

226

Onderzoek en beleid

# 'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering

C.H. de Kogel

C. Verwers

V.E. den Hartogh

---

## Onderzoek en beleid

De reeks Onderzoek en beleid omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het WODC is verricht.

Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Justitie weergeeft.

---

Exemplaren van dit rapport kunnen worden besteld bij het distributiecentrum van Boom Juridische uitgevers:

Boom distributiecentrum te Meppel

Tel. 0522-23 75 55

Fax 0522-25 38 64

E-mail [bdc@bdc.boom.nl](mailto:bdc@bdc.boom.nl)

Voor ambtenaren van het Ministerie van Justitie is een beperkt aantal gratis exemplaren beschikbaar.

Deze kunnen worden besteld bij:

Bibliotheek WODC, kamer KO 14

Postbus 20301, 2500 EH Den Haag

Deze gratis levering geldt echter slechts zolang de voorraad strekt.

De integrale tekst van de WODC-rapporten is gratis te downloaden van [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl).

Op [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl) is ook nadere informatie te vinden over andere WODC-publicaties.

© 2005 WODC

*Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

*Voorzover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).*

*No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.*

ISBN 90-5454-557-7

NUR 824

## Voorwoord

De afgelopen jaren is gebleken dat er een groep forensisch psychiatrische patiënten bestaat die aan een psychische stoornis lijden en bij wie, veelal ondanks herhaalde behandel pogingen, langdurig een risico bestaat dat zij ernstige (seksuele) geweldsdelicten plegen. In het kader van dit onderzoek worden zij aangeduid als 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. Veel van deze patiënten verblijven in de TBS-sector, anderen binnen instellingen van de (forensische) Geestelijke Gezondheidszorg (GGz), veelal op grond van een TBS-maatregel, in andere gevallen op basis van een strafrechtelijke (artikel 37 lid 1 Sr) of civiele Rechterlijke Machtiging.

Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan de kennis over 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten ten behoeve van het ontwikkelen van een long stay beleid. Dit gebeurt door middel van schattingen door deskundigen van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten en van de beveiliging en zorg die zij op langere termijn nodig hebben.

Niet iedereen die blijvend delictgevaarlijk is heeft hetzelfde zorgniveau of veiligheidsniveau nodig om het delictgevaar onder controle te houden. In het onderzoek komt ook een schatting van de behoefte aan verschillende modaliteiten van noodzakelijke beveiliging en zorg aan bod. Deze kunnen variëren van een gesloten voorziening voor zeer intensieve zorg binnen een TBS-instelling, tot een gesloten long stay voorziening binnen de TBS of (forensische) GGz, een 'open' intramurale long stay voorziening (waarbij de patiënt bijvoorbeeld binnen de nacht doorbrengt en buiten werkt), of een beschermde woonvorm met dagelijks forensisch toezicht.

Een tweede functie van het onderzoek is verheldering van wat onder het begrip 'blijvende delictgevaarlijkheid' te verstaan is en hoe een en ander te operationaliseren is.

Bij de uitvoering van dit onderzoek zijn diverse personen behulpzaam geweest. Namens de onderzoekers bedank ik de volgende personen. In de eerste plaats de contactpersonen en andere medewerkers van de bij het onderzoek betrokken instellingen. Zij hebben in belangrijke mate bijgedragen aan een goed verloop van de dataverzameling. De deelnemers aan de expertmeetings hebben geholpen vorm en inhoud te geven aan het concept 'blijvende delictgevaarlijkheid'. De leden van de begeleidingscommissie hebben op nuttige en constructieve wijze met de onderzoekers meegedacht. Ten slotte hebben verschillende WODC-collega's het rapport in de eindfase van commentaar voorzien.

Prof. dr. Frans Leeuw  
Directeur WODC



# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>11</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>19</b>
1.1 Aanleiding tot het onderzoek	19
1.2 Achtergrond	21
1.2.1 Maatregelen ter vermindering van capaciteitsproblemen in de TBS-sector	22
1.2.2 Visies op beveiliging en zorg met betrekking tot zeer langdurig TBS-gestelden	24
1.3 Onderzoeksvragen	26
1.4 Reikwijdte van het onderzoek	26
1.5 Opbouw van het rapport	28
<b>2 Achtergrondinformatie over juridische maatregelen en voorzieningen</b>	<b>29</b>
2.1 Wet- en regelgeving	29
2.1.1 Civiele opnametitels	29
2.1.2 Strafrechtelijke opnametitels	30
2.1.3 Verschillen tussen TBS- en BOPZ-wetgeving: de externe rechtspositie	31
2.1.4 Verschillen tussen TBS- en BOPZ-wetgeving: de interne rechtspositie	33
2.2 Beveiligings- en zorgvoorzieningen voor (langdurig delictgevaarlijke) forensisch psychiatrische patiënten	35
2.2.1 Materiële beveiliging en toezicht	36
2.2.2 Differentiaties met betrekking tot beveiliging en zorg ten aanzien van verschillende groepen patiënten	37
2.2.3 Aard en inhoud van de zorg aan (langdurig) gevaarlijke patiënten	38
2.3 Samenvatting en conclusies	40
<b>3 Een verkenning van het concept 'blijvende delictgevaarlijkheid'</b>	<b>43</b>
3.1 De begrippen 'delictgevaarlijkheid' en 'behandelbaarheid'	43
3.1.1 Het concept delictgevaarlijkheid	43
3.1.2 Het concept behandelbaarheid	44
3.2 Blijvende delictgevaarlijkheid en onbehandelbaarheid in de praktijk	46
3.2.1 Karakterisering van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in enkele Nederlandse en Duitse onderzoeken	46
3.2.2 Karakterisering van chronische psychiatrische 'long stay' patiënten	47
3.3 Risicofactoren voor recidive	50
3.3.1 Risicotaxatie	50
3.3.2 Onderzoek met betrekking tot risicofactoren	51
3.4 Conclusies en consequenties voor het onderzoek	53

<b>4</b>	<b>Methoden</b>	<b>55</b>
4.1	Inventarisatie van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten	55
4.1.1	Onderzoekspopulatie	55
4.1.2	Procedure inventarisatie	56
4.1.3	De operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid'	57
4.2	Inventarisatie van benodigde beveiliging en zorg	58
4.2.1	Steekproef	58
4.2.2	Vragenlijst	59
4.2.3	TIM/MITS-gegevens	60
4.3	Wijze van omgaan met persoonsgegevens over patiënten	60
<b>5</b>	<b>Aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten</b>	<b>63</b>
5.1	Korte beschrijving van de inventarisatie	63
5.2	Aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten en verwachte benodigde voorziening op langere termijn: overall gegevens TBS- en GGz-sector	64
5.2.1	Overall gegevens TBS-sector	64
5.2.2	Overall gegevens (forensische) GGz-sector	65
5.3	Vergelijking van de gegevens uit de TBS- sector en de GGz-sector	68
5.3.1	Vergelijking van de overall gegevens	68
5.3.2	Vergelijking van de gegevens per type voorziening	68
5.4	Gegevens uitgesplitst naar individuele voorzieningen	69
5.4.1	TBS-instellingen	69
5.4.2	GGz-voorzieningen	71
5.5	Het percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten gerelateerd aan het type afdeling in TBS-klinieken	74
5.6	Het percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten en de duur van de TBS-maatregel	75
5.7	Discussie	76
5.7.1	Alternatieve methoden om het aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten te schatten	76
5.7.2	Vergelijking van de gegevens van de TBS-sector en de GGz-sector	77
5.7.3	Het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gerelateerd aan het type afdeling in TBS-klinieken	80
5.7.4	Het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gerelateerd aan de duur van de TBS-maatregel	81
5.8	Samenvatting en conclusies	81
<b>6</b>	<b>Behoeftte aan beveiliging en zorg</b>	<b>85</b>
6.1	Beschrijving onderzoeksgroepen en steekproef	85
6.1.1	Onderzoeksgroepen	85
6.1.2	Respons en kwaliteit gegevens	86
6.1.3	Analyse van de gegevens	87

6.2	Karakterisering van patiëntengroepen uit de steekproef aan de hand van aspecten die relevant zijn voor beveiliging en zorg: samenvatting en bespreking van de resultaten	87
6.2.1	Aspecten die op alle onderzoeksgroepen van toepassing zijn	88
6.2.2	Aspecten die vooral op patiënten uit de TBS-sector van toepassing zijn	90
6.2.3	Aspecten die vooral op patiënten uit de GGz-sector van toepassing zijn	90
6.2.4	Aspecten die vooral van toepassing zijn op patiënten die op de langere duur een intramurale voorziening nodig hebben (TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B)	91
6.2.5	Aspecten die vooral van toepassing zijn op patiënten die naar verwachting op de langere duur met toezicht gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (TBS-C, GGz-C)	93
6.3	Samenvatting en conclusie	93
7	Slotbeschouwing	99
	Summary	107
	Literatuur	115
Bijlage 1	Afkortingen	123
Bijlage 2	Begeleidingscommissie	124
Bijlage 3	Expertmeetings	125
Bijlage 4	Inventarisatieformulier	128
Bijlage 5	Vragen omtrent delictrisico	131
Bijlage 6	Onderzoekspopulatie per instelling	137
Bijlage 7	Tabellen behorend bij hoofdstuk 5	138
Bijlage 8	Gedetailleerde gegevens behorend bij hoofdstuk 6	142





# 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 delict risico 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 zijn<sup>1</sup>:

- 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

<sup>1</sup> 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.



# 1 Inleiding

Binnen TBS-klinieken, maar ook in instellingen van de forensische GGz, wordt een deel van de behandelplaatsen bezet door patiënten die op dit moment niet te behandelen zijn, terwijl hun delict risico van dien aard is dat zij nog steeds een gevaar voor de samenleving vormen. Voor deze patiënten bestaat er inmiddels een aantal 'long stay plaatsen' waar zij tegen een lager tarief verblijven en niet meer worden behandeld vanuit het oogmerk van resocialisatie.

Het ministerie van Justitie wil een long stay beleid voor dergelijke TBS-patiënten ontwikkelen. Daartoe is er behoefte aan meer kennis over aantallen zeer langdurig en mogelijk blijvend delictgevaarlijke patiënten en over de mate en aard van de beveiliging en de zorg die zij nodig hebben. Dit onderzoek beoogt aan die kennis een bijdrage te leveren. Opdrachtgever is de Directie Sanctie- en Preventiebeleid (DSP) in samenwerking met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).

In het navolgende wordt geschetst welke beleidsvragen aanleiding hebben gegeven tot dit onderzoek (1.1), vervolgens worden de ontwikkelingen van de afgelopen jaren met betrekking tot de capaciteit binnen de TBS-sector en de visies op zeer langdurig delictgevaarlijke patiënten besproken (1.2). In paragraaf 1.3 komen de onderzoeksvragen aan de orde en in paragraaf 1.4 de reikwijdte van het onderzoek. Ten slotte wordt kort de opbouw van het rapport beschreven (1.5).

## 1.1 Aanleiding tot het onderzoek

### *TBS-sector*

Een aantal TBS-gestelden komt om veiligheidsredenen niet in aanmerking voor terugkeer in de samenleving omdat hun recidiverisico ondanks langdurige verpleging en behandeling niet tot een aanvaardbaar niveau kan worden teruggebracht. Voor TBS-gestelden die vermoedelijk blijvend intramurale zorg van een TBS-kliniek nodig hebben, zijn er inmiddels twee zogeheten long stay afdelingen. Eén in de forensisch psychiatrische instelling Veldzicht (20 plaatsen). De andere in de Pompestichting (40 plaatsen). De zeer langdurig en mogelijk blijvend delictgevaarlijke TBS-gestelden vormen een heterogene groep. Afhankelijk van het gedrag en de stoornis van de TBS-gestelde is meer of minder beveiliging en/of toezicht noodzakelijk, is in meerdere of mindere mate zorg nodig en kan ook de aard van de benodigde zorg verschillen (Kamerstukken II, 2003-2004, 29 452, nr. 1, p. 6). De ervaringen met de huidige long stay afdelingen geven enig idee van de heterogeniteit van de populatie wat dit betreft. De populaties van de long stay afdelingen van Veldzicht en de Pompekliniek bestaan ten dele uit patiënten voor wie behandelaars om beveiligingsredenen een zeer langdurig verblijf binnen de muren van een TBS-instelling het meest geschikt achten. De long stay afdeling van de Pompekliniek herbergt daarnaast een aantal patiënten voor wie een minder zware beveiliging verantwoord wordt geacht.

Deze overnachten binnen de TBS-kliniek maar werken overdag buiten de kliniek. Beide long stay afdelingen richten zich op TBS-gestelden die weinig zorg nodig hebben, in principe in staat zijn om een groot deel van de week te werken en die 'groepsgechikt' zijn. In Veldzicht bleken deze criteria niet volledig haalbaar. Ongeveer de helft van de patiënten van de long stay afdeling had aanzienlijk meer zorg nodig dan de bedoeling was (De Kogel & Verwers, 2003). Daarentegen waren er ook patiënten voor wie juist kleinere wooneenheden met meer zelfstandigheid geschikter zouden zijn (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2003).

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de populatie zeer langdurig en mogelijk blijvend delictgevaarlijke patiënten en enerzijds de beveiliging (materiële beveiliging, toezicht) die zij nodig hebben, anderzijds de mate en aard van de benodigde zorg. Dit gebeurt met het oog op het uitbreiden en mogelijk nader differentiëren van voorzieningen voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. Daarbij worden niet alleen de bestaande long stay voorzieningen als uitgangspunt genomen, maar kan ook worden gedacht aan voorzieningen met andere beveiliging-zorgcombinaties (zie ook Kamerstukken II, 2003-2004, 29 452, nrs. 1 en 10). Vanwege de beknoptheid gebruiken wij in dit rapport de term 'blijvend delictgevaarlijk' om de groep patiënten waarop het onderzoek betrekking heeft aan te duiden.

#### *GGz-sector*

Naast de TBS-instellingen zijn ook de forensisch psychiatrische voorzieningen van de onder het ministerie van VWS vallende geestelijke gezondheidszorg (GGz) in het onderzoek betrokken. Daar zijn twee redenen voor. Ten eerste werden om de doorstroming van TBS-gestelden naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGz) te verbeteren, de afgelopen tien jaar regionale zorgcircuits gevormd waarin TBS-klinieken, Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) van algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het vinden van de meest geschikte plaats voor een patiënt (Kamerstukken II, 2003-2004, 29 452, nr. 1, pp. 6-7 en nr. 10 p. 4, zie ook paragraaf 1.2.1). In dit kader is het relevant om mogelijke voorzieningen voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten breder te bezien dan alleen met betrekking tot TBS-instellingen.

In de tweede plaats bestaan er vragen over de eventuele verschillen en overeenkomsten in stoornissen, probleemgedrag, benodigde beveiliging en benodigde zorg tussen patiënten met verschillende juridische maatregelen of in verschillende forensisch psychiatrische voorzieningen. Van Emmerik (2001) liet zien dat ongeveer 40% van de TBS-gestelden eerder opgenomen was in een instelling van de reguliere GGz. Dit maakt overlap tussen de populaties van justitiële en GGz-instellingen aannemelijk. Daarnaast zijn er wisselende berichten over de vraag in hoeverre patiënten met strafrechtelijke titels in de GGz meer beheersproblemen geven dan patiënten met een civiele maatregel (o.a. Van de Klippe en Van Ginneken, 2000; Van Gestel,

Van Nieuwenhuizen en Achilles, 2002). Een hiermee samenhangende beleidsvraag zou kunnen zijn hoeveel van de ('blijvend delictgevaarlijke') patiënten in de GGz mogelijk een zwaarder beveiligde voorziening nodig hebben.

Evenals de TBS-sector kent ook de GGz het probleem dat schaarse behandelplaatsen worden bezet door patiënten die daarvan niet meer profiteren maar die niet in de maatschappij kunnen terugkeren vanwege het risico dat zij delicten plegen (VWS Bulletin nr. 9, 2000). Enerzijds gaat het om patiënten die op civielrechtelijke titel in een psychiatrisch ziekenhuis of kliniek voor intensieve behandeling (KIB) zijn opgenomen. Anderzijds om patiënten die (veelal) op strafrechtelijke titel in een FPK of op een FPA verblijven. Het betreft zeer moeilijk hanteerbare en behandelbare psychiatrische patiënten die langdurige intensieve zorg nodig hebben in een beveiligde omgeving. In 2001 en 2002 is in opdracht van Justitie en VWS door het SCO Kohnstamm Instituut onderzoek verricht naar de 'asielbehoefte' voor blijvend gevaarlijke en gestoorde patiënten en delinquenten in zowel justitiële als GGz-voorzieningen (Roede, Breetveld en Nijssen, 2002). Dit onderzoek leverde door logistieke en methodologische problemen alleen een indicatie op van een ondergrens van de grootte van de long stay populatie in justitiële en GGz-voorzieningen (ca. 250-300 personen). Het onderzoek leverde geen informatie op over subgroepen qua benodigde beveiliging en benodigde zorg binnen de populatie. De behoefte aan nadere informatie over de grootte en aard van de potentiële long stay populatie staat bij Justitie en VWS daarom nog steeds op de agenda.

Het ministerie van Justitie heeft opdracht gegeven tot het onderhavige onderzoek. Door middel van de begeleidingscommissie zijn daarnaast GGz-instellingen nauw bij de vormgeving van het onderzoek betrokken.

## 1.2 Achtergrond

De tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel is een terugkerend onderwerp van discussie met als hoofdthema's bescherming van de maatschappij tegen het risico van ernstige delicten door TBS-gestelden gepleegd en de efficiëntie en effectiviteit van de tenuitvoerlegging van de TBS.

Belangrijke onderliggende maatschappelijke vragen bij deze discussie zijn:

- de vraag hoe om te gaan met de schaarste aan TBS-behandelplaatsen;
- de vraag hoe om te gaan met de lange duur en de relatief hoge kosten van de tenuitvoerlegging van de TBS;
- de vraag welke TBS-gestelden kunnen terugkeren in de samenleving en in welke mate;
- de vraag op welke wijze terugkeer in de samenleving plaats kan vinden.

Aan de eerste twee vragen is in de jaren negentig veel onderzoek gewijd. Vervolgens heeft het ministerie van Justitie verschillende maatregelen

getroffen om onder meer de gemiddelde behandelduur te bekorten en de door- en uitstroom van TBS-gestelden te bevorderen. Daarnaast werd begonnen met het ontwikkelen van long stay voorzieningen voor TBS-gestelden die niet langer van behandeling lijken te profiteren, zodat schaarse behandelpaatsen kunnen worden benut voor andere patiënten. Deze maatregelen worden besproken in de paragrafen 1.2.1 en 1.2.2. De laatste twee vragen zijn recentelijk meer voor het voetlicht gekomen. Enkele ernstige incidenten hebben de bezorgdheid over de beveiliging van de samenleving tegen ernstige delicten door (ex-)TBS-gestelden doen toenemen (Kamerstukken II, 2003-2004, 29 452, nrs. 1-10). De visie op deze vragen is ook van belang voor de maatschappelijke keuzes ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten die 'blijvend delictgevaarlijk' zijn. Zo zal, wanneer de maatschappelijke acceptatie van de risico's van het terugbrengen van dergelijke patiënten in de samenleving afneemt, het aandeel patiënten dat niet in de maatschappij terugkeert of zeer langdurig ten laste van de forensisch psychiatrische voorzieningen komt, mogelijk toenemen. Een vraag is ook of en zo ja onder welke condities patiënten die vermoedelijk delictgevaarlijk zullen blijven aan het maatschappelijke leven kunnen deelnemen.

