten op levert. De resultaten van de nonparametrische correlaties en de Princals per groep variabelen worden in Bijlage 4 beschreven.

5.2.4.2 Samenvoegen van variabelen

Vorbereidende datareductie door middel van Princals

Na de verbanden binnen de groepen variabelen bekeken te hebben, is een Princals uitgevoerd op 39 variabelen (zie Bijlage 2). Om het juiste aantal dimensies te bepalen, is eerst een oplossing gevraagd met dertig dimensies, een groot aantal voor 39 variabelen. De eerste dimensie heeft de hoogste 'eigenwaarde' d.w.z. verklaart het hoogste percentage variantie van het gegevensbestand. Elke verdere dimensie verklaart een steeds kleiner percentage. De gevonden eigenwaarden van al deze dimensies zijn in een afzonderlijk bestand ingevoerd en worden in een Figuur 1 in Bijlage 4 gepresenteerd. Hiermee kan net als de scree-test bij een 'normale' (wel-) metrische principale componenten analyse bekeken worden hoeveel dimensies er nodig zijn c.q. welk aantal dimensies gewenst is. Deze plot suggereert een oplossing in vijf dimensies (hier verandert de lijn het meest van richting). Vervolgens is een analyse uitgevoerd met 'fixed' 5, 6 en 7 dimensies om deze oplossingen met elkaar te vergelijken²⁵. Er is besloten om de 5-dimensie-oplossing te gebruiken. Bij deze oplossing krijgt elke persoon een score op de vijf gevonden dimensies. Deze dimensie-scores zijn een samenvoeging van informatie uit 39 variabelen in 5 nieuwe variabelen; bij het produceren van elke dimensie-score wordt elke variabele vermenigvuldigd met een specifiek gewicht. Door deze samenbundeling raak je weinig informatie kwijt, aangezien alle variabelen worden meegewogen in de dimensiescores. Het terugbrengen van het aantal variabelen is een vereiste omdat er voor de invoer van gegevens in een clusteranalyse een goede verhouding tussen het aantal cases (hier TBS-gestelden) en variabelen moet zijn (Morris, Blasfield & Satz, 1981). Het invoeren van een relatief te

²⁵ Dit is nodig omdat de oplossingen binnen een Princals niet genest zijn, dat wil zeggen de eerste dimensies gaan iets van elkaar verschillen afhankelijk van het opgegeven aantal dimensies waarmee men de variantie in de dataset wil verklaren (of in dit geval de beste fit te vinden door iteratief de alternating least squares te berekenen).

groot aantal variabelen in clusteranalytische berekeningen resulteert in toevalsoplossingen die weinig tot niets te maken hebben met een werkelijk onderliggende groepsstructuur in de dataset.

De variabelen die hoog laden op de vijf gevonden dimensies zijn de volgende (variabelen worden benoemd volgens aflopende fit/row sums):

1. afhankelijkheid/misbruik van meerdere middelen (vooral soft en hard-drugs), aantal eerdere veroordelingen, leeftijd eerste veroordeling, vermogens component, aantal tehuizen
2. opleiding, pedofilie, diagnose seksuele stoornis
3. persoonlijk letsel, allochtone culturele achtergrond, diagnose psychotische stoornis
4. brandstichting, bedreiging met geweld
5. alcoholverslaving, eerder TBS met bevel tot verpleging, vermogenscomponent van delict

5.2.4.3 Samenvoegen van patiënten: categorieën van TBS-gestelden

Clusteranalyse

Er is gebruik gemaakt van een twee-staps clustermethode: een hiërarchische clusteranalyse gevolgd door een iteratieve K-means clusteranalyse. De hiërarchische clusteranalyse dient informatie op te leveren over het aantal clusters en over de optimale startwaarden voor de erna volgende iteratieve clusteranalyse. Weliswaar worden door de iteraties de cluster-oplossingen steeds correcter, toch blijft, ook bij iteraties, de invloed van de toevallig boven in het databestand staande cases te groot. Ook daarom wordt de twee-staps clustermethode aanbevolen (Aldenderfer & Blashfield, 1984).

De hiërarchische clusteranalyse heeft als invoervariabelen de vijf dimensiescores uit de Princals (er zijn dus als resultaat van de Princals vijf nieuwe variabelen ontstaan). Er is gekozen voor de Euclidische afstandsmaat als 'distance measure' (Euclid) en voor de 'average linkage between groups' (baverage, ook wel UPGMA genoemd: unweighted pair-group method using arithmetic averages) als clusteralgoritme. Voor de groepsindelingen van 2 tot 12 groepen zijn beschrijvende statistieken uitgeprint. Uit de beschrijving van groepsprofielen en aantal cases per groep is zo na te gaan hoe de 'boomstructuur' steeds verder uitsplitst. Deze boom laat zien dat in stap 1 (van één naar twee clusters) en in stap 3 (van drie naar vier clusters) er groepen ontstaan waarin zich 1 case bevindt. Deze cases kunnen het best worden opgevat als 'outliers' (Blashfield, 1984) en zijn uit verdere analyses verwijderd; hiermee is het aantal cases van 790 in 788 gewijzigd. Uiteindelijk is gekozen voor zes groepen als beste oplossing.

Er zijn nog diverse clusteranalyses uitgevoerd waarin het aantal cases, het aantal variabelen en de gebruikte afstandsmaat gevarieerd werden om te testen of bij een kleine aanpassing de gevonden clusteroplossing niet te sterk afwijkt van de gevonden groepsindeling (Everitt, 1974; Blashfield, 1984). Uit deze tests bleek dat er een relatief constant beeld was over de te vinden groepen.

Daarna volgde de iteratieve K-means clusteranalyse. De gemiddelde scores op de vijf dimensies (die als resultaat uit de Princals-analyse kwamen) van de zes groepen (uit de hiërarchische clusteranalyse) zijn als startwaarden ingevoerd in de iteratieve clusteranalyse. Als resultaat uit deze analyse komen dan (verplicht) zes groepen (zie Bijlage 5 voor de dimensiescores van de groepen).

De uiteindelijk gevonden zes groepen werden inhoudelijk geïnterpreteerd op basis van beschrijvende statistiek per groep en door eventuele verschillen tussen de zes groepen te toetsen (met behulp van ANOVA).

Uit de beschrijvende analyses komt het volgende naar voren:

Groep 1 (n = 167):

In deze groep heeft 53% van de delicten een dodelijke afloop. Het IQ en opleiding van deze groep is relatief hoog en er zijn relatief veel first offenders binnen deze groep (56 %). Het slachtoffer is in 49 % een bekende/familie/partner. Ten opzichte van de totale onderzoekspopulatie valt bovendien nog op dat een relatief groot deel een beroep heeft en dat persoonlijkheidsstoornis C binnen deze groep vaker gediagnostiseerd wordt dan binnen de andere vijf groepen.

Groep 2 (n = 114):

Groep 2 bevat veel brandstichters (60%), hetgeen logischerwijze samengaat met een hoog aantal bedreiging met geweld (94 %). Het slachtoffer is vaak een onbekende (79 %).

Groep 3 (n = 107):

In deze groep kent 67 % van de delicten een dodelijke afloop. Ten opzichte van de overige groepen bevat groep 3 veel vrouwen (19 %) en is in 47 % van de delicten de partner het slachtoffer. Bovendien is het slachtoffer in de overige gevallen ook vaak een familielid of bekende; slechts in 8 % van de delicten is het slachtoffer een onbekende (ander). Vermogenscomponenten komen binnen deze groep niet voor. Slechts 17 % heeft een tehuisenverleden. De leeftijd waarop de TBS wordt opgelegd is relatief hoog: 35 jaar. Verder maakt 64 % intensief gebruik of misbruik van alcohol.

Groep 4 (n = 131):

Deze groep bevat een groot aantal verslaafden; 96 % is verslaafd aan 1 of meer middelen (79 % is aan alcohol verslaafd, 90 % aan softdrugs, 74 % aan hard-drugs). Drie kwart van de mensen in deze groep heeft een tehuisenverleden. Veel mensen uit groep 4 zijn eerder veroordeeld (88 %) en slechts 10 % heeft inkomen uit werk ten tijde van het delict. Ten opzichte van de totale onderzoekspopulatie (N = 788) valt groep 4 bovendien op doordat relatief:

- op jonge leeftijd de eerste veroordeling plaats vindt (17 jaar)
- vaak een onbekende het slachtoffer is (71%)
- vaak een vermogenscomponent aanwezig is (66%)
- veel persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B gediagnostiseerd worden (63 %)

Groep 5 (n = 134):

Groep 5 bevat veel seksueel delinquenten (82 %), waarvan bij 53 % van de delicten het slachtoffer onder de 16 jaar is en bij 29 % van de delicten boven de 16 jaar; persoonlijk letsel scoort derhalve hoog binnen deze groep (77 %). Deze groep bestaat voor 100 % uit mannen. In vergelijking met de andere groepen is een groot gedeelte van de TBS-gestelden binnen deze groep autochtoon (94 %) en is het intelligentie quotiënt relatief laag (gemiddelde IQ = 88).

Groep 6 (n = 135):

Deze groep bestaat voor een groot deel uit psychotici (86%) en allochtonen (71%). De agressieve component is vaak persoonlijk letsel (85 %). Bovendien heeft deze groep veel intramurale hulpverleningscontacten met een civielrechtelijke maatregel gehad en is er weinig sprake van een tehuizenverleden. Ook heeft deze groep het minst vaak een diagnose op As II. 61% maakt misbruik of is afhankelijk van softdrugs. De personen uit groep 6 hebben het minst vaak (23 %) een beroep/arbeid ten tijde van het delict.

Verschillen tussen de zes gevonden groepen zijn getoetst met behulp van ANOVA's (N = 788), waarin de onafhankelijke variabele groepslidmaatschap is en de afhankelijke variabelen alle naar dummies omgezette nominale variabelen en op interval gemeten variabelen. Uit deze variantieanalyses komt naar voren dat het overall effect van groepslidmaatschap voor bijna alle variabelen significant is op het 5%-niveau. Enkel de variabele 'inschatting acuut delictgevaar' toont geen statistisch significant verschil tussen de groepen.

Validiteit van de indeling in categorieën

Voor de berekening van de interne validiteit van de gevonden indeling in categorieën is gebruik gemaakt van de Gamma, Gamma-B en Gamma-W formules (Huizinga, 1977). Volgens de Gamma scores voldoen de gevonden groepen niet aan de eis van 'compact well-separateness', d.w.z. de gevonden groepen hebben een relatief grote binnengroep spreiding en liggen zij aan zij. Wel kan gesteld worden dat de indeling in groepen zoals die hier wordt gepresenteerd door de dataset zelf wordt aangedragen; er komt een groepsstructuur bovendrijven. De gevonden indeling in groepen lijkt tevens goed aan te sluiten bij de praktijkkennis.

In de toekomst zal de externe validiteit bepaald dienen te worden (Morris, Blashfield & Satz, 1981). Dit kan door te kijken naar de samenhang tussen de groepen en variabelen die niet in de analyse betrokken waren. Dit zal in een later stadium mogelijk worden.

5.2.4.4 Categorieën TBS-gestelden en behandelingsduur

Behandelingsduur van de zes gevonden categorieën TBS-gestelden

Op basis van de gevonden groepsindeling is een variantieanalyse uitgevoerd met behandelingsduur als afhankelijke variabele. Hiermee kan de tweede vraagstelling 'hebben de verschillende categorieën TBS-gestelden een verschillende behandelingsduur' beantwoord worden. Er waren echter slechts van 136 mensen gegevens over zowel het groepslidmaatschap als van de duur TBS bekend. Van de 788 mensen van wie een groepslidmaatschap bekend is, komt namelijk maar een deel voor in het uitstroombestand. Voeren we een variantieanalyse uit op deze 136 mensen, dan vinden we geen significant verband tussen overall groep effect (groepslidmaatschap) en verblijfsduur. De resultaten van de ANOVA staan gepresenteerd in Tabel 2.

Vervolgens is in het eerste bestand (N=788) gekeken of er iets gezegd kon worden over de groep waartoe iemand behoort en de duur die men op de peildatum waarop het bestand gemaakt is (1-1-97) tot dan toe al in behandeling was. Wellicht dat zich onder de langdurig in de TBS verblijvende patiënten meer dan onder de kort in de TBS verblijvende patiënten personen uit een bepaalde groep bevinden. Ook hier waren de resultaten niet significant.

Tabel 2: gemiddelde intramurale behandelingsduur per cluster (N = 136).

Groep	N	Gemid. duur in jaren	St.dev.	F	stat. sign.
1 'veel 1 st offenders, dodelijk delict'	29	4.62	2.25		
2 'o.a. brandstichters'	28	4.74	1.95		
3 'o.a. (partner)doders'	17	4.08	2.00		
4 'o.a. verslaafden'	20	5.05	2.21		
5 'vooral seksuele delinquenten'	16	5.01	2.18		
6 'vooral psychotici'	26	4.43	2.70		
Totaal	136	4.65	2.22	.486	.786

5.2.4.5 Variabelen en behandelingsduur

In een eerdere studie (Van Emmerik, 1989) is gevonden dat het plegen van een of meerdere seksuele delicten gemiddeld tot een langere behandelingsduur leidt. Nu kan gekeken worden of er nog meer variabelen zijn die een effect op behandelingsduur hebben. Om te onderzoeken welke variabelen van belang zijn indien men iets van de behandelingsduur wil kunnen zeggen/voorspellen zijn de volgende analyses uitgevoerd:

1. correlaties tussen behandelingsduur en scores op de Princals-dimensies
2. correlaties tussen behandelingsduur en basisvariabelen (verslaving etc.) in ruwe scores
3. ANOVA behandelingsduur bij alle variabelen
4. multiële regressie met behandelingsduur als afhankelijke variabele

5. logistische regressie (niet-metrische discriminantanalyse) bij 33/33% en 50/50% verdelingen van behandelingsduur
6. verband tussen basisvariabelen en duur van nog lopende behandeling (N=742)

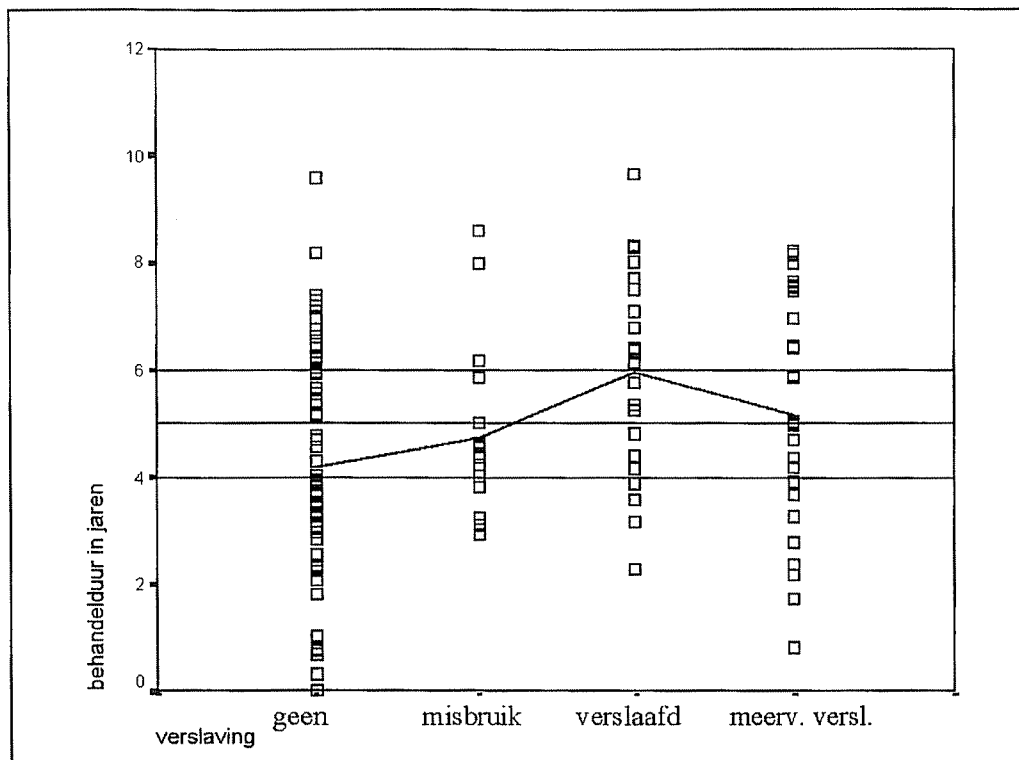
Correlaties tussen behandelingsduur en scores op de Princals-dimensies

Nadat er geen overall groep effect (groepslicidsmaatschap als resultaat van de clusteranalyse) was gevonden met behandelingsduur is met correlaties onderzocht of er een samenhang is tussen de gevonden dimensies in de Princals met behandelingsduur. De correlaties tonen dat van de vijf dimensiescores ($\pm$ factorscores) de eerste twee dimensiescores een significante correlatie hebben met de intramurale behandelingsduur. De dimensie die het meest verwant is met meervoudige verslaving (dimensie 1) toont een p-waarde van .010 (N=136) en de dimensie pedofilie/sexuele delicten toont een p-waarde van .030 (N=136).

De gevonden correlaties zijn gevisualiseerd door in een scatterplot dimensies 1 en 2 tegen behandelingsduur uit te zetten. Hierin was duidelijk te zien dat mensen met een hoge score op dimensie 1 (meerdere verslavingen etc.) gemiddeld een langere behandelingsduur hebben. Uit de scatterplot dimensie 2 en behandelingsduur blijkt dat er 3 mensen uit het cluster 'vooral sexuele delinquenten' enkele plegers van een sexueel delict met slachtoffer onder de 16 jaar al binnen één jaar het TBS-veld verlaten. Het mag worden aangenomen dat deze mensen niet zeer snel zijn uitbehandeld en op zichzelf zijn gaan wonen, maar dat ze door een relatief laag vluchtgevaar naar vervolgvoorzieningen zijn vertrokken. Naast scatterplots als methode van presenteren van resultaten zijn ook box-plots gebruikt. Ook box-plots laten duidelijk zien dat hoe meer problemen er zijn op dimensie 1 en 2 hoe langer de behandelingsduur is.

Correlaties behandelingsduur met kernvariabelen in ruwe scores

De correlaties tussen behandelingsduur en de ruwe (in tegenstelling tot dimensie) scores, voor die variabelen die als 'kernvariabelen' beschouwd kunnen worden (namelijk die variabelen waarnaar de gevonden dimensies zijn genoemd), zijn berekend. Hieruit blijkt dat van deze set basisgegevens van de WARG slechts de variabele 'aantal verslavingen' een statistisch significant verband heeft met behandelingsduur (n=129, $r = 0.242$, $p = .006$). Dit verband is klinisch niet significant. De grootte van het verband tussen (beëindigde) behandelingsduur en verslaving wordt getoond in Figuur 2 (N=129). Uit de resultaten kan afgeleid worden dat het nuttig is om een dimensiescore (factorscore) te berekenen, omdat dit een betere 'voorspeller' (zie analyse 1) is voor behandelingsduur dan een ruwe variabele.



Figuur 2: scatterplot verslaving bij behandelingsduur (N = 129).

ANOVA op behandelingsduur bij basisgegevens

Uit ANOVA's met intramurale behandelingsduur als afhankelijke variabele en de ruwe 'kernvariabelen' als onafhankelijke variabelen komt het volgende naar voren:

Er wordt een significante samenhang gevonden voor de volgende variabelen:

- slachtoffer (N = 232, $p = .02^*$); hoe bekender/dichterbij het slachtoffer, hoe korter de gemiddelde behandelingsduur. De behandelingsduur neemt af in de volgende volgorde
 - slachtoffer is een onbekende
 - slachtoffer is een bekende
 - slachtoffer is familie
 - slachtoffer is partner of ex-partner
- aantal verslavingen (N = 220, $p = .03^*$); hoe meer verslavingen, des te langer de behandelingsduur
- seksuele component, slachtoffer > 16 (N = 231, $p = .04^*$); als er sprake is van verkrachting/aanranding, is de gemiddelde behandelingsduur langer
- vermogenscomponent (N = 232, $p = .05^*$); gemiddelde behandelingsduur is langer indien er een vermogenscomponent aanwezig is

Er wordt (net) geen significante samenhang gevonden voor de volgende variabelen:

- eerder TBS met bevel tot verpleging ($N = 231$, $p = .08$)
- agressieve component ($N = 232$, $p = .09$)
- aantal eerdere veroordelingen ($N=230$, $p = .10$)

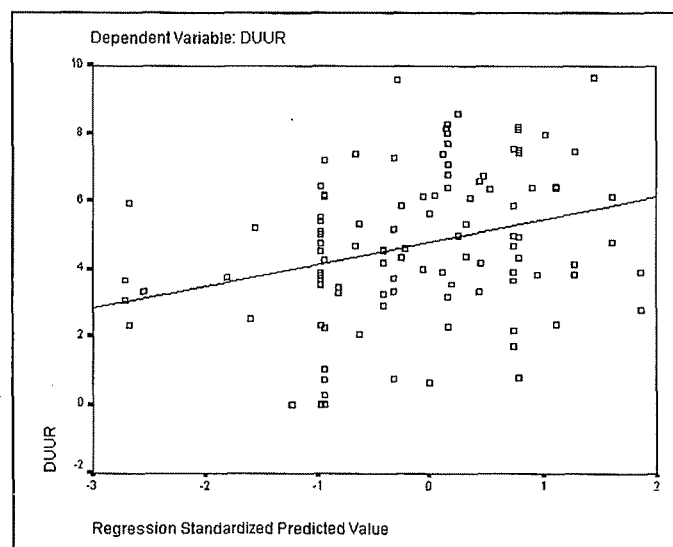
Er wordt geen samenhang gevonden voor de volgende variabelen:

- persoonlijkheidsstoornis uit cluster A, B of C
- pedofilie

Multipiele regressie analyse

Daarna is, als voorzichtige exploratie, een multipiele regressie analyse uitgevoerd. Voorzichtig omdat de eisen voor meetniveau enigszins worden gebruuskeerd. Er is geprobeerd om een functie te vinden waarmee behandelingsduur voorspeld kan worden met behulp van multipiele regressie analyse. Zowel de simultane (enter) als stapsgewijze (stepwise) methode zijn uitgetoetst. In de uitvoer van de simultane methode staan ook weer de correlaties gepresenteerd tussen ruwe variabelen en behandelingsduur. Zoals eerder gemeld zijn er niet veel variabelen die samenhangen met behandelingsduur. Wanneer men probeert om zoveel mogelijk variabelen te gebruiken in de voorspelling houdt men listwise te weinig cases over om een goede functieberekening te maken. Er is een functie gevonden die slechts zes variabelen meeweegt en toch een significante samenhang ($p=.033$) heeft. De variabelen die mee worden gewogen zijn: aantal verslavingen ($p=.009$), slachtoffer (ex-)partner ($p=.079$), verkrachtingsdelict ($p=.129$), pedofiel delict ($p=.461$), intelligentie categorie ($p=.616$) en psychotische stoornis ($p=.952$).

Uit de scatterplot met op de X-as de functie score (gekozen is voor de standardized predicted value) en de Y-as de behandelingsduur is af te lezen dat de puntenwolk toch nog vrij breed is. Dit wil zeggen dat de samenhang dan wel statistisch significant is, maar voor de klinische praktijk een te kleine samenhang vertoont (zie Figuur 3).



Figuur 3: predictie-lijn (op basis van regressieanalyse met zes variabelen) van behandelingsduur.

Logistische regressie (niet-metrische discriminant analyse)

Daarna is een logistische regressie uitgevoerd. Met deze techniek wordt geprobeerd om de waarde van een dichotome variabele te voorspellen op basis van een serie variabelen. Voor deze variabelen kan dan verder het meetniveau worden opgegeven (ordinaal, continu). Er is gekozen om twee analyses uit te voeren; in de eerste wordt de groep in tweeën verdeeld, in de tweede wordt de groep volgens behandelingsduur in drie stukken (van ieder 33%) verdeeld. De bovenste en onderste helft versus 33% zijn gebruikt in de logistische regressie. Met als invoer-variabelen intelligentie-categorie, aantal verslavingen, wel/niet pedofiel delict, wel/niet een verkrachtingsdelict en wel/niet brandstichting was het mogelijk om voor 69% (bij tweedeling) versus 72 % (bij gebruik van 66%) van de cases correct te voorspellen of ze een lange of een korte behandelingsduur hebben (Bij 2 groepen van 50% Chi-kwadraat 20,33, df=12, p=.0611; Bij de onderste en bovenste 33%: Chi-kwadraat 26,80, df=12, p=.008).

De resultaten van deze analyse staan in de Tabel 3 en Figuur 4.

