

Samenvatting

Inleiding en onderzoeksvragen

Binnen TBS-klinieken, maar ook binnen instellingen van de (forensische) Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) wordt een deel van de behandelplaatsen bezet door patiënten die op dit moment niet te behandelen zijn, terwijl hun delictrisico van dien aard is dat zij nog steeds een gevaar voor de samenleving vormen. Zowel in de TBS-, als in de GGz-sector wordt dit als een probleem ervaren, temeer omdat veel andere patiënten op wachtlijsten staan (zo wachtten in 2003, 169 personen gemiddeld 229 dagen op plaatsing in een TBS-kliniek).

Voor zeer langdurig en mogelijk blijvend delictgevaarlijke patiënten bestaat er binnen de TBS-sector inmiddels een aantal 'long stay plaatsen' waar zij tegen een lager tarief verblijven en niet meer worden behandeld met als doel resocialisatie.

Dit onderzoek beoogt informatie te leveren ten behoeve van beslissingen over het verder te ontwikkelen 'long stay beleid' van het ministerie van Justitie. Dit gebeurt door middel van schattingen door deskundigen van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten en van de mate en aard van de beveiliging en de zorg die zij nodig hebben.

Er zijn vier onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1 Hoeveel patiënten in TBS-klinieken, Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's), Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) en Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB's) worden door behandelverantwoordelijken beschouwd als 'blijvend delictgevaarlijk' volgens de in het onderzoek gehanteerde omschrijving?
- 2 Welke mate van beveiliging hebben deze patiënten volgens hun behandelverantwoordelijken nodig?
- 3 Welke mate van zorg hebben deze patiënten volgens hun behandelverantwoordelijken nodig?
- 4 Verschillen patiënten in TBS-instellingen van patiënten in forensische GGz-instellingen met betrekking tot stoornis, probleemgedrag, benodigde beveiliging en benodigde zorg?

Operationalisatie 'blijvende delictgevaarlijkheid' en onderzoeksopzet

Ter verheldering van het begrip 'blijvende delictgevaarlijkheid' is literatuuronderzoek verricht en zijn expertmeetings gehouden. Uiteindelijk is gekozen voor de volgende operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid'.

- 1 Er bestaat risico dat de patiënt een ernstig gewelddadig (al dan niet seksueel) delict pleegt. Het risico dat anderen fysieke schade oplopen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd.

- 2 Naast eventuele zorg is beveiliging en/of toezicht op het niveau van een TBS-instelling of forensische GGz-instelling nodig om te voorkomen dat de patiënt tot dergelijke delicten komt.
- 3 Het delictrisico is blijvend te noemen omdat niet te verwachten is (ondanks eventuele behandelinspanningen) dat het binnen een aanzienlijke periode (minimaal zes jaar) zodanig is afgenomen dan wel beheersbaar is geworden dat de patiënt buiten de onder 2 genoemde vormen van beveiliging en toezicht kan.

Deze operationalisatie heeft als doel een groep patiënten te omschrijven en af te bakenen. De eerder genoemde criteria voor 'blijvende delictgevaarlijkheid' zijn gekozen met het oog op de onderzoeksvraag, maar zijn niet geschikt om te gebruiken als selectiecriteria om een individuele patiënt als al dan niet 'blijvend delictgevaarlijk' te beoordelen.

Ten behoeve van dit onderzoek heeft een groot aantal behandelverantwoordelijke psychiaters en psychologen uit de TBS-sector en de (forensische) GGz-sector van ieder van hun intramuraal verblijvende patiënten ingeschat of deze al dan niet aangemerkt moet worden als 'blijvend delictgevaarlijk'. Dit deden zij op basis van de in het onderhavige onderzoek gehanteerde omschrijving.

Inventarisatie van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten

De inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten heeft plaatsgevonden in de acht TBS-klinieken, de drie Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's), de negen Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) van algemeen psychiatrische ziekenhuizen, de drie Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB's) en Hoeve Boschoord. Daarnaast hebben ook twee gesloten afdelingen voor chronisch psychiatrische patiënten van algemeen psychiatrische ziekenhuizen deelgenomen. In totaal zijn 1.673 patiënten die op 1 januari 2004 (verder aangeduid als 'peildatum') intramuraal in bovengenoemde voorzieningen waren opgenomen, in de inventarisatie betrokken. Van hen waren er 1.070 opgenomen in TBS-klinieken en 603 in (forensische) GGz-voorzieningen.