### ***1.2.1 Maatregelen ter vermindering van capaciteitsproblemen in de TBS-sector***

Sinds begin jaren negentig kampt de TBS-sector met capaciteitsproblemen. Deze bestaan nog steeds. Zo wachtten in 2003, 169 personen op plaatsing in een TBS-instelling waarbij de gemiddelde wachttijd 229 dagen was (bron: DJI). Factoren die daartoe bijdragen zijn onder meer de toegenomen intramurale behandelduur en beperkte uitstroom of doorstroom van TBS-gestelden naar andere voorzieningen. Als mogelijke verklaringen van de toegenomen behandelduur worden onder meer genoemd een algemene toename van geweldscriminaliteit, verminderde maatschappelijke tolerantie, toename van het aantal TBS-gestelden met een combinatie van stoornissen (Leuw, 1998) en een verminderde asiel functie van de algemene GGz (Van Panhuis, 1997). De uitstroom wordt volgens verschillende auteurs onder meer bemoeilijkt doordat de GGz beperkte mogelijkheden heeft om bedreigende en niet-coöperatieve patiënten zorg en behandeling te bieden (Leuw, 1998; Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004).

#### *Terugbrengen van de duur van de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel*

Twee interdepartementale beleidsonderzoeken, kortweg IBO-I en IBO-II genoemd (Werkgroep 'Doelmatig behandelen', 1996; Werkgroep IBO-TBS, 1998) richtten zich op de vraag hoe de TBS effectiever en efficiënter zou kunnen gaan functioneren.

Naast de bouw van extra TBS-capaciteit werden onder meer initiatieven ontplooid om de behandelduur te bekorten en de doorstroming van

TBS-gestelden te verbeteren. Dit leidde onder meer tot het voorstel een gemiddelde intramurale behandelduur van circa zeven jaar te normeren. Door middel van financiële prikkels zou overschrijding van deze norm kunnen worden ontmoedigd en een kortere behandelduur dan de norm worden bevorderd (Kamerstukken II 1998/1999, 26 562, nr. 1, p. 7). Om prestaties van de klinieken te kunnen beoordelen aan de hand van de gemiddelde behandelduur wilde men deze tussen de verschillende TBS-klinieken vergelijkbaar maken. Daarom werd besloten een aselekt plaatsingsbeleid in te voeren (Kamerstukken II 1998/1999, 26 562, nr. 1, p. 7). Sinds 1999 is sprake van een zoveel mogelijk aselechte toewijzing.<sup>2</sup> TBS-plaatsen werden ten slotte voortaan verdeeld in doorstroom- en verblijfsplaatsen (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2001). Een patiënt op een doorstroomplaats wordt in principe intensief behandeld, terwijl een patiënt op een verblijfsplaats in beginsel alleen in aanmerking komt voor begeleiding. Met intensieve behandeling wordt hier onder meer bedoeld behandeling gericht op vermindering van het risico van gewelddadige recidive. Onder begeleiding kunnen ook activiteiten vallen die als behandeling in bredere zin kunnen worden beschouwd, zoals het creëren van een bepaald therapeutisch klimaat op de afdeling.

#### *Maatregelen ter bevordering van de doorstroming van TBS-gestelden*

In het kabinetsstandpunt naar aanleiding van IBO-II (Kamerstukken II 1998/1999, 26 562, nr. 1) werd het belang benadrukt van doorstroming van TBS-gestelden naar minder beveiligde voorzieningen zodra dit verantwoord is. Daarbij zou de behandeling in een TBS-kliniek moeten worden gezien als één van de schakels in een keten van voorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten. Deze ketengerichte benadering houdt in dat de verschillende aanbieders van zorg, bijvoorbeeld TBS-klinieken, verslavingsklinieken, algemeen psychiatrische ziekenhuizen en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's) nauw moeten samenwerken. De 'Commissie Beleidsvisie TBS' werd in 2000 ingesteld om te onderzoeken hoe Justitie en de GGz hun voorzieningen het beste zouden kunnen inzetten voor forensisch psychiatrische patiënten op een wijze dat maatschappelijke beveiliging kan blijven worden gegarandeerd. Integratie van TBS-klinieken in de GGz zoals de Commissie Beleidsvisie TBS adviseerde vond het kabinet te ver gaan. Onder meer vanwege de strenge beveiligingsmaatregelen die dan nodig zouden zijn binnen GGz-instellingen. Niet-vrijblijvende vormen van samenwerking tussen TBS-inrichtingen en de GGz dienden echter verder te worden ontwikkeld. Inmiddels is in alle vijf hofressorten sprake

2 Het toewijzingsbeleid is in principe aselekt (zie DJI, 2001). Voor psychotici en verstandelijk gehandicapten wordt daarop echter een uitzondering gemaakt. Zij worden uitsluitend geplaatst in klinieken met daartoe gespecialiseerde afdelingen. Vrouwen worden zoveel mogelijk bij elkaar geplaatst in enkele klinieken omdat er te weinig vrouwen zijn om over alle klinieken te verdelen. De genoemde groepen worden wel aselekt over de gespecialiseerde afdelingen verdeeld. Ook extreem vluchtgevaarlijk en/of beheersgevaarlijk TBS-gestelden kunnen van de aselechte plaatsingssystematiek worden uitgesloten.

van geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen justitiële en GGz-instellingen. De ministeries van VWS en Justitie hebben daartoe middelen beschikbaar gesteld (Kamerstukken II, 2003-2004, 29 200, hoofdstuk XVI, nr. 2, p. 92). Ook worden vormen van bestuurlijke samenwerking tussen TBS-klinieken en GGz-instellingen gerealiseerd (Handelingen II, 2003-2004, nr. 519, pp. 1107-1108).

Ten slotte stimuleren Justitie en VWS recentelijk de ontwikkeling van inhoudelijke zorgprogramma's die verschillende aanbieders van zorg binnen de keten van de forensische psychiatrie omvatten (Kamerstukken II, 2003-2004, 29 452, nr. 1, p. 13).

De kabinetsstandpunten ten aanzien van bovengenoemde IBO's en het rapport 'Veilig en wel' hebben consequenties voor het beleid met betrekking tot de GGz-instellingen. Belangrijk zijn onder meer het bevorderen van de doorstroming van TBS-gestelden en ernstig psychisch gestoorde gedetineerden naar GGz-instellingen, het bevorderen van de doorstroom vanuit de Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) en forensisch psychiatrische Afdelingen (FPA's) naar de reguliere GGz en de resocialisatie vanuit GGz-instellingen van forensisch psychiatrische patiënten (Ministerie van VWS, Beleidsvisie GGz, 1999).

Hiertoe wordt de GGz-capaciteit voor forensische psychiatrie jaarlijks uitgebreid (Kamerstukken II, 2000-2001, 27 401, nrs. 1-2, p. 126; Zorgnota VWS 2002; Zorgnota VWS 2003). Dit betreft plaatsen in FPK's, plaatsen op FPA's en RIBW-plaatsen. Ook wordt de capaciteit voor forensische poliklinische hulpverlening en deeltijdbehandeling uitgebreid. Het voornemen is om een aantal long stay plaatsen in de GGz te financieren voor personen met een chronische psychiatrische stoornis en een intensieve zorg- en beveiligingsbehoefte (Kamerstukken II, 2000-2001, 27 401, nr. 5, p. 3). In 2003 zouden 44 van dergelijke plaatsen gerealiseerd zijn.

Volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg (2004) is de doorstroming van TBS-gestelden naar FPK's en FPA's nog weinig van de grond gekomen en worden weinig patiënten vanuit FPK's en FPA's doorgeplaatst naar reguliere GGz-voorzieningen. Wel zijn volgens de inspectie de transmurale behandelingsmogelijkheden voor forensisch psychiatrische patiënten toegenomen.

Doorstroming naar lichtere voorzieningen lijkt echter in plaats van binnen de eerder genoemde heterogene regionale circuits, eerder te gebeuren binnen gelijksoortige doch van elkaar gescheiden circuits: TBS-klinieken, FPK's en FPA's en reguliere GGz die ieder voor hun eigen doelgroep transmurale en nazorgvoorzieningen ontwikkelen.

### **1.2.2 Visies op beveiliging en zorg met betrekking tot zeer langdurig TBS-gestelden**

In 1996 nam de Kamer een motie van de kamerleden Bremmer en Rehwinkel aan (Kamerstukken II 1995-1996, 23 445 en 24 256, nr. 22;

Handelingen II 1995-1996, nr. 34, pp. 6248-62-49). Zij stelden aan de orde dat een (kleine) groep van 'chronische en delictgevaarlijke TBS-verpleegden' behandelplaatsen inneemt die daardoor niet gebruikt kunnen worden voor anderen bij wie wel behandelprospectieven aanwezig worden geacht. De motie was aanleiding tot het instellen van een Commissie 'Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden' die in 1998 haar rapport uitbracht. De opdracht van de commissie bestond onder meer uit het ontwikkelen van een visie op de groep zeer langdurig TBS-gestelden. De commissie concludeerde dat er gezien de doorstroomproblemen in de TBS-sector aanleiding is om voorzieningen te ontwikkelen voor patiënten bij wie het delictrisico ondanks langdurige behandeling niet afgenomen is. Deze differentiaties zouden moeten beschikken over een op maat gesneden beveiligings-, behandel- en verpleegaanbod. Om te kunnen onderscheiden welke differentiaties nodig zijn, adviseerde de commissie nader onderzoek naar kenmerken van langdurig delictgevaarlijke forensisch psychiatrische patiënten.

De Commissie Beleidsvisie TBS (ook genoemd Commissie Kosto, rapport 'Veilig en wel', 2002) besteedde in het kader van haar voorstel om de TBS-instellingen te integreren in de GGz speciale aandacht aan 'onbehandelbare en gevaarlijke patiënten'. De commissie stelde een tweedeling voor van onbehandelbare, voortdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden: degenen die medische zorg behoeven en degenen voor wie medische zorg niet noodzakelijk is. De eerste groep zou voor langdurig verblijf binnen de GGz dienen te worden geplaatst. De tweede groep zou in een op beveiliging en humane detentie ingestelde setting kunnen verblijven. Een dergelijke setting zou zich volgens de Commissie kunnen bevinden in het gevangeniswezen, de TBS of de GGz, of zou een gemeenschappelijke voorziening van Justitie en VWS kunnen zijn.

In het Kabinetsstandpunt naar aanleiding van het rapport 'Veilig en wel' (Kamerstukken II, 2001-2002, 24 587, nr. 75) werd de tweedeling van voortdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden als te kunstmatig beschouwd. Deze zou geen recht doen aan de zorgbehoefte van een individuele patiënt en aan het feit dat er overlap is tussen de twee voorgestelde groepen in problematiek. Verder werd de optie van het plaatsen van voortdurend delictgevaarlijke TBS-gestelden (of patiënten met een rechterlijke maatregel tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van de wet BOPZ) binnen een gevangenissetting afgewezen. Een argument daarbij was dat een penitentiaire inrichting niet primair is ingesteld op verpleging, c.q. begeleiding van personen met psychische stoornissen. Ook zou plaatsing in een gevangenissetting strijdig kunnen zijn met de eisen van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) met betrekking tot de relatie tussen de grond voor vrijheidsontneming en de plaats waar de betrokken persoon wordt ondergebracht.

In het kabinetsstandpunt naar aanleiding van het rapport 'Veilig en wel' werd aangegeven dat de groep verblijfspatiënten nader in kaart diende te



worden gebracht, zodat beter zou kunnen worden beoordeeld aan welke verblijfsvoorzieningen behoefte bestaat.

### 1.3 Onderzoeksvragen

De doelstelling van het onderhavige onderzoek is het verkrijgen van inzicht in aantal en kenmerken van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. Het onderzoek is toegespitst op de justitiële en VWS-instellingen voor forensische zorg: TBS-klinieken, FPK's en FPA's. Daarnaast zijn de KIB's in het onderzoek betrokken omdat zij interveniëren met betrekking tot de moeilijkst hanteerbare patiënten uit de niet-forensische GGz.

De doelstelling is uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Hoeveel patiënten in TBS-klinieken, FPK's, FPA's en 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 wat betreft stoornis, probleemgedrag, benodigde beveiliging en benodigde zorg?

### 1.4 Reikwijdte van het onderzoek

Het onderzoek beoogt informatie te verschaffen ten behoeve van de (verdere) ontwikkeling van een long stay beleid voor forensisch psychiatrische patiënten die langdurig delictgevaarlijk blijven. In dat kader draagt het bij tot kennis over kenmerken van forensisch psychiatrische patiënten die door behandelverantwoordelijken als zeer moeilijk te behandelen worden beschouwd. Ook draagt het bij aan kennis over inhoudelijke aspecten die een rol spelen bij de beantwoording door behandelaars van de vraag of een patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' moet worden beschouwd.

Zeer langdurige delictgevaarlijkheid is een moeilijk operationaliseerbaar begrip (zie ook hoofdstuk 3). Daardoor is het aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten niet eenvoudig te kwantificeren. De gegevensverzameling berust voornamelijk op klinische inschattingen van de verantwoordelijke behandelaars. Bovendien betreft het bijzonder moeilijke klinische inschattingen, omdat de behandelaar meerdere verschillende taxaties moet maken (onder meer van het delict risico, van de periode dat het delict risico niet substantieel zal afnemen, van de kans op een succesvolle behandeling) om



tot de uiteindelijke aanmerking van de patiënt als al dan niet 'blijvend delictgevaarlijk' te komen.

De visie op behandeling kan verschillen tussen de instellingen en daarbinnen tussen behandelverantwoordelijken (zie hierover ook 2.3). Dit geldt ook voor de visie met betrekking tot patiënten met een bepaalde problematiek of bij wie gedurende langere tijd het delictrisico niet vermindert. Over het algemeen zijn echter de gegevens over een patiënt aangeleverd door de eigen behandelverantwoordelijke, waardoor een groot aantal verschillende behandelverantwoordelijken in het onderzoek is betrokken. Dit verkleint de kans dat de gegevens beïnvloed worden door individuele visies of andere kenmerken.

Het kan ook afhankelijk zijn van het moment of een patiënt al dan niet als 'blijvend delictgevaarlijk' wordt beschouwd. Zo bracht een incident met een TBS-gestelde in het voorjaar van 2004 veel teweeg in politiek en media. Het incident leidde tot hevige kritiek op het verlofbeleid met betrekking tot TBS-gestelden. Verschillende maatregelen volgden, waaronder heroverweging van alle verloven. Deze zaken kunnen de inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in de Pompekliniek en De Kijvelanden mogelijk hebben beïnvloed omdat de inventarisatie bij deze instellingen ten dele na dit incident plaatsvond. Bij de andere instellingen was de inventarisatie daarvoor afgerond.

Onderzoek heeft laten zien dat gestructureerde risicotaxatie nauwkeuriger is bij het inschatten van het delictrisico dan globale klinische inschattingen (o.a. Monahan, 1981; Dawes, Faust en Meehl, 1989; Grove en Meehl, 1996). Ten tijde van de gegevensverzameling voor dit onderzoek was het echter niet mogelijk om standaard de risicotaxatiegegevens over een patiënt te krijgen omdat risicotaxatie nog niet veldbreed en met regelmaat werd toegepast. Bovendien is het de vraag in hoeverre de huidige risicotaxatie-instrumenten geschikt zijn om de groep patiënten te onderscheiden die zeer langdurig delictgevaarlijk blijven en vermoedelijk geen profijt meer hebben van behandeling ter vermindering van het delictrisico (zie ook hoofdstuk 7 en Philipse, De Kogel, Doddema en Verwers, 2003). Bij de interpretatie van de gegevens dient zorgvuldig te werk te worden gegaan. De gegevens dienen voor onderzoek op het niveau van groepen patiënten en niet als basis voor beslissingen over individuen, onder meer omdat niet ingegaan wordt op specifieke kenmerken en omstandigheden van individuele patiënten.

De afbakening van de onderzoekspopulatie tot patiënten van TBS-klinieken, FPK's, FPA's en KIB's brengt met zich mee dat met name een beeld wordt verkregen van patiënten met een strafrechtelijke maatregel (zoals TBS of een strafrechtelijke RM op basis van art 37 Sr). Er wordt geen beeld verkregen van personen in andere voorzieningen van de GGz, in penitentiaire inrichtingen en elders in de maatschappij die wellicht ook als 'blijvend delictgevaarlijk' kunnen worden beschouwd.

Ten slotte is het onderzoek naar benodigde beveiliging en benodigde zorg

beperkt tot patiënten die als 'blijvend delictgevaarlijk' worden aangemerkt. Er is geen vergelijkingsgroep van 'niet-blijvend delictgevaarlijke' patiënten in het onderzoek betrokken.

### 1.5 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 biedt achtergrondinformatie over de TBS-maatregel en de huidige voorzieningen ten behoeve van forensisch psychiatrische patiënten. De lezer die hiermee bekend is, zou dit hoofdstuk kunnen overslaan.

In hoofdstuk 3 wordt het begrip 'blijvend delictgevaarlijk' verkend waarbij twee componenten worden onderscheiden: 'delictrisico' en 'behandelbaarheid'.

De onderzoeksmethoden worden in hoofdstuk 4 beschreven. Hoofdstuk 5 heeft als onderwerp de resultaten van de inventarisatie van het aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten en de schatting van de voor hen benodigde voorzieningen op langere termijn. In hoofdstuk 6 wordt getracht meer in detail een koppeling te maken tussen specifieke voorzieningen, de groepen patiënten die naar verwachting deze voorzieningen nodig hebben en kenmerken van deze patiënten. Dit gebeurt door karakterisering van de verschillende groepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten met betrekking tot aspecten die relevant zijn voor beveiliging en zorg. Hoofdstuk 7 ten slotte, biedt een overzicht en beschouwing van de belangrijkste resultaten.

## 2 Achtergrondinformatie over juridische maatregelen en voorzieningen

De functie van dit hoofdstuk is het bieden van basis- en achtergrondinformatie voor de lezer die daaraan behoefte heeft, over de huidige wetgeving en de voorzieningen voor beveiliging en zorgverlening met betrekking tot langdurig delictgevaarlijke personen met een psychische stoornis. In paragraaf 2.2 worden kort de civiele en strafrechtelijke maatregelen beschreven die gedwongen opname mogelijk maken van psychisch gestoorde personen die een gevaar vormen voor de samenleving. Vervolgens worden de verschillen tussen de TBS-wetgeving en de BOPZ-wetgeving op een rij gezet die van belang zijn met het oog op het bieden van zorg en beveiliging ten aanzien van bovengenoemde patiënten. In paragraaf 2.3 komen de zorg- en beveiligingsvoorzieningen aan de orde die er bestaan voor personen met een psychische stoornis die (langdurig) gevaar opleveren voor de maatschappij.

### 2.1 Wet- en regelgeving

#### **2.1.1 Civiele opnametitels**

Niet-strafrechtelijke maatregelen voor gedwongen opname van personen die een gevaar voor zichzelf, anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen vormen, zijn beschreven in de Wet bijzondere opnemingen in een psychiatrisch ziekenhuis (Wet BOPZ). Bij gevaar voor anderen moet worden gedacht aan gevaar voor meer individueel bepaalde anderen, bijvoorbeeld uit de omgeving van de verdachte.<sup>3</sup> Bij de algemene veiligheid van personen of goederen gaat het om een bredere kring van personen. Daarbij kan bijvoorbeeld sprake zijn van een delict als brandstichting. De rechterlijke machtiging (RM) biedt de mogelijkheid om een patiënt gedurende een langere periode gedwongen op te nemen. Een RM kan worden verleend door de rechter op vordering van de officier van justitie. Een voorlopige machtiging (art. 2 Wet BOPZ) heeft een geldigheidsduur van zes maanden. Indien stoornis en gevaar nog steeds aanwezig zijn, kan

3. De gevaarscriteria in de wet BOPZ (art 1 lid f Wet BOPZ)  
Gevaar voor degene die het veroorzaakt:
  - Het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamenlijk letsel toe zal brengen;
  - Het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;
  - Het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
  - Het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.Gevaar voor een of meer anderen:
  - Het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamenlijk letsel toe zal brengen;
  - Het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
  - Het gevaar dat betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd zal verwaarlozen.Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen

vervolgens een machtiging tot voortgezet verblijf (art. 15 Wet BOPZ) worden verleend. Deze heeft een geldigheidsduur van een jaar. Indien noodzakelijk kan deze daarna telkens worden verlengd met een jaar. Na vijf jaar onafgebroken opname kan de machtiging telkens met twee jaar worden verlengd (art. 19 wet BOPZ).