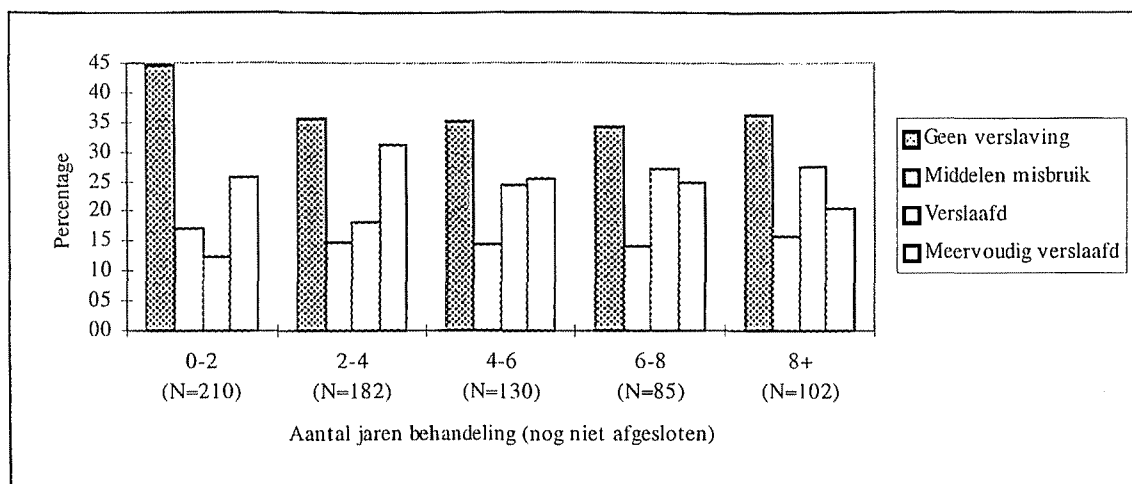
Tabel 3: percentage correct voorspelde verblijfsduur (kort of lang) a. top 33/33% b. idem 50/50%.

a.

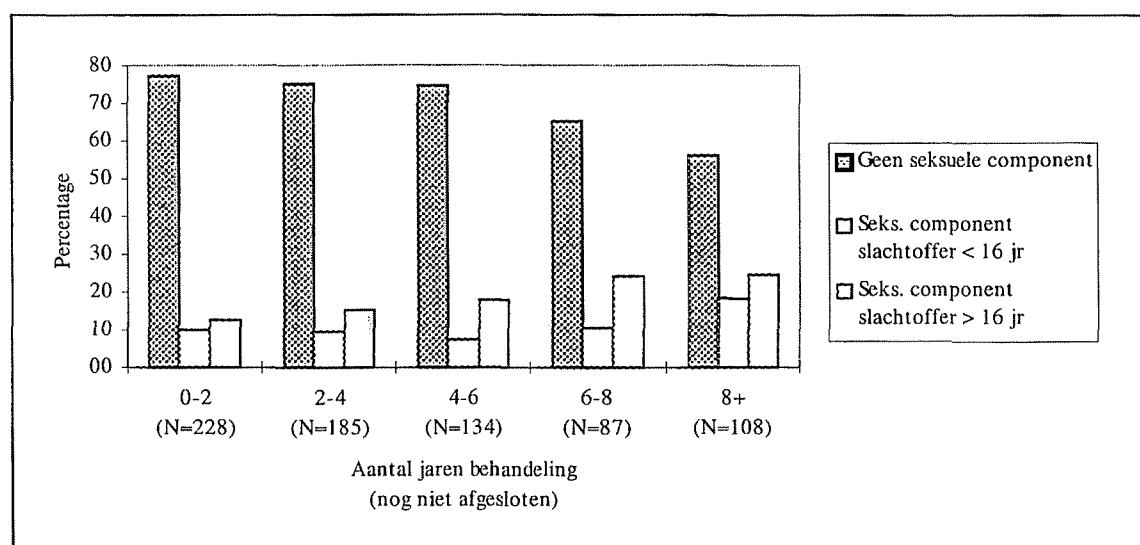
voorspeld → geobserveer d↓	kort	lang	% correct
kort	28	9	75
lang	12	27	69
Totaal			72

b.

voorspeld → geobserveerd ↓	kort	lang	% correct
kort	38	19	67
lang	15	37	71
Totaal			69



Figuur 5: percentage verslaafden van groepen patiënten gesplitst naar aantal jaren behandeling tot peildatum (behandeling nog niet afgesloten).



Figuur 6: percentages van seksuele component van groepen patiënten die nog in behandeling zijn (gesplitst naar aantal jaren in behandeling)

5.2.5 Discussie

Het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek is de eerste systematische poging om te komen tot een beschrijving van *categorieën* van TBS-gestelden. Daarmee is een belangrijke mijlpaal bereikt die door de ontwikkeling van de monitoringfunctie mogelijk is geworden. Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat dit onderzoek slechts een eerste stap is, omdat de aard van de in het onderzoek betrokken variabelen, de basisbewonersgegevens, het niet mogelijk maken tot een diepgaande beschrijving te komen. Een tweede beperking is gelegen in de factor "tijd": patiënten moeten eerst ontslagen zijn wil een samenhang kunnen worden vastgesteld tussen behandelingsduur en patiëntencategorie. Omdat op dit moment slechts voor de jaren 1995 tot en met 1997 de basisbewonersgegevens beschikbaar

zijn voor de patiënten van wie de TBS beëindigd is, beschikken we nog slechts over kleine aantallen. Dit legt beperkingen op aan de analysemogelijkheden.

Op basis van de gegevens die worden verzameld met het zogeheten MI-instrumentarium zal op korte termijn een verdieping van de beschrijving kunnen plaatsvinden. Dit instrumentarium is immers een ook theoretisch gefundeerde set meetinstrumenten waarmee de diagnostische activiteiten van het Meijers Instituut worden vastgelegd. Een tweede vorm van verdieping kan worden gerealiseerd wanneer de verzameling van recidivegegevens na beëindiging van de TBS kan worden gerealiseerd. In het vervolg van deze paragraaf worden per onderzoeksvraag de conclusies uit het nu uitgevoerde onderzoek geformuleerd:

De eerste onderzoeksvraag: Welke categorieën van patiënten kunnen worden onderscheiden bij de opname in een TBS-instelling?

Met de basisbewonersgegevens volgens de WARG codes is hier tot een groepsindeling gekomen die voor een deel aansluit bij de huidige kennis (beschrijving van de zes gevonden clusters) en die voor een ander deel toch ook extra informatie toevoegt: er wordt nu een rangorde getoond van 'factoren' om patiënten op te delen in groepen (de dimensie-scores die uit de Princals komen). De indeling in groepen is een indeling waarin men vooral het type delict weerspiegelt ziet en daarna pas DSM diagnoses als verslaving of psychotische stoornis. Dit was te verwachten omdat een groot deel van de variabelen over de delictcomponenten gaan. De data lijken zichzelf vooralsnog niet in groepen op te delen op basis van DSM diagnoses.

De gevonden groepen kunnen als volgt omschreven worden: een groep met veel first offenders die een dodelijk delict plegen, een groep die o.a. veel brandstichters bevat, een groep met o.a. veel partnerdoders, een groep met vooral plegers van seksuele delicten, een groep met verslaafden en een groep met personen die psychotische stoornissen vertonen.

Het blijkt dat de gevonden groepen statistisch gezien niet voldoen aan de eis van 'compact well-separateness': de groepen hebben een relatief grote binnengroep spreiding en liggen zij aan zij. Er zijn hier geen klassieke psychiatrische syndromen gevonden. De nu gevonden groepen zijn gevormd op basis van kenmerken die een continue verdeling hebben (de samengestelde dimensie-scores) en de typicaliteit van cases binnen hun eigen groep lijkt ook vooral een continu kenmerk i.p.v. een discreet kenmerk. Wel kan gesteld worden dat de indeling in groepen zoals die hier wordt gepresenteerd door de dataset zelf wordt aangedragen; er komt een groepsstructuur bovendrijven. De gevonden indeling in groepen lijkt tevens goed aan te sluiten bij praktijkkennis.

De externe validiteit van de cluster-indeling zal nog bepaald dienen te worden (Morris, Blashfield & Satz, 1981). Dit kan door te kijken naar de samenhang tussen de groepen en variabelen die niet in de analyse betrokken waren. Dit zal eventueel in een later stadium mogelijk worden. Er wordt door Morris et al. ook gemeld dat alvorens een indeling in groepen te presenteren er eerst een replicatie studie uitgevoerd dient te worden. Omdat dit een eerste onderzoek is dienen de gevonden resultaten dan ook met enige reserve gepresenteerd en geïnterpreteerd te worden.

De tweede onderzoeksvraag: Wat is de gemiddelde (intramurale) verblijfsduur van deze categorieën patiënten?

Uit de resultaten blijkt dat het op basis van de basisgegevens van de WARG niet mogelijk is om categorieën van TBS-gestelden te onderscheiden met direct daaraan gekoppeld een uitspraak over de te verwachten behandelingsduur. 'Iemands groepslidmaatschap' kan geen voorspelling doen over iemands behandelingsduur. Ditzelfde geldt voor het hieraan gerelateerde begrip delictgevaarlijkheid. Het is echter mogelijk dat wanneer het aantal cases waarvan zowel de WARG basisgegevens en de behandelingsduur bekend zijn groter is dan nu na drie uitstroomjaren het geval is er wel een statistisch significant overall groep effect gevonden wordt voor de gevonden clusters.

Wellicht dat in de toekomst, wanneer meer gedetailleerdere gegevens (uit het MI-Instrumentarium) meegenomen kunnen worden bij het zoeken naar groepen TBS-gestelden, er wel een relatie gevonden kan worden tussen patiëntcategorie aan de ene kant en behandelingsduur en delictrisico aan de andere kant.

De derde onderzoeksvraag: Verschillen de gevonden categorieën op andere relevant geachte afhankelijke variabelen (bijv. ingeschatte delictgevaarlijkheid)?

Uit de analyses is gebleken dat de gevonden clusters statistisch significant verschillen op de meeste in het onderzoek betrokken variabelen. Er is enkel geen verschil tussen groepen gevonden voor de variabelen behandelingsduur en het hieraan sterk gerelateerde kenmerk delictrisico (een langer durende hoge kans op delict recidive zal leiden tot een langere behandelingsduur).

Wat de gevonden clusters betreft kan gemeld worden dat dan weliswaar de gemiddelde behandelingsduur niet statistisch significant verschilt, de vorm van de behandeling (zorg, verpleging, therapieën) voor de gevonden patiëntclusters zal mogelijk wel klinisch significant verschillen. Dit kan pas beoordeeld worden als er extra variabelen in het onderzoek worden betrokken.

De vierde onderzoeksvraag: Welke variabelen (afgezien van groepsindeling) zijn van invloed op de behandelingsduur?

Behandelingsduur kan binnen de thans voorhanden gegevens niet voorspeld worden op basis van al dan niet behoren tot een bepaalde patiëntencategorie, maar behandelingsduur blijkt niet helemaal onvoorspelbaar te zijn: om een inschatting te maken van behandelingsduur is het nu beter om losse variabelen mee te wegen. Vooral verslavingsernst en eventueel ook delicttype (seksueel of niet) en slachtoffertype (ex-partner of niet) kunnen bij deze inschatting worden betrokken.

Als men variabelen, of misschien factoren, vindt die mede bepalend zijn voor behandelingsduur, kan een indeling in patiëntengroepen gebeuren door de populatie in te delen in twee gelijke delen, namelijk met een (factor-)score kleiner dan het gemiddelde of groter dan het gemiddelde. De indeling van patiënten op basis van factorscores en zelfgekozen grenswaarden is misschien directer gekoppeld aan behandelingsduur dan een indeling op basis van clusteranalyse. In het huidige onderzoek toont een ANOVA op een 50-50% indeling op dimensie-1 een statistisch significant verschil in behandelingsduur ($p = .037$).

Als er variabelen gevonden worden die samenhangen met de gemiddelde behandelingsduur kunnen deze eventueel een oorzakelijk verband hebben met behandelingsduur. Dit zal dan verder getest

kunnen worden. De waarschijnlijkheid dat een gevonden (correlatieve) samenhang op een oorzakelijk verband duidt kan eventueel in een later stadium alsnog berekend worden door de likelihood ratio te berekenen van diverse pad-modellen.

Zowel voor de vorming van voor behandelingstype en behandelingsduur relevante groepen als voor behandelingstype en behandelingsduur relevante factoren is het aan te bevelen dat er een uitbreiding en verdieping van variabelen komt: door het gedetailleerder (meer variabelen) en nauwkeuriger (met een kleinere meetfout) vastleggen van gegevens ontstaat de mogelijkheid om de gestelde onderzoeksvragen beter te kunnen beantwoorden. Omdat deze vragen (of desnoods alleen vraag 4) van cruciaal belang zijn voor de TBS kunnen we dan ook niet anders doen dan dit aan te bevelen.

6. Resultaten bestudering patiëntencasuïstiek

6.1 Werkwijze

De begeleidingscommissie heeft besloten om bestudering van casuïstiek te laten uitvoeren van de groep longstaypatiënten. Deze groep bestond uit 86 TBS-patiënten per 1-1-1997. Met deze bestudering zou een aantal criteria en overwegingen van individuele behandelaars in kaart gebracht kunnen worden die zij gebruiken als het gaat om de behandeling en de begeleiding van longstaypatiënten in TBS-klinieken. Dit hoofdstuk moet dan ook gezien worden als een illustratie van de werkwijze van klinieken met betrekking tot een groep longstay patiënten. Een groep patiënten waarbij de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie wordt bevestigd.

We hebben vier klinieken die een groot aantal longstaypatiënten hebben (en daarmee ook veel ervaring hebben met de behandeling en de begeleiding van longstaypatiënten), gevraagd een tiental patiënten te selecteren die over de volgende kenmerken beschikken:

- de patiënt verblijft langer dan 8 jaar in een TBS-instelling;
- de patiënt heeft minimaal drie van de kenmerken uit cluster I of vier van de kenmerken uit cluster II:
cluster I: ontucht met minderjarigen, zwakbegaafdheid, seksuele stoornissen en een sterk verminderde toerekeningsvatbaarheid;
cluster II: harddrugverslaving, psychotische stoornis (schizofrenie) en ontoerekeningsvatbaarheid.

De clusterindeling is afkomstig uit het onderzoek van de commissie 'voortdurende delictgevaarlijkheid' (1997, zie literatuurverwijzing nr 39). De volgende klinieken zijn benaderd: Oldenkotte, Hoeve Boschoord, Van Mesdagkliniek en Veldzicht. Uit het MITZ peildatum bestand d.d. 1-1-1997 blijkt dat zij hoge percentages long-stay-patiënten binnen hun muren hebben (zie tabel 6.1). Hoeve Boschoord is geselecteerd vanwege de speciale doelgroep.

Tabel 6.1: percentage patiënten met verblijfsduur langer dan 8 jaar (bron: MITZ 1-1-'97)

Kliniek	% patiënten met verblijfsduur langer dan 8 jaar (n=86)
Hoeve Boschoord	8%
Oldenkotte	17%
Van Mesdagkliniek	22%
Veldzicht	26%

Aan de directies is toestemming gevraagd voor dit deel van het onderzoek (bij het ontbreken van ethische commissies in de klinieken). Oldenkotte heeft afgezien van deelname aan dit deel van het onderzoek zonder nadere toelichting. Na een positieve reactie hebben de behandelaars een korte schriftelijke vragenlijst ingevuld van ten hoogste tien van hun patiënten. Daarbij is gebleken dat niet alle longstaypatiënten te classificeren zijn binnen de twee clusters. Met name in Veldzicht is gebruik gemaakt van de eigen indeling van de groep long-stay-patiënten (Oppedijk).

6.2 Resultaten

6.2.1 Patiënten in clusters I en II per kliniek en hun behandeling

De patiënten die geselecteerd zijn door de klinieken zijn verdeeld over de diverse clusters. Veldzicht heeft aangegeven dat de clusterindeling zoals deze is aangegeven voor hen niet werkbaar is en hebben een andere indeling gebruikt (volgens Oppedijk). De verdeling is als volgt:

Kliniek	aantal patiënten cluster I	aantal patiënten cluster II	overig	totaal
Hoeve Boschoord	3	1	-	4
Van Mesdagkliniek	-	7	4	11
Veldzicht	-	-	10	10

De patiënten die in de kolom overig/anders zijn opgenomen, hebben een combinatie van andere kenmerken zoals bijvoorbeeld het hebben gepleegd van een moord, normaal begaafd zijn en het hebben van een persoonlijkheidsstoornis (schizoïde stoornis) met sterk seksueel agressief gedrag.

Naast de indeling in elk cluster, hebben we de behandelaars gevraagd aan te geven uit welke onderdelen de behandeling van de betreffende patiënt bestond in het afgelopen jaar. In de onderstaande tabel is aangegeven per kliniek hoeveel van de patiënten welke therapie hebben gekregen. In de tabel zijn ondanks het feit dat het gaat om kleine aantallen toch percentages opgenomen voor de vergelijkbaarheid van de gegevens.

Behandeling	Boschoord (n=4)	Veldzicht (n=10)	Mesdag (n=11)	totaal (n=25)
psychofarmaca	3 (75%)	8 (80%)	9 (80%)	20 (80%)
detoxificatie	-	-	-	-
individuele psychotherapie	1 (25%)	-	1 (9%)	2 (8%)
groepspsychotherapie	-	1 (10%)	-	1 (4%)
milieutherapie	3 (75%)	6 (60%)	11 (100%)	20 (80%)
mentorschap	3 (75%)	3 (30%)	5 (45%)	11 (44%)
systeemtherapie	3 (75%)	2 (20%)	1 (9%)	6 (24%)
psycho-educatie	1 (25%)	9 (90%)	8 (73%)	18 (72%)
activiteitentherapie	3 (75%)	5 (50%)	6 (55%)	14 (56%)
creatieve therapie	1 (25%)	1 (10%)	3 (27%)	5 (20%)
psychomotorische therapie	1 (25%)	2 (20%)	4 (36%)	7 (28%)
arbeidsrehabilitatie	2 (50%)	3 (30%)	2 (18%)	7 (28%)
sport/gym	3 (75%)	2 (20%)	5 (45%)	10 (40%)
onderwijsprogramma	1 (25%)	2 (20%)	4 (36%)	7 (28%)
vrijheidsbeperkende maatregelen	3 (75%)	5 (50%)	6 (55%)	14 (56%)
anders	-	1 (10%)	-	1 (4%)

Uit de tabel is op te maken dat nagenoeg alle therapie-onderdelen in de kliniek worden aangeboden aan de betreffende longstaypatiënten. Behalve detoxificatie, dit aspect van de behandeling wordt aan deze longstaypatiënten niet aangeboden door de drie klinieken. Individuele psychotherapie en groepspsychotherapie worden sporadisch aangeboden aan longstaypatiënten. Psychofarmaca wordt altijd aan psychotische patiënten uit cluster II aangeboden maar ook relatief vaak wordt psychofarmaca aan patiënten uit andere clusters aangeboden als onderdeel van de behandeling. Dit geldt ook voor milieutherapie, psycho-educatie, activiteitenbegeleiding en vrijheidsbeperkende maatregelen. Bovendien is uit de ruwe data op te maken dat er behalve de psychofarmaca geen specifiek onderscheid wordt gemaakt in de behandeling per cluster. Iedere patiënt krijgt een individuele behandeling. Per kliniek zijn er wel bepaalde onderdelen die frequent worden aangeboden aan alle geselecteerde patiënten. Bij Boschoord krijgen drie van de vier patiënten een 'pakket' met psychofarmaca, milieutherapie, mentorschap, systeemtherapie, activiteitentherapie, sport en vrijheidsbeperkende maatregelen. De Mesdagkliniek en Veldzicht leggen bij de meerderheid van de patiënten de nadruk op psycho-educatie, psychofarmaca en milieutherapie. Iedere kliniek heeft dus op onderdelen zijn eigen aanpak.

6.2.2 Overwegingen bij plaatsing

Per patiënt is gevraagd naar de overwegingen die een rol hebben gespeeld bij de plaatsing op de afdeling waar de patiënt nu verblijft. De overwegingen zijn zeer verschillend geformuleerd zowel tussen als binnen één kliniek. Door het NZi zijn de overwegingen geclusterd. De overwegingen waren vrij algemeen geformuleerd en dezelfde formuleringen werden gebruikt voor verschillende patiënten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het blijkbaar gaat om patiënten die op eenzelfde afdeling zitten. De bijgaande citaten geven een voorbeeld van de manier waarop de behandelaars hun overwegingen binnen de betreffende categorie hebben geformuleerd:

- **veiligheid** wordt twaalf keren genoemd als argument voor plaatsing op juist die afdeling waar de patiënt nu verblijft. Vluchtgevaar, herhaling van het delict intern danwel extern, agressie in ernstige vorm, de aard van het deviant gedrag (pedofilie) en een mislukte resocialisatie c.q. proefverlof, zijn aanleidingen voor de benodigde veiligheid. (*“de patiënt kan niet tegen veranderingen, heeft een zeer beveiligde omgeving nodig i.v.m. onvoorspelbaar impulsief en gevaarlijk gedrag”*).
- **psychisch functioneren** (psychose, schizofrenie, paranoïde en beperkt IQ) wordt ook twaalf maal genoemd als argument voor plaatsing voor bijvoorbeeld een kleinschalige, individueel gerichte en overzichtelijke afdeling. (*“het is een kleine afdeling die overzichtelijk is voor de patiënt, in onze context ontstaat zo een optimaal evenwicht tussen toezicht/ vrijheidsbelemmering enerzijds en mogelijkheden tot eigen initiatief anderzijds”*). (*“zwakbegaafde man, gebrekkig gemotiveerd”*) (*“deze patiënt heeft een prikkelarme afdeling nodig gezien zijn schizofrene toestand”*
- **verkenning grenzen op gesloten behandelafdeling** wordt eenmaal genoemd. Plaatsing op deze afdeling biedt naast beveiliging ook nog een ander doel namelijk verkenning van grenzen: (*“geeft patiënt optimale ontwikkeling eigen mogelijkheden en vaststellen van de grenzen hieromtrent”*)

De overwegingen zijn als volgt over de klinieken verdeeld:

type overweging	Boschoord (n=4)	Mesdag (n=11)	Veldzicht (n=10)
veiligheid	1	4	7
psychisch functioneren	3	7	2
verkenning grenzen	-	-	1

6.2.3 Perspectieven recidivegevaar en criteria verlengingsadvies

Aan de klinieken is gevraagd om per individuele patiënt een inschatting te maken van het recidivegevaar. Is het gevaar op recidive groot of is er een vooruitzicht dat het recidivegevaar klein is? Het gaat hier om de groep longstaypatiënten, dus het is niet verwonderlijk dat alle behandelaars een

somber beeld schetsen ongeacht de kliniek of het cluster waarin de patiënt zich bevindt. De behandelaars in Hoeve Boschoord geven aan dat het gevaar op herhaling van het delict zo duidelijk aanwezig is, dat het recidivegevaar dus groot is. De behandelaars in Veldzicht en de Mesdagkliniek geven aan dat zij voor alle patiënten somber zijn gestemd als het gaat om het recidivegevaar en wel om een aantal redenen:

- chronische problematiek/onbehandelbaarheid, geen veranderingen in psychopathologie en recidivegevaar. De patiënten hebben geen ziekte-inzicht en de leerbaarheid is gering;
- door ontbreken van wil tot behandeling (bijvoorbeeld coöperatie in behandeling, slikken medicatie);
- herhaling van het delict binnen en buiten de kliniek;
- er is geen sociaal netwerk aanwezig

De redenen en argumenten die genoemd worden bij de perspectieven op het recidivegevaar hangen volgens de behandelaars nauw samen met de criteria die door hen worden gebruikt bij het schrijven van het verlengingsadvies voor de individuele patiënt.

Naast de argumenten die hierboven zijn genoemd en die dus ook worden gebruikt in het verlengingsadvies, geven de behandelaars dat in het advies veelal wordt aangegeven dat wanneer de structuur, de begeleiding en de prikkelarme omgeving van een gesloten afdeling voor deze patiënten wegvalt, het gevaar op psychotische decompensatie en het gevaar op recidive zeer prominent aanwezig is. Hier ligt de onbehandelbaarheid van de kernproblematiek en de on-inschatbaarheid van het gedrag van de betreffende patiënten aan ten grondslag. De behandelingsmogelijkheden zijn voor deze patiënten in de loop der jaren beperkt gebleken.