De behandelverantwoordelijken van deze klinieken hebben in de periode maart-juli 2004 voor alle patiënten die op peildatum intramuraal waren opgenomen, de vraag beantwoord of zij als 'blijvend delictgevaarlijk' moeten worden beschouwd. Dit deden zij op basis van de bijgeleverde (hierboven weergegeven) omschrijving van 'blijvende delictgevaarlijkheid'. Daarnaast hebben zij een inschatting gemaakt van het type voorziening dat de als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten op langere termijn nodig zouden hebben. Zij konden kiezen uit een intramurale voorziening met beveiliging en toezicht op het niveau van een TBS-kliniek, een intramurale voorziening met beveiliging en toezicht op het niveau van een voorziening binnen de forensische GGz, of een voorziening waarbij de

Tabel S1: Onderzoeksgroepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten

Onderzoeksgroep	Voorziening op 1 januari 2004	Verwachte voorziening op langere termijn
TBS-A	Intramuraal in TBS-kliniek	Intramuraal in TBS-kliniek
TBS-B	Intramuraal in TBS-kliniek	Intramuraal in forensische GGz
TBS-C	Intramuraal in TBS-kliniek	Gedeeltelijk in maatschappij met toezicht op delictgerelateerd gedrag
GGz-A	Intramuraal in (forensische) GGz	Intramuraal in TBS-kliniek
GGz-B	Intramuraal in (forensische) GGz	Intramuraal in forensische GGz
GGz-C	Intramuraal in (forensische) GGz	Gedeeltelijk in maatschappij met toezicht op delictgerelateerd gedrag

patiënt gedeeltelijk in de maatschappij verkeert met dagelijks toezicht op delictgerelateerd gedrag.

Op basis van de huidige sector van verblijf (TBS of GGz) en de verwachte voorziening op langere termijn zijn vervolgens zes onderzoeksgroepen onderscheiden (tabel S1):

Inventarisatie van behoefte aan beveiliging, toezicht en zorg

Uit het totale aantal als 'blijvend delictgevaarlijk' ingeschatte patiënten is een steekproef getrokken, verdeeld over de onderzoeksgroepen. Vervolgens hebben de betrokken behandelverantwoordelijken in de periode april-augustus 2004 over de patiënten uit de steekproef een vragenlijst ingevuld met betrekking tot de beveiliging en/of toezicht en zorg die zij voor elk van de patiënten nodig achten. Van de vragenlijsten is 93% tijdig ontvangen.

Aantallen blijvend delictgevaarlijke patiënten en benodigde voorzieningen op langere termijn

Zowel in de TBS-sector als in de GGz-sector wordt een aanzienlijk aantal patiënten aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk' (tabel S2).

De behandelverantwoordelijken hebben daarnaast voor elk van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten aangegeven welke voorziening deze naar verwachting op langere termijn nodig zal hebben (tabel S3).

In de TBS-sector gaat het aantal als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten de huidige 60 long stay plaatsen ruim te boven. Daarbij moet echter in aanmerking worden genomen dat niet iedere 'blijvend delictgevaarlijke' patiënt op de langere termijn de intensieve beveiliging van een TBS-kliniek nodig heeft. Er is ook een aanzienlijk aantal patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn in een intramurale voorziening van de forensische GGz kunnen verblijven, en daarnaast een aanzienlijk

Tabel S2: Aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gerelateerd aan sector van verblijf op peildatum

Sector van verblijf op peildatum*	'Blijvend delictgevaarlijk'		Niet 'blijvend delictgevaarlijk'		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
TBS-sector	448	42,8	599	57,2	1.047	100
GGz-sector	210	34,9	391	65,1	601	100
Totaal	658	39,9	990	60,1	1.648**	100

n=aantal patiënten

* de TBS-sector omvat de 8 TBS-klinieken; de GGz-sector omvat de 3 FPK's, de 9 FPA's, de 3 KIB's, een SGLVG en 2 gesloten verblijfsafdelingen van een APZ.

** Over 11 patiënten uit de TBS-sector zijn geen gegevens geleverd en bij 12 patiënten uit de TBS-sector was het volgens de behandelverantwoordelijke onduidelijk of zij al dan niet 'blijvend delictgevaarlijk' moesten worden beschouwd. Over 2 patiënten uit de GGz-sector zijn geen gegevens geleverd. Daarmee komt het totaal aantal patiënten in de tabel op 1.648 in plaats van 1.673.