De rechterlijke machtiging op eigen verzoek (RMEV, art. 32 Wet BOPZ) heeft als functie om opname en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis van een persoon die bereid is in een psychiatrisch ziekenhuis behandeling te ondergaan te laten voortduren, ook als die bereidheid op een bepaald moment tijdens de machtiging zou wegvallen. Evenals de RM kan de rechter op vordering van de officier van justitie de RMEV verlenen. De geldigheidsduur van de RMEV is minimaal een half jaar en maximaal een jaar. Verlenging is niet mogelijk, wel kan indien noodzakelijk na afloop een RM worden gevorderd. De inbewaringstelling (IBS, art. 20 Wet BOPZ) is bedoeld als een noodmaatregel op korte termijn in het geval van een crisissituatie en kan bijvoorbeeld dienen ter overbrugging van de periode tot de uitspraak over een RM. De burgemeester kan op basis van een geneeskundige verklaring besluiten tot inbewaringstelling over te gaan, waarop de betrokken persoon in een psychiatrisch ziekenhuis wordt geplaatst. De IBS kan met drie weken verlengd worden door de rechter na vordering van de officier van justitie (art. 27, 29 Wet BOPZ).

### **2.1.2 Strafrechtelijke opnametitels**

Het strafrecht kent verschillende maatregelen die opgelegd kunnen worden aan personen die een strafbaar feit (misdrijf of overtreding) hebben gepleegd en tevens lijden aan een psychische stoornis.

De voornaamste zijn plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr) ook wel strafrechtelijke RM genoemd, TBS met voorwaarden (art. 38 Sr) en TBS met dwangverpleging (art. 37 a, b Sr).

De maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr) kan worden opgelegd aan een persoon aan wie een strafbaar feit niet kan worden toegerekend vanwege een psychische stoornis. Daarbij moet er sprake zijn van gevaar voor anderen, gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen of van gevaar voor betrokkene zelf. De maatregel is de strafrechtelijke variant van de civielrechtelijke gedwongen opname op grond van de wet BOPZ. De tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke plaatsing geschiedt conform de wet BOPZ. De patiënt kan op grond van artikel 37 Sr voor de termijn van een jaar worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. Evenals bij de civiele RM kan vervolgens een machtiging tot voortgezet verblijf worden afgegeven voor telkens maximaal een jaar.

De TBS-maatregel is gereserveerd voor personen die een ernstig misdrijf hebben gepleegd (met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer).

Een voorwaarde voor de oplegging is dat sprake is van recidiverisico en dat daardoor het gevaar voor anderen of gevaar voor de algemene veiligheid van

personen of goederen onaanvaardbaar hoog wordt geacht. TBS kan worden opgelegd als de persoon in kwestie ten aanzien van het misdrijf niet of verminderd toerekeningsvatbaar wordt geacht vanwege een psychische stoornis.

De TBS-maatregel kent twee varianten: TBS met dwangverpleging en TBS met voorwaarden. De functie van TBS met dwangverpleging is primair het beschermen van de maatschappij tegen ernstig recidivegevaar. Deze variant wordt vrijwel uitsluitend opgelegd in gevallen van ernstige (seksuele) geweldsmisdrijven. Bij TBS met bevel tot verpleging vindt beveiliging van de maatschappij plaats op korte termijn door middel van gedwongen opneming in een inrichting voor verpleging van TBS-gestelden. Op langere termijn wordt getracht door middel van behandeling van de TBS-gestelde het delict risico te doen verminderen, zodanig dat de TBS-gestelde weer naar de maatschappij kan terugkeren, dan wel in een minder streng beveiligde setting kan worden geplaatst.

TBS met voorwaarden kan opgelegd worden als het recidivegevaar zodanig wordt ingeschat dat kan worden volstaan met een minder ingrijpend middel dan dwangverpleging, namelijk toezicht, hulp en steun aan betrokkene. Het niet naleven van voorwaarden kan leiden tot omzetting van de maatregel in TBS met dwangverpleging.

TBS wordt in eerste instantie opgelegd voor twee jaar. Vervolgens kan de rechter op vordering van de officier van justitie, de TBS-maatregel met dwangverpleging telkens met een of twee jaar verlengen indien dit noodzakelijk is met het oog op bescherming van de maatschappij. Daarbij dient de instelling die verantwoordelijk is voor de verpleging en behandeling van de TBS-gestelde advies uit te brengen. Na zes jaar TBS en vervolgens iedere zes jaar, moet ten aanzien van de eventuele verlenging van de TBS advies worden uitgebracht door onafhankelijke gedragsdeskundigen. TBS met voorwaarden kan slechts één maal worden verlengd en is in duur gemaximeerd tot vier jaar.

Gedetineerden die vanwege een psychische stoornis ongeschikt worden bevonden voor verblijf in een huis van bewaring of gevangenis, kunnen voor de duur van hun voorlopige hechtenis of straf geplaatst worden in een TBS-kliniek of GGz-voorziening (art. 15 lid 5 PBW).

Opneming in een psychiatrisch ziekenhuis kan ook plaatsvinden naar aanleiding van schorsing van voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sr) of vanwege een voorwaardelijke veroordeling met bijzondere voorwaarden (art. 14e Sr).

### ***2.1.3 Verschillen tussen TBS- en BOPZ-wetgeving: de externe rechtspositie***

Onder de externe rechtspositie wordt verstaan het geheel aan regelgeving dat de persoon 'volgt', los van de inrichting waar deze verblijft. De externe rechtspositie van TBS-gestelden is voornamelijk geregeld in het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering (o.a. art. 37a-38l Sr). Onder

de externe rechtspositie vallen onder meer beslissingen over de oplegging, verlenging en de (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel. Deze beslissingen zijn alle afhankelijk gesteld van het gevaarscriterium.

De externe rechtspositie van personen die zijn opgenomen met een civiele RM is geregeld in de Wet BOPZ. Voor patiënten die strafrechtelijk zijn geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van art. 37 Sr geldt deze ook, alleen is op hen een andere ontslagregeling van toepassing met meer veiligheidswaarborgen (art. 51, lid 2 Wet BOPZ).

Hieronder worden enkele verschillen besproken tussen de TBS- en BOPZ-wetgeving die van belang zijn met het oog op beveiliging en zorg ten aanzien van zeer langdurig delictgevaarlijke patiënten. TBS, de strafrechtelijke RM en de civiele RM dienen alledrie ter afwendig van gevaar dat dreigt te worden veroorzaakt door een persoon die aan een psychische stoornis of ontwikkelingsgebrek lijdt. De TBS is primair een maatregel ter bescherming van de maatschappij. Dit geldt ook, zij het gradueel in minder sterke mate, voor de strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor de civiele RM geldt dit nog iets minder sterk. Het gevaarscriterium is bij de TBS-maatregel sterker een leidend principe dan bij de strafrechtelijke plaatsing en civiele RM. Dit accentverschil komt tot uiting in verschillende aspecten van de externe rechtspositie (zie hieronder).

#### *Het gevaarscriterium bij oplegging*

Een verschil tussen de TBS- en de BOPZ-wetgeving betreft het 'soort' gevaar waarop de maatregelen betrekking hebben. In de Wet BOPZ worden onderscheiden gevaar voor de betrokken persoon zelf, gevaar voor anderen en gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen (Kamerstukken II 1979-1980, 11 270, nr. 12, p. 18). Deze gevaarscriteria gelden zowel voor de strafrechtelijke plaatsing als de civiele RM. Voor de oplegging van TBS is gevaar voor de persoon zelf echter geen criterium. De veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dient het opleggen van TBS te eisen (art. 37 a, b Sr).

Een tweede verschil is dat bij de civiele RM het gevaar zich niet al hoeft te hebben gemanifesteerd om opname te rechtvaardigen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000, p. 8). Er moet 'een ernstige vrees bestaan dat het onheil werkelijk zal worden gerealiseerd' (Kamerstukken II 1980-1981, 11 270, nr. 16). Dit is anders bij de strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr) waarbij sprake is van op zijn minst een overtreding of TBS waarbij een ernstig delict heeft plaatsgevonden.

Recentelijk speelt een discussie over het al dan niet wenselijk zijn van het verruimen van het gevaarscriterium voor civiele gedwongen opname en behandeling. Een argument is dat dit zou helpen het aantal psychiatrische patiënten dat in de maatschappij voorkomt, verloedert en crimineel wordt, terug te dringen. Inmiddels behoort een voorwaardelijke RM tot de mogelijkheden (Wet BOPZ art. 14a) en binnenkort zal de mogelijkheid tot gedwongen opname ter observatie van kracht worden (Stb. 2002, nr. 431).

*Beëindiging van de maatregel*

Zoals in paragraaf 2 beschreven is, kunnen zowel een TBS-maatregel met dwangverpleging als een civiele of strafrechtelijke RM in principe ongelimiteerd worden verlengd als het gevaar onvoldoende is geweken.

Zowel de TBS als de RM eindigen indien geen verlenging wordt gevorderd of indien de rechter al dan niet contrair aan het advies van de inrichting niet tot verlenging besluit.

Een verschil van enerzijds de civiele RM met anderzijds de TBS-maatregel met dwangverpleging en de strafrechtelijke RM, is dat het hoofd van de inrichting kan besluiten de civiele RM tussentijds te beëindigen indien hij het gevaar voldoende geweken of op een andere wijze afwendbaar acht (art. 48 Wet BOPZ). Patiënten met een strafrechtelijke RM kan de geneeheidirecteur slechts ontslaan of verlof verlenen in overleg met de minister van Justitie (art. 51 lid 2 Wet BOPZ).

*Verblijfsstatus*

De GGz kent (nog) geen specifieke long stay voorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten (Kamerstukken II, 2000-2001, 27 401, nr. 5, p. 3). Criteria voor plaatsing op een long stay afdeling voor TBS-gestelden zijn vastgelegd door de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ, CC99/95, Sancties, pp. 363-366). De TBS-gestelde dient minimaal zes jaar intramurale behandeling te hebben gehad in ten minste twee klinieken. Daarbij moet aannemelijk worden gemaakt dat eerdere behandelingen niet hebben geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar en dat de stoornis (waaraan betrokkene leed ten tijde van het delict) nog steeds aanwezig is. Een beslissing tot plaatsing op een long stay afdeling moet altijd worden gemotiveerd en betrokkene dient te zijn onderzocht door externe deskundigen (CC99/98). De TBS-gestelde kan tegen de beslissing tot plaatsing op een long stay afdeling in beroep gaan bij de RSJ (art. 11, lid 3 BVT). De rechtspositie van TBS-gestelden die op de long stay afdeling worden geplaatst blijft gelijk aan die van andere TBS-gestelden. In de huidige regeling adviseert een Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) de minister van Justitie over de selectie van patiënten voor de long stay afdelingen (Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2004).

**2.1.4 Verschillen tussen TBS- en BOPZ-wetgeving: de interne rechtspositie**

De regelgeving met betrekking tot bejegening van patiënten in de instelling waar zij verblijven wordt vaak aangeduid als de interne rechtspositie. De interne rechtspositie omvat onder meer het opstellen en uitvoeren van een behandelplan, de middelen en maatregelen die kunnen worden opgelegd en de mogelijkheden tot beklag en beroep tegen zaken die betrekking hebben op de interne rechtspositie.

De interne rechtspositie wordt bepaald door de instelling waar de persoon

verblijft. In TBS-instellingen is de BVT van toepassing op alle daar verblijvende patiënten. In de praktijk zijn dit vrijwel uitsluitend TBS-gestelden. In niet-justitiële instellingen geldt voor gedwongen opgenomen patiënten de Wet BOPZ. Een uitzondering is dat voor het toekennen van verlof aan patiënten met een strafrechtelijke titel (zoals TBS of art. 37 Sr) ook al verblijven zij in een niet-justitiële instelling, toestemming van de minister van Justitie vereist is (art. 51, lid 2 Wet BOPZ).

Hieronder worden enkele verschillen besproken tussen de TBS- en BOPZ-wetgeving die van belang zijn met het oog op beveiliging en zorg ten aanzien van zeer langdurig delictgevaarlijke patiënten.

#### *Mogelijkheden tot het hanteren van gevaarlijke patiënten in de instelling*

Een belangrijk verschil is dat het gevaarscriterium in sterkere mate leidend is bij de interne rechtspositie in TBS-instellingen dan bij de interne rechtspositie in BOPZ-instellingen.

In sommige GGz-instellingen wordt als probleem ervaren dat de Wet BOPZ te weinig mogelijkheden biedt om ten aanzien van TBS-gestelden beslissingen te nemen op grond van beveiliging en beheersing (Beekman en Koenraad, 2002).

De BVT biedt meer mogelijkheden dan de Wet BOPZ tot toepassing van middelen en maatregelen ter handhaving van de orde en veiligheid in de inrichting.<sup>4</sup> In BOPZ-instellingen kan een aantal middelen en maatregelen alleen worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt als gevolg van de stoornis worden veroorzaakt (Wet BOPZ art. 39 lid 1). Deze zijn afzondering, separatie (in een speciale separeerruimte), het beperken van bewegingsvrijheid (fixatie), medicatie en het toedienen van vocht of voeding (art. 2 Besluit middelen en maatregelen BOPZ).

Onder noodsituatie wordt bij voorbeeld verstaan de situatie dat een patiënt onverwacht zodanig psychotisch functioneert dat dit leidt tot gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen (Vlaardingerbroek, 1999). Druk, chaotisch, veeleisend, ontremd gedrag en/of dreigende uitlatingen van een patiënt werden in rechtspraak niet als noodsituatie beschouwd (Rb Amsterdam,

4 Maatregelen ter handhaving van orde en veiligheid in de instelling op grond van de BVT

*Controle en geweld:*

Onderzoek aan lichaam of kleding (art. 23 BVT), Urinecontroles (art. 24 BVT), Onderzoek in het lichaam (art. 25 BVT), Onderzoek van de persoonlijke verblijfsruimte (art. 29 BVT), Gebruik van geweld of vrijheidsbeperkende middelen (art. 30 BVT)

*Bewegingsvrijheid binnen de inrichting:*

Afdelingsconsignatie (art. 33 BVT), Afzondering en separatie (art. 34 BVT)

*Contacten met de buitenwereld:*

Toezicht op de inhoud van brieven of poststukken (art. 35, lid 2 BVT), Beperking of weigering van bezoek (art. 37 BVT), Toezicht op, beperking van of weigering van telefoongesprekken (art. 38 BVT)

*Disciplinaire straffen (art. 48, 49 BVT):*

Afzondering in de persoonlijke verblijfsruimte, Beperking van de bewegingsvrijheid tot de afdeling waar de verpleegde verblijft, Geldboete, Ontzegging van bezoek van een bepaalde persoon of bepaalde personen, Uitsluiting van deelname aan een of meer gemeenschappelijke activiteiten of werkzaamheden



30 juni 1994, BJ 43; Rb Assen, 6 december 1994, BJ 650). Dreigende uitlatingen van een patiënt worden in een TBS-kliniek op basis van orde en veiligheid wél als aanleiding beschouwd tot bijvoorbeeld afzondering op de eigen kamer (o.a. Stolker, Nijman en Zwanikken, 2004).

De Wet BOPZ (art. 40) biedt wel de mogelijkheid om ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis of ter voorkoming van strafbare feiten, beperkingen op te leggen in briefwisseling, bezoek, telefoongebruik en bewegingsvrijheid. Een andere mogelijkheid is dat de instelling en de patiënt afspraken in het behandelplan opnemen over toepassing van middelen en maatregelen ten aanzien van de patiënt in bepaalde situaties betreffende orde en veiligheid.

### *Behandeling*

De TBS-instelling dient zo spoedig mogelijk na opneming een verpleegen behandelplan voor de TBS-gestelde op te stellen (art. 16 BVT) en dit periodiek te evalueren (art. 18 BVT). De behandeling dient te voldoen aan de eisen die de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde stelt (Kamerstukken II 1993-1994, 23 445, nr. 3, p. 10). Dit betekent onder meer dat de TBS-behandeling dient te zijn gericht op het verminderen van het gevaar dat voortvloeit uit de psychische stoornis of gebrekkige ontwikkeling.

Evenals in de BVT is het ook in de Wet BOPZ (art. 38) vastgelegd dat zo spoedig mogelijk na opneming een behandelingsplan voor de patiënt moet worden opgesteld. Het behandelingsplan dient erop te zijn gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt gedwongen opgenomen is, wordt weggenomen.

Deelname aan de behandeling kan noch op grond van de Wet BOPZ noch op grond van de BVT worden verplicht.

Dwangbehandeling is op grond zowel van de BVT als de Wet BOPZ slechts mogelijk ter afwending van ernstig gevaar voor de verpleegde of voor anderen (art. 26 BVT; art. 38 lid 5 wet BOPZ). Wel biedt de wet BOPZ de mogelijkheid om dwangbehandeling toe te passen als deze behandeling is vastgelegd in het behandelingsplan (art. 39). Als de patiënt zich verzet tegen een noodzakelijk geachte behandeling kan de inspectie bij de rechter een verzoekschrift indienen om deze behandeling toe te passen, waarbij jaarlijks een toetsing plaatsvindt (art. 42 Wet BOPZ). In de TBS-sector wordt wel als probleem ervaren dat de BVT minder mogelijkheden biedt tot gedwongen behandeling gedurende langere tijd (Interne notitie Van Mesdagkliniek).

## **2.2 Beveiligings- en zorgvoorzieningen voor (langdurig delictgevaarlijke) forensisch psychiatrische patiënten**

In deze paragraaf wordt besproken welke typen voorzieningen er zijn voor forensisch psychiatrische patiënten, vervolgens komt aan de orde op welke

vormen van beveiliging en toezicht deze instellingen bieden (2.3.1). Daarna wordt besproken welke differentiaties deze voorzieningen bieden op het gebied van beveiliging en zorg ten aanzien van verschillende (sub)groepen patiënten (2.3.2). Ten slotte komt de inhoud van de zorg aan de orde (2.3.3).

Gezamenlijk bieden van de ministeries van Justitie en VWS intra- en transmurale voorzieningen die variëren in zwaarte op het gebied van beveiliging, toezicht en zorg.

#### *Justitiële instellingen*

Een belangrijk deel van de intramurale zorg aan TBS-gestelden wordt geboden door de acht TBS-instellingen (bijlage 6). Drie hiervan zijn rijksinrichtingen die bestuurlijk rechtstreeks onder het ministerie van Justitie vallen. De overige zijn particuliere instellingen. De meeste TBS-klinieken beschikken tevens over een forensische polikliniek en voorziening voor deeltijdbehandeling. Een aantal TBS-klinieken heeft eigen transmurale voorzieningen. De capaciteit van de TBS-klinieken gezamenlijk is ongeveer 1.300 plaatsen (intramurale en transmurale plaatsen samen genomen).

#### *Niet-justitiële instellingen*

Er zijn drie Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's). Alle FPK's hebben een poliklinische voorziening. In 2003 was de capaciteit van de drie FPK's totaal ruim 200 plaatsen.

De negen Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) maken deel uit van algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ). Vier FPA's hebben de mogelijkheid tot deeltijdbehandeling en alle FPA's kunnen patiënten poliklinische nazorg bieden. In 2003 was de capaciteit van de negen FPA's totaal ongeveer 200 plaatsen.

Hoeve Boschoord, een voorziening voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten heeft circa 72 plaatsen beschikbaar voor TBS-gestelden. Landelijk zijn er drie Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB's) die adviseren bij de behandeling van GGz-patiënten die ontwikkeltend gedrag vertonen of met wie de behandelrelatie is verstoord. De KIB's beschikten in 2003 gezamenlijk over een kleine 70 plaatsen.