6.2.4 Omslagpunt

Aan de klinieken is gevraagd om aan te geven of er voor de patiënt een omslagpunt is geweest waarop is geconstateerd dat behandeling niet meer effectief is en de delictgevaarlijkheid wel zal voortduren. De antwoorden zijn op twee manieren teruggekoppeld in de volgende tabel: wel/niet omslagpunt geweest en wel/niet bekend hoe lang geleden dat omslagpunt is geconstateerd.

Omslagpunt	Boschoord (n=4)	Mesdag (n=11)	Veldzicht (n=10)
nog geen omslagpunt geweest	- voor 1 patiënt het geval	- voor 1 patiënt het geval	- geldt voor 3 patiënten
wel omslagpunt geweest maar onbekend wanneer	- 1 patiënt, in loop der jaren bekend	- geldt voor 2 patiënten	- geldt voor 3 patiënten

wel omslagpunt en bekend	- 1 patiënt na 6 jaar - 1 patiënt na ± 8 jr	- geldt voor 8 patiënten (na resp. 1 mnd; 3mnd; 2½ jr; 3jr; 3½ jr; 4 jr; 5jr; 7½ jr;	- geldt voor 4 patiënten (na resp. ± 12 ; 4; 5, 5 jr)
--------------------------	--	---	--

Uit de gegevens blijkt dat er voor het grootste deel van de patiënten een omslagpunt kan worden aangegeven door de behandelaars. De klinieken verschillen hierin echter in een aantal opzichten. Veldzicht kan het omslagpunt aangegeven voor driekwart van de casuïstieken, maar het moment waarop is voor de helft daarvan niet bekend. De Mesdag kan dit moment echter wel goed in de tijd aangegeven voor een driekwart van de patiënten. Een ander verschil is de termijnen die worden aangegeven waarop het omslagpunt bekend was: Uit de gegevens van Boschoord blijkt het soms erg lang duurt voordat men dit omslagpunt erkent of kan aangeven. In Veldzicht heeft men na 15 jaar nog niet de hoop opgegeven op mogelijke vermindering van het recidivegevaar van een patiënt met een lange pedofiele voorgeschiedenis *“niet uitgesloten is dat de behandeling mogelijk zal blijken bij deze patiënt. Opstelling is nu meer coöperatief; het zal wel lange tijd vergen”*.

In de Mesdagkliniek geeft men echter van een aantal patiënten ook een beduidend korter termijn aan variërend van 2½-3 jaar tot 1-3 maanden. De redenen die de behandelaars hiervoor aangegeven zijn: de behandelaars werd het duidelijk dat leerbaarheid gering was en perspectief somber, of dat er geen goede reactie was op medicatie, er duidelijkheid bestond over welke factoren het gevaarlijke gedrag van de patiënt beïnvloeden en dat de ervaringen met de behandeling hen zo somber stemt dat ze voor de patiënt ook een toekomst in de TBS voorspellen.

6.2.5 Verkorting van de behandelduur

Aan de behandelaars is tevens per patiënt gevraagd of verkorting van de behandelduur mogelijk voor de betreffende patiënt zonder dat de risico's op recidive groter worden.

Verkorting mogelijk?	Boschoord (n=4)	Mesdag (n=11)	Veldzicht (n=10)
ja	- (1)	5 (5)	- (4)
nee	4 (3)	6 (6)	10 (6)

Hoeve Boschoord maakt als kanttekening bij het beantwoorden van de vraag naar mogelijkheden om de behandelduur te verkorten dat voor één van de vier patiënten geldt dat als met verkorting van de behandelduur wordt bedoeld, overplaatsen naar een TBS-verblijfssituatie dat dit voor deze patiënt wel een verkorting van de behandelduur zou opleveren. Voor de andere patiënten in Boschoord geldt dat voortdurende, actieve en alerte begeleiding en professionele bewerking nodig blijft. Ook in de andere

klinieken is de definitiekwestie een probleem (is overplaatsing naar een TBS-verblijfssituatie wel of niet een verkorting van de behandelduur?). Tussen haakjes staan daarom de aantallen patiënten waarvoor de behandel-duur wel of niet verkort kan worden als overplaatsing naar een TBS-verblijfssituatie wel wordt opgevat als verkorting van de behandelduur.

De behandelaars in Veldzicht geven aan dat het niet mogelijk is omdat: *“de patiënten op een gesloten afdeling moeten worden verpleegd, mede gezien de ernstige pathologie, eerdere ervaringen en de huidige prognose voor de patiënt en de behoefte aan structuur en stabiliteit”*. De Mesdagkliniek onderschrijft deze redenen voor een aantal patiënten waarbij ze het antwoord ‘nee’ hebben gegeven. Voor een vijftal patiënten geven de behandelaars in de Mesdagkliniek aan dat er in principe verkorting van de behandelduur mogelijk is. Twee van hen zouden ambulant behandeld kunnen worden omdat ze geen ernstige delicten hebben gepleegd maar door een samenspel van factoren en omstandigheden in de TBS-sector zijn beland. Voor de overige drie is er geen sprake meer van behandeling volgens de behandelaars, maar moet de behandeling worden omgebogen naar een verblijfsstatus in de TBS-sector.

Naast de vraag over de mogelijke verkorting van de behandelduur hebben we de behandelaars de vraag voorgelegd of als de longstayvoorziening in Veldzicht 4 jaar eerder had bestaan, de betreffende patiënten hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen en waarom. De behandelaars in Boschoord geven voor drie van de vier patiënten aan dat dit niet mogelijk is voor die patiënten omdat zij de specifieke context van hoeve Boschoord nodig hebben om te kunnen functioneren. Voor één patiënt zou de longstayvoorziening in Veldzicht wel een optie kunnen zijn. De behandelaars in Veldzicht geven aan dat het voor de helft van de tien patiënten de longstayvoorziening een mogelijkheid zou kunnen zijn. Ze merken op dat er voor plaatsing in een dergelijke voorziening wel een gewenningstraject en aandacht voor rouwverwerking noodzakelijk is. Voor de andere patiënten is het geen optie om een aantal redenen die voor meerdere patiënten geldt: de patiënt wordt geresocialiseerd en de patiënt heeft behoefte aan structuur en directe en intensieve begeleiding.

Hetzelfde plaatje geldt in wezen voor de Mesdagkliniek. Voor meer dan de helft van de patiënten geven de behandelaars aan dit geen goede mogelijkheid te vinden. De patiënten hebben strikte begeleiding nodig, ze zijn nog niet goed ingesteld op medicatie, of acceptatie hiervan bij de ouders van de patiënt is nog niet aanwezig. Vijf patiënten zouden vier jaar geleden zeker in aanmerking zijn gekomen voor de longstay-afdeling in Veldzicht. Strikte begeleiding, actieve signalering, zorg, structuur zouden hen echter ook daar aangeboden moeten worden.

6.2.6 Vervolgvoorziening

Tot slot hebben we aan de behandelaars gevraagd naar welke vervolgvoorziening de betreffende patiënten eventueel uit zouden kunnen stromen. De mogelijkheden die zijn genoemd zijn opgenomen in de onderstaande tabel. Wat daarbij opvalt dat het allemaal intensieve zorgvoorzieningen zijn en slechts een klein aantal patiënten volgens de behandelaars in aanmerking komt om buiten het TBS-

circuit een vervolgplek te vinden. Dat is op zich te verklaren uit de aard van de patiëntenpopulatie die is geselecteerd voor de patiëntencasuïstiek namelijk de longstaypatiënten waarbij sprake is van voortdurende delictgevaarlijkheid.

Voorziening	Boschoord (n=4)	Mesdag (n=11)	Veldzicht (n=9, 1 missing)
- Z-voorziening	1	-	-
-TBS kliniek	1	-	1
- Longstay Veldzicht	1	3	4
- APZ verblijfsafdeling (gesloten met forensisch psychiatrische kennis)	-	6	3
- Kleine setting buiten TBS en Z (met structuur en/ of ambulante hulp)	1	2	1

6.3. Conclusies met betrekking tot patiëntencasuïstiek longstay

In deze paragraaf geven we de conclusies van dit hoofdstuk weer.

- De groep longstaypatiënten is een heterogene groep die eigenlijk de lange verblijfsduur in de TBS-sector als enige gemeenschappelijk kenmerk heeft.
- De behandeling van longstaypatiënten kent geen standaard, is veelal ongedifferentieerd en heeft een breed spectrum. Uit onze gegevens blijkt dat er weinig uitwisseling is tussen de behandelaars van de klinieken over de behandeling van de longstaypatiënten. De inhoud van de behandeling van longstaypatiënten verschilt namelijk binnen eenzelfde cluster, binnen een kliniek en tussen de verschillende klinieken. Hieruit kan afgeleid worden dat elke patiënten een individuele behandeling van de behandelaar krijgt.
- Niet de aard van de behandeling, maar veiligheid en de psychische toestand van de patiënt zijn de belangrijkste overwegingen van de behandelaars voor plaatsing op een afdeling binnen de kliniek. Agressie, vluchtgevaar, een mislukte resocialisatie en een mislukt proefverlof zijn aanleidingen voor de benodigde veiligheid.
- De longstaypatiënten waren het onderwerp van studie in dit hoofdstuk. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de perspectieven op recidivegevaar van de individuele patiënten volgens de behandelaars somber zijn. De onbehandelbaarheid van de ernstige pathologie, het gebrek aan motivatie en het ernstige gevaar op herhaling van het delict zowel binnen als buiten de kliniek,

worden als argumenten genoemd voor de somberheid. Deze argumenten worden tevens gebruikt bij het schrijven van het verlengingsadvies.

- Uit de antwoorden van de behandelaars blijkt dat het bij deze categorie patiënten mogelijk is om een omslagpunt in de behandeling aan te geven. Dat is het moment waarop de behandeling weinig meerwaarde heeft en het recidivegevaar niet groter wordt. De klinieken verschillen echter in het feit of het moment bekend was dat de omslag heeft plaatsgevonden en de termijn waarop ze een dergelijke uitspraak kunnen doen. Deze varieert van 1 maand tot 12 jaar. De groep waarvoor het lang duurt zijn bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten. Voor deze groep benadrukt Boschoord dat de leerweg lang is. Voor een deel van de longstaypatiënten in Veldzicht wordt niet duidelijk waarom het zo lang duurt voordat het omslagpunt bekend is.
- De behandelaars geven voor een groot deel van de patiëntencasuïstieken aan dat verkorting van de behandelduur van de betreffende individuele patiënten niet mogelijk is gezien de ernstige pathologie, de eerdere negatieve ervaringen met resocialisatie en proefverlof en de huidige sombere prognose. Met de sombere perspectieven op vermindering van het recidivegevaar dus. Een aantal behandelaars geeft de nuancering aan dat onder verkorting ook het ombuigen van behandelen naar een verblijfsstatus in de TBS kan worden verstaan.
- Bij de vervolgvoorzieningen die voor de individuele longstaypatiënten geschikt zouden kunnen zijn valt op dat de behandelaars intensieve zorgvoorzieningen noemen. Slechts een klein aantal patiënten komt volgens de behandelaars in aanmerking om buiten het forensische circuit een vervolgplek te vinden. Dat is op zich te verklaren uit de aard van de patiëntenpopulatie die is geselecteerd voor de patiëntencasuïstiek namelijk de longstay-patiënten waarbij sprake is van voortdurende delictgevaarlijkheid.

De resultaten van de bestudering van de patiëntencasuïstiek komen in grote lijnen overeen met de resultaten die met betrekking tot deze onderwerpen zijn beschreven bij de literatuurstudie en de bezoeken en interviews aan de klinieken. In die zin zijn de diverse resultaten ondersteunend en onderbouwend aan elkaar.

7. Beleidsmodulen: andere alternatieven verkorting behan-delduur

7.1 Werkwijze

De studie van de behandeling en behandelduur van patiëntencategorieën levert op de korte termijn weinig aangrijpingspunten voor beleid gericht op verkorting van de behandelduur. In de interviews heeft het veld wel een aantal andere mogelijkheden genoemd om de intramurale behandelduur te verkorten. Dit heeft ertoe geleid dat in het laatste deel van het onderzoek in samenwerking met het veld vier zijn uitgewerkt, die door het veld in de interviews zijn genoemd. De vier beleidsmodulen die zijn uitgewerkt betreffen:

1. behandeling voor opname: bij psychosepatiënten zo snel mogelijk medicatie starten;
2. intern volgsysteem: verder ontwikkelen behandelprotocollen (structureren en systematiseren);
3. verkorten procedures: procedure bij proefverlof, verkorten diagnose bij herselectie, verbetering logistiek rondom opname en ontslag;
4. nieuwe voorzieningen: categorale woonvorm voor (ex) TBS-gestelden.

Per alternatief is een beleidsmodule opgesteld: Onder welke voorwaarden en condities kan dit alternatief door het veld worden geïmplementeerd? Tevens is in kaart gebracht in welke mate dit alternatief een bijdrage levert aan de verkorting van de behandelduur.

Deelnemers aan de toetsingsbijeenkomst die één van de bovenstaande alternatieven hebben genoemd zijn voor de uitwerking van een beleidsmodule benaderd, met de vraag hierover een aantal vragen te beantwoorden (zie bijlage 6). Dit is door het NZi verwerkt tot een beleidsmodule per alternatief. De vier beleidsmodulen zijn daarna voorgelegd aan alle klinieken welke deelnemen aan het onderzoek, met de vraag om aanvullingen te geven en opmerkingen te plaatsen. Op basis van de opmerkingen van de klinieken zijn de vier beleidsmodulen aangepast, en voorgelegd aan de begeleidingscommissie.

Het eindresultaat van de raadpleging van behandelaars en directeurs zijn de beleidsmodulen zoals beschreven in de volgende paragrafen. Ze weerspiegelen de mening van de klinieken en niet die van de NZi-onderzoekers, want ze zijn niet afgeleid uit eerdere onderdelen van het NZi onderzoek. De beleidsmodulen kunnen gezien worden als impressies uit het veld.

De beleidsmodulen zijn niet getoetst op hun beleidswaarde en de genoemde aantallen en consequenties zijn vooralsnog niet doorerekend en uitgetest. De beleidsmodulen hebben dan ook

geen officiële status. Ze moeten veel meer gezien worden als suggesties c.q. aanbevelingen van het veld, als opties waarin het veld mogelijkheden voor verandering en verbetering ziet.

7.2 Beleidsmodule 1: Behandeling voor opname: bij psychose-patiënten zo snel mogelijk behandeling en medicatie starten

Inleiding

De behandeling van psychose patiënten moet zeer snel, zo snel mogelijk starten. Zo gauw de patiënt is opgepakt, eventueel op het politiebureau. Dit kan nu al worden gerealiseerd: dit gebeurt incidenteel wanneer een kliniek wordt gevraagd voor crisisinterventie. De behandeling kan ook vóór (los van) het proces of het vonnis worden gestart door gebruik te maken van een In bewaring stelling (IBS), dit kan voor een periode van 3 weken. Of door een Rechterlijke Machtiging (RM) voor een half jaar. Dit is in het belang van de patiënt, van de kliniek en de samenleving. Bij psychoses geldt, hoe sneller je kunt starten met behandelen, des te minder ernstig zijn de gevolgen en des te sneller wordt ook resultaat bereikt met de behandeling. Wanneer iemand bijvoorbeeld al een half jaar of een jaar psychotisch is, is het waansysteem al veel verder gegaan. Na een jaar is de psychose / het waansysteem bijna niet meer te behandelen. De vroegtijdige behandeling is dus van belang voor alle psychose-patiënten (zonder onderscheid). Met het vroegtijdig starten van de behandeling van psychose patiënten is onder andere in Zweden veel ervaring opgedaan, met zeer positieve resultaten.

Hiervoor is wel nodig dat Justitie en TBS-klinieken nagaan welke regels er anders moeten worden om een vroegtijdige behandeling mogelijk te maken. Het strafdenken moet eraf. (In Zweden bijvoorbeeld hanteert men het systeem van of TBS, als psychiatrisch patiënt, of gevangenisstraf, er is geen combinatie mogelijk.)

Ook moeten politiebureaus op de hoogte zijn van het belang van vroegtijdige onderkenning en behandeling, zodat de politie hier veel alerter op wordt en zij een psychiater consulteren, (bij voorkeur dus vanuit een TBS polikliniek) bij eventuele signalen van een psychische stoornis bij een opgepakte delinquent. Voorlichting aan politie is dus zeer belangrijk.

Vroegtijdige behandeling (al in het HvB), van TBS-gestelden is in alle situaties wenselijk. Dit kan bijvoorbeeld doordat de polikliniek psychiater de patiënt regelmatig bezoekt in het Huis van Bewaring (bijvoorbeeld 1 keer per week of per 2 weken, dit voor 3 tot 6 maanden). Het bevordert de doorstroming, er wordt al sneller gestart met kennis maken en opbouwen van een behandelrelatie. In sommige situaties kan de patiënt dan sneller doorstromen naar een andere afdeling. Of er kan van patiënten eerder worden ingeschat of zij naar een longstay-afdeling kunnen worden overgeplaatst, wat besparingen kan meebrengen.

Kosten

De besparingen van de vroegtijdige behandeling van psychose patiënten wegen zeker op tegen de kosten. De kosten betreffen de crisisinterventie: de tijd van de psychiater, en de kosten van medicatie. Klinieken hebben de kennis en ervaring voor de crisisinterventie en vroegtijdige behandeling 'in huis', vanuit hun huidige functie.

De kosten van vroegtijdige behandeling van alle TBS-gestelden zijn erg afhankelijk van welk HvB de psychiater moet bezoeken. Als het om meerdere patiënten gaat, in een HvB dat redelijk in de omgeving van de kliniek is gesitueerd, wordt het minder kosten intensief (relatief veel minder reistijd, en dus minder verlies aan intramurale behandel tijd). De kosten worden ook verminderd wanneer TBS-gestelden geplaatst worden in het Huis van Bewaring welke het dichtste bij de kliniek ligt waarvoor de TBS-gestelde op de wachtlijst staat.

Besparingen

Bij vroegtijdige onderkenning en start van de behandeling en de benodigde medicatie bij psychose patiënten kan een grote besparing worden gerealiseerd. De behandeling intramuraal kan hierdoor met 1 tot 1,5 jaar verkorten. (Deze inschatting is gebaseerd op de ervaringen in Zweden). Op de huidige groep van 900 TBS-gestelden, zijn er zo'n 300 psychose patiënten. Dit is dus een enorme besparing als dit adequaat wordt opgezet. De besparing gaat pas zichtbaar worden wanneer het vroegtijdig behandelen wordt ingevoerd. Immers bij de vroegtijdig behandelde patiënten wordt pas het effect zichtbaar. Ook kan in een aantal gevallen na de start van de behandeling aansluitend een vervolgtraject worden ingegaan bij voorbeeld in een APZ, zodat opname in een TBS-kliniek kan worden voorkomen.

De besparingen door vroegtijdige behandeling van alle TBS-gestelden liggen voor een deel in een snelle behandeling van het ziektebeeld maar meer nog in groei van het vertrouwen bij de patiënt, wat het klimaat schept voor behandeling. Voor een deel ook in een nauwkeuriger (voor) selectie van een afdeling en het sneller beschikken over een idee hebben van de doorplaatsingsmogelijkheden. Daar kan men dus al op anticiperen. Vroegtijdige behandeling gebeurt nu al wel incidenteel, echter niet als beleidsuitgangspunt, maar vaak vanuit een vraag om crisisinterventie bijvoorbeeld vanuit de Huizen van Bewaring.

Bijdrage van de TBS-klinieken

De TBS-klinieken kunnen bijdragen aan de vroegtijdige behandeling van psychose patiënten door hierop een actief beleid te voeren, en de menskracht (psychiater) deels vrij te maken voor deze vroegtijdige interventie. Dit geldt ook voor vroegtijdige behandeling van alle TBS-gestelden (op de wachtlijst) in het HvB.

Benodigde termijn voor invoering

De vroegtijdige behandeling van psychose patiënten is vrij snel in te voeren, een aantal van de TBS-klinieken heeft al een mogelijkheid voor crisisinterventie of kunnen hulp opzetten vanuit een polikliniek. Wel is tijd nodig om het belang van vroegtijdige behandeling bekend te laten worden bij betrokkenen (politie, Huizen van Bewaring, Justitie etc.). Vroegtijdige behandeling van alle TBS-gestelden (op de wachtlijst) in het HvB is om dezelfde redenen ook snel in te voeren.

Consequenties vroegtijdige behandeling psychose patiënten:

- Consequenties voor Justitie, met name verandering doorvoeren in de huidige regelgeving, zodanig dat vroegtijdige behandeling kan worden ingezet.
- Consequenties voor de klinieken is vooral het adequaat kunnen inspelen op de vraag naar interventie, ook extramuraal. Dit is bij uitstek een taak voor de forensische psychiatrie.
- Consequenties voor de patiënt zijn een beter leven, meer kans op een vroegtijdig herstel en verminderde beschadiging.

Vroegtijdige behandeling van alle TBS-gestelden (op de wachtlijst) in het HvB:

De huizen van Bewaring zullen dit zeker verwelkomen, zij hebben een probleem met de TBS-ers. Justitie moet in samenwerking met de HvB's zorg dragen voor plaatsing van de TBS-er in het dichtstbij zijnde HvB (bij de kliniek waarvoor men op de wachtlijst staat). De poliklinieken kunnen een deel van de taak van het Meyers Instituut overnemen. Het MI zou dan een aantal ambulant werkende selectie psychiaters moeten houden en daarnaast worden ingezet als TBS kliniek. Daarmee wordt 7 weken selectiefase gewonnen per TBS-veroordeelde.

Bijdrage aan verkorting van de behandelduur

- Een zeer substantiële bijdrage aan verkorting van de behandelduur van psychose patiënten met 1 à 1,5 jaar voor eenderde van de instromende TBS-gestelden. Bij vroegtijdige behandeling van alle TBS-gestelden in de HvB's kan voor 20 tot 30 % van de TBS gestelden één jaar verkorting van de behandelduur worden bereikt.
- Voor de middengroep (met een gemiddelde verblijfstijd van 4 à 5 jaar) kan je misschien een half jaar verkorten.
- Voor de chronische TBS-ers (nu globaal zo'n 10 %) geldt dat de besparing met name kan worden door eerdere signalering en snellere uitplaatsing naar een longstay-afdeling.

7.3 Beleidsmodule 2: Intern volgsysteem: verder ontwikkelen behandelprotocollen (structureren en systematiseren)

Inleiding

De eerste stap voor het opzetten van een intern volgsysteem en behandelprotocollen is een interne differentiatie. De afdelingen richten zich bijvoorbeeld op een doelgroep waarvan de problematiek in een algemene kenschets is getypeerd, waarin ook de fase in de behandeling is verdisconteerd. De zorgmilieus worden geëxpliciteerd en daarbinnen wordt een verdere differentiatie aangebracht in het behandel beleid en aanbod. De aangeboden methodieken worden bijvoorbeeld in werkgroepen uitgewerkt en beschreven (behandelprofiel), het vraagt ook een andere manier van denken over het aanbod (gericht op een goed afgestemd aanbod en doorstroming).

Een aantal TBS-klinieken is hiermee reeds gestart. In de praktijk treft men al wel bijvoorbeeld een expliciet gemaakt deelprogramma aan, maar het totaal is meestal nog niet zo ver ontwikkeld dat er reeds sprake is van een uitgebalanceerd pakket van samenhangende zorgprogramma's die (ook extern) zijn aangehaakt, (bijvoorbeeld afgestemd op eindtermen richting uitplaatsing via RIBW of APZ). Of er is wel een (deel van het) behandel aanbod beschreven, maar er bestaat nog een gat tussen wat op papier staat en wat er in de praktijk gebeurt. Het ontwikkelen van behandelprotocollen en een intern volgsysteem voor de patiënten moet een positieve bijdrage (gaan) vormen op de effectiviteit en doelmatigheid van het behandel aanbod.

Kosten

De kosten zijn vooral de ontwikkelkosten om de deelprocessen in het behandel aanbod te beschrijven en onderling op elkaar af te stemmen. Dit wordt doorgaans in werkgroepen gedaan. Een inschatting is dat dit ongeveer twee jaar kost (looptijd) soms ook langer, waarbij ongeveer 2 fulltime medewerkersplaatsen zijn gemoeid (uiteraard dus verdeeld over alle werkgroepleden). Daarnaast komen de kosten voor automatisering en informatisering van de gegevens. Dit betreft o.a. kosten van het aan te schaffen pakket; scholing van medewerkers om ermee te leren werken, en ook de invoer van gegevens. Dit laatste kost vooral in de beginfase meer tijd (dan de huidige wijze van schriftelijke rapportage). Ook zijn er kosten gemoeid met scholing en training van medewerkers om te leren denken in termen van logistieke, programmatische zorg. Wanneer er vanaf het begin (wetenschappelijk) onderzoek aan wordt gekoppeld kunnen de kosten hoger zijn.