Tabel S3: Verwachte benodigde voorzieningen op de lange termijn voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gerelateerd aan sector van verblijf op peildatum

Sector van verblijf op peildatum*	Intramuraal TBS		Intramuraal forensische GGZ		Deels terug in de maatschappij met forensisch toezicht		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TBS-sector	180	42,2	107	25,1	140	32,7	427	100
GGz-sector	24	11,5	79	37,8	106	50,7	209	100
Totaal	204	32,1	186	29,2	246	38,7	636**	100

n=aantal patiënten

* De TBS-sector omvat de 8 TBS-klinieken; de GGz-sector omvat de 3 FPK's, de 9 FPA's, de 3 KIB's, een SGLVG en 2 gesloten verblijfsafdelingen van een APZ.

** Van 7 patiënten uit de TBS-sector ontbreken gegevens. Bij 11 van de 448 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de TBS-sector twijfelden de behandelverantwoordelijken of de patiënt in de toekomst een intramurale voorziening in een TBS-kliniek of in een instelling van de forensische GGZ nodig zou hebben. Bij 3 patiënten was er twijfel of op langere termijn een intramurale voorziening van een forensische GGZ-instelling nodig zou zijn, of dat de patiënt onder toezicht gedeeltelijk in de maatschappij zou kunnen verblijven. Van 1 patiënt uit de GGz-sector ontbreken gegevens. Dit brengt het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de GGz-sector in de tabel op 209. Het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in de tabel komt daarmee op 636 in plaats van 658.

aantal patiënten voor wie naar verwachting op den duur onder toezicht een gedeeltelijk verblijf in de maatschappij mogelijk zal zijn.

Het aantal patiënten uit de GGz-sector dat naar verwachting op langere termijn een intramurale voorziening nodig heeft met beveiliging en toezicht zoals binnen een TBS-kliniek, is niet groot. Een aanzienlijk aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de GGz-sector zal naar verwachting ook op

langere termijn een intramurale voorziening binnen de forensische GGz nodig hebben. Van het grootste deel van de patiënten uit de GGz-sector wordt echter verwacht dat zij op langere termijn met dagelijks toezicht gedeeltelijk in de maatschappij zullen kunnen verblijven.

Op basis van de inschattingen door behandelverantwoordelijken is in beide sectoren de behoefte aan voorzieningen voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten aanzienlijk. Daarbij gaat het om voorzieningen die in verschillende mate beveiliging, toezicht en zorg bieden.

Het *overall* beeld is verder dat naarmate instellingen of afdelingen zich richten op populaties met ernstiger delicten en complexere psychische problematiek, het percentage patiënten dat wordt aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk' hoger is, evenals het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale voorziening nodig hebben. Zo is in de TBS-instellingen de categorie 'blijvend delictgevaarlijken' waarvan wordt ingeschat dat zij ook op langere termijn in een intramurale voorziening zullen moeten verblijven, groter dan in de GGz-voorzieningen gezamenlijk. Daarentegen is het aandeel 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten waarvan wordt verwacht dat zij op den duur (ten dele) in de maatschappij kunnen verblijven, groter in de gezamenlijke GGz-voorzieningen.

Voor patiënten met een TBS-maatregel geldt dat naarmate deze maatregel langer duurt, het percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten op het totale aantal patiënten groter wordt. Uit de resultaten blijkt daarnaast dat behandelverantwoordelijken het mogelijk achten om voor een aantal patiënten al eerder dan na zes jaar TBS de inschatting te maken dat zij nog langere tijd ten laste van het forensisch psychiatrische systeem zullen blijven. Aan de andere kant zien zij bij een aantal patiënten die zeer lang TBS hebben blijkbaar nog perspectief op het binnen een afzienbare periode verlaten van het forensisch psychiatrische systeem.

Karakterisering van groepen patiënten aan de hand van aspecten die relevant zijn met het oog op beveiliging en zorg

Om de groepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten te kunnen karakteriseren ten behoeve van de ontwikkeling van voorzieningen, is informatie verzameld over verschillende aspecten die relevant zijn met betrekking tot beveiliging en zorg.