Elf regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW) bieden forensische plaatsen (Plemper, 1998). Er bestaan enkele 'gesloten' voorzieningen voor begeleid wonen. Kenmerkend daarbij is dat het toezicht strikter is dan in RIBW's. Noord-Nederland biedt sinds 2001 forensisch psychiatrische thuiszorg (Van den Brink, 2004).

### **2.2.1 Materiële beveiliging en toezicht**

#### *Justitiële instellingen*

De TBS-klinieken bieden de zwaarste materiële beveiliging, daarna de FPK's en de FPA's bieden van de drie de minst zware beveiliging (Van Hoek en

Mastenbroek-Osté, 2000; DJI, 2003). De materiële beveiliging van de TBS-klinieken omvat onder meer eisen aan bouwmaterialen, de aanwezigheid van vijf meter hoge omheiningen, afgesloten ijzeren toegangsdeuren en van elektronische apparatuur zoals camera's en bewegingsdetectoren. De instellingen hebben een centrale toegang met een sluis en ingesloten binnenplaatsen. Iedere afdeling beschikt over een separeerruimte. Daarnaast beschikt een TBS-kliniek over een aparte isoleerafdeling met prikkelarme ruimtes.

De Inspectie voor de gezondheidszorg (2003) constateerde dat er tussen TBS-klinieken grote verschillen zijn in het hanteren van materiële en personele beveiliging. Sommige klinieken leggen het accent op beheersing, andere op de relatie met de patiënt en de persoonlijke en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De eerste maken meer gebruik van bijvoorbeeld signaleringsplannen, camerabewaking, controlemaatregelen en beperkingen van bewegingsvrijheid binnen de kliniek.

#### *Niet-justitiële instellingen*

De Inspectie voor de gezondheidszorg (2004) biedt enig overzicht over de beveiligingsmaatregelen van FPK's en FPA's. De FPK's hebben één enkele centrale toegang, zijn omheind en beschikken over een ingesloten binnenplaats. Alle FPK's passen cameratoezicht toe. De FPA's zijn minder zwaar beveiligd dan de FPK's. De meeste FPA's vormen een aparte eenheid binnen de GGz-instelling. Deze instellingen hebben meerdere ingangen en de FPA's zijn niet of slechts ten dele omheind. Enkele FPA's passen cameratoezicht toe. De FPK's en FPA's geven aan dat beveiliging vooral wordt gewaarborgd door de aanwezigheid en deskundigheid van het personeel.

### **2.2.2 Differentiaties met betrekking tot beveiliging en zorg ten aanzien van verschillende groepen patiënten**

#### *Justitiële instellingen*

De verplichting om aselekt op te nemen (zie 1.2.1) brengt met zich mee dat iedere TBS-kliniek zorg moet kunnen bieden aan een patiëntenpopulatie met een breed scala aan problematiek. Dit betreft onder meer psychotische patiënten die een individuele behandeling in een gestructureerde en prikkelarme omgeving nodig hebben, patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die gepaard gaat met veel agressief 'acting-out'-gedrag en patiënten met problematisch gedrag op seksueel gebied.

De TBS-klinieken kennen de volgende differentiaties in afdelingen (o.a. Inspectie voor de gezondheidszorg, 2001).

- Afdelingen voor (zeer) intensieve zorg (ook wel intensive care unit, ICU genoemd) voor patiënten die een individuele benadering en een prikkelarme omgeving nodig hebben.
- Extra beveiligde afdelingen voor patiënten die vluchtgevaarlijk zijn en/of relatief veel agressief gedrag vertonen.

- Reguliere behandelafdelingen voor het merendeel van de patiënten waarbij soms afdelingen nog gedifferentieerd zijn naar problematiek (bijvoorbeeld patiënten met een psychotische stoornis of patiënten met verslavingsproblematiek).
- Verschillende TBS-klinieken kennen een aparte opnameafdeling waar patiënten de eerste weken verblijven terwijl er diagnostiek wordt verricht.
- Tevens zijn er resocialisatieafdelingen waar de patiënten meer verantwoordelijkheid en vrijheden hebben.
- Ten slotte hebben twee TBS-klinieken een long stay afdeling van respectievelijk 20 en 40 plaatsen.

#### *Niet-justitiële instellingen*

FPK's kennen evenals de TBS-klinieken een aselekt opnamebeleid voor TBS-gestelden, maar richten zich desalniettemin vooral op de behandeling van patiënten met een psychotische stoornis als hoofddiagnose en niet op de behandeling van patiënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond staat (o.a. Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004). Zij nemen patiënten op met een groter gevaarsrisico en/of een geringere behandel-motivatie dan FPA's doen (Wilken, Klamer en Bröker, 1999).

FPA's richten zich vooral op patiënten die een zorgintensieve behandeling behoeven en niet acuut delictgevaarlijk zijn (Van den Hoek en Mastenbroek-Osté, 2000). Dit betreft patiënten met verschillende strafrechtelijke titels<sup>5</sup> waarbij doorgaans sprake is van psychotische symptomatologie in combinatie met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De FPA's hanteren daarbij een aantal indicatiecriteria waaronder een prognose van niet langer dan twee jaar behandeling op de FPA. Daarnaast hanteren de FPA's een aantal contra-indicaties voor opname die betrekking hebben op delictrisico. De populaties van FPA's verschillen volgens de Inspectie voor de volksge-zondheid (2004) in de praktijk nogal wat betreft problematiek. Op twee FPA's verblijven vooral zeer kwetsbare chronisch psychiatrische patiënten, terwijl de overige FPA's een meer gemengde populatie hebben.

Alle FPK's en een aantal FPA's kennen een differentiatie in units (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004). In de FPK's en sommige FPA's zijn er probleem- of diagnosegerelateerde afdelingen. De meeste FPA's differentiëren naar fase in de behandeling.

### **2.2.3 Aard en inhoud van de zorg aan (langdurig) gevaarlijke patiënten**

#### *Justitiële voorzieningen*

De Inspectie voor de gezondheidszorg (2003) merkt op dat de TBS-klinieken

5 TBS met voorwaarden (art. 38-38a Sr), TBS met dwangverpleging (art. 37b Sr), TBS proefverlof (art. 38h Sr), voorwaardelijk ontslag TBS (art. 38g Sr), penitentiaire maatregel (art. 15 lid 5 PBW), schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sr), strafrechtelijke machtiging tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr), voorwaardelijke veroordeling met bijzondere voorwaarden (art. 14e Sr). Bron: Van Hoek en Mastenbroek-Osté (2000).

vergeleken met drie jaar eerder (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2001) een meer eenduidig referentiekader hanteren ten aanzien van de behandeling. Acht van de negen TBS-klinieken hebben als centraal referentiekader een cognitief-gedragstherapeutisch kader gekozen. Dit wordt ondersteund en aangevuld met medicamenteuze behandeling, systeemtherapie en inzichtgevende psychotherapie. Een van de TBS-klinieken kiest voor het model van de therapeutische gemeenschap in combinatie met een voornamelijk cognitief-gedragstherapeutische aanpak.

De inspectie stelt vast dat binnen de TBS-klinieken de laatste jaren het accent is verschoven van verpleging naar behandeling. De aanpak is multidisciplinair waarbij het individuele behandelplan leidend is. De behandelteams bestaan uit een psychiater, een psycholoog/psychotherapeut, sociotherapeuten, een maatschappelijk werkende en vaktherapeuten. Het aanbod aan interventies is breed. Het omvat verschillende vormen van individuele en groepstherapie of trainingen. Naast behandelinterventies speelt in de meeste klinieken het therapeutisch milieu, vooral vormgegeven door de sociotherapie, een belangrijke rol. Dit betreft veelal het bieden van structuur en steun. Daarnaast bieden de TBS-klinieken een variëteit aan dagactiviteiten waarvan arbeid in de meeste klinieken een centraal onderdeel is.

Alle TBS-klinieken maken delictanalyses en gebruiken risicotaxatie-instrumenten ter ondersteuning van de klinische diagnostiek. In toenemende mate is de behandeling gericht op zogeheten criminogene factoren.

Recentelijk wordt meer expliciet onderscheid gemaakt tussen een behandelbeleid gericht op vermindering van delict risico en beëindiging van de TBS-maatregel en een beleid gericht op langdurig verblijf van patiënten die niet meer van behandeling profiteren en te gevaarlijk worden geacht om terug te keren naar de maatschappij of door te stromen naar een andere voorziening (zie ook 1.2.1). Op de long stay afdelingen wordt niet meer intensief behandeld met als doel de beëindiging van de TBS-maatregel. Het accent ligt in deze voorzieningen meer op verpleging waarbij het doel is dat de patiënt stabiel functioneert. Het therapeutisch milieu wordt daarbij als een belangrijk instrument beschouwd. Het bieden van steun en structuur en het bekrachtigen van gewenst gedrag staat daarbij centraal. De bedoeling is de patiënten een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit te bieden. Daartoe krijgt elke patiënt een zo veel mogelijk op zijn vaardigheden en voorkeuren afgestemd dagprogramma. Het dagprogramma omvat (aangepaste) arbeid, rust en vrije tijd.

#### *Niet-justitiële voorzieningen*

Evenals de TBS-klinieken wordt in FPK's en FPA's gewerkt met multidisciplinaire behandelteams, is het aanbod aan interventies breed en vormen arbeidsgelateerde activiteiten een onderdeel van de behandeling (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004). De aanpak van de behandeling is

cognitief gedragstherapeutisch. In bijna alle instellingen wordt een supportief therapeutisch milieu gehanteerd waarbij de nadruk ligt op steun en structuur.

De FPA's hebben als doelstellingen het bieden van een zorgintensieve behandeling, het voorkomen van recidive en verdere integratie van de patiënt in de algemene GGz (Van Hoek en Mastenbroek-Osté, 2000). Risicotaxatie en risicomangement hebben volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg (2004) geen duidelijk aandeel in de behandeling. Slechts drie afdelingen of instellingen gebruiken risicotaxatie-instrumenten. Het toekennen van vrijheden gebeurt voornamelijk op basis van klinisch oordeel. In de dossiers ontbraken veelal delictscenario's en delictpreventie was zelden een onderwerp in het behandelplan.

### 2.3 Samenvatting en conclusies

In verband met karakterisering van de patiëntenpopulaties en voor de zorgverlening aan langdurig gevaarlijke patiënten zijn de volgende verschillen en overeenkomsten tussen de TBS- en BOPZ-wetgeving relevant. Sterker dan bij de andere maatregelen zijn bij de vormgeving van de TBS-maatregel bescherming van de samenleving en het gevaarscriterium leidende principes.

Bij de civiele en strafrechtelijke RM kan gevaar voor de persoon zelf een criterium voor oplegging zijn. Bij zowel de TBS-maatregel als de civiele en strafrechtelijke RM gelden als gevaarscriteria: gevaar voor anderen en algemeen gevaar voor personen of goederen. TBS kan echter slechts worden opgelegd als al een ernstig geweldsdelict is gepleegd, de strafrechtelijke RM voor een misdrijf of overtreding en de civiele RM kan worden opgelegd zonder dat überhaupt sprake is van een overtreding. Deze verschillen in criteria zouden kunnen leiden tot verschillen tussen de patiëntenpopulaties in delictgevaar. Aan de andere kant is het aannemelijk dat er ook grote overeenkomsten zijn tussen de patiënten categorieën in delictrisico en psychische problematiek. Zo blijkt uit onderzoek van Van Emmerik (2001) dat ongeveer de helft van alle TBS-gestelde eerder gedwongen opgenomen is geweest in de reguliere GGz.

De Wet BOPZ biedt minder mogelijkheden dan de BVT voor het aanwenden van middelen en maatregelen ter handhaving van orde en veiligheid in de instelling, maar biedt meer mogelijkheden dan de BVT om dwangbehandeling langere tijd voort te zetten.

Het hoofd van de inrichting kan besluiten een civiele RM tussentijds te beëindigen. Dit maakt de veiligheidswaarborgen bij beëindiging van een civiele RM minder strikt dan die bij een strafrechtelijke RM of TBS.

Plaatsing op een verblijfsafdeling, dan wel het toekennen van een 'long stay status' waarbij niet meer intensief wordt behandeld, is niet wettelijk vastgelegd, maar geregeld in de praktijk. De reguliere GGz kent in tegenstelling tot

de TBS-sector nog geen verblijfsafdelingen specifiek voor forensisch psychiatrische patiënten.

Op het gebied van de zorg voor patiënten vallen overeenkomsten op tussen de FPA's, FPK's en TBS-klinieken, zoals de multidisciplinaire aanpak, de cognitief-gedragstherapeutische benadering en het hanteren van een supportief therapeutisch milieu. De FPA's en FPK's zijn volgens de inspectie echter meer dan TBS-klinieken nog in ontwikkeling. Visies en beleid zijn nog niet, of nog niet in alle instellingen uitgekristalliseerd of lijken soms tussen instellingen te verschillen. Dit geldt bijvoorbeeld met betrekking tot opnamecriteria, risicotaxatie en delictpreventie en ten aanzien van de veiligheid binnen de instelling of afdeling. Een eenduidig 'concept' voor materiële beveiliging en toezicht op FPA's ontbreekt.





### 3 Een verkenning van het concept 'blijvende delictgevaarlijkheid'

Zoals in hoofdstuk 1 reeds aan de orde is gekomen, is er een groep forensisch psychiatrische patiënten bij wie (langdurige) behandeling niet leidt tot een substantiële afname van delictgevaarlijkheid. Deze patiënten worden derhalve beschouwd als 'blijvend (delict)gevaarlijk'. Dit gegeven kan gezien worden als kernelement in de definiëring van deze populatie en zal in dit hoofdstuk nader worden uitgewerkt.

Aan het concept 'blijvende delictgevaarlijkheid' zijn twee componenten te onderscheiden die in relatie tot elkaar staan, te weten 'behandelbaarheid' en 'delictgevaarlijkheid'. De relatie is niet per se wederkerig: iemand die gevaarlijk wordt geacht, hoeft niet onbehandelbaar te zijn. Wel leidt onbehandelbaarheid van een gevaarlijk geachte patiënt uiteindelijk tot het predikaat 'blijvend delictgevaarlijk'.

In dit hoofdstuk zal aan de hand van literatuur getracht worden tot een nadere uitwerking te komen van het begrip 'blijvende delictgevaarlijkheid'. Hiertoe zullen de begrippen 'delictgevaarlijkheid' en 'behandelbaarheid' in algemene zin worden besproken. Vervolgens wordt bekeken welke (gemeenschappelijke) factoren worden aangetroffen bij als 'blijvend delictgevaarlijk' gediagnosticeerde personen, waarna mogelijke risicofactoren voor het ontstaan van blijvende delictgevaarlijkheid aan de orde zullen komen. Op grond van de bevindingen zal ten slotte getracht worden het begrip 'blijvende delictgevaarlijkheid' af te bakenen en zal nagegaan worden welke consequenties dit heeft voor het onderzoek.

Bij dit alles is een kanttekening vooraf op z'n plaats: literatuur met betrekking tot het *concept* blijvende delictgevaarlijkheid is dun gezaaid. Hetzelfde geldt voor het *concept* 'behandelbaarheid'. Voor een deel is dit literatuuroverzicht daarom gebaseerd op studies met betrekking tot verwante thema's, zoals recidiverisico en behandeling van specifieke stoornissen. De invalshoek van waaruit blijvende delictgevaarlijkheid in de literatuur besproken wordt is daardoor divers, hetgeen het maken van vergelijkingen op grond van de verschillende onderzoeksresultaten bemoeilijkt. In dit hoofdstuk zal de nadruk liggen op het van zoveel mogelijk kanten belichten van het concept 'blijvende delictgevaarlijkheid'.

#### 3.1 De begrippen 'delictgevaarlijkheid' en 'behandelbaarheid'

##### **3.1.1 Het concept delictgevaarlijkheid**

In diverse artikelen wordt erop gewezen dat het begrip 'gevaarlijkheid' weinig eenduidig is. Zo is Van Marle (1992) van mening dat gevaarlijkheid of gevaarlijk gedrag per definitie een multitheoretische en multidisciplinaire

aanpak nodig heeft. Bij het voorspellen van de gevaarlijkheid dient volgens hem bovendien onderscheid gemaakt te worden tussen het voorspellen van gevaarlijk gedrag in de nabije toekomst en dat op de langere termijn. Mason (1999) wijst erop dat het concept 'gevaar' veel verschillende opvattingen oproept, zowel tussen personen binnen dezelfde professie, als tussen verschillende disciplines. Gevaarlijkheid impliceert volgens hem het aanwezig zijn van kwaliteiten of kenmerken binnen het individu, die in wisselwerking met omgevingsfactoren kunnen leiden tot een zichtbare uiting, zoals geweld, maar ook tot meer subtiele vormen van letseltoebrenging, zoals vergiftiging of stalking. Van Ginneken (1993) gaat in op het gevaarscriterium zoals dat omschreven is in het Wetboek van Strafrecht.<sup>6</sup> Hij constateert dat het begrip 'gevaar' vragen oproept, bijvoorbeeld ten aanzien van de te verwachten schade, de kans dat het 'onheil' zich voordoet en de termijn waarop men het 'onheil' verwacht.

In overeenstemming hiermee gaan Douglas en Ogloff (2003) in op het risico dat iemand gewelddadig gedrag zal vertonen. Zij merken op dat er binnen het veld van risicotaxatie tot voor kort verrassend weinig aandacht was voor het begrip 'risico' op zich. Dit werd vooral in verband gebracht met de waarschijnlijkheid dat iemand gewelddadig gedrag zou vertonen. Douglas en Ogloff wijzen echter op uitspraken van verschillende onderzoekers dat 'risico' meer omvat dan alleen het aspect 'waarschijnlijkheid'. Zij noemen in dit verband Mulvey en Lidz (1995), die vijf aspecten aan het begrip 'risico' onderscheiden, namelijk de aard van het risico, de waarschijnlijkheid dat het zich voor zal doen, de frequentie van het vóórkomen ervan, de ernst van het risico en de dreiging (de onmiddellijkheid/de latentietijd) ervan. Ook het concept 'geweld' omvat volgens Douglas en Ogloff meerdere facetten, zoals de frequentie waarmee het zich voordoet, de dreiging dat het zich voor zal doen, en de mate van ernst ervan (licht letsel versus ernstig letsel). Daarbij kan geweld zich richten tegen een bekende of een onbekende, en kan de reden voor het geweld liggen op het instrumentele of het vijandelijke vlak. Bovenstaande opvattingen maken duidelijk dat het concept 'delictgevaarlijk' niet eendimensionaal is. Het uiteenrafelen van de verschillende aspecten en facetten zoals hier beschreven, biedt echter wel aanknopingspunten met het oog op operationalisering van het begrip.

### **3.1.2 Het concept behandelbaarheid**

Het begrip 'delictgevaarlijkheid' kan in relatie worden gebracht met behandelbaarheid.

Tervoort (2003) formuleert het aldus: 'Indien gevaarlijk gedrag een uiting is van een stoornis of ziekte, komt deze in aanmerking voor behandeling.'

6 Artikel 37a, Wetboek van Strafrecht vermeldt dat 'de rechter kan gelasten dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden geplaatst voor een termijn van een jaar, doch alleen indien hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen'.

Wanneer er sprake is van delictrecidivevermindering met behulp van behandeling, spelen er volgens hem vier kernelementen een rol: de ziekte, de persoon van de betrokkene, diens (micro- en macro-)omgeving en de behandelaar. Of een forensisch psychiatrische patiënt behandelbaar is, hangt af van de beïnvloedbaarheid van de factoren die delinquent gedrag bepalen, zoals een problematische ontwikkelingsgeschiedenis, biologische factoren, een problematische sociale situatie, een gebrek aan vaardigheden. Tervoort definieert het begrip behandelbaarheid als 'de mogelijkheid dat de behandeling een bepaalde mate van succes zal opleveren onder invloed van nader te benoemen factoren of dimensies'. Deze factoren of dimensies betreffen onder andere de omschrijving van de ziekte in diagnostische groepen (ter mogelijke inschatting van de behandelbaarheid), en het vermogen en de bereidheid tot samenwerking van de patiënt. Of een patiënt tot samenwerking in staat is en bereid is, hangt volgens Tervoort onder andere af van de mate waarin de stoornis de diverse functies al dan niet beperkt; daarnaast speelt het vermogen van de patiënt om zich te hechten een rol, evenals zijn intelligentieniveau en daarmee samenhangend, zijn reflecterend vermogen. Ziekte-inzicht en lijdensdruk ten slotte, kunnen de bereidheid tot samenwerking positief beïnvloeden.