Besparingen

Besparingen worden zichtbaar doordat professionals hun beschikbare tijd beter afstemmen, en gericht op het behandelplan werken, en doordat er minder afstemmingsproblemen zullen ontstaan naarmate de invoering verder is gevorderd. De zorg wordt inzichtelijker gemaakt, doorzichtelijker voor anderen en niet in de laatste plaats voor de patiënt. Besparingen treden vooral op in de vorm van tijdsbesparing en efficiënter werken. Ook kan voor patiënten sneller duidelijk worden wat een haalbaar eindresultaat zou kunnen zijn. Gezien de situatie dat de betreffende klinieken in het beginfase zijn van ontwikkelen van behandelprotocollen kan er geen concretere inschatting worden gegeven van de mogelijke besparingen die hierdoor kunnen worden gerealiseerd.

Bijdrage vanuit de TBS-klinieken

Instellingen moeten hun (aanwezige!) kennis van forensische psychiatrie verder ontwikkelen. Via hun ervaringskennis en via wetenschappelijk onderzoek kan een substantiële bijdrage worden geleverd aan het structureren en verhelderen van de processen in de klinieken.

Daarnaast kunnen de klinieken ook bijdragen aan een verdere ontwikkeling van behandelprotocollen door onderlinge uitwisseling tussen de klinieken op het niveau van behandelprogramma's. Het lijkt voor de hand liggend dat iedere kliniek het wiel zelf uitvindt. Er bestaan nu verschillen tussen klinieken in visie en behandelaanbod, wat de beste (meest effectieve) visie of het beste behandelaanbod is, moet zich nog bewijzen. Dit legitimeert voor een deel dat de klinieken zelf daarmee aan de slag gaan. Aan de andere kant is enige uniformering en afstemming noodzakelijk, uit oogpunt van herplaatsing en doorplaatsing. Ook kan door de klinieken aansluiting worden gezocht bij bijvoorbeeld de (koepelorganisatie van) APZ-en, die hebben deze slag (naar behandelplannen) al voor een groot deel gemaakt.

Benodigde termijn voor invoering

Het is zeker uitvoerbaar, er kan direct mee worden gestart, en het kan in ongeveer twee jaar tijd van idee-vorming tot implementatie worden doorlopen door een kliniek.

Consequenties

- Wanneer het intern behandelproces in de klinieken wordt geëxpliciteerd, komt men ook in de discussie over benodigde randvoorwaarden, dit laatste vraagt ook afstemming met het ministerie van Justitie en met VWS. Ook wordt door het werken met behandelprotocollen kwaliteitsmeting door Justitie mogelijk.

- Voor de klinieken kan een consequentie zijn een explicieter plaatsingsbeleid. (Wellicht anders dan het huidige). Bijvoorbeeld regionalisering van TBS-klinieken, met daarboven een aantal landelijke functies / specialisaties verdeeld over enkele klinieken bijvoorbeeld zoals in het GGZ-veld is gebeurd.
- Voor patiënten wordt het zorgaanbod geëxpliciteerd ("ze weten wat ze te wachten staat"). Wellicht draagt dit bij aan een sneller meewerken aan de behandeling. Behandelprotocollen vormen ook een basis voor voorlichting, en dat is weer een basis voor motivatie. De patiënt voelt zich meer serieus genomen. Uiteindelijk voor kliniek en patiënt een efficiency winst en verkorting van de behandelduur.
- Voor de sector kan het inzichtelijk maken van wat je doet en waarom, je positie sterker maken, legitimeren, en het imago versterken.

Bijdrage aan verkorting van de behandelduur

Er is uiteindelijk ook een duidelijke winst mee te behalen in het verkorten van de behandelduur doordat betere en sneller informatie ontstaat in het aanbod en de effecten daarvan. Ook kan verkorting van de behandelduur worden gerealiseerd doordat zorgaanbod vanaf het begin kan worden gekoppeld aan eindtermen, criteria waaraan voldaan moet worden om te kunnen aansluiten op vervolgvoorzieningen.

Dit kan wel een verkorting van de behandelduur van gemiddeld zo'n 20% opleveren (voor de gehele groep). Dit echter wel mits ook op macroniveau wordt gewerkt aan verbetering van de uitstroom mogelijkheden. De meningen omtrent de omvang van verkorting van de behandelduur als gevolg van behandelprotocollen lopen uiteen.

7.4 Beleidsmodule 3: Verkorten procedures: procedure bij proefverlof, verkorten diagnose bij herselectie, verbetering logistiek rondom opname en ontslag

(1) Begeleid verlof

Sinds inwerking treden van de Beginselenwet TBS moet ook voor begeleid verlof toestemming worden gevraagd bij het Ministerie van Justitie. Dit leidt tot vertraging ("stroperigheid") bij de uitvoering hiervan, en dus indirect ook tot vertraging in de behandeling. De verantwoordelijkheid hiervoor zou of (weer) bij de klinieken moeten komen, of het Ministerie van Justitie moet sneller reageren op een dergelijk verzoek (bijvoorbeeld als doelstelling dat binnen een week een antwoord ligt bij de kliniek). Dit laatste betekent dat hiervoor meer capaciteit beschikbaar moet worden gesteld bij Justitie (meer menskracht om de aanvragen te beoordelen).

Voor beide oplossingsrichtingen, (a) duidelijker verantwoordelijkheid voor behandeling en dus ook voor verlofbeleid bij de klinieken, met marginale toetsing door Justitie; en (b) capaciteitsuitbreiding bij het ministerie, zijn er uitgesproken voor en tegenstanders in het veld van TBS klinieken. Voor (a) wordt als argumentatie ingebracht dat departementale ambtenaren per definitie niet in staat zijn verlofaanvragen inhoudelijk te toetsen, omdat zij geen zicht hebben op de ontwikkelingen in het psychisch en sociaal functioneren van de patiënt. Voor (b) wordt ingebracht dat het departement wel degelijk een belangrijke rol moet hebben, gezien het strafrechtelijke karakter van de TBS en de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie.

(2) Proefverlof.

Een antwoord van het ministerie van Justitie, op een verzoek tot proefverlof laat soms maanden op zich wachten. Er is bij de klinieken wel begrip voor de wens de verlofaanvraag serieus af te wegen. Voor de kliniek en voor de patiënt is dit soms frustrerend. Enerzijds doet men een beroep op de klinieken om de behandeling efficiënter te maken en anderzijds is er de lange tijd die verstrijkt bij het wachten op een beslissing inzake een aanvraag tot proefverlof. Ook hier geldt: Of (b) er moet meer capaciteit komen bij het Ministerie van Justitie, of (a) de klinieken zouden in deze meer eigen verantwoordelijkheid moeten krijgen (voor de uitvoering). Dit vanuit de gedachte dat de klinieken de patiënt beter kennen vanuit de intensieve behandeling en begeleiding die wordt geboden.

Voor zowel (1) als (2) geldt: Hiertoe kan een (a) volgsysteem worden opgezet: De gegevens zijn nu reeds beschikbaar over het aantal malen dat besloten werd tot proefverlof. Daarnaast zijn er de gegevens over aard en omvang van ongeoorloofde afwezigheid, als feedback voor kliniek en Justitie in hoeverre de klinieken een verantwoord verlofbeleid voeren (controle per groep, niet per individu). Daarnaast kan (b) als regel worden gehanteerd dat de bevoegdheid voor begeleid verlof en proefverlof aan de kliniek impliciet is gegeven door de plaatsing van de TBS-gestelde in de kliniek (dus dat toestemming voor verlof niet aangevraagd hoeft te worden). En (c) hiertoe moet een goed raamwerk van afspraken worden gemaakt tussen Justitie en de klinieken.

(3) Procedure herselectie

Wanneer een patiënt wordt aangeboden voor herselectie, zou de kliniek van uitplaatsing feedback moeten krijgen over waar de patiënt naar toe gaat, en ook over hoe de verdere behandeling verloopt. De betreffende kliniek kan kansen benutten: Wellicht moet zij geattendeerd worden op een andere behandelwijze die effectiever bleek; of uit deze ervaring conclusies trekken over haar eigen herselectie beleid (soms wellicht eerder dan nu de praktijk is). Ook moet de kliniek waar de patiënt daarna geplaatst wordt meer informatie krijgen, door een uitwisseling tussen beide klinieken op het niveau van de behandelcoördinatoren over toegepaste behandeling en begeleiding. Hierdoor kan de diagnose fase in de nieuwe kliniek aan efficiency winnen. Ook zou in principe de wachttijd voor herselectie en

uitplaatsing korter moeten worden. De tijd dat hierop wordt “gewacht”, is in feite verloren tijd voor patiënt en kliniek (wachten is niet goed voor de behandeling en wachten is duur).

(4) Logistiek rond opname en ontslag

(a) Er moet meer, eventueel geautomatiseerde, informatie beschikbaar zijn bij het Meyersinstituut waar (in welke kliniek en op welke afdelingen) er plaats is en hoelang de wachtlijst is voor een kliniek en voor welke afdelingen.

(b) Dit moet ondersteund worden door gedetailleerde informatie over opname en ontslag van de klinieken, bijvoorbeeld informatie over welke patiënt op welke afdeling wordt geplaatst bij opname, wanneer doorplaatsing naar een andere afdeling, etc.). Hierdoor kan de plaatsing aan efficiency winnen.

(c) Vanuit klinieken moet meer capaciteit beschikbaar worden gesteld om voor opname de patiënt te kunnen bezoeken, (in het HvB) om daar al te starten met kennismaking, diagnose, en behandeling. Daarnaast staat nog een tweede suggestie vanuit een TBS-kliniek: hef het Meyersinstituut op (en maak daar een TBS-kliniek van). De TBS-patiënten moeten dan aselekt worden toegewezen aan de klinieken. Aangenomen wordt hierbij, dat de verschillen tussen de klinieken op dit moment marginaal zijn en dat in principe alle klinieken alle patiënten kunnen plaatsen. Hiermee wordt een verkorting van de behandelduur gerealiseerd (de duur van de opname in het MI vervalt).

Tevens zouden de klinieken de verantwoordelijkheid voor een zo spoedig mogelijke start van de behandeling moeten krijgen vanaf het moment van plaatsing op hun wachtlijst. Bovendien wordt een uitbreiding gerealiseerd van het aantal TBS-plaatsen (met weinig meerkosten).

Er is een commissie ‘herijking verlofbeleid TBS-gestelden’ welke in mei 1998 met een notitie voor het veld en het departement zal komen.

Kosten en besparingen

- Wanneer de doorstroming toeneemt is er waarschijnlijk meer menskracht nodig in de klinieken, dit kan op voorhand moeilijk worden ingeschat. De discussie over wie welke verantwoordelijkheden moet dragen (tussen kliniek en departement) moet eerst gevoerd worden, om een besluit te kunnen nemen inzake eventuele marginale toetsing door het departement, dan wel voor capaciteitsuitbreiding om snellere beantwoording van aanvragen.
- Wanneer besloten wordt tot uitbreiding van de capaciteit bij het Ministerie van Justitie om de verlofaanvragen sneller te kunnen beantwoorden (doelstelling: binnen 1 week een reactie), zijn hieraan kosten verbonden. Deze laatste inschatting moet uiteraard worden gemaakt door het Ministerie van Justitie.

- Besparingen zitten met name in verkorting van de wachttijd voor patiënt en kliniek. Door wachttijd wordt het verblijf in de kliniek onnodig langer. Iedere dag die langer wordt gewacht op het besluit tot proefverlof kost 700,- per dag. Ook wordt door de bovengenoemde punten efficiency winst behaald.

Bijdrage van de TBS-klinieken

De TBS-klinieken kunnen bijdragen in het verkorten van procedures door het (verder) ontwikkelen van procedures m.b.t. verlof en een volgsysteem. (Zie ook beleidsmodule 2) Ook kan door de klinieken menskracht worden ingezet voor het vooraf bezoeken van TBS-gestelden in het Huis van Bewaring en voor onderlinge uitwisseling van informatie bij herselectie.

Benodigde termijn voor invoering

Voor het verkorten van procedures voor begeleid verlof en proefverlof is noodzakelijk dat Justitie en klinieken hierover afspraken kunnen maken, dan wel dat Justitie haar capaciteit uitbreidt om de aanvragen sneller te behandelen (zie eerder). De klinieken schatten in dat dit binnen een half jaar moet kunnen leiden tot kortere procedures. Voor de procedure bij herselectie en de opname en ontslag procedures: afhankelijk van verschillende factoren en daardoor moeilijk in te schatten.

Consequenties

- Consequentie voor het Ministerie van Justitie is dat zij een duidelijke keuze moeten maken: uitbreiden van de capaciteit om de verlofaanvragen snel te kunnen verwerken, dan wel meer overlaten aan de klinieken.
- Consequenties voor de klinieken zijn dat de klinieken meer verantwoordelijkheid zouden kunnen krijgen in het verlofbeleid en dat eventueel meer menskracht nodig is om “buiten de muren” te werken.
- Voor de patiënt kan verkorten van de procedures ook uiteindelijk leiden tot een kortere behandelduur van enige weken tot enige maanden.

7.5 Beleidsmodule 4: Nieuwe voorzieningen: categorale woonvorm voor (ex) TBS-gestelden

Inleiding

Het betreft drie varianten van woonvormen zoals bijvoorbeeld een aantal woonhuizen (a) op het terrein van de kliniek, (b) op een plek in de buurt van de kliniek, of (c) ook op grotere afstand. Het betreft woonvormen voor verschillende doelgroepen: voor TBS gestelden, waarbij zij nog worden begeleid en behandeld vanuit de betreffende kliniek, door medewerkers uit de kliniek (b, c). Of voor bijvoorbeeld mensen die voor langere tijd (voor goed) TBS titel hebben, waarbij de begeleiding nog wel intensief is, maar de behandeling minder intensief (a). Ook kan het een woonvorm zijn voor mensen die een TBS met voorwaarden hebben, en waarbij de persoon nog regelmatig contact heeft met de polikliniek voor begeleiding en behandeling.

Deze woonvormen worden doorgaans aangeboden in de laatste fase van de behandeling. Soms volgt na deze categorale woonvorm alsnog uitplaatsing naar bijvoorbeeld een RIBW. Vanuit de klinieken worden deze woonvormen gecreëerd om verschillende redenen: De 'gewone' RIBW's zijn niet altijd deskundig in de specifieke manier van begeleiding die voor de (ex) TBS er nodig is. En het kost veel moeite om de mensen in een RIBW te kunnen plaatsen, dit vraagt veel inspanning vanuit de klinieken. Ook komt het voor dat door een andere wijze van begeleiding door de RIBW's de patiënt na een tijd (1 à 1,5 jaar) toch weer terug komt. Ook kan begeleiding nodig zijn vanuit het geldende regime (bijvoorbeeld TBS-titel, proefverlof, TBS met voorwaarden).

De doorstroom uit de intramurale setting wordt door de categorale woonvormen dus zeker bevorderd: In een aantal gevallen kan er eerder worden uitgeplaatst, doordat de patiënt in het woonhuis door de eigen medewerkers wordt begeleid en de patiënt dus goed bekend is. Ook gaat de doorstroom sneller doordat wachttijd voor een plaats in een RIBW niet aan de orde is.

Er is samenhang tussen deze beleidsmodule en beleidsmodule 2 (intern volgsysteem, behandelprotocollen). Als beleidsmodule 2 wordt gerealiseerd, zal er in toenemende mate behoefte ontstaan aan voorzieningen die aansluiten op de klinische zorgvoorziening. Tevens is opgemerkt dat tot dusver veelal wordt gefocust op de patiënt. Een andere benadering zou kunnen zijn dat gekeken wordt naar het type voorziening. Behandeling hoeft niet altijd te worden ondergaan in een "dure" TBS kliniek, zeker als de mate van beveiliging die een TBS-kliniek biedt, niet noodzakelijk is voor een patiënt. Te denken valt aan een stroomlijn van "maximum security" (TBS kliniek) via "medium security" (APZ) naar "low security" (RIBW e.d.). Er zouden tarieven kunnen worden afgesproken voor deze drie voorzieningenniveaus.

Kosten

De kosten zitten in de huur van een huis, (wellicht kan op termijn een aantal panden voor dit doel worden aangekocht) en de inrichting (ongeveer 20.000,- per huis). De grootste kostenpost betreft de loonkosten van de medewerkers die ingezet worden voor de begeleiding en behandeling. In een situatie waarbij 3 huizen worden gehuurd (dicht bij elkaar gelegen), waarin per huis 2 patiënten wonen, worden in totaal voor de drie huizen 3 (fulltime) medewerkers ingezet. Daar bovenop komen de kosten voor onder andere de behandeling door de psychiater (bijvoorbeeld 1 consult per 2 weken per patiënt).

Besparingen

De begeleiding en behandeling van patiënten in de woonhuizen is minder intensief dan intramuraal. (soms kunnen medewerkers ingezet worden met andere kwalificaties) Door de minder intensieve begeleiding worden kosten bespaard. Echter naarmate de woonhuizen verder van de kliniek af zijn gelegen, of wanneer er niet een aantal huizen bij elkaar is gelegen, worden de besparingen minder, doordat bijvoorbeeld meer reistijd verloren gaat van begeleiders en behandelaars.

Daarnaast zitten besparingen in dat er minder patiënten terug komen vanuit de RIBW's (de "faalkosten" worden minder). Een belangrijke besparing kan worden gerealiseerd door klinieken onderling gebruik te laten maken van elkaars voorzieningen, dit om een optimaal gebruik van de woonvormen te realiseren. Wanneer op een grotere afstand van de kliniek een categorale woonvorm wordt gerealiseerd, (bijvoorbeeld vanuit de wens de patiënt terug te laten keren naar zijn eigen sociale omgeving), kan een besparing worden gerealiseerd door een andere (dichtstbijzijnde) kliniek de begeleiding te laten verzorgen. Dit zou kunnen worden gestimuleerd door het betreffende budget niet aan de kliniek van plaatsing te koppelen maar aan een patiënt (vergelijk het persoonsgebonden budget).

Bijdrage van de TBS-klinieken

De klinieken financieren de categorale woonvormen tot nu toe vaak via het budget vanuit de intramurale setting (f. 700,- per dag), vanuit de resocialisatie afdeling. En doorgaans nu op tijdelijke basis. De vraag is hoe dit in de toekomst moet worden gefinancierd wanneer dit een structurele voorziening zou worden.

Wanneer de categorale woonvoorzieningen meer gemeengoed worden in de sector moet worden nagegaan hoe de structurele financiering geregeld zou moeten worden.

Benodigde termijn voor invoering

Het kost ongeveer anderhalf à twee half jaar om de nodige voorbereidingen te treffen (nagaan hoeveel patiënten uit de kliniek in aanmerking komen voor deze categorale woonhuizen, hiervoor een behandelplan uit te werken, door te rekenen hoeveel begeleiding hiervoor moet worden ingezet etc. Ook is tijd nodig om een huis te vinden (huren), in te richten en een plan te hebben hoe omwonenden te informeren, etc.

Wanneer erkenning van het ministerie van VWS nodig is, vraagt het creëren van categorale voorzieningen waarschijnlijk meer tijd.

Consequenties

- Voor Justitie en klinieken is het van belang na te gaan welke regelgeving adequaat is om hierop in te kunnen spelen, en welke regelgeving belemmerend werkt en wellicht aanpassing behoeft.
- Voor de klinieken ontstaat door deze (en andere nieuwe) vormen meer circuitvorming en een breder aanbod van begeleidingsmogelijkheden. Op dit moment stroomt ongeveer 80 % van de TBS gestelden door naar een APZ of RIBW, dat verandert waarschijnlijk niet zozeer. De categorale woonvorm moet meer gezien worden als een tussenvoorziening (tussen TBS-kliniek en APZ of RIBW).
- Voor de patiënt zal de begeleiding en behandeling minder lang intramuraal zijn, er is minder kans op 'hospitalisatie' en hij wordt sneller weer in de maatschappij teruggeplaatst, met de benodigde begeleiding en behandeling.

Er wordt door de klinieken ingeschat dat de categorale woonvoorziening geen, of slechts een klein effect zal hebben op de lengte van de behandelduur. Voor een deel van de patiënten (25 % ?) kan misschien een half jaar eerder uitplaatsing volgen. Wel kan er een positief effect ontstaan dat minder vaak terugplaatsing uit een RIBW optreedt doordat er al een langer traject van zelfstandig wonen aan vooraf is gegaan. En dat uitplaatsing naar RIBW gemakkelijker zal verlopen.

In aanvulling is opgemerkt dat wanneer beleidsmodule 2 verdergaand wordt gerealiseerd (intern volgsysteem; behandelprotocollen) de behoefte aan vervolgvoorzieningen zal stijgen. Het rendement betreft dan de verkorting van de feitelijke behandelduur in de TBS-kliniek.

7.6. Conclusie

In het voorafgaande zijn vier beleidsmodulen beschreven die door het veld zijn aangegeven als andere mogelijkheden voor de verkorting van de behandelduur, anders dan het onderscheiden van patiëntencategorieën en hun behandelduur. De beleidsmodulen weerspiegelen de mening van het veld. Daar de genoemde getallen en consequenties niet zijn getoetst op hun juistheid, geschiktheid en hardheid, willen wij ervoor pleiten om voorzichtig met de genoemde uitspraken en getallen om te gaan. De beleidsmodulen hebben dan ook geen officiële status. Ze moeten veel meer gezien worden als suggesties c.q. aanbevelingen van het veld, als opties waarin het veld mogelijkheden voor verandering en verbetering ziet.

Ondanks de kanttekening bij de genoemde alternatieven zijn we van mening dat de kracht van de uitgewerkte beleidsmodulen zit in het aantal mensen uit het veld dat zich in de genoemde alternatieven kan vinden. Daar zit dus energie om samen iets aan de lange behandelduur te doen. En vooral die gezamenlijke bereidheid is van belang. Zeker gezien het feit dat er ondanks de geringe grootte van de sector er op dit moment weinig tot niet wordt samengewerkt en samen wordt nagedacht, om een aantal gezamenlijke problemen in de sector op te lossen.

8. Conclusies en Discussie

8.1. Vraagstelling

In dit hoofdstuk kijken we terug naar de vragen die ten grondslag lagen aan dit deelonderzoek. De centrale vraag van dit deelonderzoek was:

“Bestaat er voor de diverse categorieën TBS-patiënten een omslagpunt of optimum: een moment waarop in de intramurale behandeling het effect maximaal is en de kans op recidive niet groter wordt dan bij de huidige gemiddelde behandelingsduur van TBS-gestelden?”

Dit resulteert in de volgende deelvragen:

1. Welke categorieën patiënten kunnen bij de opname in een TBS-instelling worden onderscheiden?
2. Wat is de gemiddelde intramurale verblijfsduur van deze categorieën patiënten?
3. Op welke termijn van de behandeling kan een valide oordeel worden geveld over de perspectieven met betrekking tot het recidivegevaar voor de onderscheiden categorieën patiënten?
4. Hanteren behandelaars in het advies aan de rechter criteria voor de beëindiging van de behandeling van deze categorieën patiënten? Welke zijn dat of kunnen deze worden ontwikkeld?
5. Hoe groot is de groep patiënten die de intramurale behandeling afrondt in de periodes zoals onderscheiden in de drie beleidsvarianten? Welke categorieën vallen daarbuiten? Hoe groot is deze groep en wat is de gemiddelde behandelduur in deze resterende gevallen?
6. Kan voor de gevonden categorieën patiënten worden aangegeven bij het vigerende behandelbeleid op welk moment in de behandeling een optimaal behandelresultaat wordt bereikt en het recidivegevaar niet groter is dan bij een langere behandelduur? En hoe zou als dit niet mogelijk is, het behandelbeleid kunnen worden veranderd dat het wel mogelijk is?
7. Welke (niet)bestaande vervolgvoorzieningen op het terrein van Volksgezondheid en Justitie zijn noodzakelijk voor de gevonden categorieën patiënten om het (verbeterde) functioneren van de patiënt in stand te houden en de kans op recidive te minimaliseren?

We zullen per deelvraag onze conclusies beschrijven. Deze beschrijving vindt plaats aan de hand van gegevens die in de voorafgaande hoofdstukken separaat zijn beschreven.

Deelvraag 1: Welke categorieën patiënten kunnen bij opname in een TBS-instelling worden onderscheiden

We kunnen de discussie over de mogelijkheden tot categorisering van patiënten in de TBS-sector niet afsluiten met een eenduidig ja of nee. Er is voor geen van beiden een volmondig ja of nee te geven. De bewijsvoering zou steviger moeten worden gemaakt. Daarvoor is onderzoek nodig, waarin gebruik wordt gemaakt van andere instrumenten.