Een aantal aspecten zijn van toepassing op alle zes onderzoeksgroepen. Zo pleegden de meeste 'blijvend delictgevaarlijke patiënten' een geweldsdelict tegen personen. In de meeste gevallen is sprake van co-morbiditeit. Zo hebben de meeste patiënten een persoonlijkheidsstoornis in combinatie

met een andere psychiatrische stoornis (op AS I of AS II van de DSM-IV). De meeste 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten hebben regelmatig zorg nodig van een psychiater en een sociotherapeut en/of psychiatrisch verpleegkundige. Bij een groot deel van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten wordt 'gebrek aan probleembesef' als belemmerende factor voor het verminderen van delictrisico beschouwd.

Subgroepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten bleken op basis van de onderzochte aspecten goed van elkaar te onderscheiden. Voor patiënten uit de TBS-A-groep en de GGz-A-groep wordt een intramurale long stay voorziening vergelijkbaar met een TBS-kliniek het meest geschikt geacht. De TBS-A-groep en voor een deel de GGz-A-groep, worden globaal gekarakteriseerd door de volgende kenmerken. Relatief veel patiënten hebben een zedendelict als indexdelict. Ook hebben veel patiënten een naar verwachting relatief korte latentietijd tot een delict zodra de structuur en toezicht van de kliniek wegvalt. Patiënten uit deze groepen worden relatief vaak als (enigszins) vluchtgevaarlijk beschouwd. Als doorslaggevende factor voor het aanmerken van de patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' wordt bij patiënten uit deze groepen vaker vermeld dat het delictgedrag deel uitmaakt van een ingeslepen gedragspatroon. Tevens wordt vaker vermeld dat bij de huidige stand van de wetenschap voor de patiënt geen reëel behandelperspectief aanwezig wordt geacht. Verder is een relatief groot aantal van de patiënten uit de A-groepen vijftig jaar of ouder, heeft een relatief groot aantal een seksuele stoornis en komen ernstige problemen wat betreft het sociaal en psychiatrisch functioneren relatief veel voor.

Voor patiënten uit de TBS-B- en GGz-B-groepen wordt een intramurale long stay voorziening die qua beveiliging en toezicht vergelijkbaar is met een voorziening binnen de forensische GGz, het meest geschikt geacht. De TBS-B- en GGz-B-groepen worden globaal gekenmerkt door de volgende aspecten. Relatief veel patiënten worden als (enigszins) vluchtgevaarlijk beschouwd. Bij een relatief groot aantal patiënten wordt het staken van medicatiegebruik en het gebruik van alcohol en/of drugs als een meer directe aanleiding tot verhoging van het delictrisico beschouwd en onbetrouwbaarheid in medicatiegebruik als belemmerende factor voor het verminderen van delictgevaarlijkheid. Verder hebben relatief veel patiënten in de B-groepen de diagnose schizofrenie, een lager dan gemiddelde intelligentie en ernstige problemen in het psychiatrisch en sociaal functioneren.

Voor patiënten uit de TBS-C- en GGz-C-groepen wordt (op langere termijn) een voorziening waarbij de patiënt met toezicht op delictgerelateerd gedrag gedeeltelijk in de maatschappij kan functioneren, het meest geschikt geacht. De TBS-C- en GGz-C-groepen worden globaal gekenmerkt door het volgende. Relatief veel patiënten hebben de diagnose misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs. Bij een groot aantal patiënten is

verslavingsproblematiek een doorslaggevende factor om hen aan te merken als 'blijvend delictgevaarlijk' en wordt alcohol- of drugsgebruik genoemd wordt als meer directe aanleiding tot verhoging van het delict risico. Bij patiënten uit deze groepen komt het relatief vaak voor dat volgens de behandelverantwoordelijke toezicht op het niveau van beschermd wonen volstaat. Vergeleken met de andere groepen hebben meer patiënten zorg van de reclassering nodig.

Verschillen tussen de patiënten uit de TBS- en GGz-sector

Uit onze gegevens komt naar voren dat patiënten uit de TBS-sector vaker een zedendelict als indexdelict hebben. Bij hen is vaker sprake van co-morbiditeit met betrekking tot psychische stoornissen (zowel een diagnose op AS-I als AS-II van de DSM-IV). Ook hebben de patiënten vaker een (chronische) somatische stoornis (een diagnose op AS-III van de DSM-IV). Bij patiënten uit de TBS-sector wordt tevens vaker een persoonlijkheidsstoornis al dan niet in combinatie met een seksuele stoornis gediagnosticeerd, zonder dat sprake is van schizofrenie. Cognitieve en interpersoonlijke factoren worden bij patiënten uit de TBS-sector vaker gezien als aanleiding tot een delict of als belemmerende factor voor vermindering van delict risico. Ten slotte worden zij in meer gevallen in staat geacht in een grotere groep te kunnen functioneren.