Ook de deskundigheid en de bereidheid tot samenwerking van de behandelaar beschouwt Tervoort als belangrijke factoren voor het welslagen van de behandeling, evenals de stand van zaken met betrekking tot het vakgebied. Deze laatste factor bepaalt de grens aan de behandel mogelijkheden en is tijdgebonden. Het zorgaanbod dient verder van een voldoende kwaliteit en kwantiteit te zijn om de patiënt de beste kans op behandeling te bieden. Daarbij moet de setting waarin de behandeling plaatsvindt transparant zijn, het moet bijvoorbeeld duidelijk zijn voor de patiënt of de behandeling primair bedoeld is ter beveiliging van de maatschappij (zoals in de TBS-klinieken het geval is) of dat de zorg voor de patiënt centraal staat (zoals in de GGz het geval is).

Tervoort wijst tot slot op het al dan niet aanwezig zijn van bepaalde maatschappelijke condities, zoals bijvoorbeeld specifieke waarden en normen.

Ook Van Marle (2001) en Roede et al. (2002) zijn van mening dat (on)behandelbaarheid niet op zichzelf staat en dat persoonsgebonden, relationele, sociaal-economische of maatschappelijke factoren van invloed zijn op de behandelbaarheid. Zo zouden volgens Van Marle morele en praktische opvattingen in de samenleving een rol kunnen spelen en zou een steunende omgeving kunnen bijdragen tot het verminderen of opheffen van de symptomen die leiden tot de delictgevaarlijkheid. Zowel Tervoort, Van Marle als Roede et al. benadrukken voorts dat een uitspraak over behandelbaarheid slechts een beperkte geldigheidsduur heeft. Factoren en condities kunnen in de loop der tijd veranderen en daarmee kan ook de mate van behandelbaarheid veranderen.

Mason (1999) ten slotte, wijst erop dat er verschillende kanten aan

(on)behandelbaarheid zitten. Weerstand tegen behandeling kan een gevolg zijn van de geestelijke gesteldheid van de patiënt, maar kan ook gegrond zijn op een rationele beslissing van betrokkene. Een behandeling moet bovendien geschikt zijn voor de specifieke patiënt, een gegeven dat ook door Serin en Preston (2001) wordt benadrukt. Zij wijzen er in een artikel over de behandeling van geweldsdelinquenten op dat de heterogeniteit van deze groep een belangrijk gegeven is. Volgens hen hebben slechts weinig instellingen de middelen om te voorzien in een veelvoud van behandelprogramma's voor de verschillende typen van geweldsdelinquenten en is het van belang dat de voorgeschreven behandelprogramma's meer aangepast worden aan de behandelbehoeften van de verschillende geweldsdelinquenten.

### 3.2 Blijvende delictgevaarlijkheid en onbehandelbaarheid in de praktijk

In het navolgende zal aan de hand van verschillende onderzoeken een nadere typering worden gegeven van (forensisch) psychiatrische patiënten die als 'blijvend delictgevaarlijk' en onbehandelbaar worden beschouwd. Daartoe zullen allereerst enkele Nederlandse en Duitse onderzoeken besproken worden die zich hebben gericht op patiënten met een strafrechtelijke maatregel. Veelal hebben deze patiënten (onder meer) een persoonlijkheidsstoornis als diagnose. Vervolgens zullen enkele, voornamelijk Britse studies worden besproken waarin met name patiënten centraal staan met chronische psychiatrische problematiek (zoals schizofrenie).

#### **3.2.1 Karakterisering van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in enkele Nederlandse en Duitse onderzoeken**

In Nederland zijn recentelijk enkele onderzoeken verricht waarin onder andere is gekeken naar kenmerken van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. Waarin onderscheidt deze groep zich van de 'tijdelijk' gevaarlijke patiënten en delinquenten?

Roede et al. (2002) hebben onderzoek gedaan naar de 'asielbehoefte voor blijvend gevaarlijke en gestoorde patiënten en delinquenten in Nederland'. Hierbij ging het niet alleen om de groep langdurig delictgevaarlijke TBS-gestelden, maar ook om patiënten met een andere strafrechtelijke of een civielrechtelijke maatregel. Voor de afbakening van deze populatie werden drie criteria gehanteerd: de patiënten moesten beoordeeld zijn als blijvend gestoord en blijvend gevaarlijk; een op behandeling gerichte attitude was afwezig en er zijn twee of meer eerdere behandel pogingen gedaan zonder significante verbetering van de psychopathologie en van het delictrisico. In totaal voldeden 166 patiënten aan de drie genoemde criteria. De resultaten wezen erop dat deze groep 'zwaarder' dan de overige patiënten lijkt te zijn wat betreft behandelbaarheid, gevaar en benodigde zorg; echter van een

kwalitatief andere groep met onderscheiden specifieke kenmerken leek geen sprake te zijn. Hierbij moet echter worden aangetekend dat de selectie van de in aanmerking komende personen is overgelaten aan de bij het onderzoek betrokken instellingen. De ene instelling leek een ruimere definitie te hebben gehanteerd dan de andere, hetgeen interpretatie van de resultaten bemoeilijkt.

Van Emmerik (2001; 2003) concludeert naar aanleiding van een onderzoek op basis van registratiegegevens van de TBS-populatie dat de 'long stay' populatie binnen de TBS op een aantal punten verschilt van de 'gewone' populatie TBS-gestelden: bijna een kwart van de long stay populatie heeft een eerdere TBS-maatregel gehad, meer dan 40% is seksueel delinquent, bijna driekwart heeft voor de TBS-maatregel al een vrijheidsbenemende sanctie opgelegd gekregen en ongeveer de helft heeft een IQ lager dan 90. Bij dit onderzoek moet worden aangetekend dat voor de afbakening van de long stay populatie uitsluitend is uitgegaan van een opnameduur van minimaal zes jaar. Gegevens over behandelperspectief en blijvende delictgevaarlijkheid bleven buiten beschouwing.

Een evaluatieonderzoek van de 'long stay afdeling' van FPC Veldzicht (De Kogel en Verwers, 2003) wijst uit dat de meeste van de daar opgenomen patiënten al zeer lang TBS hadden (16 van de 23 patiënten langer dan tien jaar); dat een groot deel al eerder een TBS-maatregel had opgelegd gekregen en dat er veelal sprake was van een relatief lage intelligentie. Ook was er relatief vaak sprake van een combinatie van psychische stoornissen en werd bij de patiënten van de long stay afdeling vaker dan bij patiënten uit de algemene populatie TBS-gestelden een seksuele stoornis gediagnosticeerd. In Duitsland verrichtten Eucker en Jöckel (2003) onderzoek naar kenmerken van patiënten met een strafrechtelijke maatregel van wie niet werd verwacht dat zij binnen afzienbare tijd uit een forensisch psychiatrische kliniek konden worden ontslagen. Dit betrof ongeveer 100 patiënten (30% van de kliniepopulatie). Vergeleken met de overige patiënten in de kliniek waren deze patiënten ouder, pleegden zij in meer gevallen een seksueel delict en hadden vaker een persoonlijkheidsstoornis en/of een seksuele stoornis als diagnose. Ook had een groter percentage een lager dan gemiddelde intelligentie. In de besproken studies vallen enkele gemeenschappelijke kenmerken op. Co-morbiditeit, waaronder met name (anti-sociale) persoonlijkheidsstoornissen en seksuele stoornissen lijkt bij de als 'blijvend delictgevaarlijk' beoordeelde patiënten vaker voor te komen. Bij deze patiënten is in meer gevallen sprake van zedendelicten en meer eerdere vrijheidsbenemende sancties. Tenslotte zijn de patiënten relatief oud.

### ***3.2.2 Karakterisering van chronische psychiatrische 'long stay' patiënten***

Verschillende, veelal Britse onderzoeken (o.a. Fisher, 2001; Holloway, 1999; Desai en Rosenheck, 1995; Dayson, Gooch en Thornicroft, 1992; Thornicroft, Gooch en Dayson, 1992; Lelliot, Wing en Clifford, 1994; Richards, 1997;

Franz, 2002) gaan in op kenmerken van zogenoemde 'long stay' patiënten. Dit betreft met name patiënten met chronische psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld schizofrenie). Veelal is het achterliggend doel te achterhalen waarom deze chronisch psychiatrische patiënten niet geschikt zijn voor kleinere, meer op de samenleving georiënteerde voorzieningen.

Enkele van deze onderzoeken worden hier kort besproken, waarbij opgemerkt moet worden dat het begrip 'long stay' veelal ruimer geïnterpreteerd wordt dan in Nederland gebeurt. Met name doen zich verschillen voor op het gebied van de opname- of behandelduur: over het algemeen lijkt als criterium een opnameduur gehanteerd te worden die ten minste één jaar bedraagt. Niet altijd is duidelijk of er specifieke criteria gehanteerd worden voor long stay patiënten die met een strafrechtelijke titel zijn opgenomen (zoals in Nederland voor TBS-patiënten onder andere een behandelduur van ten minste zes jaar geldt). Ook lijkt het gevaarscriterium (veel) minder op de voorgrond te staan. In diverse buitenlandse onderzoeken wordt bovendien onderscheid gemaakt tussen 'new long stay' (NLS) en 'old long stay'-patiënten (o.a. Holloway, 1999; Thornicroft et al., 1992). Het onderscheid tussen beide groepen lijkt samen te hangen met de veelbeschreven tendens om grote (rijks)psychiatrische ziekenhuizen te sluiten of in te krimpen en de patiënten over te plaatsen naar kleinere psychiatrische voorzieningen waar de patiënten meer deel uitmaken van de samenleving. De 'new long stay' populatie betreft patiënten voor wie deze nieuwe voorzieningen een stap te ver zijn (Lelliot et al., 1994). Zij blijven daarom opgenomen in de psychiatrische ziekenhuizen of worden, na een mislukte overplaatsing naar een kleinere voorziening, teruggeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis en op basis daarvan als 'nieuwe' long stay ('new long stay') patiënten beschouwd. Fisher (2001) onderzocht 330 long stay patiënten die al ten minste drie jaar verbleven in state psychiatric hospitals in Massachusetts. Gekeken werd naar de behoeften en kenmerken van deze patiënten op verschillende gebieden: hun medische problematiek, de noodzaak tot verpleging, psychiatrische diagnose, voorgeschiedenis met betrekking tot problematisch gedrag. Voor veel personen betrof het niet alleen de psychiatrische stoornis die voortgezette hospitalisatie nodig maakte, maar was er sprake van een combinatie van gedrags- en klinische factoren. Een aantal patiënten had medische restricties die plaatsing in een alternatieve voorziening bemoeilijkten. Van anderen werd op grond van hun voorgeschiedenis verwacht dat plaatsing in een setting met minder toezicht tot 'afglijden' zou kunnen leiden. Een aantal patiënten had een gewelddadige voorgeschiedenis, inclusief seksuele delicten en het lastigvallen van kinderen. Sommige van hen waren forensisch psychiatrische patiënten, in wier geval justitie, familieleden of de maatschappij bezwaar zouden kunnen maken tegen een overplaatsing. Tot slot was er een groep die al zo lang was opgenomen, dat het de vraag was of ze wel moesten worden overgeplaatst naar een meer op de samenleving georiënteerde voorziening.

Dayson et al. (1992) onderzochten de kenmerken van patiënten bij wie terugplaatsing naar de maatschappij vanuit twee psychiatrische ziekenhuizen niet mogelijk was. De onderzoeksgroep bestond uit patiënten die ten minste een jaar in één van beide psychiatrische ziekenhuizen verbleven. De belangrijkste redenen waarom de patiënten niet terug naar de maatschappij konden, waren periodiek agressief of bedreigend gedrag, hardnekkige symptomen, alcohol of drugsgebruik, interpersoonlijke gedragsproblemen. De meest frequent genoemde combinatie was die van hardnekkige symptomen en periodieke agressie. Patiënten met veel psychotische symptomen hadden een grotere kans moeilijk plaatsbaar te zijn, evenals mannelijke patiënten. Een uitgebreid sociaal netwerk bleek daarentegen bescherming te bieden tegen moeilijke plaatsbaarheid.

Thornicroft et al. (1992) onderzochten welke risicofactoren te onderkennen zijn die het waarschijnlijk maken dat uit een psychiatrisch ziekenhuis ontslagen long stay patiënten heropgenomen zullen worden. Als long stay patiënten werden diegenen beschouwd die voor hun ontslag ten minste een jaar of langer opgenomen waren geweest. Het onderzoek betrof een follow-up van vijf jaar van 357 long stay patiënten uit twee ziekenhuizen. Doel van het onderzoek was een vergelijking te maken tussen patiënten die na ontslag wel en niet opnieuw opgenomen waren. Uit de gegevens bleek dat er een subgroep kon worden onderscheiden die aanzienlijk meer kans had te worden teruggeplaatst na ontslag. Deze groep werd gekenmerkt door een jongere leeftijd, mannelijk geslacht, diagnose van manisch-depressieve psychose, meer eerdere heropnames, verblijf buiten de instelling in niet-begeleide woongroepen, meer psychiatrische symptomen en sociale gedragsproblemen.

Richards (1997) beschreef de kenmerken van een groep van 27 long stay patiënten die reeds tussen de één en zes jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven. De meerderheid bleek van het mannelijk geslacht te zijn, alleenstaand, met als diagnose schizofrenie. 41 procent verbleef onvrijwillig in het hospitaal en iets meer dan de helft werd beschouwd als gevaarlijk voor zichzelf of anderen. Vijf patiënten hadden geweldsveroordelingen op hun naam.

Lelliot et al. (1994) ten slotte, deden onderzoek naar long stay patiënten uit Schotland, Noord Ierland, Engeland en Wales. De onderzoekspopulatie bestond in dit onderzoek (mede vanuit praktisch oogpunt) uit patiënten van wie de opnameperiode zes maanden tot drie jaar bedroeg. Zij concludeerden dat onvrijwillig (met een maatregel) opgenomen long stay patiënten gewelddadiger waren dan vrijwillig opgenomen patiënten. Daarbij vertoonden zij meer positieve symptomen en was er vaker sprake van alcohol- of drugsmisbruik en van seksueel geweld. Naast veel antisociale en bedreigende gedragingen functioneerden de patiënten in persoonlijk en interpersoonlijk opzicht gebrekkig. Een groot deel van hen werd beschouwd als een gevaar voor anderen of voor zichzelf.



Hoewel de hierboven besproken onderzoeken niet zonder meer vergelijkbaar zijn qua criteria met betrekking tot de doelgroep, opzet en doelstelling, komt een aantal kenmerken telkens terug en lijkt daarmee karakteristiek te zijn voor deze groep (forensisch) psychiatrische patiënten. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een belangrijk deel van de long stay patiënten lijdt aan een psychotische stoornis, zoals schizofrenie (Richards, Lelliot, Desai, Fischer, Jamieson). Verder is er bij deze populatie onder meer sprake van een combinatie van hardnekkige psychiatrische symptomen (bijvoorbeeld waandenkbeelden) met periodiek agressief (al dan niet seksueel gewelddadig) gedrag en met alcohol- of drugsmisbruik. Daarbij functioneren de patiënten sociaal en wat zelfredzaamheid betreft vaak gebrekkig. Een kanttekening bij bovenstaande gegevens is echter op zijn plaats. Bij de interpretatie van de gegevens uit de verschillende studies dient men er alert op te zijn dat de long stay populaties worden gedefinieerd aan de hand van verschillende, niet altijd even doorzichtige criteria. Ook de verdeling vrijwillig - onvrijwillig opgenomen patiënten blijft veelal vaag, als deze al aan de orde komt. Daarbij moet worden bedacht dat de diverse onderzoekspopulaties bestaan uit patiënten die het predikaat 'long stay' (reeds) opgelegd hadden gekregen. Een deel van de in de onderzoeken gevonden kenmerken is derhalve waarschijnlijk inherent aan het feit dat het om een bepaald type patiënten gaat en heeft mogelijk zelfs als criterium gediend om de betrokken onderzoeksgroepen tot de long stay populatie te rekenen. Met andere woorden, er moet hier worden gewaakt voor het 'kip-of-het-ei' effect.

### 3.3 Risicofactoren voor recidive

#### 3.3.1 *Risicotaxatie*

Wanneer iemand 'blijvend delictgevaarlijk' wordt geacht, betekent dit onder meer dat wordt verondersteld dat deze persoon in de toekomst (weer) een ernstig delict zal plegen. Een dergelijke veronderstelling wordt gebaseerd op de aanwezigheid van risicofactoren: persoonskenmerken of omstandigheden of situaties waarin de persoon verkeert, en waarvan uit wetenschappelijk onderzoek bekend is dat zij samenhangen met recidive. De wijze waarop wordt ingeschat of en in hoeverre er sprake is van (delict)gevaar bij een patiënt, is sinds de jaren tachtig aan verandering onderhevig. Tot die tijd gebeurde dit veelal op basis van een globaal klinisch oordeel, dat wil zeggen, de clinicus maakte een inschatting op basis van zijn/haar kennis en ervaring. Sinds begin jaren tachtig is er veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar risicofactoren voor gewelddadig gedrag en zijn op grond daarvan risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld. Deze actuariële risicotaxatie leverde betere resultaten op dan voorspellingen op basis van een globaal klinisch oordeel. Recentelijk wordt ook gebruikge-



maakt van risicotaxatie-instrumenten die de klinische en de actuariële methode geïntegreerd toepassen: het 'gestructureerd klinisch oordeel'. Risicotaxatie-instrumenten zijn vooral gericht op het inschatten van de kans op algemene recidive of op gewelddadige recidive bij daders (al dan niet met psychische stoornissen) van ernstige misdrijven. Ook zijn er instrumenten die zich richten op specifieke dadergroepen, bijvoorbeeld zedendelinquenten.

### **3.3.2 Onderzoek met betrekking tot risicofactoren**

Veel aandacht gaat in de literatuur uit naar mogelijke voorspellende factoren van (delict)gevaarlijkheid bij specifieke groepen, bijvoorbeeld forensisch-psychiatrische patiënten. In het onderstaande worden ter voorbeeld enkele (review)onderzoeken besproken die zich richten op (seksuele) geweldsdelinquenten.

Bonta, Law en Hanson (1998) verrichtten een meta-analyse van 58 longitudinale onderzoeken met betrekking tot psychisch gestoorde 'high risk' delinquenten. Uit hun bevindingen komt de criminele voorgeschiedenis (in de vorm van een ingeburgerd patroon van criminele activiteiten) als een van de beste voorspellers van recidive naar voren, hetgeen in overeenstemming is met het eerdergenoemde onderzoek van Grossman e.a. (1999) en enkele door Bonta et al. aangehaalde reviews<sup>7</sup> met betrekking tot de voorspelling van delinquent gedrag. Daarnaast komen middelengebruik, een antisociale persoonlijkheid en gezinsdysfunctioneren naar voren als belangrijke voorspellers van recidive.