Er is op twee manieren gekeken naar de vraag over patiëntencategorieën. Op een kwantitatieve en op een kwalitatieve manier. Er zijn uit deze twee wijzen van kijken argumenten ter bevestiging en ter ontkrachting van het bestaan van patiëntencategorieën binnen de TBS-populatie te destilleren. De situatie is op dit moment zo dat de weegschaal niet doorslaat naar één bepaalde kant. We zetten daarom de argumenten voor en tegen het onderscheiden van patiëntencategorieën op een rijtje. Argumenten ter ontkrachting van het onderscheiden van patiëntencategorieën binnen de TBS-populatie:

- Er is in het directeurenberaad een poging gedaan tot categorisering die weinig heeft opgeleverd. Gezien de deskundigheid en kennis die daar aanwezig is zou men kunnen concluderen dat categorisering niet mogelijk is als het hen niet lukt tot een categorisering te komen.
- Er is tot nu toe weinig systematisch empirisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen groepen patiënten en de behandeling, de behandelduur en de behandel-effecten. De sector heeft tot nu toe kennelijk een andere manier van kijken naar patiënten gehad. Een blik die vooral gericht was op de organisatie van het aanbod van de zorg en de beveiliging.

Argumenten ter bevestiging van de mogelijkheid tot het categoriseren van patiënten binnen de TBS-populatie:

- Er is in de sector een pril begin gemaakt door de behandelaars en de begeleiders met een vorm van patiëntendifferentiatie. Maar deze differentiatie is voornamelijk gericht op de inhoud van de behandeling en de zorg en niet zo zeer op de relatie tussen patiëntencategorieën en de duur van de behandeling en de recidive. Er is een tendens gaande in de TBS-sector om steeds meer door empirisch onderzoek te kijken naar de effecten van behandeling en zorginterventies. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van Greeven (1997) naar de effecten van de behandeling bij bepaalde patiëntencategorieën. Daarmee wordt aangetoond dat door middel van systematisch onderzoek wel degelijk een aantal patiëntensubcategorieën kan worden onderscheiden en effecten van behandeling zijn aan te geven.
- Wanneer op basis van de bestanden met Basis Bewonersgegevens volgens de WARG-codes een analyse wordt uitgevoerd (op een bestand van 788 TBS-gestelden), blijkt dat er wel degelijk groepen patiënten binnen de TBS-populatie zijn aan te geven die tevens goed aansluiten bij de praktijk kennis. Tussen de gevonden categorieën en de behandelduur is echter geen (statistische) relatie aan te tonen. De gevonden groepen kunnen als volgt worden omschreven:
 - een groep met veel first offenders die een dodelijk delict plegen;
 - een groep die o.a. veel brandstichters bevat;
 - een groep met o.a. veel partnerdoders;
 - een groep met vooral plegers van seksuele delicten;

- een groep met verslaafden;
- een groep met personen die psychotische stoornissen vertonen.

Omdat dit een eerste onderzoek betreft, dienen de gevonden resultaten met enige reserve gepresenteerd en geïnterpreteerd te worden.

- Naast de resultaten van de kwantitatieve analyse, blijken er in het veld ook ideeën te zijn over wat relevante patiëntenkenmerken zijn voor de differentiatie tussen groepen patiënten. Deze kenmerken komen zowel naar boven uit de bestudering van de literatuur, als uit de interviews in de casestudie. De kenmerken werden herkend in een toetsingsbijeenkomst met medewerkers van TBS-instellingen. Het zijn de volgende kenmerken: diagnose, delict, ontoerekeningsvatbaarheid, groepsgeschiktheid, motivatie, ongeoorloofd gedrag, gevoel van professionals, intelligentie, geslacht en fase in de behandeling (zie ook schema paragraaf 4.2 hoofdstuk 4). Ze zijn vergelijkbaar met de overwegingen die worden gebruikt om een patiënt op bepaalde afdelingen te plaatsen en daarmee een bepaalde differentiatie aan te brengen binnen de kliniek. Het onderscheiden van de kenmerken brengt overigens wel de aandacht voor de operationalisatie van een aantal kenmerken met zich mee. Een goed en bruikbaar hulpmiddel hierbij zou het MI-instrumentarium kunnen zijn omdat hierin kenmerken worden geoperationaliseerd die wel worden gebruikt om te categoriseren, maar die niet in de WARG zijn opgenomen.

Er zijn dus eigenlijk evenveel redenen om te zeggen dat patiëntencategorisering wel kan als dat het niet kan. Maar er is aan de verschillende redenen geen gewicht toegekend. Op middellange termijn bieden patiëntencategorieën ieder geval geen mogelijkheid om de behandelduur te verkorten. Op langere termijn is dat nog onduidelijk. Daarvoor is het nodig om structureel en systematisch onderzoek te doen naar de behandeling en effecten van de behandeling van TBS-patiënten en een verdere analyse uit te voeren van de patiëntencategorieën aan de hand van de databestanden van de afdeling Monitoring en Research van het MI.

Deelvraag 2: Wat is de gemiddelde verblijfsduur van deze categorieën patiënten?

Uit de resultaten blijkt dat op basis van de huidige analyse van de Basis Bewonersgegevens volgens de WARG-codes, het niet mogelijk is om per onderscheiden patiëntencategorie een uitspraak te doen over de verwachte behandelduur van die patiëntencategorie. Op basis van iemands 'groepslidmaatschap' kan men geen voorspelling doen over iemands behandelduur. Dit zelfde geldt voor het hieraan gerelateerde begrip delictgevaarlijkheid. Hiervoor is een aantal verklaringen denkbaar. Het is mogelijk dat wanneer het aantal cases waarvan zowel de WARG-basisgegevens én de behandelduur bekend is, groter is dan nu na drie uitstroomjaren het geval is (groter dan 136) er wel een statistisch verband wordt gevonden voor groepslidmaatschap en behandelduur. Een andere mogelijke verklaring is het feit dat de groepen zijn samengesteld op basis van de beschikbare

gegevens in het analysebestand. Een aantal factoren dat mogelijk wel van invloed is op de behandelduur zoals motivatie, ervaren lijdensdruk en groepsgeschiktheid, is niet opgenomen in het onderhavige databestand. Deze gegevens zijn wel in het MI-instrumentarium opgenomen. Wanneer deze factoren meegenomen zouden worden in de analyse kan men wellicht tot andere uitkomsten komen.

Gezien het feit dat er op dit moment geen relatie kan worden aangetoond tussen het behoren tot een bepaalde categorie patiënten en de behandelduur is vervolgens geanalyseerd wat in het algemeen de gemiddelde duur is bij alle TBS-gestelden. Dus ongeacht hun groeps-lidmaatschap. De gemiddelde intramurale behandelduur (zie voor de definitie intramurale behandelduur hfst 5 paragraaf 5.1.), operationeel gedefinieerd als de periode tussen de opname in de eerste behandelkliniek en de beëindiging van de intramurale behandeling (ingang proefverlof c.q. beëindiging van TBS c.q. de periode tot 31 december 1997) is toegenomen van 5,0 jaar voor de in 1981 veroordeelden tot 5,8 jaar voor de in 1987 veroordeelden. Vanaf 1985 wordt de bepaling van de behandelingsduur beïnvloed door het feit dat een toenemend aantal TBS-patiënten nog in een der klinieken verblijft. Vanaf 1987 zijn bovendien TBS-patiënten met (zeer) lange behandelingsduren in deze cohorten nog niet uitgestroomd zijn. Wordt een voorzichtige schatting gemaakt, dan lijkt het er op dat de behandelingsduur verder oploopt tot ca. zeven jaar. Vastgesteld moet worden dat reeds aan het begin van de jaren tachtig de intramurale behandelduur langer was dan steeds is geconcludeerd in studies die op uitstroomcohorten waren gebaseerd.

Deelvraag 3: Op welke termijn van de behandeling kan een valide oordeel worden geveld over de perspectieven met betrekking tot het recidivegevaar voor de onderscheiden categorieën patiënten?

Op deze vraag is op basis van de verzamelde gegevens geen concreet antwoord te geven. In eerste instantie omdat klinieken en behandelaars niet werken met algemeen erkende landelijke patiëntencategorieën en op de tweede plaats omdat de termijn waarop een oordeel en dan ook nog een valide oordeel geveld moet worden over het perspectief op recidivegevaar niet helder geduid kan worden door de behandelaars. Bovendien zijn er geen standaarden in gebruik die het vellen van een valide oordeel zouden kunnen vergemakkelijken. Er is door de behandelaars wel een aantal opmerkingen en ideeën geuit met betrekking tot dit punt. Deze zullen we hieronder kort weergeven.

Algemeen

De beantwoording van deze deelvraag hangt nauw samen met deelvraag 6 over een optimaal behandelresultaat. Een (valide) beoordeling van een optimaal behandelresultaat hangt volgens de behandelaars namelijk nauw samen met de inschatting van recidivegevaar. En juist de inschatting van recidive wordt als moeilijk beschouwd. Hierbij is het onderscheid tussen een individuele patiënt en een groep patiënten van belang. Per individuele patiënt maken professionals voor het verlengingsadvies een inschatting. Het inschatten van recidive is altijd een consensustraject van de betrokken

professionals in de kliniek. Dit doen behandelaars ook en ondervinden daarbij tevens moeilijkheden, omdat een groot aantal onzekere factoren een rol speelt. Er is weinig standaardisatie voor een risico-assessment.

Om een inschatting van recidivegevaar te maken voor een hele patiëntengroep, zoals in de deelvraag is vermeld, vinden behandelaars over het algemeen onmogelijk. Op één kliniek na. De behandelaars in de van Mesdagkliniek geven te kennen, een optimaal behandelresultaat aan te kunnen geven voor patiënten met een psychose en voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Behandelaars krijgen bovendien weinig tot geen feedback over de recidive van hun eigen patiënten die hun kliniek hebben verlaten. Op landelijk niveau wordt niet voorzien in een continue vorm van feedback, zij het dat één keer in de vijf jaar onderzoek wordt gedaan door het WODC naar de recidive van de totale TBS-populatie in Nederland. Per kliniek wordt het totale recidivecijfer van die betreffende kliniek ook wel eens onderzocht. Het moment van onderzoek naar recidive valt dan meestal samen met een afscheid van een behandelaar, een jubileum van een kliniek, een promotie van een medewerker, etc. De laatste tijd worden er op dit vlak meer structurele pogingen ondernomen door o.a. Pompekliniek, van der Hoevenkliniek en Veldzicht. Anderzijds is het gebrek aan feedback over recidive van patiënten te wijten aan onvoldoende afstemming en terugkoppeling met en van de onderzoeksafdelingen van de betreffende klinieken naar de behandelaars toe. Een constante en structurele terugkoppeling van welke interventies en onderdelen van de behandeling, welke effecten hebben op korte en lange termijn ontbreekt. Dat zou zeker noodzakelijk zijn om überhaupt een valide oordeel te vellen over de perspectieven op recidivegevaar en een optimaal behandelresultaat.

Longstay

In de studie van de casuïstiek van longstaypatiënten hebben de behandelaars per individuele longstaypatiënt de perspectieven aangegeven. De behandelaars geven aan dat zij voor alle patiënten somber zijn gestemd als het gaat om het recidivegevaar en wel om een aantal redenen:

- chronische problematiek/onbehandelbaarheid, geen veranderingen in psychopathologie en recidivegevaar. De patiënten hebben geen ziekte-inzicht en de leerbaarheid is gering;
- door ontbreken van wil tot behandeling (bijvoorbeeld coöperatie in behandeling, slikken medicatie);
- herhaling van het delict binnen en buiten de kliniek;
- er is geen sociaal netwerk aanwezig

Het duurt veelal lang voordat behandelaars een (valide) oordeel over recidive kunnen geven. De Mesdagkliniek vormt hierop een uitzondering. Daar kunnen de behandelaars op vrij korte termijn na opname over het perspectief van de patiënt een uitspraak doen.

Deelvraag 4: Hanteren behandelaars in het advies aan de rechter criteria voor de beëindiging van de behandeling van deze categorieën patiënten? Welke zijn dat of kunnen deze ontwikkeld worden?

De behandelaars hanteren in het advies aan de rechter geen gestandaardiseerde, helder omschreven en duidelijke criteria voor de beëindiging van de behandeling. Per individu wordt een verslag geschreven over het functioneren van een patiënt. Dit antwoord kan als volgt worden toegelicht: Als het gaat om criteria voor beëindiging van de behandeling dan zijn er zowel landelijk als in de klinieken geen uniforme en gestandaardiseerde checklijsten aanwezig. De manier van onderbouwen is niet systematisch of uniform voor alle klinieken. In het advies aan de rechter wordt door de klinieken vaak een aantal situaties beschreven waaruit blijkt hoe de patiënt reageert. (De criteria die worden gehanteerd in het verlengingsadvies aan de rechter hangen nauw samen met de inschatting van het recidive gevaar. We verwijzen dan ook voor de beantwoording van deze vraag tevens naar deelvraag 3.)

Uit de inventarisatie van de criteria die klinieken hanteren blijkt dat er overeenkomsten bestaan, maar dat klinieken ook verschillende accenten leggen. Naast het gevaar dat een patiënt oplevert of veroorzaakt, het persoonlijk en psychiatrisch toestandbeeld, wordt bijvoorbeeld meer of minder een accent gelegd op de maatschappelijke inbedding van een patiënt en bijvoorbeeld op zijn vaardigheden. De overeenkomsten kunnen gezien worden als een indicatie voor een mogelijkheid tot uniformiteit en standaardisering. Die stap lijkt gezien de resultaten voor de hand te liggen.

De criteria zijn overwegend van algemene aard en verschillen nauwelijks voor verschillende categorieën patiënten. Twee van de zeven klinieken gaven aan dat er deels wel verschillende criteria worden gehanteerd voor verschillende categorieën patiënten:

- Voor psychotici wordt met name gelet op medicatietrouw en op het feit of er afspraken te maken zijn met de patiënt. Bovendien wordt gekeken of er een alarmsignalenlijst is en of de patiënt daarnaar handelt (trekt hij zelf aan de bel)?
- Voor de groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen werd expliciet de volgende criteria benoemd: frustratie tolerantie en kwaliteit van de relaties.

Ontwikkeling

Uit de beschrijving hierboven blijkt welke criteria de behandelaars op dit moment gebruiken. Aangezien de uniformiteit en een standaard ontbreekt over de wijze van rapporteren, de inhoud van het rapport en de systematische onderbouwing van het verlengingsadvies, zijn we de mening toegedaan dat, zeker gezien de ernst van de doelgroep waar het hierover gaat, er een ontwikkeling naar meer uniformiteit moet worden ingezet. Daarmee ontstaat niet alleen een heldere basis om het advies te laten toetsen door de rechtbank, maar de patiënt heeft ook recht op een systematisch en onderbouwd advies in plaats van een verlengingsadvies met een sterk individueel karakter.

Deelvraag 5: Hoe groot is de groep patiënten die de intramurale behandeling afrondt in de periodes zoals onderscheiden in de drie beleidsvarianten? Welke categorieën vallen

daarbuiten? Hoe groot is deze groep en wat is de gemiddelde behandelduur in de resterende gevallen?

Allereerst dient opgemerkt te worden dat uit de analyse blijkt dat er een grote kloof bestaat tussen de huidige gemiddelde verblijfsduur en de termijnen die in de drie beleidsvarianten worden genoemd. Ten tweede is gebleken dat er geen (statistische) relatie is aangetoond tussen patiëntencategorieën en behandelduur.

Beleidsvariant ten hoogste drie jaar

Het percentage TBS-gestelden dat de intramurale behandeling afsluit na ten hoogste drie jaar, loopt terug van 28 % van de in 1981 veroordeelden, tot 6% van de in 1989 veroordeelden. Er is dus sprake van een langere behandelingsduur voor een groep patiënten.

Beleidsvariant ten hoogste vier jaar

Na ten hoogste vier jaar sloot van degenen die in 1981 veroordeeld zijn, 43% de intramurale behandeling af. Dit percentage valt terug tot 13% voor de veroordeelden in 1989. Ook van deze groep neemt de behandelduur toe.

Verblijfsduren die buiten een beleidsvariant vallen

Na ten hoogste vijf jaar sloot van de in 1981 veroordeelden 58% de intramurale behandeling af. Van de in het jaar 1989 veroordeelden, is dit 30 %. Ook hier is dus sprake van een langere behandelperiode.

Het percentage TBS-gestelden dat na acht jaar de intramurale behandeling nog niet heeft afgesloten, neemt toe van 13% voor de veroordeelden in 1981 tot ca 45% voor degenen die in 1989 een TBS-veroordeling hebben gekregen.

Beleidsvariant gemiddeld drie jaar

Het lijkt erop dat het percentage TBS-gestelden dat na drie jaar de intramurale behandeling afsluit na 1990 toe neemt. Maar een aanmerkelijk deel van de uitgestroomde cohorten valt nog onder de TBS-maatregel middels een proefverlof. Proefverloven kunnen worden ingetrokken waarna de intramurale behandeling weer doorloopt. Bovendien lijkt deze verandering zich niet voort te zetten na vier respectievelijk vijf jaar. Ook het aantal beëindigde TBS-en in de laatste drie jaren 1995-1997 biedt weinig aanknopingspunten voor de veronderstelling dat de uitstroom uit de TBS toeneemt na een kortere behandelingsperiode. In deze jaren is het aantal beëindigde TBS-en telkens 65 per jaar geweest.

De schatting over een verwachte behandelingsduur van ca zeven jaar voor TBS-gestelden die vanaf 1988 zijn veroordeeld, lijkt daarom niet te hoog te meer omdat van de vanaf 1987 veroordeelden nooit meer dan 45% de intramurale behandeling na zes jaar heeft afgesloten.

Delictkenmerken en behandelingsduur

Bovenstaande conclusies over de percentages patiënten in relatie tot de beleidsvarianten, roepen vragen op over kenmerken van de huidige TBS-gestelden binnen de vier varianten. In het instroomcohortonderzoek is alleen informatie over het delictkenmerk beschikbaar. Daaruit blijkt dat ingeval van geweld tegen personen (bedreiging, letsel, dodelijke afloop) de behandelingsduur langer is (5,6 à 5,9 jaar) dan bij enkel materiële schade (4,1 jaar). Seksueel delinquenten hebben de langste behandelingsduur (6,3 à 6,9 jaar).

Deelvraag 6: Kan voor de gevonden categorieën patiënten worden aangegeven bij het vigerende behandelbeleid op welk moment in de behandeling een optimaal behandelresultaat wordt bereikt en het recidivegevaar niet groter is dan bij een langere behandelduur. En hoe zou als dit niet mogelijk is, het behandelbeleid kunnen worden veranderd dat het wel mogelijk is?

Optimaal behandelresultaat

In voorspellende zin geven klinieken op dit moment aan het begin van de behandeling niet aan op welk moment een optimaal behandelresultaat zou kunnen worden bereikt. Noch voor een individuele, noch voor een groep patiënten. Er kunnen door de behandelaars alleen uitspraken achteraf gedaan worden, mits er een toetsing plaatsvindt van de recidive aan de geboden behandeling en behandelingsinterventies. Maar dat gebeurt nog niet regelmatig. Een valide beoordeling van het behandelresultaat hangt volgens behandelaars nauw samen met de inschatting van het recidivegevaar. Voor de beantwoording van deze deelvraag verwijzen we dan ook naar de conclusies die bij deelvraag 3 zijn beschreven.

Uit de antwoorden van de behandelaars bij de bestudering van de patiëntencasuïstiek longstay (dat is overigens de enige categorie waarvan de casuïstiek is bestudeerd), blijkt dat het bij deze categorie patiënten mogelijk is om een omslagpunt in de behandeling aan te geven. Dat is het moment waarop de behandeling weinig meerwaarde heeft en het recidivegevaar niet groter wordt. De klinieken verschillen echter in het feit of het moment bekend was dat de omslag heeft plaatsgevonden en de termijn waarop ze een dergelijke uitspraak kunnen doen.

Aanpassing behandelbeleid

De inschatting van het recidivegevaar en daarmee van een optimaal behandelresultaat gebeurt door middel van een consensustraject en is moeilijk maar mogelijk. Een aantal klinieken is in verschillende stadia bezig om op een planmatige en methodische manier ook dit deel van de zorg vorm te geven. Om de inschatting van een optimaal behandelresultaat op bredere schaal mogelijk te maken, moet er nog veel werk verzet worden. De TBS-klinieken zouden, meer nog dan nu al het geval is, moeten expliciteren, meer met protocollen moeten gaan werken, op een methodische wijze hun interventies en de effecten daarvan gaan vastleggen zodat er een duidelijk volgsysteem is per patiënt: welke interventies hebben welk effect zowel op de korte als de lange termijn. Deze gegevens zouden ook tussen de klinieken onderling moeten worden uitgewisseld.

Overigens onderkennen de TBS-klinieken deze noodzaak tot het verbeteren van de behandeling en het zichtbaar maken van het behandelresultaat ook. Het veld heeft in het kader van het onderhavig onderzoek zelf vier alternatieven voor een meer efficiënte en effectieve intramurale behandeling uitgewerkt. Het zijn de volgende alternatieven:

- behandeling voor opname: bij psychosepatiënten zo snel mogelijk medicatie starten;
- intern volgsysteem: verder ontwikkelen behandelprotocollen (structureren en systematiseren);
- verkorten procedures: procedure bij proefverlof, verkorten diagnose bij herselectie, verbetering logistiek rondom opname en ontslag;
- nieuwe voorzieningen: categorale woonvormen voor (ex) TBS-gestelden.

In de uitwerking van de vier beleidsmodulen heeft het veld veel creativiteit getoond voor het optimaliseren van de behandeling en de behandelduur. De beleidsmodulen zijn, zoals reeds vermeld, door het veld zelf uitgewerkt en in deze rapportage integraal opgenomen. De besparingen in de behandelduur zijn door het veld geschat. De werkelijke consequenties moeten nog verder worden doorberekend en getoetst. De besparing van 20% op de behandeltijd door het werken met behandelprotocollen is bijvoorbeeld gezien ervaringen in andere sectoren aan de optimistische kant.

Ondanks de kanttekening bij de genoemde alternatieven zijn we van mening dat de kracht van de uitgewerkte beleidsmodulen zit in het aantal mensen uit het veld dat zich in de genoemde alternatieven kan vinden. Daar zit dus energie om samen iets aan de lange behandelduur te doen. En vooral die gezamenlijke bereidheid is van belang. Zeker gezien het feit dat er ondanks de geringe grootte van de sector er op dit moment weinig tot niet wordt samengewerkt (en samen wordt nagedacht), om een aantal gezamenlijke problemen in de sector daadwerkelijk op te lossen.

Deelvraag 7: Welke (niet) bestaande vervolgvoorzieningen op het terrein van Volksgezondheid en Justitie zijn noodzakelijk voor de gevonden categorieën patiënten om het (verbeterde) functioneren van de patiënt in stand te houden en de kans op recidive te minimaliseren?

Het antwoord op deze deelvraag wordt gegeven op basis van de gegevens die zijn verzameld in de interviews in de casestudie.

Vervolgvoorzieningen die nodig zijn (ongeacht de categorie waartoe een patiënt behoort) zijn niet echt vernieuwend. Ze zijn al eerder bedacht of er wordt nu reeds gebruik van gemaakt. Het zijn bijvoorbeeld woningen in de stad op of het terrein van de kliniek, RIBW's, FPA's, een voorziening voor thuis- en daklozen en (intramurale en semimurale) voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en een polikliniek. Voor de groep longstaypatiënten zijn vooral intensieve zorgvoorzieningen nodig binnen het forensische psychiatrische circuit.

De voorzieningen die worden genoemd zijn vooral oplossingen voor knelpunten die bij de doorstroming worden ondervonden. Als knelpunten worden genoemd: geringe samenwerking, terughoudendheid

van de vervolg-voorzieningen om juist deze groep patiënten op te nemen door onvoldoende deskundigheid over en bekendheid met TBS-patiënten.

Het zijn dan ook niet zozeer nieuwe voorzieningen die nodig zijn om een optimale behandelresultaat te realiseren. De sector heeft meer transparantie nodig, meer systematisch onderzoek naar effectiviteit van bepaalde behandeling en interventies, maar de sector heeft ook nieuwe werkwijzen nodig: meer samenwerking tussen de klinieken onderling en meer samenwerking en deskundigheidsbevordering van professionals buiten het TBS-circuit maar die wel op een gegeven moment met de groep ex TBS-gestelden te maken krijgt.