Bij patiënten uit de GGz-sector is daarentegen vaker sprake van schizofrenie al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. Bij hen wordt het staken van medicatiegebruik vaker genoemd als directe aanleiding tot verhoging van het delict risico. Ernstige problemen in het sociaal en psychiatrisch functioneren komen bij hen vaker voor, vooral bij de patiënten met schizofrenie of aanverwante stoornissen. Zij hebben meer zorg van psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen nodig dan patiënten uit de TBS-sector.

Conclusies

De belangrijkste resultaten uit dit onderzoek zijn¹:

- 1 In de TBS-sector en in de (forensische) GGz-sector is er op basis van schattingen door behandelverantwoordelijken een aanzienlijke behoefte aan voorzieningen voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten.
- 2 Er is behoefte aan naar niveau van beveiliging, toezicht en zorg gedifferentieerde voorzieningen. Dit betreft gesloten (long stay) plaatsen vergelijkbaar met de huidige long stay voorzieningen binnen TBS-klinieken, intramurale (long stay) plaatsen met een niveau van beveiliging en

¹ In dit rapport worden geen uitspraken gedaan over consequenties van de onderzoeksresultaten met betrekking tot het te ontwikkelen long stay beleid, dit gebeurt in de bijgaande beleidsreactie.

zorg zoals dat wordt geboden door voorzieningen binnen de forensische GGz en voorzieningen waarbij de patiënt onder dagelijks forensisch toezicht op delictgerelateerd gedrag gedeeltelijk in de maatschappij verkeert (dit betreft met name beschermd/begeleid wonen met toezicht).

- 3 De verschillende patiëntengroepen voor wie bovengenoemde voorzieningen geschikt worden geacht, zijn goed van elkaar te onderscheiden op grond van de geregistreerde aspecten met betrekking tot beveiliging en zorg. De karakterisering van de verschillende groepen is beschikbaar om te worden benut bij de eventuele ontwikkeling van voorzieningen.

De behandelverantwoordelijken benadrukken dat differentiatie van voorzieningen gepaard zal moeten gaan met een zorgvuldig risicomanagement. Als een patiënt met toezicht gedeeltelijk in de maatschappij kan verkeren, mag dit nooit tot een toename van maatschappelijke onveiligheid leiden. Er zal altijd een afweging moeten worden gemaakt van de andere belangen ten opzichte van het belang van de veiligheid van de samenleving. Een ander belangrijk onderwerp is de afweging van kosten en baten (zowel materieel als immaterieel) van verschillende mogelijke oplossingen (zie bijvoorbeeld Cooke en Philip, 2001; Cohen, 2001).

Bij het aanmerken van een patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' of als 'long stay patiënt' blijft vanuit ethisch oogpunt voorzichtigheid geboden. Zo is de kans dat een persoon opnieuw ernstige delicten pleegt nooit foutloos in te schatten.

Een patiënt op een van de huidige long stay afdelingen behoudt dezelfde rechtspositie als andere TBS-gestelden. Dit houdt onder meer in dat de vrijheid van de patiënt slechts zoveel mag worden ingeperkt als voor het beveiligingsdoel noodzakelijk is. Er is een risico dat vanwege de verschillende omstandigheden toch ongelijkheid ontstaat. Zo kan bij een langdurig verblijf op een gesloten long stay afdeling een vicieuze cirkel optreden, wanneer er weinig nieuwe informatie over de patiënt wordt verkregen omdat geen intensieve behandel pogingen meer worden ondernomen. Het ontwikkelen van passende voorzieningen voor patiënten die vanwege een psychische stoornis langdurig delictgevaarlijk blijven, is een mogelijke oplossing ter beveiliging van de maatschappij. Daarnaast zijn er echter meer oplossingsrichtingen mogelijk. Zo is het van belang te (blijven) investeren in de verdere ontwikkeling van methoden ter motivering en behandeling van forensisch psychiatrische patiënten. Daarbij is onderzoek naar de effectiviteit van behandelmethoden onontbeerlijk.