Uit een meta-analyse verricht van 61 recidiveonderzoeken met zedendelinquenten kwam seksuele deviatie als beste voorspeller van seksuele recidive naar voren (Hanson & Bussière, 1998). Het niet voltooiën van de behandeling bleek een verhoogd risico op te leveren voor zowel seksuele recidive als recidive in het algemeen. De auteurs concluderen dan ook dat verwacht mag worden dat degenen die deelnemen en meewerken aan een behandeling minder zullen recidiveren dan degenen die een behandeling afwijzen. In overeenstemming hiermee vonden De Vogel en de Ruiters (2003) dat pedoseksuele daders die door een TBS-kliniek ter herselectie waren aangeboden of waarvan de TBS door de rechter tegen het advies van de kliniek in werd beëindigd, vijf keer zo vaak recidiveerden met een seksueel delict als pedoseksuele daders die de behandeling wel hadden afgerond (in een gemiddelde follow-up periode van 140 maanden). Daarnaast concludeerden de auteurs dat de aanwezigheid van de specifieke combinatie psychopathie en seksuele deviatie<sup>8</sup>, zoals vastgesteld aan de hand van de Psychopathy

7 Te weten: Andrews & Bonta, 1994; Gendreau et al., 1996.

8 Door de onderzoekers op basis van de DSM-IV gedefinieerd als 'een relatief stabiel patroon van terugkerende, seksueel opwindende fantasieën of gedragingen die betrekking hebben op 1) niet-menselijke objecten, 2) het lijden of vernederen van zichzelf of de partner, of 3) kinderen of andere niet-instemmende

Checklist (PCL-R; Vertommen, Verheul, De Ruiter en Hildebrand, 2002) en de SVR-20 (Hildebrand, De Ruiter en Van Beek, 2001) een sterk verhoogd recidiverisico met zich meebrengt. Psychopathie is bekend als risicofactor voor gewelddadige recidive in het algemeen (o.a. Hemphill, Hare en Wong, 1998).

In een review-onderzoek naar de behandelbaarheid van seksuele delinquenten komen Grossman e.a. (1999) tot de conclusie dat de aard van de criminele voorgeschiedenis een belangrijke voorspellende factor is voor het plegen van seksuele delicten.

Een onderzoek van Hanson en Harris (2000) naar dynamische risicofactoren bij seksuele delinquenten laat zien dat de recidivisten (n = 208) over minder sociale steun beschikten, een tolerante houding tegenover seksueel geweld hadden, een antisociale levensstijl hadden en niet goed in staat waren hun dagelijks leven te structureren.

Enkele van de hierboven besproken onderzoeken wijzen op de rol die het al dan niet voltooiën van de behandeling speelt. Zo blijkt bij seksuele delinquenten het niet afmaken van de behandeling gecorreleerd te zijn met de kans op (seksuele) recidive. Verschillende onderzoekers wijzen in dit verband op het belang van motivationele aspecten en op het belang van een op de patiënt afgestemde behandeling (o.a. Berry, Duggan en Larkin, 1999; Serin en Preston, 2001).

Hierbij dient aandacht te zijn voor het feit dat niet alle psychische stoornissen even goed te behandelen zijn. Zo staan persoonlijkheidsstoornissen, waaronder de antisociale persoonlijkheidsstoornis, bekend als moeilijk behandelbaar, onder meer omdat de patiënten zelf veelal weinig 'lijdensdruk' ervaren waardoor de motivatie om te veranderen ontbreekt (o.a. Greeven, 1997; McMurrin, 2000). Dit geldt nog sterker voor psychopathie (o.a. Lösel, 1998). Zo recidiveren psychopaten na behandeling eerder en vaker dan andere patiënten. Verschillende auteurs wijzen er echter op dat er over de behandelbaarheid van psychopathie nog erg weinig bekend is vanwege een groot gebrek aan studies op dit gebied die voldoen aan methodologische criteria voor onderzoek naar behandel-effecten (Salekin, 2000; Hemphill en Hart, 2002; D'Silva, Duggan en McCarthy, 2004).

Naast cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's lijkt ook farmacotherapie van waarde te kunnen zijn bij persoonlijkheidsstoornissen en antisociaal gedrag (Paris, 2003; Newton-Howes en Tyrer, 2003). Daarnaast zal onderzoek naar de rol van biologische en omgevingsfactoren bij de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen mogelijk aanknopingspunten opleveren met betrekking tot preventie (o.a. Gatzke en Raine, 2000).

### 3.4 Conclusies en consequenties voor het onderzoek

Aan het concept 'blijvende delictgevaarlijkheid' zijn twee componenten te onderscheiden: 'behandelbaarheid' en 'delictgevaarlijkheid'. Zoals uit de voorgaande paragrafen is gebleken, bestaan beide begrippen uit meer factoren en moeten bij de operationalisering ervan verschillende aspecten in acht worden genomen. Uit de hier besproken studies komen diverse persoonskenmerken, situaties en omstandigheden naar voren die een rol kunnen spelen bij blijvende delictgevaarlijkheid.

Een deel van de onderzoeken heeft betrekking op forensisch psychiatrische patiënten bij wie overwegend persoonlijkheidsstoornissen op de voorgrond staan. In de besproken studies vallen enkele gemeenschappelijke kenmerken op. Zo lijkt co-morbiditeit, waaronder met name (antisociale) persoonlijkheidsstoornissen, psychopathie en seksuele stoornissen, bij langdurig delictgevaarlijke patiënten vaker voor te komen. Dit geldt ook voor een lager dan gemiddelde intelligentie. Daarnaast is bij deze patiënten in meer gevallen sprake van eerdere vrijheidsbenemende sancties.

Een ander deel van de studies richt zich op (forensisch) psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis, zoals schizofrenie. Bij deze 'long stay' populatie is sprake van een combinatie van hardnekkige psychiatrische symptomen (bijvoorbeeld waandenkbeelden) met periodiek agressief (al dan niet seksueel gewelddadig) gedrag en met alcohol- of drugsmisbruik. Daarbij functioneren de patiënten sociaal en wat zelfredzaamheid betreft vaak gebrekkig.

Het feit dat de concepten 'behandelbaarheid' en 'delictgevaarlijkheid' bestaan uit verschillende dimensies, maakt het ingewikkeld om te bepalen of iemand 'blijvend delictgevaarlijk' is. Het uiteenrafelen van deze verschillende dimensies, zoals beschreven in paragraaf 2, kan echter aanknopingspunten bieden om te komen tot een operationalisering van het concept 'blijvende delictgevaarlijkheid'.

Daarbij is het van belang dat aandacht wordt besteed aan mogelijke gradaties van gevaarlijkheid en behandelbaarheid. Door deze gradaties aan te geven kan vastgesteld worden welke vorm van zorg en beveiliging is aangegeven voor de verschillende als blijvend delictgevaarlijk bestempelde patiënten. Om een voorbeeld te noemen: zoals in paragraaf 2 werd opgemerkt, kan 'gevaar' worden onderverdeeld in onmiddellijk gevaar en gevaar op de lange termijn. In het laatste geval betreft het bijvoorbeeld een patiënt die zonder de benodigde zorg en structuur langzaam afglijdt, in een verkeerde sociale omgeving terecht komt, weer verslaafd raakt en daardoor uiteindelijk (weer) een ernstig delict begaat. Deze patiënt zou binnen de instelling met minder beveiliging en meer vrijheden toekunnen dan iemand bij wie sprake is van direct gevaar.

Inzicht in de gradaties van behandelbaarheid en gevaarlijkheid maakt het derhalve mogelijk een (meer) passend niveau van zorg en beveiliging te

bieden, bijvoorbeeld 'medium zorg en/of beveiliging' in plaats van 'intensive zorg en/of beveiliging'. Dit geldt voor zowel blijvend delictgevaarlijke patiënten binnen de TBS-sector als binnen de GGz, waarbij voor de eersten uiteraard wel wettelijke restricties gelden.

## 4 Methoden

Er is nog weinig onderzoek verricht naar 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (zie ook hoofdstuk 3). Daarbij is er omtrent het begrip 'blijvende delictgevaarlijkheid' weinig eenduidigheid (o.a. Roede, Breetveld en Nijssen, 2002; Schalast, 2003). Daarom zijn als eerste stap expertmeetings gehouden waaraan deskundigen uit het TBS- en GGz-veld deelnamen. De doelstelling van de expertmeetings was om nader in kaart te brengen welke aspecten door deskundigen van belang worden geacht bij het beantwoorden van de vraag of een patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' moet worden beschouwd. In bijlage 3 worden de methoden en resultaten van de expertmeetings beschreven. De uitkomsten van de expertmeetings zijn benut in de vragenlijst voor de inventarisatie van benodigde beveiliging en zorg (zie paragraaf 4.2.2).

In dit hoofdstuk komen aan de orde de werkwijzen bij het inventariseren van de aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (paragraaf 4.1) en bij het verzamelen van gegevens over benodigde zorg en beveiliging (paragraaf 4.2). In paragraaf 4.3 wordt beschreven hoe is omgegaan met de privacygevoelige gegevens over patiënten. In figuur 1 wordt de onderzoeksopzet schematisch weergegeven.

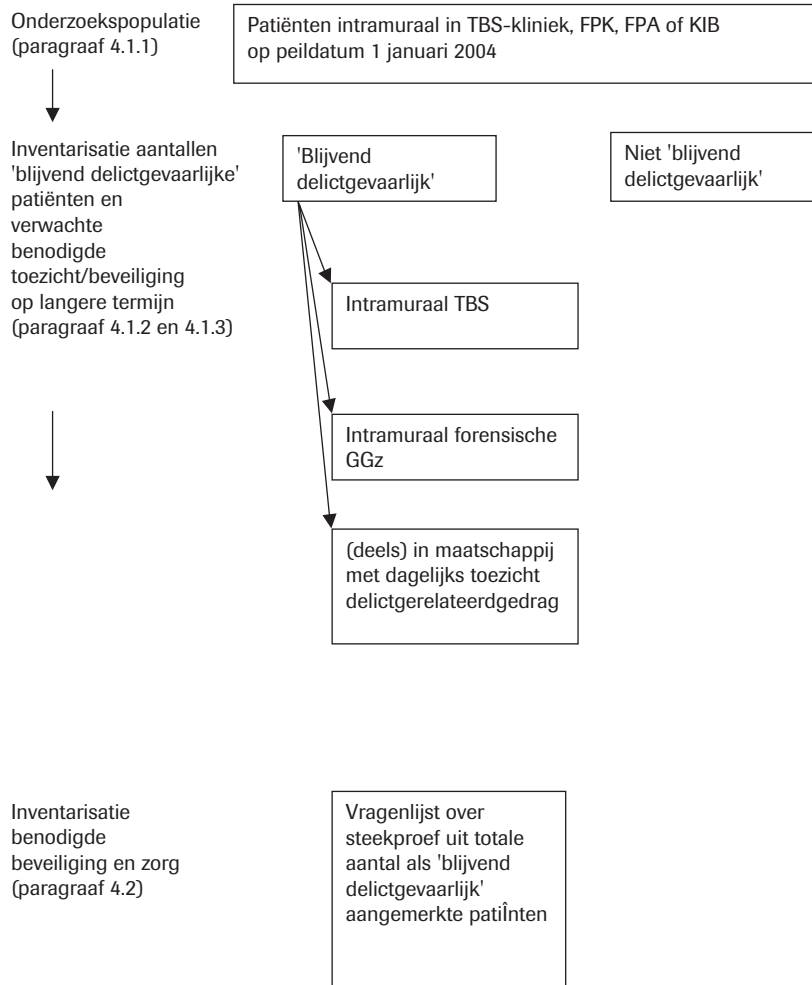
### 4.1 Inventarisatie van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten

#### **4.1.1 Onderzoekspopulatie**

De inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten<sup>9</sup> heeft plaatsgevonden van maart tot juli 2004 in de acht TBS-klinieken, de drie FPK's, de negen FPA's, de drie KIB's en Hoeve Boschoord (bijlage 6). Daarnaast hebben twee gesloten afdelingen voor chronisch psychiatrische patiënten van algemeen psychiatrische ziekenhuizen deelgenomen omdat de contactpersonen van twee FPA's aangaven dat hun als 'blijvend delictgevaarlijk' beschouwde patiënten werden doorgeplaatst naar deze afdelingen. Bij navraag bleek dit voor de overige FPA's niet op te gaan. Hoeve Boschoord, een voorziening voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten, is in het onderzoek betrokken omdat er veel forensisch psychiatrische patiënten verblijven. De KIB's zijn in het onderzoek betrokken vanwege hun consultatieve functie ten aanzien van zeer moeilijk hanteerbare psychiatrische patiënten. Van de TBS-klinieken, FPK's en Hoeve Boschoord werden alle intramurale afdelingen in het onderzoek betrokken inclusief de resocialisatieafdelingen met intensief toezicht nabij de instelling. In de inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten zijn alle patiënten (ongeveer 1.700), betrokken die op 1 januari 2004 intramuraal waren opgenomen in een van de deelnemende instellingen of afdelingen.

<sup>9</sup> Zie paragraaf 4.1.3 en bijlage 4 voor de operationalisatie van het begrip blijvende delictgevaarlijkheid.

**Figuur 1: De onderzoekspopulatie, inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijken' en inventarisatie van benodigde beveiliging en zorg schematisch weergegeven**



#### 4.1.2 Procedure inventarisatie

De inventarisatie vond plaats met behulp van patiëntregistratienummers. DJI leverde de registratienummers (ITZ-nummers)<sup>10</sup> van de TBS-gestelden en de deelnemende GGz-instellingen leverden de administratienummers van hun niet-TBS-patiënten.

10 De afdeling individuele TBS-zaken (ITZ) hanteert voor elke TBS-gestelde een registratienummer. De ITZ-nummers worden ook gehanteerd in het MITS.

Elk van de deelnemende instellingen wees een contactpersoon (psychiater of psycholoog) aan voor het onderzoek. Deze regelde praktische zaken rond de verzameling van gegevens in de instelling.

De contactpersonen van de instellingen ontvingen per afdeling een formulier waarop de nummers van de patiënten van die afdeling stonden vermeld (bijlage 4). Zij kregen daarbij het verzoek voor elk van de patiënten na te gaan of zij deze al dan niet als blijvend delictgevaarlijk beschouwden volgens de bijgevoegde omschrijving (zie paragraaf 4.1.3 en Kader 1 aan het eind van dit hoofdstuk). Per instelling zijn met de contactpersoon afspraken gemaakt over de uitvoering van de inventarisatie. De inventarisatie werd verricht door de behandelverantwoordelijke(n) van de betreffende afdeling(en), een psychiater, psycholoog of orthopedagoog. Ter bevordering van de betrouwbaarheid is hun gevraagd de inventarisatie met één of meer collega's door te nemen.

#### **4.1.3 De operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid'**

In dit onderzoek is delictrisico afgebakend tot het risico van ernstige delicten (zie kader 1 aan het eind van dit hoofdstuk). De 'blijvendheid' van het delictrisico is geoperationaliseerd als de inschatting dat het delictrisico binnen een periode van minimaal zes jaar niet zodanig is afgenomen dat betrokkene buiten beveiliging en/of toezicht door een forensisch psychiatrische instelling kan. Daarbij gaat het om intramuraal verblijf in een TBS-kliniek, intramuraal verblijf in een forensische instelling van de GGz of om een gedeeltelijk verblijf in de maatschappij met dagelijks toezicht op mogelijk delictgerelateerd gedrag.

Hiermee is gekozen voor een afbakening van het onderzoek tot een vrij 'zware populatie': te verwachten ernstige delicten en een aanzienlijke mate van benodigde beveiliging en toezicht. Patiënten waarvan niet wordt verwacht dat zij een ernstig gevaar voor de veiligheid van anderen vormen maar die mogelijk wel veel overlast veroorzaken, vallen buiten het onderzoek, evenals patiënten waarbij het delictrisico binnen lichtere vormen van beveiliging en toezicht beheersbaar kan worden gemaakt.

Er is voor gekozen om de inschatting van de 'blijvendheid' van het delictgevaar te koppelen aan een schatting van de tijdsperiode dat substantieel delictrisico zal blijven bestaan. Dat wil zeggen delictrisico ter beheersing waarvan betrokkene een hier onder nader omschreven minimaal niveau van forensisch toezicht en/of beveiliging nodig heeft. Van 'blijvend delictgevaar' wordt gesproken als de behandelaar inschat dat het delictgevaar over zes jaar ondanks eventuele behandelinspanningen nog niet substantieel verminderd zal zijn. Overwegingen daarbij waren dat het een substantiële tijdsspanne moet betreffen omdat wij geïnteresseerd zijn in patiënten die naar verwachting langere tijd ten laste van het forensisch psychiatrische systeem zullen komen. Aan de andere kant moet de tijdsspanne niet zo lang zijn dat een inschatting onmogelijk wordt.

In de omschrijving van delictgevaarlijkheid is een ondergrens gesteld aan de mate van toezicht en beveiliging die nodig is om het delictgevaar binnen de perken te houden. Indien een patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' werd beschouwd, werd vervolgens gevraagd in te vullen welk niveau van forensische voorzieningen naar verwachting voor hem/haar op langere termijn nodig zou zijn om het delictrisico beheersbaar te houden. Daarbij gaat het om intramuraal verblijf in een voorziening met zorg, toezicht en beveiliging op het niveau van een TBS-kliniek, intramuraal verblijf in voorziening met zorg, toezicht en beveiliging op het niveau van een FPK of FPA, of om gedeeltelijk verblijf in de maatschappij met dagelijks toezicht en controle op delictgerelateerd gedrag. Hierover is een tweede vraag toegevoegd (zie kader 1).

#### 4.2 Inventarisatie van benodigde beveiliging en zorg

Bij een steekproef uit het totale aantal als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten is in de periode april-augustus 2004 onderzocht welke mate van beveiliging en/of toezicht en welke mate van zorg de verantwoordelijke behandelaar voor de patiënt nodig acht. Uit de door de instellingen als 'blijvend delictgevaarlijk' ingeschatte patiënten werd een steekproef getrokken waarna de behandelverantwoordelijken over deze patiënten een vragenlijst invulden met betrekking tot benodigde beveiliging en zorg.

##### 4.2.1 *Steekproef*

Uit het totale aantal als blijvend delictgevaarlijk aangemerkte patiënten is een steekproef getrokken 125 patiënten uit TBS-klinieken en 107 patiënten uit GGz-instellingen (FPK's, FPA's en KIB's). Per TBS-instelling werd ongeveer 1 op de 4 als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten in de steekproef opgenomen, evenredig verdeeld over de afdelingen van de instelling. Per GGz-instelling werd ongeveer 1 op de 2 als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten in de steekproef opgenomen, evenredig verdeeld over de instellingen en indien van toepassing de afdelingen per instelling (bij FPK's). De GGz-steekproef is gestratificeerd op verwachte forensische zorg op langere termijn (drie categorieën, zie paragraaf 4.3 en kader) waarbij de categorie die het minste voorkwam (patiënt moet naar verwachting op de langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek verblijven) is oververtegenwoordigd. Waar nodig is bij de analyses voor de stratificatie gecorrigeerd.

Dit leverde de volgende zes onderzoeksgroepen op.



Tabel 1: 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

#### 4.2.2 Vragenlijst

Voordat de vragenlijst in het onderzoek gebruikt is, is deze in enkele instellingen op proef ingevuld.

De vragenlijst omvatte vragen met betrekking tot:

- demografische gegevens;
- justitieel en GGz-verleden;
- de aard van het delictgevaar (bijlage 5). Onder meer de aspecten die de behandelaar doorslaggevend achtte bij zijn/haar inschatting van de patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk'. Hiertoe zijn in de expertmeetings geformuleerde aspecten van 'blijvende delictgevaarlijkheid' in de vragenlijst opgenomen. Verder gebleken delictgevaar tijdens de behandeling, de omstandigheden waaronder bij de betreffende patiënt delictgevaar optreedt, en welke factoren bij deze patiënt het verminderen van delictgevaar belemmeren;
- diagnoses volgens de Diagnostic and Statistical Manual, 4<sup>e</sup> editie (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994);
- gedragsproblemen en -beperkingen zoals vastgesteld met behulp van de Health of the Nation Outcome Scales- Mentally Disordered Offenders (HoNOS-MDO);
- het huidige niveau van beveiliging, toezicht en zorg van de patiënt;
- het door de behandelaar meest passend geachte niveau van beveiliging, toezicht en zorg

De HoNOS is ontwikkeld in opdracht van het Engelse ministerie voor Volksgezondheid (Wing, Beevor en Curtis, 1998; Sugarman en Walker, 2002) met het doel de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen. Het instrument is in principe geschikt voor alle GGz-patiënten en is de meest gebruikte uitkomstmaat in Engeland (Wing, Lelliott en Beevor, 2000). De HoNOS heeft 12 items en is verdeeld in vier subschalen: gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. De items worden op een vijfpuntsschaal ingevuld: van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig tot zeer

ernstig probleem). Recentelijk werden voor de Nederlandse versie van de HoNOS een redelijke tot goede betrouwbaarheid en validiteit gevonden (Mulder, Staring, Loos, Buwalda, Kuijpers, Sytema en Wierdsma, 2004). Deze vertaling is aangepast voor gedwongen opgenomen patiënten met betrekking tot de items over werk en woonomgeving (Van den Brink en De Kogel, 2004).