Bijlagen

- Bijlage 1: Overzicht met geraadpleegde literatuur.
- Bijlage 2: Matrix: overzicht literatuur.
- Bijlage 3: Overzicht geselecteerde TBS-instellingen.
- Bijlage 4: Deelnemers aan de Toetsingsbijeenkomst TBS op maandag 16 februari 1998.
- Bijlage 5: Overzicht van alle genoemde mogelijkheden.
- Bijlage 6: Geraadpleegde personen over de beleidsmodulen
- Bijlage 7: Lijst van variabelen en codes
- Bijlage 8: Lijst van variabelen en codes na omcoderingen
- Bijlage 9: Datascreeening: reductie, screening, trnasformaties
- Bijlage 10: Reductie van het aantal variabelen
- Bijlage 11: Clusteranalyse, methode en resultaten
- Bijlage 12: Referenties hoofdstuk 5

Bijlage 1: Overzicht met geraadpleegde literatuur

1. **Gonny ten Haaft.** Verkeerd beeld van de forensische psychiatrie. Op de grens tussen justitie en volksgezondheid. HZH 17 -27 september 1990, blz. 717-720.
2. **J.R.Niemantsverdriet** (eind-redactie).Themanummer minisymposium deeltijdbehandeling. Informatiebulletin Dr. Henri van der Hoevenkliniek. 18^e jaargang, nummer 8 november 1993.
3. **Werkgroep Forensische Psychiatrie NZR.** Voorzieningen in de forensische psychiatrie een aanzet tot beleid. NZR sectie geestelijke gezondheidszorg. Utrecht 1988.
4. **Geest J.L. van en J.R. Niemantsverdriet.** De chronische TBS-patiënt in de dr. Van der Hoevenkliniek. Informatiebulletin Dr. H. van der Hoevenkliniek November 1995 nr 5. Blz 99-103.
5. **Hendrickx, J., D. Raes en M. Zomer (redactie).** Met menselijke maat. Verkenningen in de forensische psychiatrie. Liber Amicorum voor Han Blankestein. Pompekliniek, Nijmegen 1994.
6. **Feldbrugge J.T.T.M.** Behandeling: samenspel van staf en patiënten. De van der Hoevenkliniek als therapeutische gemeenschap. Informatiebulletin van der Hoevenkliniek 21 jaargang nummer 3 juni 1996.
7. **NRV.** Advies forensische psychiatrie en haar raakvlakken. Publikatie 6/91. Uitgebracht aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Zoetermeer, mei 1991.
8. **Koenraadt. F.** (redactie) Ziek of onschuldig? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie. Gouda Quint Arnhem en Willem Pompe-instituut Utrecht, 1991.
9. **Marle. H.J.C. van.** Een gesloten systeem. Een psycho-analytisch kader voor de verpleging en behandeling van TBS-gestelden. Gouda Quint bv Arnhem, 1995.
10. **Nederlandse Vereniging voor groeps-psychotherapie.** De Kategorale groep. Een megatrend? Lezingen van de studiedag 13 september 1985. Bergen op Zoom, 1985.
11. **Boer. A.P. de.** Partnerdoding. Een empirisch forensisch psychiatrisch onderzoek. Gouda Quint bv. Arnhem, 1990.
12. **Drost. T.R en J. Ph. Eggink.** Behandeling in een TBS-inrichting. Een onderzoek naar de tenuitvoerlegging van circa 150 terbeschikkingstellingen in de Van Mesdagkliniek. Criminologisch instituut Groningen, april 1989.
13. **Barneveld P.D.** Patiënten met psychotische verschijnselen in inrichtingen voor TBS-gestelden. Resultaten van de enquête naar de zogenaamde atypische patiënt in het TBS-circuit. Ministerie van Justitie, Den Haag, juni 1988.
14. **Opening FPK Oldenkotte.** Toespraken referaten mini symposium. Rekken, 24-10-1990
15. **Vliet. J.A. van.** TBS, proefverlof en recidive. Een reclasseringsvisie. Proces 68 (1989) 11 nov 304-308.

16. **Derks. W.** Een gesloten systeem. Overwegingen bij een proefschrift. *Proces* 74 (1995) 18 jul/aug 118-123.
17. **Isarin. J.** Psychohygiëne in TBS-inrichtingen. *Nemesis* 7 (1991) 6 (nov/dec) 1-4.
18. **Marle. H.J.C. van.** De slechte jeugd en de eigen verantwoordelijkheid. Opmerkingen naar aanleiding van de reactie van W. Derks. *Proces* 74 (1995) 18 jul/aug 123-128.
19. **M. Tolmeijer en J. Smilde.** Langer dan zes jaar ter beschikking gesteld. *Porces* 69 (1990) 2 februari, blz. 40-42.
20. **Elsevier.** Niet durven treden. Psychiatrische behandeling van zedendelinquent schiet tekort. Elsevier, wetenschap, 21-3-1992, blz. 85-87.
21. **Verhagen. M.F.M. en M.W.G. Phillipse.** *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37 (1995) 7, blz. 537-552.
22. **Rogers.R en C.D. Webster.** Assessing Treatability in mentally disordered offenders. *Law and Human behavior*. Vol/ 13, no 1, 1989, pg 19-29.
23. **Oei.T.I.** Functional Method Forensic Psychotherapy. *Eur.J. Psyhiat.* Vol. 9, no 3 (151-160) July/September 1995.
24. **Meijer.M.** Gek en lastig. Terbeschikking stelling en de kans op herhaling. Elsevier 7-10-1989, blz. 20-22.
25. **Marle. H.J.C. van.** Gevraagd: een TBS in beweging. *Proces* 75 (1996) 4 april, blz. 97-99.
26. **Blankstein. H.** Organizational approaches to improving institutional estimations of dangerousness in forensic psychiatric hospitals: a dutch perspective. *International jour-nal of law and psychiatry*. Vol. 11. 341-345, 1988 Pergamon Pres.
27. **Muller. R en V. Thomas.** Psychotehrapie von sexualstratatern im Massregelvollzug. *Recht und Psychiatrie* 10 (1992) 2, p 42-47.
28. **Heinz. G.** Stationare behandlung psychisch kranker Straffalliger. In: *Das Vrehaltis der Psychiatrie zu ihren Nachbardiszipline*. Blz 149- 145. Herausgeber: H. Heimann, H.J. Gaertner. Sringer Verkag Heidelbreg, 1986.
29. **Heilbrun K. et al.** The treatment of Mentally disordered offenders: a national survey of psychiatrists. *Bull. Am. Acad Psychiatry Law*. Vol. 20, No 4, 1992, blz. 475-480. (tabel 1 en tabel 2 blz. 477 en 478).
30. **Wiederanders. M.R. et al.** Forensic Conditional Release Programs and Outcomes in Three States. *International Journal of Law ans Psychiatry*. Vol 20. No 2, pp 249-257, 1997.
31. **Beyaert. F.H.L.** Verleden en heden verweven. *Proces* 75 (1996) 1 jan, pag 4-10.
32. **Emmerik van, J.L.** De maatregel tbs; een overzicht in cijfers. *Justitiële verkenningen*, jrg. 19, nr.3, 1993.
33. **Hulstijn, E., R. Rombouts, O. de Haas,** Het 4-factorenmodel in de van Mesdagkliniek; de ontwikkeling van een gestandaardiseerde werkwijze bij forensisch psychiatrische pa-tiënten. *MGv*, p.735-750, 1997.
34. **Marle, van H.J.C.** De forensisch psychiatrische behandeling van psychotische reac-tievormen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 1989/10.

35. **Davis, D.L.**, Treatment Planning for the patient who is incompetent to stand trial. Hospital en community psychiatry, 36, 1985, p 268-271.
36. **MITZ**, peildatum '97
37. **Verhagen en Philipse**. Voorspellen van het risico van deliktherhaling; verslag van een onderzoek. In: Gevaar voor herhaling; een bundel over delictgevaarlijkheid ter gelegenheid van het 25 jarig bestaan van de Pompekliniek. redactie: Blankstein, Verhagen en M. Zomer. 1992, Pompekliniek, Nijmegen.
38. **Leuw, E.** Recidive na ontslag uit tbs. Wetenschappelijk onderzoek- en documentatie-centrum, ministerie van Justitie. Gouda Quint, 1995.
39. **Commissie Zorg voor vóórtdurende delictgevaarlijke tbs-verpleegden**. Vóórtdurende delictgevaarlijke tbs-verpleegden, 1997.
40. **Emmerik, J.L.** van Tbs en recidive, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1985. Onderzoek en Beleid, nr. 61.
41. **Emmerik, J.L.** van . Tbs en recidive, een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983.
42. **Oppedijk, D.W.** Chronisch TBS-gestelden. Uit: Liber Amicorum Prof. N.W. de Smit, Arnhem, 1997.
43. **Grand, le, A.L.** Met terugvallen en opstaan; diagnostiek en behandeling van licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik. Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg, nr.4 1995, p. 257-279.
44. **Wolde, A.C.** ten, Follow-up 1990. Hoeve Boschoord, september 1990.
45. **Lösel, F.** What recent Meta-Evaluations Tell us about the effectiveness of correctional treatment. Uit Davies, G.(a.o.), psychology law and criminal justice; international developments in research and practice. Berlin, de Gruyter, 1995.
46. **Greeven, P.** De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis; een empirische studie. Gouda Quint Deventer, 1997.
47. **Rice, M.E., G.T. Harris and V.L. Quinsey**. A follow-up of rapist assessed in a maximum-security psychiatric facility. Journal of interpersonal violence. 1990 5^e jrg., nr. 4 (December) p.435-448.
48. **Mc Grath, R.J.** Sex-offender risk assessment and disposition planning: a review of empirical and clinical findings. International Journal of offender therapy and comparative criminology, 1991, jrg. 35, nr. 4, p. 238-350.
49. **Gohde, H. und S. Wolff**. Gefährlichkeit vor Gericht. Kriminologisches Journal. 1992, jrg. 24, nr. 3 p.162-180.
50. **Marle, H.J.C. van**, Voorspellen van gevaarlijkheid: consensus gewenst. Tijdschrift voor Psychiatrie. 1992, jrg 34, nr. 4, p. 281-290.

51. **Euckner, S. U., Tolks-Brandau und R. Müller-Isberner**, Prognosebildung im Psychiatrischen Massregelvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe. 1994, jrg. 43, nr. 3, p.154-157.
52. **Marle, H.J.C. van**, De forensisch psychiatrische behandeling van psychotische reactievormen. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1989, jrg. 31, nr. 10, p. 635-650.
53. Verslag van Allochtonen en TBS dagen in 1993.

Bijlage 2: Matrix: overzicht literatuur

Kenmerken	Deelt het kenmerk de TBS-populatie in substantiële groepen?	Inhoud behandeling	Behandelduur	Recidive wel/niet empirisch vastgesteld
geslacht: man/ vrouw *	nee: de groep vrouwen is zeer gering(2-3%) ³²	niet sekse specifiek	onbekend: % vrouwen in longstaygroep is nihil	niet
leeftijd bij eerste veroordeling leeftijd bij TBS-oplegging ^{37, 38} *	nee, gebeurt nergens	niet leeftijdspecifiek	behandelduur en gem. leeftijd bij 1 ^e veroordeling/ bij tbs ³⁶ : 2-8jr : 25,2/28,4 jr proef vanuit MI:30,1 / 33,4 jr met proef t/m 8jr:29,2 / 31,3 jr met proef > 8 jr: 21,4 / 31,1 jr niet proef > 8 jr: 22,2 / 27,6jr	wel: jongere veroordeling tot TBS en meer voorafgaande veroordelingen gaan samen met meer recidieve na TBS ^{38, 40, 41}
intelligentieniveau ^{4, 5, 37, 39} *	matig, verder clusteren:: - debiel:4,9% - zwakbegaafd: 17,0% - laag: 11,5% - gemiddeld: 44,3% - hoog gemiddeld:10,3% - begaafd: 11,9% ³⁶	specifiek behandelaanbod gericht op licht verstandelijke gehandicapte plegers van seksueel misbruik ⁴³	zwakbegaafden en verstandelijk gehandicapten hebben langere leerweg	uit laatste follow-up blijkt ⁽⁴⁴⁾ voor uitstroom Boschoord 1980-1985:eenderde deel pleegt zelfde delict, 62% opnieuw veroordeling, 33% lage sociale redzaamheid, 26% zegt zelf het gaat niet zo goed.(zie verder 44)
toerekeningsvatbaarheid ³⁹ *	ja: enigszins: 1,1%	niet hierop gericht	-	wel, volledig ontoerekeningsvatbaar

Kenmerken	Deelt het kenmerk de TBS-populatie in substantiële groepen?	Inhoud behandeling	Behandelduur	Recidive wel/niet empirisch vastgesteld
	verminderd: 30,5% sterk verminderd: 22,3% ontoerekeningsvatbaar: 15,9% ³⁶			
soort delict ^{9, 37, 38, 39 *}	ja: - geen agressie: 0.1% - materiële schade: 4.9% - persoonlijk letsel, niet dodelijk: 48.3% - bedreiging met geweld/gevaar leven bij brandstichting: 19.8% - dodelijke afloop: 26.8% - niet seksueel aspect: 73.4% - wel (slachtoffer , 16 jaar): 12% - wel (slachtoffer => 16 jaar): 20% - wel (slachtoffer <+16jaar): 2% ³⁶	ja gericht op TBS voor seksuele delicten ⁴³ ,	Er is nauwelijks verband met het delict behalve met seksuele delicten, waarbij een beduidend langere gemiddelde verblijfsduur voorkomt ³²	wel: sterke samenhang tussen aard delict en nieuwe veroordelingen ⁽³⁸⁾ , zie tabel 2.2 recidive voor zeden en geweldsdelicten is voorspelbaar door testen seksuele belangstelling en mate van psychopathie ^{47, 48}
crimineel verleden ^{37,38, 46 *} reeks delicten (historie)	eerder contact justitie: wel: 90%	niet hierop gericht	-	niet, antwoord op de vraag of

Kenmerken	Deelt het kenmerk de TBS-populatie in substantiële groepen?	Inhoud behandeling	Behandelduur	Recidive wel/niet empirisch vastgesteld
	niet:10%			externe situatie is verbeterd heeft duidelijk voorspellende waarde voor inschatten delictgevaar-lijkheid ⁽³⁷⁾
jeugd en gezinsleven ^{1, 6, 7, 9, 16,, 19, 20, 37 *}	58% van de TBS-gestelden heeft te maken gehad met ernstige affectieve en pedagogische verwaarlozing en zeer problematische gezinssituaties (55%)	niet hierop gericht	geen informatie over aangetroffen	niet
opleidingsniveau ^{32 *}	lagere school niet afgerond: 30% mavo: 10%; schoolperiode met probleemgedrag en veel schoolwisselingen: 80% ³²	in de v.d. Hoevenkliniek ook gericht op opleiden ⁴⁶	geen informatie over aangetroffen	niet
arbeidsverleden ^{32, 33 *}	ja, - ruim eenderde heeft niet of nauwelijks gewerkt - 40% heeft zeer onregelmatig, wisselend en gedurende korte perioden gewerkt	in de v.d. Hoevenkliniek ook gericht op arbeid ⁴⁶	geen informatie over aangetroffen	niet

Kenmerken	Deelt het kenmerk de TBS-populatie in substantiële groepen?	Inhoud behandeling	Behandelduur	Recidive wel/niet empirisch vastgesteld
	- 20% heeft min of meer regelmatig arbeidsverleden - 44% heeft geen beroep ³²			
sociaal netwerk ^{33, *}	matig - 14% zwerft voor huidige tbs - 10% in een of andere inrichting voor huidige tbs ³²	in systeemtherapeutische visie van v.d. Hoeven ⁴⁶ wordt sociale netwerk betrokken bij de behandeling als positief stimulerende factor	bekend van populatie in de v.d. Hoevenkliniek	niet wel is er positief effect aangetoond van intramurale behandeling van v.d. Hoevenkliniek op sociaal en beroepsmatig functioneren ⁴⁶
motivatie en stuurbaarheid ^{10, 12, 21, 33}	slecht, de meeste TBS-patiënten zijn slecht gemotiveerd om mee te doen aan behandeling ^{10, 12}	programma van de v.d. Hoevenkliniek is hierop gebaseerd ²	-	zie sociaal netwerk
inzicht in psychopathologie ^{9, 33, 37}	niet bekend	ontwikkelen van delictscenario's	niet aangetroffen	niet
psychiatrische diagnose ^{33, 46 *}	psychotici: 27% persoonlijkheidsstoornissen: 60% ³² zie verder MITZ	ja, voor psychotici in van Mesdag ⁵² persoonlijkheidsstoornissen in v.d. Hoeven ⁴⁶ verstandelijk gehandicapten ⁴³	weinig informatie over aangetroffen	niet; geen recidivestudies hierop gericht, wel zijn positieve effecten aangetoond van de behandeling van TBS-patiënten met persoonlijkheidsstoornissen

Kenmerken	Deelt het kenmerk de TBS-populatie in substantiële groepen?	Inhoud behandeling	Behandelduur	Recidive wel/niet empirisch vastgesteld
				(4b)
verslaving ^{9, 14, 15, *}	ja toename polimorfdruggebruik ¹⁶ - niet alcohol verslaafd: 44,4% - niet verslaafd + intensief gebruik: 24,0% - wel alcohol verslaafd: 22,5% ³⁶ niet harddrugs verslaafd: 65,5% niet + intensief gebruik harddrugs: 7,0% harddrugs verslaafd harddrugs: 17,7% ³⁶	-	-	-
allochtoon/ autochtoon ^{6, 7, *}	25% heeft een allochtone achtergrond	ja, beschrijving van aanbod van acht klinieken ⁵³	geen informatie aangetroffen	niet
mate van gevaar, van beveiliging die nodig is ^{38, 50}	-	-	-	wel: onderzoek naar zes dimensies voor assessment gevaarlijkheid: handicap om relaties te ontwikkelen, ongecontroleerde emoties,

Kenmerken	Deelt het kenmerk de TBS-populatie in substantiële groepen?	Inhoud behandeling	Behandelduur	Recidive wel/niet empirisch vastgesteld
				gebrek aan ondersteuning van netwerk buiten kliniek, gedragsproblemen in kliniek, index voor gepleegde misdrijven niet onder invloed van omstandigheden ⁵¹ .
kenmerken van de tbs-behandeling ³⁸ *	in MITZ informatie over - al dan niet conform ontslag - al of niet beëindiging met proefverlof - recidivisme tijdens tbs - duur van de tbs (als voorspeller voor risico van recidivisme) - ongeoorloofde afwezigheid tijdens behandeling ³⁸	-	-	-
fase in de behandeling *	- diagnose, veiligheid creëren - behandeling - resocialisatie - proefverlof	-	-	-
gevoel van professionals ^{21, 37}	geen informatie over vanuit kenmerken van de tbs-	geen informatie over	geen informatie over	ja, de vraag: "zijn de leden van behandelteam op hun

Kenmerken	Deelt het kenmerk de TBS-populatie in substantiële groepen?	Inhoud behandeling	Behandelduur	Recidive wel/niet empirisch vastgesteld
	patiënt blijkt moeilijk te reconstrueren wanneer psychiater iemand gevaarlijk noemt ^{49, 50}			hoede in de omgang met betrokkene” heeft een duidelijk voorspellende waarde voor de inschatting van het risico van delictherhaling ⁽³⁷⁾

* gegevens over deze kenmerken zitten in MITZ

Bijlage 3: Overzicht geselecteerde TBS-instellingen

- Dr. H. van der Hoevenkliniek in Utrecht
- Rijksinrichting Veldzicht in Balkbrug
- Dr. S. Mesdagkliniek in Groningen
- FPK Oldenkotte in Rekken
- GGzE in Eindhoven
- Hoeve Boschoord in Boschoord
- Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek in Nijmegen

Bijlage 4: Deelnemers aan Toetsingsbijeenkomst TBS op maandag 16 februari 1998

De heer H. Kuperus, GGzE

De heer Derksen, GGzE

De heer J. van Emmerik, Dr. F.S. Meijers Instituut

De heer Perik, R.I. Veldzicht

De heer van der Touw, Dr. S. van Mesdagkliniek

De heer Derks, Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

De heer v.d. Geest, Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

De heer W. v.d. Schee, Hoeve Boschoord

De heer J. Prikken, Hoeve Boschoord

De heer H. de Weerd, FPK Oldenkotte

De heer D.J.H.G. Vijgen, Ministerie van Financiën

Carolien Koning, NZi

Julie Meerveld, NZi

Renske Griffioen, NZi

Sylvia Uittenhout, NZi

Verhinderd (met bericht): de heer Poelmann, Prof.mr. W.P.J. Pompekliniek.

Afwezig: mevr. C.J. den Boer-van Schaik, Ministerie van Justitie.

Bijlage 5 : Overzicht van alle genoemde mogelijkheden

Behandeling vóór opname

- Psychose-patiënten zo snel mogelijk medicatie starten, eventueel zelfs voor het vonnis, in het huis van bewaring.
- Plaatsing van TBS-gestelde in het huis van bewaring dicht(ste) bij de kliniek van plaatsing (na MI-selectie). In het Huis van bewaring voorbehandeling starten vanuit poli van de TBS-instelling.

Behandeling

- Intensiveren van de behandeling (meer therapiecapaciteit in ruimte en therapeuten).
- Gedwongen medicatie (libido-beperkende medicatie).

TBS-contracten

- Harde duidelijke(re) doelstellingen en eindresultaten aan de behandeling gesteld door de rechter bij de TBS stelling bijvoorbeeld resocialisatieplan, ten behoeve van kliniek en patiënt (dit is belangrijker dan de termijn).
- Heldere afspraken tussen patiënt en kliniek, wijzen op gevolgen van niet meewerken van patiënt: terugplaatsen naar huis van bewaring (moet makkelijker mogelijk worden).

Intern volgsysteem

- (Verder) ontwikkelen van behandelplannen (structureren en systematiseren).
- Automatisering interne informatiestromen met nadruk op een systeem voor gegevensregi-stratie en feedback opzetten over behandeling, maar ook voor uitplaatsing, herplaatsing, contraire uitplaatsingen, recidive gegevens.

Verkorten van de procedures

- Verkorten van diagnosefase bij start TBS: MI geeft meer en specifiekere patiënten-informatie mee bij overdracht van patiënt aan kliniek.

- Verkorten van diagnosefase bij herselectie: MI en kliniek van herkomst geven meer en specifiekere patiënteninformatie mee bij overdracht van patiënt naar kliniek.
- Zeer snel, bij opname van TBS-gestelden of kort daarna in de behandelfase, reeds afspraken maken met vervolgvoorzieningen voor uitplaatsing (bijvoorbeeld bij psychiatrisch verleden: nagaan wat nodig is om terug- of uitplaatsing naar APZ mogelijk te maken). Wacht daar niet mee tot in de resocialisatiefase.
- Verbetering van logistiek rondom opname en ontslag: sneller opnieuw bezetten van lege plaatsen zowel intern (van de ene afdeling naar de andere) als extern (doorstroming van MI, HvB).
- Verkorten behandeling van een aanvraag voor een proefverlof bij het ministerie van Justitie (binnen 1 maand antwoord).
- Financiële prikkels voor snelle behandeling en uitstroom: vergoeding TBS (+/- 700,-) voor eerste 5 jaar, daarna gezondheidszorg tarief (+/- 350,-) per TBS -patiënt.

Deskundigheidsbevordering

- Uitwisselingsprogramma's met medewerkers van APZ en RIBW's.
- Wederzijdse coaching, counseling en stage lopen bij TBS-instellingen APZ, RIB.
- Wederzijdse coaching, counseling en stage lopen bij TBS-instellingen onderling, niet alleen op directieniveau ook op niveau medewerkers.

Beeldvorming

- Positieve(re) beeldvorming bij RIBW's en APZ-en door geven van een terugkeergarantie.
- Voor wat hoort wat: terugkeergarantie ook bieden voor crisis van APZ-patiënten.
- Meer reclame in de opleiding voor psychiaters, psychologen, sociotherapeuten voor het vak om meer goede professionals te interesseren voor de sector forensische psychiatrie.
- Betrekken van de buurt: buurtgemeentes gebruik laten maken van voorzieningen van de instelling (bijv. zwembad, werkplaats voor scholing jeugdige werklozen etc.).

Samenwerkingsprojecten

- Met Huis van Bewaring.
- Netwerk verslavingszorg met Jellinek-kliniek, CAD's e.d.

Nieuwe voorzieningen

- Forensische psychiatrische polikliniek met als doelgroep ex-TBS patiënten, potentiële TBS-gestelden en TBS-gestelden in het huis van bewaring in afwachting van plaatsing.
- Categoriele woonvorm voor ex-TBS patiënten.
- Categoriele woonvorm voor TBS-gestelden eventueel op terrein TBS-kliniek.
- Naservice: crisisinterventie en monitoring van ex-TBSgestelden en andere gevaarlijke psychiatrische patiënten door de FPK of TBS-kliniek.