#### **4.2.3 TIM/MITS-gegevens**

DJI leverde een bestand met gegevens uit het Tijdelijk Informatiesysteem Monitoring (TIM) en het Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling (MITS)<sup>11</sup> (o.a. Van Emmerik, 2001). Dit peildatumbestand omvatte onder meer demografische gegevens, gegevens over het justitieel en GGz-verleden van alle TBS-gestelden die op 1 januari 2004 opgenomen waren in de deelnemende instellingen.

### **4.3 Wijze van omgaan met persoonsgegevens over patiënten**

In dit onderzoek zijn persoonsgegevens verzameld over patiënten uit justitiële en GGz-instellingen. Hierbij zijn de regels inzake de bescherming van persoonsgegevens gevolgd, zoals vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Verder is nagegaan of toetsing door een medisch-ethische commissie noodzakelijk was. Dit bleek niet het geval te zijn, omdat het hier geen onderzoek met proefpersonen betreft (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, Wet MOM). De gegevens met betrekking tot patiënten werden verzameld aan de hand van patiëntnummers die alleen door de instellingen zelf te herleiden zijn tot individuele patiëntgegevens. Voor zover het patiënten betreft die onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie vallen, werd mede gebruikgemaakt van een geanonimiseerd bestand van DJI op basis van ITZ-nummers. De gegevens werden opgeslagen in een beveiligd bestand waartoe alleen de onderzoekers toegang hadden. In de rapportage zijn gegevens zodanig geanonimiseerd dat herleiding tot individuele personen niet mogelijk is.

11 Het MITS omvat een aantal gegevens over TBS-gestelden die verplicht moeten worden geregistreerd in het kader van het Patiëntenregister Intramuraal Geestelijke gezondheidszorg (PIGGz) en een aantal planning en control-gegevens die door de Minister van Justitie van TBS-instellingen worden gevraagd. Het TIM is een voorloper van het MITS waarin de bovengenoemde gegevens van de TBS-populatie in de periode 1995-2000 zijn vastgelegd. In analysetechnisch opzicht is dit bestand voor sommige gegevens toegankelijker dan het MITS.

### Kader 1: De operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid'

Om als blijvend delictgevaarlijk te worden beschouwd in het kader van dit onderzoek dient de patiënt aan alle drie onderstaande punten te voldoen:

- 1 Er bestaat risico dat de patiënt een ernstig gewelddadig (al dan niet seksueel) delict pleegt (zie voetnoot\* voor omschrijving van de typen delicten). Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd.

NB: Het hoeft niet per se zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk delict heeft gepleegd.

- 2 Beveiliging en/of toezicht, naast eventuele zorg (zie omschrijvingen in noot\*\*), is nodig om te voorkomen dat de patiënt tot onder 1 genoemde delicten komt. Daarbij gaat het om beveiliging en toezicht op het niveau van een TBS-instelling of forensische GGz-instelling. In dit onderzoek worden de volgende patiënten betrokken:

- patiënten die qua benodigde beveiliging en toezicht binnen een TBS-instelling of forensische instelling van de reguliere GGz moeten leven;
- patiënten die onder de vleugels van een TBS-instelling, of een forensische instelling van de GGz, gedeeltelijk in de maatschappij zouden kunnen verkeren mits voldoende dagelijks toezicht en controle van mogelijk delictgerelateerd gedrag gegarandeerd is (bijv. 's nachts opgenomen binnen een TBS-instelling, FPK of FPA en overdag buiten werken met toezicht tijdens werk en op aankomst en vertrek).

- 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.

- |   |  |
|---|--|
| <p>* (Seksuele) geweldsdelicten met bijbehorende maximum straf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– diefstal met geweld (9 jaar)</li> <li>– diefstal met geweld in vereniging (12 jaar)</li> <li>– doodslag (15 jaar)</li> <li>– moord (20 jaar)</li> <li>– mishandeling zwaar letsel (4 jaar)</li> <li>– zware mishandeling (8 jaar)</li> <li>– openlijke geweldpleging (4 jaar en 6 mnd)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– openlijke geweld. met letsel of vernieling (6 jaar)</li> <li>– openlijke geweld. met zwaar letsel (9 jaar)</li> <li>– openlijke geweld. met dood tot gevolg (12 jaar)</li> <li>– verkrachting (12 jaar)</li> <li>– gemeenschap met &lt; 12 jaar (12 jaar)</li> <li>– gemeenschap met &lt; 16 jaar (8 jaar)</li> <li>– aanranding (8 jaar)</li> <li>– ontucht met kinderen (6 jaar)</li> <li>– brandstichting (12 jaar)</li> </ul> |
|---|--|

- \*\* Beveiliging: de mogelijkheid tot vrijheidsbeperking door materiële beveiliging zoals het belemmeren van het verlaten van de instelling en het insluiten van de patiënt op de afdeling of kamer.  
 Toezicht: het monitoren van het functioneren van de patiënt met het oog op veiligheid. Daaronder valt het monitoren van delictgerelateerd gedrag en het vermijden van risicofactoren daarvoor. Ook worden hieraan zo nodig consequenties verbonden zoals controles (op middelengebruik, of controle en begeleiding bij het innemen van medicatie), beperking van vrijheden, patiënt ergens heen begeleiden.  
 Zorg: behandeling, begeleiding en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van delictrisico, vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps.



## 5 Aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van een inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. De werkwijze bij de inventarisatie wordt kort toegelicht in paragraaf 5.1. In paragraaf 5.2 worden de totale aantallen als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten in enerzijds de TBS-sector en anderzijds de (forensische) GGz-sector beschreven. Daarbij komt ook aan de orde welke voorzieningen deze patiënten naar verwachting op langere termijn nodig hebben. Paragraaf 5.3 heeft de vergelijking tussen TBS- en GGz-sector tot onderwerp. Daarbij worden de gegevens ook uitgesplitst naar type voorziening. In paragraaf 5.4 worden de gegevens van de individuele TBS-klinieken en GGz-voorzieningen besproken. In paragraaf 5.5 wordt ingegaan op de relatie tussen het soort afdeling en het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. Paragraaf 5.6 gaat over de relatie tussen de duur van de TBS-maatregel en het aangemerkt worden als 'blijvend delictgevaarlijk'. In paragraaf 5.7 worden de resultaten bediscussieerd. In paragraaf 5.8 ten slotte, worden de resultaten samengevat en worden enkele conclusies gepresenteerd.

### 5.1 Korte beschrijving van de inventarisatie

De inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten heeft plaatsgevonden in alle acht TBS-klinieken, de drie FPK's, de negen FPA's en de drie KIB's (bijlage 6). Daarnaast werd de inventarisatie verricht bij twee gesloten afdelingen van een APZ en in een SGLVG-voorziening. In totaal zijn 1.673 patiënten die op 1 januari 2004 intramuraal in bovengenoemde voorzieningen waren opgenomen, in de inventarisatie betrokken. Van hen waren er 1.070 opgenomen in een TBS-kliniek en 603 in een (forensische) GGz-voorziening.

De behandelverantwoordelijken hebben voor elke patiënt de vraag beantwoord of deze als 'blijvend delictgevaarlijk' moest worden beschouwd. Dit deden zij op basis van de bijgeleverde omschrijving (bijlage 4). Daarnaast hebben zij een inschatting gemaakt van het type voorziening dat de als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënt op langere termijn nodig zou hebben. Zij konden kiezen uit drie categorieën:

- A De patiënt heeft naar verwachting op langere termijn een intramurale gesloten plaats in een TBS-kliniek nodig (beveiliging en toezicht als TBS-instelling bijvoorbeeld op een long stay afdeling of een andere geëigende differentiatie).
- B De patiënt heeft naar verwachting op langere termijn een intramurale (gesloten) plaats in een voorziening van de forensische GGz nodig (beveiliging en toezicht als FPK of als FPA, bijvoorbeeld in een long stay voorziening c.q. verblijfsafdeling).
- C De patiënt kan naar verwachting op langere termijn gedeeltelijk in de

maatschappij functioneren mits er voldoende dagelijks toezicht op en controle van mogelijk delictgerelateerd gedrag is. Dit kan een 'open' long stay voorziening binnen een instelling zijn (bijvoorbeeld 's nachts opgenomen binnen een TBS-instelling, FPK of FPA en overdag buiten werken met toezicht tijdens werk en op aankomst en vertrek). Een andere mogelijkheid is een voorziening voor beschermd wonen met dagelijks toezicht op delictgerelateerd gedrag.

In hoofdstuk 6 worden de patiënten binnen deze categorieën nader beschreven met betrekking tot benodigde beveiliging en zorg.

## 5.2 Aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten en verwachte benodigde voorziening op langere termijn: overall gegevens TBS- en GGz-sector

### 5.2.1 Overall gegevens TBS-sector

#### *Resultaten*

Van de 1.059<sup>12</sup> in het onderzoek betrokken intramuraal in TBS-klinieken verpleegde TBS-gestelden worden er 448 (42%) als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkt (figuur 2; tabel 1, bijlage 7).

Van 180 (40%) van deze patiënten verwachten de behandelverantwoordelijken dat zij ook op langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek zullen moeten verblijven (figuur 3; tabel 2, bijlage 7).

Van 107 (24%) 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten is de verwachting dat zij op langere termijn intramuraal in een forensische GGz-voorziening zullen moeten verblijven.

Van 140 (31%) van deze patiënten verwachten de behandelverantwoordelijken dat zij op langere termijn gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven met dagelijks forensisch toezicht.

De drie groepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten maken respectievelijk 17%, 10% en 13% uit van de totale onderzoekspopulatie van 1.059 patiënten die intramuraal in TBS-klinieken worden verpleegd.

#### *Ontbrekende gegevens en moeilijk in te delen patiënten*

Door de TBS-klinieken zijn over 11 (1%) van de 1.070 patiënten geen gegevens geleverd.

Verder was het bij 12 patiënten (1%) volgens de behandelverantwoordelijken onduidelijk of zij al dan niet als 'blijvend delictgevaarlijk' moesten worden

12 Exclusief patiënten bij wie gegevens over 'blijvende delictgevaarlijkheid' ontbreken.

Als ook de patiënten van wie het volgens de behandelverantwoordelijke onduidelijk is of zij als 'blijvend delictgevaarlijk' moeten worden aangemerkt, buiten beschouwing worden gelaten komt het totaal aantal patiënten op 1.047. De 448 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten maken daarvan 42,8% uit.

beschouwd.

Van de 448 patiënten die wel als 'blijvend delictgevaarlijk' werden beschouwd, is bij zeven patiënten (1,5%) niet ingevuld welk type voorziening naar verwachting op langere termijn nodig is of gaf de behandelverantwoordelijke aan dit niet te weten.

Bij 11 patiënten (2,5%) twijfelde de behandelverantwoordelijke tussen een TBS-instelling en een voorziening van de forensische GGz als verwachte benodigde voorziening op de lange duur. Bij drie patiënten (0,7%) twijfelde de behandelverantwoordelijke tussen een intramurale forensische GGz-voorziening en gedeeltelijke terugkeer onder dagelijks forensisch toezicht in de maatschappij.

De 44 patiënten van wie gegevens ontbraken of die niet bij een van de categorieën konden worden ingedeeld, zijn in de analyses vanaf paragraaf 5.3 buiten beschouwing gelaten.

### **5.2.2 Overall gegevens (forensische) GGz-sector**

#### *Resultaten*

Van de 601<sup>13</sup> in het onderzoek betrokken patiënten die intramuraal in de (forensische) GGz-sector worden verpleegd, worden er 210 (35%) als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkt (figuur 4; tabel 1, bijlage 7).

Van 24 (11%) van deze patiënten verwachten de behandelverantwoordelijken dat zij op langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek zullen moeten verblijven (figuur 5, tabel 2, bijlage 7).

Van 79 (38%) van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten is de verwachting dat zij ook op langere termijn intramuraal in een forensische GGz-voorziening zullen moeten verblijven.

Van 106 (51%) patiënten verwachten de behandelverantwoordelijken dat zij op langere termijn gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven met dagelijks forensisch toezicht.

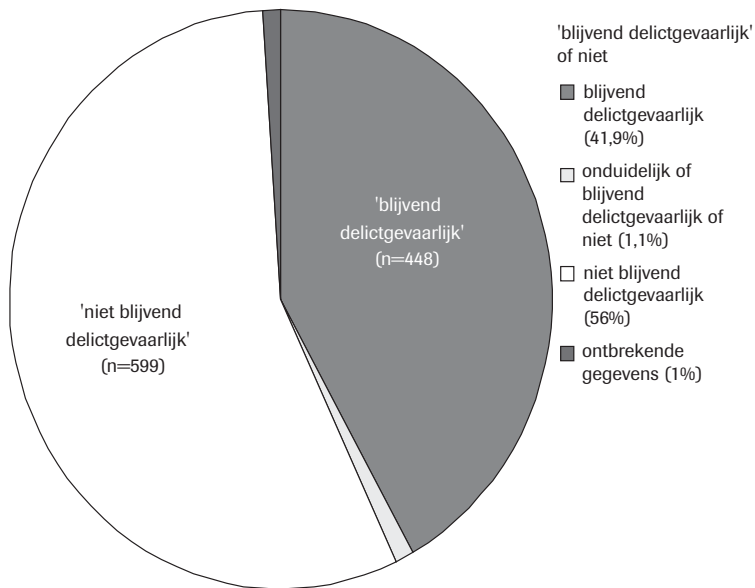
De drie groepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten maken respectievelijk 4%, 13% en 18% uit van de totale onderzoekspopulatie van 601 intramuraal in de (forensische) GGz-sector verpleegde patiënten.

#### *Ontbrekende gegevens*

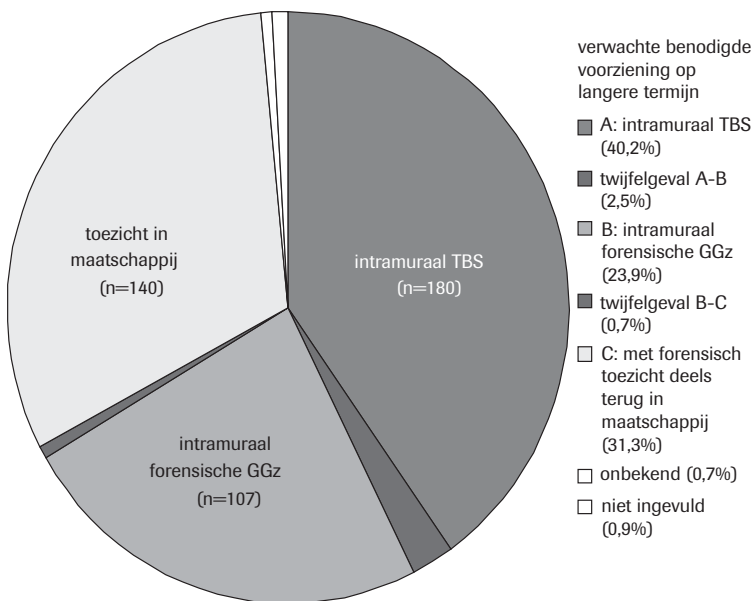
De GGz-voorzieningen hebben over twee (0,3%) van de 603 patiënten geen gegevens geleverd. Daarnaast is bij één patiënt (0,5%) de vraag over de verwachte voorziening op langere termijn niet ingevuld. Deze drie patiënten zijn bij de analyses vanaf paragraaf 5.3 buiten beschouwing gelaten.

13 Exclusief patiënten bij wie gegevens over 'blijvende delictgevaarlijkheid' ontbreken

**Figuur 2: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten in de TBS-sector**

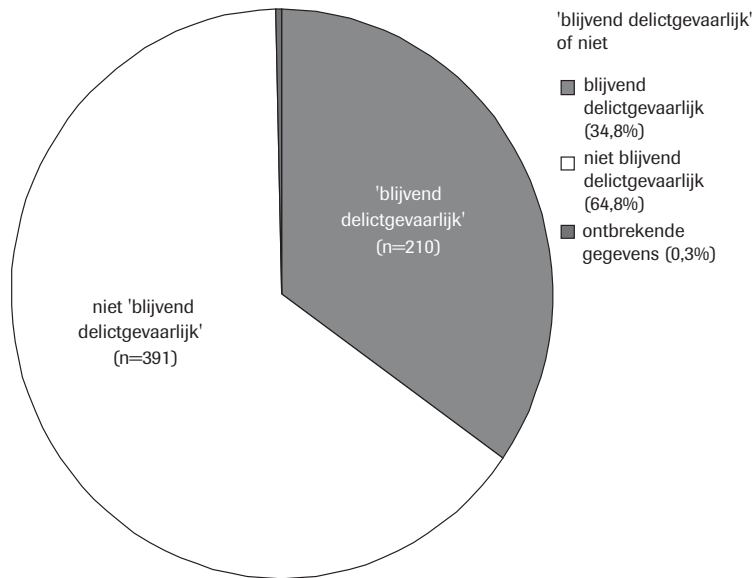


**Figuur 3: Verwachte benodigde voorzieningen op langere termijn voor als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten (die op peil-datum intramuraal in TBS-instellingen verbleven)**

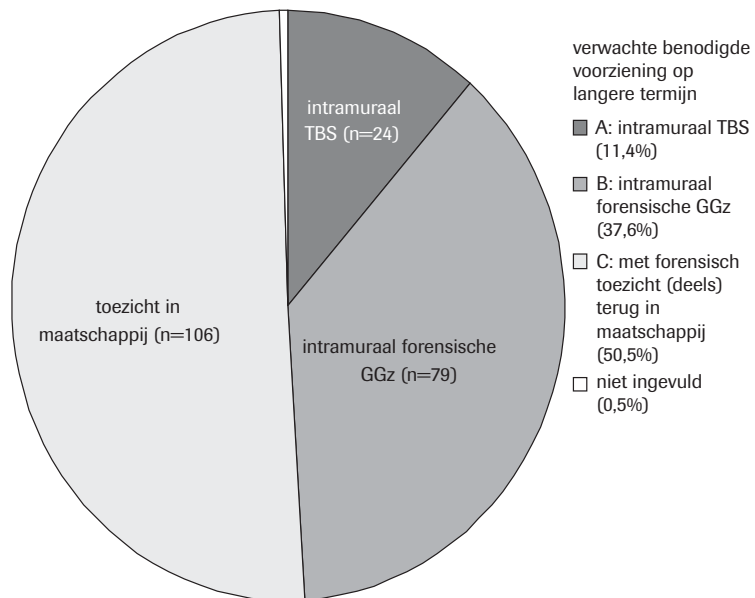




**Figuur 4: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten in de forensische GGZ-sector**



**Figuur 5: Verwachte benodigde voorzieningen op langere termijn voor als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten (die op peil-datum intramuraal in forensische GGZ-voorzieningen verbleven)**



### 5.3 Vergelijking van de gegevens uit de TBS-sector en de GGz-sector

#### 5.3.1 Vergelijking van de overall gegevens

Het percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten is groter in de TBS-sector dan in de GGz-sector (figuren 2 en 4; tabel 1, bijlage 7; Fisher's Exact Test,  $p=0,001$ , eenzijdig, effectgrootte=0,77).