Bijlage 6 : Geraadpleegde personen over beleidsmodulen

Overzicht van de personen die door het NZi zijn geraadpleegd voor het opstellen van de beleidsmodulen, in het kader van het NZi onderzoek (on)mogelijkheden tot verantwoord verkorten.

Beleidsmodule 1. Behandeling voor opname: bij psychose-patiënten zo snel mogelijk medicatie starten:

- de heer van der Touw, Dr. S. van Mesdagkliniek;
- de heer Bremer, FPK Oldenkotte.

Beleidsmodule 2. Intern volgsysteem: verdere ontwikkeling van behandelprotocollen:

- de heer Weerts, Pompekliniek;
- de heer van der Schee, Hoeve Boschoord.

Beleidsmodule 3. Verkorten procedures: procedures bij proefverlof, verkorten van de diag-nosefase, herselectie, verbeteren logistiek rond opname en ontslag:

- De heren Derks en Geerts, dr. H. van de Hoeven kliniek;
- de heer Que, FPK Oldenkotte;
- de heer Geurts, Pompekliniek (schriftelijke aanvullende informatie).

Beleidsmodule 4. Nieuwe voorzieningen: categorale woonvorm voor (ex) TBS gestelden:

- de heer Perik, R.I. Veldzicht;
- de heer Derksen, GGz Eindhoven.

De concept scenario's zijn vervolgens schriftelijk voorgelegd aan alle deelnemers van de toetsingsbijeenkomst (uit de instellingen), met de vraag deze concept scenario's van reacties te voorzien.

Bijlage 7 : Lijst van variabelen en codes

uit de basisbewonersgegevens: WARG/BASIS versie 3.1., MI-15/10/97

1. Diagnostische variabelen

Psychiatrische diagnose Meijers Instituut

1^e as-1 diagnose (code + omschrijving)

2^e as-1 diagnose (code + omschrijving)

3^e as-1 diagnose (code + omschrijving)

1^e as-2 diagnose (code + omschrijving)

2^e as-2 diagnose (code + omschrijving)

3^e as-2 diagnose (code + omschrijving)

1^e as-3 diagnose (code + omschrijving)

2^e as-3 diagnose (code + omschrijving)

3^e as-3 diagnose (code + omschrijving)

duur verslavingsproblematiek

- i 0 niet van toepassing
- i 1 tot 3 maanden
- i 2 3 tot 6 maanden
- i 3 6 tot 12 maanden
- i 4 1 tot 2 jaar
- i 5 2 tot 5 jaar
- i 6 5 tot 10 jaar
- i 7 meer dan 10 jaar
- i 9 onbekend

primaire verslavingsproblematiek

- i 19 alcohol gebruik
- i 21 heroïne gebruik
- i 22 morfine gebruik
- i 23 methadon gebruik
- i 29 gebruik overige opioïden (opiaten)
- i 31 cocaïne gebruik
- i 32 amfetamine gebruik
- i 39 gebruik overige opwekkende middelen
- i 41 benzodiazepinen gebruik (o.a. diazepam, etc.)
- i 42 overige slaapmiddelen (geen benzodiazepinen)
- i 43 psychofarmaca gebruik (o.a. haloperidol)

	i 49 gebruik overige medicijnen
	i 51 extacy(-achtigen)-gebruik (XTC)
	i 52 LSD gebruik
	i 53 cannabis gebruik
	i 59 gebruik overige hallucinogenen
	i 69 gebruik vluchtige middelen
	i 79 gokken
	i 89 overige verslaving (niet middelen)
	i 90 geen
secundaire verslavingsproblematiek	i 19 alcohol gebruik
	i 21 heroïne gebruik
	i 22 morfine gebruik
	i 23 methadon gebruik
	i 29 gebruik overige opioïden (opiaten)
	i 31 cocaïne gebruik
	i 32 amfetamine gebruik
	i 39 gebruik overige opwekkende middelen
	i 41 benzodiazepinen gebruik (o.a. diazepam, etc.)
	i 42 overige slaapmiddelen (geen benzodiazepinen)
	i 43 psychofarmaca gebruik (o.a. haloperidol)
	i 49 gebruik overige medicijnen
	i 51 extacy(-achtigen)-gebruik (XTC)
	i 52 LSD gebruik
	i 53 cannabis gebruik
	i 59 gebruik overige hallucinogenen
	i 69 gebruik vluchtige middelen
	i 79 gokken
	i 89 overige verslaving (niet middelen)
	i 90 geen
IQ	
classificatie IQ	i 1 debiel (50 t/m 69)
	i 2 zwakbegaafd (70 t/m 84)
	i 3 laag gemiddeld (85 t/m 89)
	i 4 gemiddeld (90 t/m 109)
	i 5 hoog gemiddeld (110 t/m 114)
	i 6 begaafd (>=115)

2. Delictvariabelen

slachtoffer(s)	i 1	(ook)partner
	i 2	(ook)familie
	i 3	(ook)bekende
	i 4	ex-partner
	i 8	ander/onbekende
	i 9	onbekend
agressieve component	i 0	geen geweld aanwezig
	i 1	materiële schade
	i 2	bedreiging met geweld/gevaar leven bij brandst.
	i 3	lichamelijk letsel, niet dodelijk
	i 4	dodelijke afloop
seksuele component	i 0	geen seksuele component aanwezig
	i 1	seksuele component, slachtoffer ben. 16 jr.
	i 2	seksuele component, slachtoffer 16 jr.e.o.
	i 3	seksuele component, slachtoffer beide
	i 4	seksuele component, niet voor veroordeeld
	i 8	seksuele component, anders
vermogens component	i 0	geen vermogenscomponent aanwezig
	i 1	vermogenscomponent aanwezig
brandstichting	i 0	geen brandstichting
	i 1	brandstichting

3. Delictverleden

officieel geregistreerde veroordelingen in NL:

met vrijheidsbenemende straf of maatregel	(aantal)
zonder vrijheidsbenemende straf of maatregel	(aantal)
leeftijd eerste veroordeling	(leeftijd in jaren)
eerder 6-jaars PIJ / BB	(aantal keren)
eerder opgenomen met andere straf/jeugdmaatr.	(aantal keren)
eerder TBS met bevel tot verpleging of TBR/OV	(aantal keren)
eerder TBS zonder bevel tot verpleging of	(aantal keren)

TBR/VV

eerder opgenomen o.g.v. art.120 of art.47 GM	(aantal keren)
eerder opgenomen met last tot plaatsing PZ	(aantal keren)
eerder opgenomen o.g.v. schorsing voorl.hechtenis	(aantal keren)
overige door rechter afgedwongen hulpverl.cont.	(aantal keren)
leeftijd TBS-veroordeling	(leeftijd in jaren)

4. Hulpverleningshistorie

eerdere hulpverleningscontacten	☐ 0 geen ☐ 1 alleen ambulante ggz/hulpverlening ☐ 2 (ook) intramurale ggz, echter nooit met (civiel)rechterlijke dwangmaatregel ☐ 3 (ook) intramurale ggz, (ook) met (civiel) rechterlijke dwangmaatregel ☐ 4 overige hulpverleningscontacten (semi-murale ggz, opvangcentra, besch.woonvormen, e.d.) ☐ 9 onbekend
leeftijd eerste hulpverleningscontact	(leeftijd in jaren)

5. Demografische kenmerken

geslacht	☐ 1 man ☐ 2 vrouw
burgerlijke staat	☐ 0 onbekend ☐ 1 ongehuwd en nooit gehuwd geweest ☐ 2 gehuwd ☐ 3 gescheiden ☐ 4 weduwe/weduwnaar
culturele achtergrond	☐ 1 autochtoon/Nederlands ☐ 2 Turks ☐ 3 Marokkaans ☐ 4 overig Mediterraan ☐ 5 overig Europees ☐ 10 Moluks

	- i 11 Indonesisch - i 21 Antilliaans - i 22 Surinaams: Creools - i 23 Surinaams: Hindoestaans - i 24 Surinaams: overig - i 25 gemengd - i 29 overig buiten Europa - i 99 onbekend
hoogst afgeronde opleiding	- i 10 geen - i 20 buitengewoon onderwijs - i 30 lager onderwijs - i 31 lager voortgezet onderwijs - i 40 middelbaar vormend onderwijs - i 41 middelbaar beroeps onderwijs - i 50 hoger vormend onderwijs - i 60 hoger beroeps onderwijs - i 70 voorbereidend wetenschappelijk onderwijs - i 80 wetenschappelijk onderwijs - i 99 onbekend
niveau laatst uitgeoefende beroep	- i 0 niet van toepassing/geen beroep - i 10 ongeschoolde arbeid - i 20 geschoolde arbeid - i 30 lagere employés - i 40 kleine zelfstandigen - i 50 middelbare employés - i 60 hogere beroepen - i 70 huisvrouw/huisman - i 80 schoolgaand/studerend - i 99 onbekend
bron van inkomsten voorafgaand aan detentie	- i 1 loon/zelfstandig/eigen bedrijf (w.o.ziektewet) - i 2 uitkering - i 3 AOW/pensioen - i 4 geen inkomen (schoolgaand huisvrouw/-man) - i 5 studiefinanciering - i 6 overige inkomsten - i 9 onbekend
adoptiekind	- i 1 ja - i 2 nee

	i 9	onbekend
belangrijkste verzorger eerste 6 levensjaren (d.w.z. gedurende langste periode)	i 1	beide biologische ouders
	i 2	beide adoptief ouders
	i 3	beide pleegouders
	i 4	grootouders
	i 5	biologische moeder (eventueel met partner)
	i 6	adoptief moeder (eventueel met partner)
	i 7	pleegmoeder (inclusief familielid)
	i 8	biologische vader (eventueel met partner)
	i 9	adoptief vader (eventueel met partner)
	i 10	pleegvader (inclusief familielid)
	i 11	instituten
	i 98	anders
	i 99	onbekend
belangrijkste verzorger 7 ^e t/m 12 ^e levensjaar (d.w.z. gedurende langste periode)	i 1	beide biologische ouders
	i 2	beide adoptief ouders
	i 3	beide pleegouders
	i 4	grootouders
	i 5	biologische moeder (eventueel met partner)
	i 6	adoptief moeder (eventueel met partner)
	i 7	pleegmoeder (inclusief familielid)
	i 8	biologische vader (eventueel met partner)
	i 9	adoptief vader (eventueel met partner)
	i 10	pleegvader (inclusief familielid)
	i 11	instituten
	i 98	anders
	i 99	onbekend
belangrijkste verzorger 13 ^e t/m 18 ^e levensjaar (d.w.z. gedurende langste periode)	i 1	beide biologische ouders
	i 2	beide adoptief ouders
	i 3	beide pleegouders
	i 4	grootouders
	i 5	biologische moeder (eventueel met partner)
	i 6	adoptief moeder (eventueel met partner)
	i 7	pleegmoeder (inclusief familielid)
	i 8	biologische vader (eventueel met partner)
	i 9	adoptief vader (eventueel met partner)
	i 10	pleegvader (inclusief familielid)
	i 11	instituten
	i 98	anders

	i 99	onbekend
aantal tehuizen waarin verbleven t/m 18 ^e levensjaar	i 0	geen
	i 1	1
	i 2	2
	i 3	3
	i 4	meer dan 3
	i 9	onbekend
leeftijd bij adoptie		(in jaren)
leeftijd (eerste) plaatsing in een pleeggezin		(in jaren)
leeftijd (eerste) plaatsing in een tehuis		(in jaren)
aantal biologische kinderen van betrokkene		(aantal)

6. Intervenierende variabelen

beschikking over sociaal netwerk waarvan in behandeling gebruik kan worden gemaakt	i 1	ja
	i 2	nee
verwacht toekomstig zorgsysteem	i 1	n.v.t.: langdurig verblijf in TBS-voorzieningen (>= 8 jaar)
	i 2	intramurale GGZ
	i 3	beschermde woonvorm/beschutte woonvorm
	i 4	zelfstandig verblijf in de samenleving
	i 5	zwakzinnigenzorg
	i 8	geen beoordeling mogelijk
	i 9	anders

	laag	< ----	(aanwezig)	---- > hoog	
	1	2	3	4	5
inschatting acuut delictgevaar	i	i	i	i	i
inschatting acuut vluchtgevaar	i	i	i	i	i

Bijlage 8: Lijst van variabelen en codes na omcoderingen

PRINCALS - VERSION 0.6

BY

DEPARTMENT OF DATA THEORY

UNIVERSITY OF LEIDEN, THE NETHERLANDS

inputfile : ibo_revised.sav

stuurfile : ibo_pca5_rev.sps

The number of observations used in the analysis = 790

List of Variables

=====

		Number of Measurement	
Variable	Variable Label	Categories	Level
-----	-----	-----	-----
P_PSYCHO	as-I schiz./psychot.	2	Multiple Nominal
P_STSEKS	as-I seks. stoorn.	2	Multiple Nominal
P_GEDRST	as-I gedrag.st.	2	Multiple Nominal
ALCOH	verslav: alc.	3	Ordinal
SOFTD	verslav: softd	3	Ordinal
HARDD	verslav: hardd	3	Ordinal
GOK	verlav: gok	3	Ordinal
MED	verslav: medic	3	Ordinal
SUM_VERS	verslav: aantal	4	Ordinal
P_CLUSTA	pers.h.st. A	2	Multiple Nominal
P_CLUSTB	pers.h.st. B	2	Multiple Nominal
P_CLUSTC	pers.h.st. C	2	Multiple Nominal
P_VERM	vermogenscomponent	2	Multiple Nominal
P_BRAND	brandst. component	2	Multiple Nominal
P_BEDR	bedreiging met geweld	2	Multiple Nominal
P_LETS	persoonlijk letsel	2	Multiple Nominal
P_DODEL	dodelijk	2	Multiple Nominal
P_PEDO	seks. comp. < 16	2	Multiple Nominal
P_VERKR	seksuele component > 16	2	Multiple Nominal
P_PARTN	slachtoffer (ex)partner	2	Multiple Nominal
P_ONBEK	slachtoffer anders	2	Multiple Nominal

P_VERMET	ver. vrijh.b. straf	4	Ordinal
P_LFTVO	leeft. 1e veroord	5	Ordinal
P_ANDJM	eerder jeugdstraf/maatr.	4	Ordinal
P_TBSM	eerder TBS m. verpl.	3	Ordinal
P_TB SZ	eerder TBS z verpl	3	Ordinal
P_HCONT	eedere hulpverl.cont.	4	Ordinal
P_LFTHC	lft 1e hulpv.contact	2	Ordinal
OPL	hoogste opleidings niveau afgerond	4	Ordinal
P_BEROEP	beroepsniveau	3	Multiple Nominal
CULTVELD	cult. achtergr.	8	Multiple Nominal
INKOM	bron van inkomsten	3	Ordinal
P_GESL	Geslacht	2	Multiple Nominal
P_VERZ	3fas beide oud.	4	Ordinal
ATEH	aantal tehuizen	5	Ordinal
P_LFT_TH	Leeftijd (1e) plaatsing in een tehuis	4	Ordinal
P_AKIND	Aantal biologische kinderen	4	Ordinal
P_ANX_MO	as-I angst&stem.st.	2	Multiple Nominal
INTEL	intel. categ.	6	Ordinal

Marginal Frequencies

=====

Variable Missing Categories

	1	2	3	4	5	6	7	8
P_PSYCHO	104	505	181					
P_STSEKS	104	613	73					
P_GEDRST	104	639	47					
ALCOH	80	348	176	186				
SOFTD	87	426	132	145				
HARDD	92	510	51	137				
GOK	147	584	28	31				
MED	125	586	47	32				
SUM_VERS	38	295	111	147	199			
P_CLUSTA	104	640	46					
P_CLUSTB	104	413	273					
P_CLUSTC	104	635	51					
P_VERM	2	568	220					
P_BRAND	2	704	84					
P_BEDR	0	182	608					
P_LETS	0	395	395					
P_DODEL	0	213	577					
P_PEDO	0	706	84					
P_VERKR	0	657	133					
P_PARTN	0	725	65					
P_ONBEK	0	367	423					
P_VERMET	14	260	110	364	42			
P_LFTVO	30	111	331	153	74	91		
P_ANDJM	7	656	96	25	6			
P_TBSM	5	720	65	0				
P_TBSZ	7	753	30	0				
P_HCONT	72	258	139	168	153			
P_LFTHC	731	28	31					
OPL	42	31	172	428	117			
P_BEROEP	84	426	171	109				
CULTVELD	6	547	15	18	28	37	80	28
INKOM	303	135	264	88				31
P_GESL	0	749	41					
P_VERZ	22	181	181	33	373			

ATEH	47	439	111	68	36	89
P_LFT_TH	494	50	84	127	35	
P_AKIND	6	610	74	53	47	
P_ANX_MO	104	634	52			
INTEL	126	32	114	77	294	68 79

—

The iterative process stops because the convergence test value is reached.

Dimension	Eigenvalue
-----------	------------

1	,1114
2	,0799
3	,0628
4	,0585
5	,0509

=====
==
Variable: P_PSYCHO as-I schiz./psychot.

Type: Multiple Nominal Missing: 104

Category: Marginal Frequency

1	niet schi/psy	505
2	schiz/psychot	181

=====

==
Variable: P_STSEKS as-I seks. stoorn.

Type: Multiple Nominal Missing: 104

Category: Marginal Frequency

1	niet as1 sex.p.	613
2	as1 sex.st.	73

=====

==
Variable: P_GEDRST as-I gedrag.st.

Type: Multiple Nominal Missing: 104

Category: Marginal Frequency

1	as1 niet ged.dt.	639
2	as1 gedr.st.	47

=====

==
Variable: ALCOH verslav: alc.

Type: Ordinal Missing: 80

Category: Marginal Frequency

1 niet alc.vers.	348
2 intensief alc. gebr.	176
3 alc. versl.	186

=====

==

Variable: SOFTD verslav: softd

Type: Ordinal Missing: 87

Category: Marginal Frequency

1 niet softd versl	426
2 intens. softd gebrui	132
3 softd.versl.	145

=====

==

Variable: HARDD verslav: hardd

Type: Ordinal Missing: 92

Category: Marginal Frequency

1 niet hardd ver	510
2 intens hardd gebruik	51
3 verslaafd	137

=====

==

Variable: GOK verlav: gok

Type: Ordinal Missing: 147

Category: Marginal Frequency

1 niet gokversl	584
2 intensief gokken	28
3 gokverslaafd	31

=====

==

Variable: MED verslav: medic

Type: Ordinal Missing: 125

Category: Marginal Frequency

1 niet med versl 586
2 intens.med. gebruik 47
3 med.verslaaf 32

=====

==

Variable: SUM_VERS verslav: aantal

Type: Ordinal Missing: 38

Category: Marginal Frequency

1 0:geen verslav 295
2 2:enig verslav 111
3 3:verslaving 147
4 multip. verslav. 199

=====

==

Variable: P_CLUSTA pers.h.st. A

Type: Multiple Nominal Missing: 104

Category: Marginal Frequency

1 niet pst .A 640
2 pers.st. A 46

=====

==

Variable: P_CLUSTB pers.h.st. B

Type: Multiple Nominal Missing: 104

Category: Marginal Frequency

1 niet pst B 413

2 pers.st. B 273

==

Variable: P_CLUSTC pers.h.st. C

Type: Multiple Nominal Missing: 104

Category:	Marginal Frequency
-----------	--------------------

1 niet pst C	635
2 pers.st. C	51

=====

==

Variable: P_VERM vermogenscomponent

Type: Multiple Nominal Missing: 2

Category:	Marginal Frequency
-----------	--------------------

1 geen verm.c.	568
2 verm.c.	220

=====

==

Variable: P_BRAND brandst. component

Type: Multiple Nominal Missing: 2

Category:	Marginal Frequency
-----------	--------------------

1 geen brandst	704
2 brandst	84

=====

==

Variable: P_BEDR bedreiging met geweld

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency
-----------	--------------------

1 bedreig.m.gew.	182
------------------	-----

2 geen bedr.m.g. 608

=====

==
Variable: P_LETS persoonlijk letsel

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1	pers.letsel	395
2	geen pers.lets.	395

=====

==
Variable: P_DODEL dodelijk

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1	dodelijk	213
2	niet dodel.	577

=====

==
Variable: P_PEDO seks. comp. < 16

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1	geen seks. comp < 16	706
2	seks. comp < 16	84

=====

==
Variable: P_VERKR seksuele component > 16

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1	geen seks comp > 16	657
---	---------------------	-----

2 seks. comp. slachtof 133

==

Variable: P_PARTN slachtoffer (ex)partner

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1	niet	725
2	slachtoffer (ex)part	65

=====

==

Variable: P_ONBEK slachtoffer anders

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1	niet	367
2	slachtoffer anders	423

=====

==

Variable: P_VERMET ver. vrijh.b. straf

Type: Ordinal Missing: 14

Category: Marginal Frequency

1	0x vr.b.straf	260
2	1x vr.b.straf	110
3	2x vr.b.straf	364
4	3+x vr.b.straf	42

=====
==
Variable: P_LFTVO leeft. 1e veroord

Type: Ordinal Missing: 30

Category: Marginal Frequency

1 1e ver.11-15 jr	111
2 1e ver.16-20jr	331
3 1e ver.21-25jr	153
4 1e ver.26-30jr	74
5 1e ver.31+jr	91

=====
==
Variable: P_ANDJM eerder jeugdstraf/maatr.

Type: Ordinal Missing: 7

Category: Marginal Frequency

1 0 keer	656
2 1x jm	96
3 2x jm	25
4 3+x jm	6

=====
==
Variable: P_TBSM eerder TBS m. verpl.

Type: Ordinal Missing: 5

Category: Marginal Frequency

1 0 keer	720
2 1x eerd.TBSm.verp	65
3 2x eer. TBSm.verp	0

=====
==

Variable: P_TBSZ eerder TBS z verpl

Type: Ordinal Missing: 7

Category: Marginal Frequency

1 0 keer 753
2 1x eerd.TBSz.verp 30
3 0

=====

==

Variable: P_HCONT eerdere hulpverl.cont.

Type: Ordinal Missing: 72

Category: Marginal Frequency

1 geen 258
2 alleen ambulante ggz 139
3 (ook) intram.ggz, ec 168
4 (ook) intram.ggz, (o 153

=====

==

Variable: P_LFTHC lft 1e hulpv.contact

Type: Ordinal Missing: 731

Category: Marginal Frequency

1 1ehc -18 jr 28
2 1e hc 19 jr+ 31

=====
==
Variable: OPL hoogste opleidings niveau afgerond

Type: Ordinal Missing: 42

Category: Marginal Frequency

1	geen onderw.	31
2	bui.gew onderw.	172
3	lager onderwijs	428
4	voortg. onderw	117

=====

==
Variable: P_BEROEP beroepsniveau

Type: Multiple Nominal Missing: 84

Category: Marginal Frequency

1	nvt/geen beroep	426
2	ongesch.arb.	171
3	gesch.arb./hgr	109

=====

==
Variable: CULTVELD cult. achtergr.

Type: Multiple Nominal Missing: 6

Category: Marginal Frequency

1	Nederlands	547
2	overig Europ	15
3	Turks	18
4	Marokkaans	28
5	Antilliaans	37
6	Surinaams	80
7	overig buitn euro	28
8	gemengd cult	31

=====

Variable: INKOM bron van inkomsten

Type: Ordinal Missing: 303

Category: Marginal Frequency

1 loon/zelf.. 135
2 uitkering 264
3 over.inkom. 88
=====

==
Variable: P_GESL Geslacht

Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1 man 749
2 vrouw 41
=====

==
Variable: P_VERZ 3fas beide oud.

Type: Ordinal Missing: 22

Category: Marginal Frequency

1 0x beide ou. 181
2 1x beide ou. 181
3 2x beide ou. 33
4 3x beide ou. 373

=====
==
Variable: ATEH aantal tehuizen

Type: Ordinal Missing: 47
Category: Marginal Frequency

1 geen tehuiz.	439
2 1 tehuis	111
3 2 tehuizen	68
4 3 tehuizen	36
5 4+ tehuizen	89

=====

==
Variable: P_LFT_TH Leeftijd (1e) plaatsing in een tehuis

Type: Ordinal Missing: 494
Category: Marginal Frequency

1 1e thpl.0-5jr.	50
2 1e thpl.6-10jr	84
3 1e thpl.11-15jr.	127
4 1e thpl.15-20jr	35

=====

==
Variable: P_AKIND Aantal biologische kinderen

Type: Ordinal Missing: 6
Category: Marginal Frequency

1 geen kinderen	610
2 1 kind	74
3 2 kinderen	53
4 3 of meer kinderen	47

=====

==
Variable: P_ANX_MO as-I angst&stem.st.

Type: Multiple Nominal Missing: 104
Category: Marginal Frequency

1	niet angst/stem.st.	634
2	as1 angst/stem.st.	52

=====

==

Variable: INTEL intel. categ.

Type: Ordinal Missing: 126
Category: Marginal Frequency

1	deb(50-69)	32
2	zwb(70-84)	114
3	lgem(85-89)	77
4	gem(90 -109)	294
5	h/g(110 -114)	68
6	beg.(115+)	79

Bijlage 9: Datascreening : reductie, screening, transformaties

Datareductie

Daar de hoeveelheid van variabelen in verhouding moet staan tot het aantal cases (in dit geval TBS-patiënten) dient er eerst een datareductie plaats te vinden, dat wil zeggen er wordt niet zomaar een deel van de data geëlimineerd, maar er wordt door samenbundeling van gegevens een kleiner aantal variabelen gecreëerd waarmee de verdere analyses uitgevoerd zullen worden. Wel is het mogelijk om, na diverse preliminaire analyses een idee te krijgen over welke variabelen het meest van belang zijn en om dan een keuze te maken uit alle variabelen en dan wel te besluiten om een aantal variabelen verder niet meer in het onderzoek te betrekken. Er is besloten om eerst een bundeling te maken met behulp van een niet-metrische principale componenten analyse (PrincALS) en te kijken of : 1. De resultaten dimensies (ongeveer factoren) opleveren die goed te interpreteren zijn 2. de a priori als relevante geachte factoren teruggevonden worden in de gevonden dimensies. In het geval dat volgens punt 2 er een belangrijke factor niet teruggevonden wordt (omdat dit één enkel op zichzelf staande variabele is, die volgens praktijkervaringen wel als bijzonder relevant wordt beschouwd) dan zal gebruikt gemaakt worden van de samengebundelde informatie over alle variabelen aangevuld met een ruwe score van de als belangrijk geachte variabele.

Voordat daadwerkelijk een Princals analyse word uitgevoerd worden de data eerst in enkele groepen van variabelen opgesplitst en onderzocht met nonparametrische correlatie-berekeningen. De resultaten uit deze vooranalyse kunnen tonen welke samenhangen er in de totale dataset zijn te verwachten c.q. hoe de structuur van de dataset is.

Datascreening

Er wordt gekeken of er in de dataset cases zijn die statistisch gezien (te) sterk afwijkend zijn. Dit kan soms veroorzaakt zijn door een typefout bij de data-invoer, door een missende score bij een optelling van variabelen of door een meetfout. Als de range van scores op een bepaalde variabele bekend is en er is slechts één persoon met een score die daar ver buiten steekt, zullen de resultaten over de hele groep uitzonderlijk (en bovenmatig) veel beïnvloed worden door het hele patroon van die ene patiënt. Het toeval kan dan de verder gemiddelde lijn en/of normale samenhang buitensporig verstoren. Soms wordt dit pas duidelijk door niet alleen naar de range van één variabele tegelijk te kijken, maar pas als er tegelijkertijd naar de hele set van variabelen wordt gekeken. Er worden dan 'multivariate outliers' gevonden. In het handboek van Tabachnick en Fidell (1989) staan procedures voor datascreening beschreven. Aan de hand van de Mahalanobis distance kunnen dan die cases aangewezen waarvan de data uit de dataset verwijderd dient te worden. Er valt dan soms een (zeer) laag percentage van alle cases af voor verdere analyses. De verbanden die er dan in de dataset zijn worden dan makkelijker

gevonden. Het is echter noodzakelijk om te beschrijven hoeveel cases er afvallen en om welke reden(en) zij uit de verdere analyses zijn verwijderd.

Resultaten van datascreening

Als 'outliers' zijn uit de eerste analyses gevonden huisvrouwen en weduwen. Deze patiënten tonen ook vaker dat het slachtoffer de partner is. Op het eerste gezicht lijkt het, door deze bundeling van variabelen, dat er een bundeling van cases is namelijk vrouwen. Vrouwen lijken een bijzondere groep als men de plots bekijkt. Wanneer men echter de ladingen op de dimensies bekijkt en de relatieve 'kracht' naast de variabele 'geslacht' ziet staan (row sums) dan valt op dat de invloed van geslacht verder zeer beperkt is. Wanneer daarna dan ook een analyse wordt uitgevoerd op de dataset van 788 cases minus de 40 vrouwen dan valt op dat de gevonden oplossing een vrijwel identieke oplossing laat zien zoals af te lezen uit de ladingen op de eerste vijf dimensies.

Er worden van het totaal aantal cases wel enkele cases verwijderd op basis van de gevonden dimensiescores. Eén case is in de scatterplots duidelijk te zien. Het betreft een case die de laagste IQ-score heeft, namelijk 50. Op zich is dit niet ernstig, wel is het ernstig dat deze case verder relatief veel missende scores op variabelen heeft. De berekende dimensiescores zijn daardoor erg afwijkend geworden. Daarna is gezocht naar multivariate outliers met behulp van multiële regressie. De cases met de hoogste Mahalanobis distance worden samen met hun case-label geprint. In een tabel in een bijlage van Tabachnick & Fidell (1989) valt dan af te lezen welke grenswaarde er is wanneer men de aanbevolen p-waarde van .001 hanteert. Het bleek dan dat er van slecht 6 cases de data verwijderd hoefde te worden. Bij nadere beschouwing bleek ook hier dat de berekende dimensie-scores geleden hadden onder het feit dat er enkele waarden missend waren.

Transformatie van de data

Om een Princals te kunnen uitvoeren moeten echter alle data zo omgecodeerd worden dat de code 0 niet meer voorkomt en dat alle ranges van codes bij 1 beginnen; codes 10, 20, 30, 80, 90 worden omgezet naar 1, 2, 3, 4, 5 en codes 0, 1, 2 moeten worden omgezet naar 1, 2, 3.

Er zijn verschillende typen van data in de dataset, zowel multiple nominaal als ordinaal. Even belangrijk voor verdere analyses is het dat de range van scores op de verschillende variabelen niet gelijk is. Wanneer men een invoerbestand wil hebben om naar groepen te zoeken is het nodig dat deze verschillen recht worden getrokken omdat anders personen alleen (of voornamelijk) worden ingedeeld in een groep op basis van de variabele met de grootste range van mogelijke scores. Er dient hierbij echter wel aangetekend te worden dat bij transformaties op data, ook op niet-metrische data, er opgepast moet worden om niet tot over- of ondercorrecties te komen. Een gangbare transformatie van data alvorens aan clusteranalytische bewerkingen te beginnen is de z-transformatie. Daarbij worden de scores zo omgezet dat voor alle variabelen het gemiddelde gelijk is aan nul en dat het gros van de patiënten een score heeft tussen de -2 en +2 (zie hiervoor een normaalverdeling, bijv. Hays, 1977).

Range-transformatie wordt meer recentelijk geopperd als adequate transformatie voorafgaande aan clusteranalyse (Milligan & Cooper, 1988). Hierbij worden alle variabelen omgezet binnen een range van 0 tot 1.

Resultaten van pre-analyses, uitgevoerde transformaties

Op aanraden van Milligan en Cooper (1988) zijn alle data getransformeerd naar een gelijke range: voor alle variabelen is de range omgezet van 0 naar 1. Er is ook een analyse uitgevoerd nadat de data eerst een z-transformatie had ondergaan i.p.v. van een 0-1 range-transformatie. De resultaten waren iets verschillend van elkaar maar toonden ook weer niet zulke verschillen dat alle resultaten als instabiel beschouwd dienen te worden.

Besloten is de variabele (slachtoffer bekende) 'bekend' uit de analyse te verwijderen, daar die indirect te halen valt uit 'onbekende' en 'partner'.

Het bleek belangrijk om de nominale variabele seksueel delict op te splitsen in twee variabelen: seksuele component slachtoffers onder de 16 jaar en idem met slachtoffers boven de 16 jaar. In de plot van de Princals analyse blijft dit er hetzelfde uitzien. Op de 'factorladingen' c.q. de kolommen met ladingen op de dimensies bleken hierdoor grote verschillen te komen, dat wil zeggen het bleek dat er twee onafhankelijke dimensies zijn. Pedofilie is duidelijk anders dan verkrachting en aanranding. Er blijken dan ook minder dimensies te zijn met een 'dubbele' benaming, de dimensies komen meer op zichzelf te staan en de dimensies zijn dan beter te benoemen.

Verder zijn er heel wat nominale variabelen waarvoor het beter is om deze op te splitsen in meerder variabelen waarop d.m.v. de code 1 of 2 wordt aangegeven of een bepaald kenmerk (bijv. een bepaalde diagnose) wel of niet voorkomt. Tijdens het omcoderen moeten enkele goed overwogen keuzes en inschattingen gemaakt worden: alvorens de data te laten spreken is het nodig dat de data op theoretisch basis c.q. op voorhandse kennis goed wordt ingevoerd. Ook hier geldt dat wat er als onderzoeksresultaat uitkomt voor een groot deel bepaald wordt door wat (en hoe) men de data in een analyse invoert. Controles of de dataset geen storende outliers bevat kan dan deels d.m.v. diverse scatterplots, maar zal vaak toch ook gecontroleerd en geïnterpreteerd moeten worden op uitvoer-matrices en/of ladingen die gevonden worden op principale componenten.

Het gebruiken van 2 verslavingsvariabelen i.p.v. 1 is ook gedaan omdat in vooranalyses was gebleken dat een drugsverslaving niet samengaat met een seksueel delict en dat bij een alcoholverslaving men soms wel tot een seksueel delict komt.

Bijlage 10: Reductie van het aantal variabelen

Een eerste indruk over samenhang tussen variabelen

De groep van WARG variabelen is verdeeld in 6 groepen. De samenhang tussen de variabelen binnen deze groepen is onderzocht door het berekenen van de nonparametrische correlaties en door Princals analyses per groep van variabelen.

Variabelengroep 1: diagnostische variabelen

- De as-1 diagnose 'seksuele stoornis' heeft met alle andere variabelen een negatieve correlatie (staat relatief op zichzelf) en toont vooral een negatieve samenhang met verslavingsvariabelen. De combinatie psychotische stoornis en seksuele problematiek komt slechts drie keer voor.
- De as-I diagnose correleert (zoals hoort) met alle verslavingen.
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen hangen samen met verslaving aan harddrugs en softdrugs.
- As-I angst- en stemmingsstoornissen zijn onafhankelijk van alle andere as-I en as-II kenmerken.
- As-I gedragsstoornissen tonen een verband met as-II persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B (antisociaal, theatraal, narcistisch, borderline) en hebben enige samenhang met persoonlijkheidsstoornissen uit cluster C (dwangmatig, afhankelijk, ontwijkend).
- Alcoholverslaving is de enige verslaving die niet negatief correleert met seksuele stoornissen.
- Er is een samenhang tussen de verschillende verslavingen; het komt dus regelmatig voor dat een persoon meerdere verslavingen heeft.
- As-II persoonlijkheidsstoornissen uit type cluster B hangen sterk samen met de diverse verslavingen.

Variabelengroep 2: delictvariabelen

- Brandstichting gaat samen met bedreiging met geweld c.q. gevaar voor leven
- Indien er sprake is van een vermogenscomponent is het slachtoffer vaak een onbekende.
- Er is een negatieve samenhang tussen het aanwezig zijn van een seksuele component met de aanwezigheid van andere componenten.
- Als de agressieve component hoog (dodelijk) is, is het slachtoffer vaak een bekende of (ex)partner.

Variabelengroep 3: delictverleden

- Alle soorten eerdere maatregelen en veroordelingen (met of zonder vrijheidsbenemende straf, jeugdmaatregel, eerdere TBS met of zonder verpleging, eerder opgenomen op grond van artikel 120 GM) tonen een samenhang met elkaar.

- De enige negatieve samenhang tussen deze set variabelen is die tussen leeftijd eerste veroordeling en de overige variabelen: hoe jonger iemand was tijdens zijn eerste veroordeling, hoe hoger het aantal veroordelingen en/of maatregelen op het moment dat de TBS wordt opgelegd.

Variabelengroep 4: hulpverleningshistorie

- Er is geen sterk verband gevonden tussen de leeftijd bij het eerste hulpverleningscontact en het soort hulpverleningscontact (intramuraal of ambulant).

Variabelengroep 5: demografische kenmerken

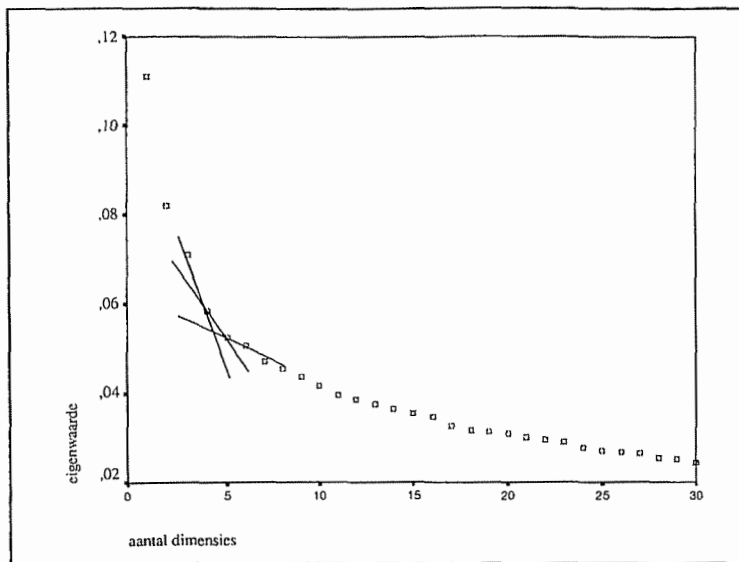
- Als men in de jeugd in meer tehuizen heeft verbleven, is men minder vaak door beide biologische ouders opgevoed.
- Een hoge opleiding hangt samen met het hebben van een hoger beroep en een verleden met minder tehuizen
- Personen met een Nederlandse culturele achtergrond zijn vaker door beide biologische ouders opgevoed dan TBS-gestelden met een allochtone culturele achtergrond.

Variabelengroep 6: interveniërende variabelen

- Een hoog ingeschat delictgevaar gaat samen met een hoger ingeschat vluchtgevaar.
- Indien de ingeschatte gevaren laag zijn is het toekomstig verwachte zorgsysteem vaker 'zelfstandig verblijf in de samenleving'.
- Het hebben van een netwerk hangt samen met een gunstiger verwacht toekomstig zorgsysteem.

Eigenwaarden Princals

Bij het samenvoegen van variabelen d.m.v. Princals is o.a. een scree-plot gebruikt om een verantwoorde keuze te kunnen maken over het aantal dimensies ('factoren') tot welke de totale set van variabelen teruggebracht kan worden. Uit deze scree-plot (zie Figuur 1) is te zien dat er een 'knik' zit na de vijfde dimensie. Er is toen gekeken naar de oplossing van deze reductie c.q. naar de ladingen van alle variabelen op de vijf dimensies. De gevonden oplossing is goed te interpreteren. Er is daarna besloten tot reductie van variabelen tot vijf dimensie-scores.



Figuur 1: eigenwaarden van de dimensies in de Princals analyse.

Bijlage 11: Clusteranalyse, methode en resultaten

Het zoeken naar groepen van patiënten met behulp van clusteranalyse

Bij het zoeken naar patiëntencusters is vooral gebruik gemaakt van aanwijzingen van Lorr (1983), Everitt (1974, 1993) en Aldenderfer & Blashfield (1984). Bij de bewerkingen voor de bepaling van de validiteit is vooral gebruik gemaakt van aanwijzingen van Milligan (1981) en Huizinga (1977). De totale serie van te volgen stappen voor het zoeken naar typen sluit aan zoals die gebruikt is in het landelijk aandachtsproject (zie Brand, 1997). De belangrijkste te onderscheiden stappen zijn :

- outliers verwijderen;
- transformaties;
- reductie van het aantal variabelen;
- keuze van de juiste metrische schalen;
- keuze tussen vooral shape of level gestuurde algoritme;
- keuze van het aantal clusters;
- twee-staps methode gebruiken: hiërarchische analyse gevolgd door iteratieve clusteranalyse;
- berekenen van de interne validiteit ;
- de bewerkingen vergelijken na verandering van het aantal cases, aantal variabelen, gebruik-te afstandsmaat;
- externe validiteit proberen te bepalen.

Er wordt gemeld dat alvorens een indeling in groepen te presenteren er eerst een replicatie studie uitgevoerd dient te worden. Omdat het in deze studie gaat om een eerste rekenkundige indeling in groepen is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten. Als verdere validatie kan beschreven worden in hoeverre de groepskenmerken overeenkomen met kennis over persoonsgroepen zoals die al in de praktijk is gevormd.

Alvorens een hiërarchische clusteranalyse uit te voeren dient men te hebben bepaald wat het belangrijkste type verschil tussen de groepen dient te zijn: shape of level. Bij een onderzoek naar vaardigheden bij jeugdigen die ontwikkeling zijn is het vooral van belang om binnen de persoon relatieve zwakke kanten te vinden (bijv. vooral problemen met lezen): het profiel van prestaties. Bij een onderzoek bij volwassenen kan het zo zijn dat men minder geïnteresseerd is in relatieve prestaties maar meer naar absolute niveaus van prestaties (bijvoorbeeld niveau/ernst van agressie tijdens delict). Bij het eerste voorbeeld is men vooral geïnteresseerd in shape en kan een similarity-measure als pearson correlatie gebruikt worden als maat tijdens het clustering-algoritme. Bij het tweede voorbeeld is men meer geïnteresseerd in level

en kan een dissimilarity-measure als Euclidische distance gebruikt worden tijdens het clustering-algoritme.

Tot slot zal de externe validiteit bepaald dienen te worden (Morris, Blasfield & Satz, 1981) Dit kan door te kijken naar de samenhang tussen de groepen en variabelen die niet in de analyse betrokken waren. Dit zal eventueel in een later stadium mogelijk worden. Er wordt door Morris et al. ook gemeld dat alvorens een indeling in groepen te presenteren er eerst een replicatie studie uitgevoerd dient te worden.

Genomen stappen en gevonden resultaten

Om ook een indeling te maken die makkelijker te duiden en te benoemen is werd ook een clusteranalyse uitgevoerd op een keuze van ruwe variabelen (i.p.v. dimensiescores). De keuze van variabelen werd bepaald door de gevonden dimensies. Op basis van een hiërarchische clusteranalyse op deze binaire/dichotome scores is een boomstructuur gevonden, waaruit opgemaakt kon worden dat ook daar vooral op delictvariabelen gesplitst werd.

Op deze ruwe scores is geen iteratieve clusteranalyse meer uitgevoerd omdat dit op dichotome data niet is toegestaan (Norusis, SPSS Inc., 1994a). De uitgevoerde hiërarchische clusteranalyse heeft enkele pluspunten en enkele minpunten, namelijk :

- + de uitkomsten en groepsbeschrijvingen zijn simpel te duiden;
- + het is geschikt als alternatief naast een oplossing gebaseerd op dimensie-scores;
- ook voor hiërarchische clusteranalyses (naast iteratieve k-means clusteranalyse) zijn dichotome data eigenlijk niet geschikt;
- er is het gevaar dat bij het bepalen welke variabelen wel of niet worden gebruikt in de clusteranalyse willekeur een rol speelt. Bij het kiezen welke ruwe/ongetransformeerde variabelen in de hiërarchische clusteranalyse er betrokken dienen te worden moet daarom gekeken worden naar resultaten van factoranalyse, of Princals. Deze levert echter direct al factorscores c.q. dimensiescores op welke zelf beter zijn te gebruiken voor verdere clusteranalyses.

In onderstaande tabel staan de gemiddelde waarden op de vijf dimensies voor de zes groepen zoals deze uit de hiërarchische clusteranalyse komen. Deze waarden zijn ingevoerd als startwaarden in de iteratieve K-means clusteranalyse.

Groep	Aantal cases per groep	Gem. score op dim. 1	Gem. score op dim. 2	Gem. score op dim. 3	Gem. score op dim. 4	Gem. score op dim. 5
1	66	-1.467	.144	-.865	.929	-.633
2	196	-.076	-.648	-.699	-.789	.315
3	94	.148	-.023	-.873	1.561	.538

4	155	.005	-.753	1.456	.382	.018
5	174	.253	.966	.365	-.417	.443
6	105	.490	.580	-.032	-.340	-1.479
Totaal		n = 790	-.022	-.009	.012	-.006

Bijlage 12: Referenties hoofdstuk 5

Aldenderfer, M.S. & Blashfield, R.K. (1984) Cluster Analysis. Sage University Papers series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-044. Beverley Hills, London: Sage Press.

Blashfield, R.K. (1984) The Classification of Psychopathology. Plenum Press, New York.

Brand, E. (1997) Differentiation of attention problems in children. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Enschede : PrintPartners Ipskamp.

Department of Data Theory University of Leiden (1988) Princals version 0.6.

Emmerik, J.L. van (1989) TBS en recidive : een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983. Arnhem: Gouda Quint / Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum.

Everitt, B. (1974) Cluster Analysis. London, Melbourne etc.: Heinemann Educational Books Ltd.

Everitt, B. (1993) Cluster Analysis. Third edition. London, Melbourne: Edward Arnold / New York, Toronto: John Wiley & Sons.

Geer, J.P. van de (1988) Analyse van categorische gegevens. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Hays, W.L. (1977) Statistics for the social sciences, second edition. Pgs. 878-879. London, New York etc. : Holt, Rinehart and Winston.

Huizinga, D.H. (1977) Cluster analysis : evaluation and dynamic typologies. Ph.D. Thesis University of Colorado at Boulder. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International.

Lorr, M. (1983) Cluster analysis for social scientists. San Francisco : Jossey-Bass Inc. Publishers.

Milligan, G.W. (1981) A Monte Carlo Study of thirty internal criterion measures. Psychometrika, 46, 2, 187-199.

Milligan, G.W. & Cooper, M.C. (1988) A study of standardization of variables in cluster analysis, *Journal of Classification*, 5, 181-204.

Morris, R., Blashfield, R.K. & Satz, P. (1981) Neuropsychology and Cluster Analysis : Potentials and Problems, *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 3, 1, 79-99.

Norusis, M.J., SPSS Inc. (1994a) *SPSS Categories 6.1 Manual*. (programma 7.5) Chicago: SPSS Inc. Princals, pag. 79-94.

Norusis, M.J., SPSS Inc. (1994b) *SPSS Professional Statistics 6.1 Manual*. (programma 7.5) Clusteranalysis. Pag. 83-142, Pag.119.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1989) *Using Multivariate Statistics*, second edition, New York, Cambridge etc.: Harper & Row

Werkgroep Afstemming Registratie Gegevens (WARG) (1992) *Eindrapport WARG, Basis Patiënt Gegevens forensisch psychiatrisch circuit*.

VI. Samenstelling van de werkgroep IBO TBS en van de begeleidingscommissie van het NZI-onderzoek “Verantwoord beperken”

werkgroep IBO TBS

mr. M.J.E.M. Jager	voorzitter	Commissaris van de Koningin van Flevoland
drs. D.J.H.G. Vijgen	secretaris	Ministerie van Financiën
prof. dr. F.A.M. Kortmann	externe deskundige	hoogleraar psychiatrie KU Nijmegen
drs. O.R. de Lange	lid, tevens co-secretaris	Ministerie van Justitie
mw. mr. E.M. Ballering	lid	Ministerie van VWS
mw. drs. C.J. de Boer-van Schaik	lid	Ministerie van Justitie
mw. mr. M.F.M. de Groot	lid	Ministerie van Justitie
mr.drs. R.K. Visser	lid	Ministerie van Algemene Zaken
drs. C.J.W. Wilmer	lid	Ministerie van Financiën

mw. mr. L. Begheijn (Justitie), drs. L.H. Erkelens (Justitie), mw. drs. L. Neijmeijer (VWS) en drs. J. Zanen (Financiën) hebben als plv. lid van de werkgroep een of meer vergaderingen bijgewoond.

Begeleidingscommissie onderzoek NZI “Verantwoord beperken”

prof. dr. F.A.M. Kortmann	voorzitter	hoogleraar psychiatrie KU Nijmegen
mw. drs. C.J. de Boer-van Schaik	lid	Ministerie van Justitie
dr. D.J. Kraan	lid	Ministerie van Financiën
drs. O.R. de Lange	lid	Ministerie van Justitie
dr. H.C. Vreugdenhil	lid	Ministerie van Justitie
drs. D.J.H.G. Vijgen	lid	Ministerie van Financiën