De proportie 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten van wie behandelverantwoordelijken inschatten dat zij op langere termijn intramuraal in een TBS instelling moeten verblijven is groter in de TBS-sector dan in de GGz-sector (figuren 3 en 5; tabel 2, bijlage 7, Fisher's Exact Test,  $p=0,000$ , eenzijdig, effectgrootte=0,31).

De proportie 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten die naar verwachting op langere termijn intramuraal in een voorziening van de forensische GGz zullen moeten verblijven is echter groter in de GGz- dan in de TBS-sector (figuren 3 en 5; Fisher's Exact Test,  $p=0,001$ , eenzijdig, effectgrootte=0,13). Ditzelfde geldt voor de proportie 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten van wie behandelverantwoordelijken inschatten dat zij op de langere termijn gedeeltelijk in maatschappij kunnen verblijven met dagelijks forensisch toezicht (figuren 3 en 5; Fisher's Exact Test,  $p=0,000$ , eenzijdig, effectgrootte=0,17).

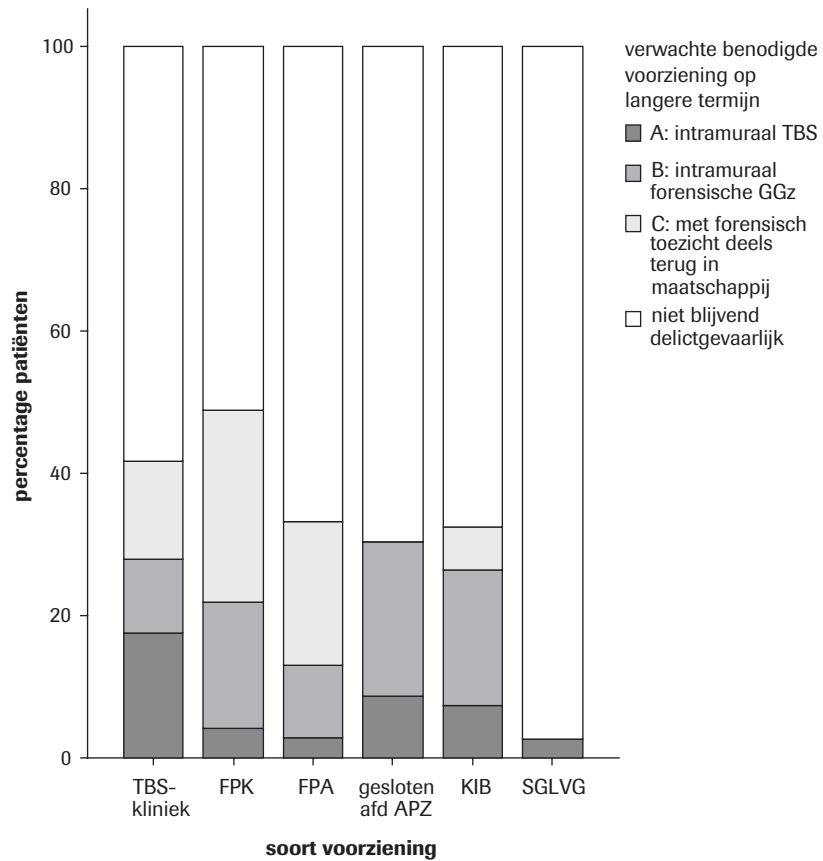
#### 5.3.2 Vergelijking van de gegevens per type voorziening

In TBS-instellingen ligt het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten iets boven de 40 (figuur 6). In FPK's is dit een kleine 50%. In de FPA's, de twee gesloten APZ-afdelingen en de KIB's ligt het percentage rond de 30. De SGLVG merkt slechts twee van de 76 patiënten aan als 'blijvend delictgevaarlijk'.

Het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten die naar verwachting ook op langere termijn een intramurale voorziening nodig hebben is in de TBS-klinieken groter dan in de FPK's en FPA's (Fisher's Exact Test,  $p=0,000$ , tweezijdig, effectgrootte=0,23). Ook in de niet-forensische GGz-instellingen (KIB's en gesloten afdelingen APZ) is dit groter dan in de FPK's en FPA's (Fisher's Exact Test,  $p=0,000$ , tweezijdig, effectgrootte=0,30).

Het percentage 'blijvend delictgevaarlijken' dat naar verwachting op langere termijn onder dagelijks forensisch toezicht (gedeeltelijk) in de maatschappij kan verblijven is in de TBS-instellingen 31% ( $n=140$ ), in de FPK's 55% ( $n=59$ ), in de FPA's 61% ( $n=43$ ) en in de KIB's 18% ( $n=4$ ). In de gesloten APZ-afdelingen is dit nul, evenals in de SGLVG.

**Figuur 6: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten per type voorziening uitgesplitst naar verwachte benodigde voorziening op langere termijn**



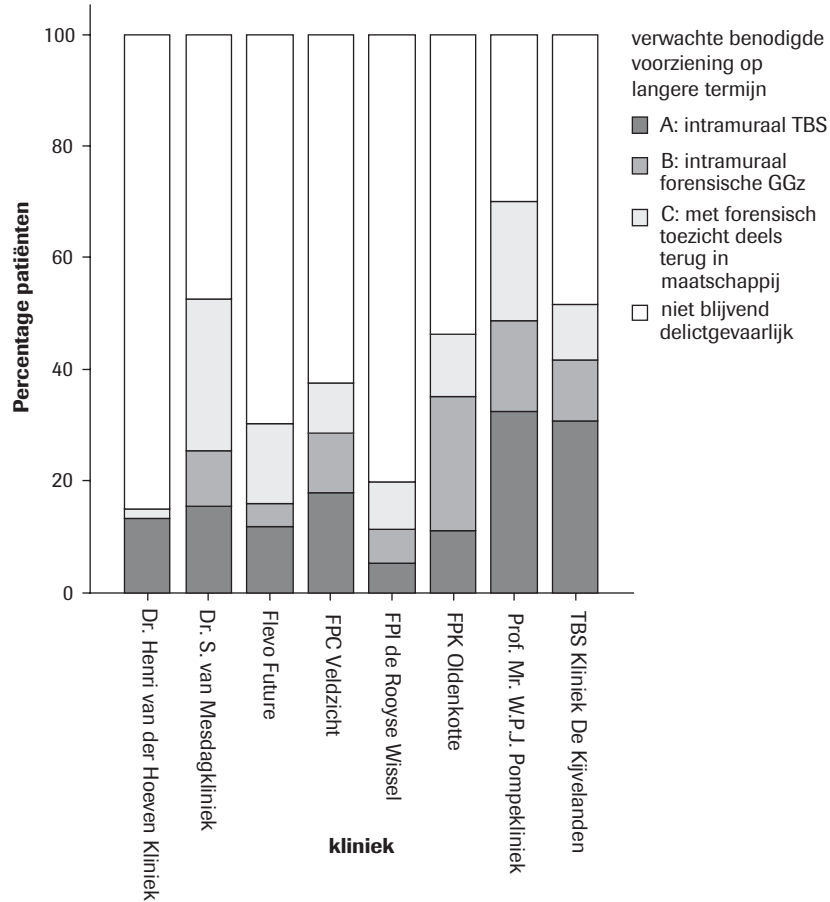
#### 5.4 Gegevens uitgesplitst naar individuele voorzieningen

##### 5.4.1 TBS-instellingen

De Van der Hoevenkliniek, Flevo Future Utrecht en De Rooyse Wissel merken een relatief klein deel van hun patiënten, rond de 20%, aan als 'blijvend delictgevaarlijk' (figuur 7; tabel 1, bijlage 7). In de overige TBS-klinieken ligt dit percentage rond de 40 of hoger.

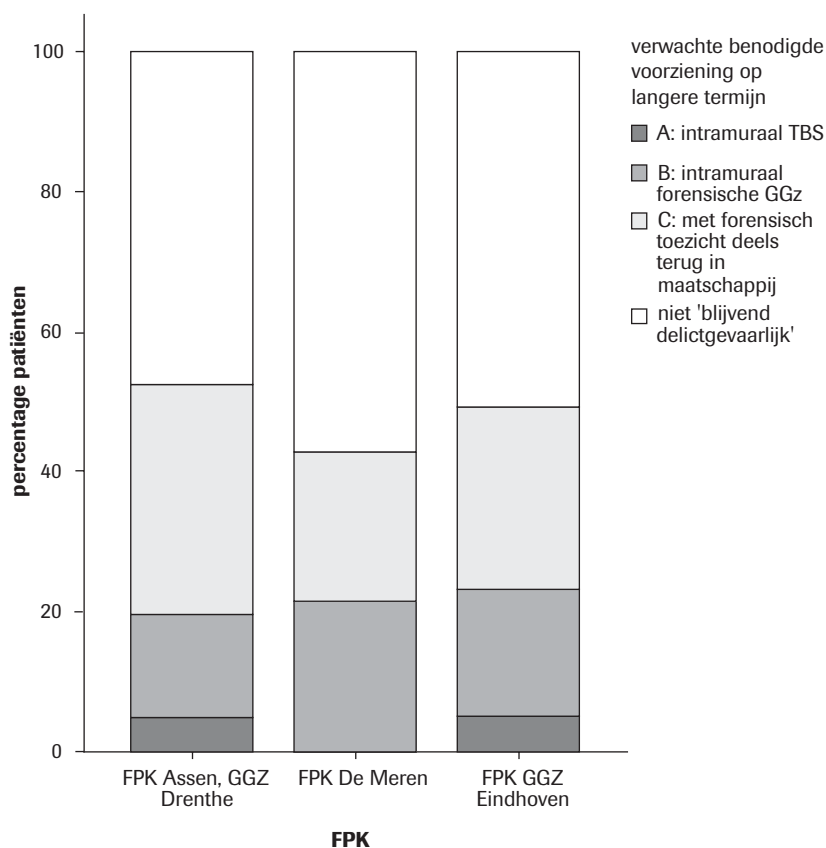
Als we uitgaan van het aantal als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten dat naar verwachting een intramurale (TBS- of forensische GGz-) voorziening nodig heeft, zijn de vijf klinieken met het hoogste percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten: de Van Mesdagkliniek, Veldzicht, Oldenkotte, de Pompekliniek en De Kijvelanden.<sup>14</sup>

**Figuur 7: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten per TBS-kliniek, uitgesplitst naar verwachte benodigde voorziening op langere termijn**



14 Veldzicht, de Van Mesdagkliniek en Oldenkotte verplegen naar verluidt van oudsher een populatie met een relatief zware problematiek. De Van Mesdagkliniek en Veldzicht (en sinds 2004 De Kijvelanden) zijn aangewezen voor de huisvesting van zogeheten 'sterretjespatiënten'. Dit zijn patiënten die als extra vlucht- en beheersgevaarlijk worden beschouwd. Veldzicht en de Pompekliniek hebben sinds enkele jaren een long stay afdeling met respectievelijk 20 en 40 plaatsen. Historische en andere verschillen tussen kliniepopulaties zijn vermoedelijk verminderd door de verplichting (sinds 1999) om aselekt op te nemen.

**Figuur 8: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten per FPK, uitgesplitst naar verwachte benodigde voorziening op langere termijn**



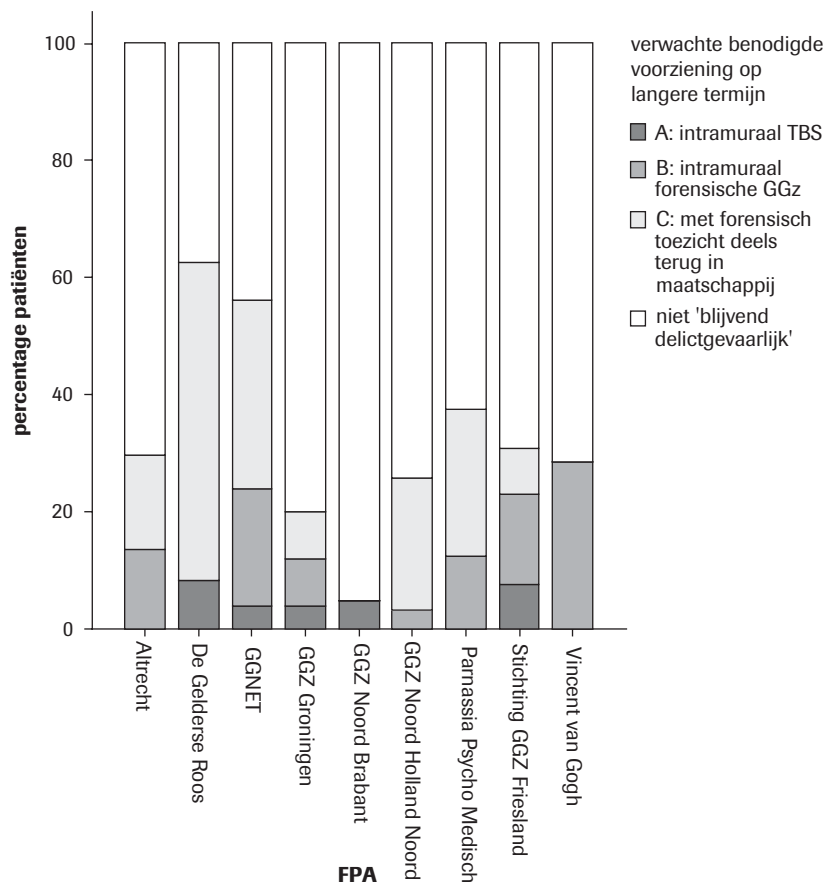
#### **5.4.2 GGz-voorzieningen**

##### *FPK's*

De drie FPK's merken een vergelijkbaar percentage (40-50%) van de patiënten aan als 'blijvend delictgevaarlijk' (figuur 8; tabel 1, bijlage 7). Het gaat hier om respectievelijk 33 patiënten (FPK Assen), 18 patiënten (FPK De Meren) en 57 patiënten (FPK GGZ Eindhoven).

Ook voor wat betreft het aandeel van patiënten van wie wordt ingeschat dat zij op langere termijn een intramuraal verblijf in een GGz-instelling nodig hebben, vertonen de drie FPK's een redelijk vergelijkbaar beeld (figuur 8; tabel 2, bijlage 7). Hetzelfde geldt voor het aandeel patiënten dat volgens de behandelverantwoordelijken op langere termijn met dagelijks forensisch toezicht (ten dele) in de maatschappij kan verblijven.

**Figuur 9: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten per FPA, uitgesplitst naar verwachte benodigde voorziening op langere termijn**



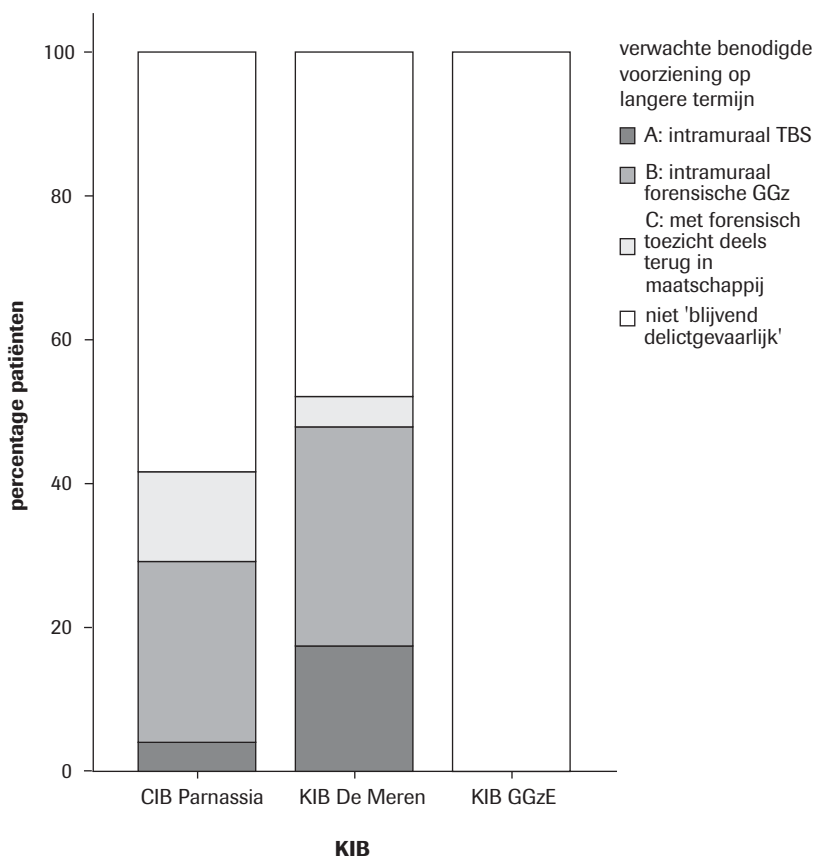
In één opzicht verschillen de FPK's wel van elkaar: bij FPK De Meren ontbreekt de categorie die volgens behandelverantwoordelijken op langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek zal moeten verblijven. Het gaat echter om zo weinig patiënten dat hier moeilijk conclusies aan te verbinden zijn.

#### *FPA's*

Het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten ligt bij zes van de negen FPA's tussen de 20 en 40 (figuur 9; tabel 1, bijlage 7). Bij twee FPA's ligt dit percentage rond de 60 en bij één FPA op ongeveer 5.

Bij de meeste FPA's vormen de patiënten van wie wordt ingeschat dat zij op langere termijn, met dagelijks forensisch toezicht, ten dele in de maatschappij zullen kunnen verblijven, de grootste categorie onder de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (figuur 9; tabel 2, bijlage 7; totaal 43 patiënten).

**Figuur 10: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten per KIB, uitgesplitst naar verwachte benodigde voorziening op langere termijn**



Van 22 patiënten is de verwachting dat zij ook op den duur intramuraal in een forensische GGZ-voorziening zullen moeten verblijven. Ten slotte is bij zes patiënten de verwachting dat zij op langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek zullen moeten verblijven.

#### *KIB's*

De KIB's hadden op peildatum respectievelijk 21, 23 en 24 intramurale patiënten. Twee KIB's merken een vergelijkbaar percentage van 40-50% patiënten aan als 'blijvend delictgevaarlijk' (figuur 10; tabel 1, bijlage 7). De derde KIB beoordeelt echter geen enkele patiënt als zodanig.

### 5.5 Het percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten gerelateerd aan het type afdeling in TBS-klinieken

De TBS-klinieken kennen verschillende typen afdelingen (zie ook 2.3.1). De meest voorkomende en in dit onderzoek betrokken afdelingen zijn: afdeling voor intensieve zorg (ook wel VIC of ICU genoemd), extra beveiligde afdeling, reguliere behandelafdeling, resocialisatieafdeling (binnen de kliniek of vlak daarbuiten), en long stay afdeling.

Het hoogste percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten wordt gevonden op de long stay afdelingen (98%; figuur 11; tabel 3, bijlage 7). Daar worden op één na alle patiënten als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkt. Van 13 patiënten van de long stay afdelingen (22% van de afdelingspopulatie) verwachten de behandelverantwoordelijken dat zij op langere termijn buiten een intramurale TBS-voorziening kunnen. Bij zeven patiënten is de toekomstverwachting dat zij intramuraal in een voorziening van de forensische GGz zullen kunnen verblijven (categorie B, zie 5.1) en van zes patiënten wordt verwacht dat zij op de langere termijn met dagelijks forensisch toezicht ten dele in de maatschappij zullen kunnen verkeren (categorie C, zie 5.1).

Na de long stay afdelingen is het percentage 'blijvend delictgevaarlijken' het hoogst op afdelingen voor zeer intensieve zorg (53%), vervolgens op de extra beveiligde afdelingen (45%) en op de beveiligde afdelingen (39%).

Bij de afdelingen voor zeer intensieve zorg verwachten behandelverantwoordelijken van 22,2% van de patiënten dat deze ook op de langere duur een intramurale TBS-voorziening nodig hebben (categorie A, zie 5.1).

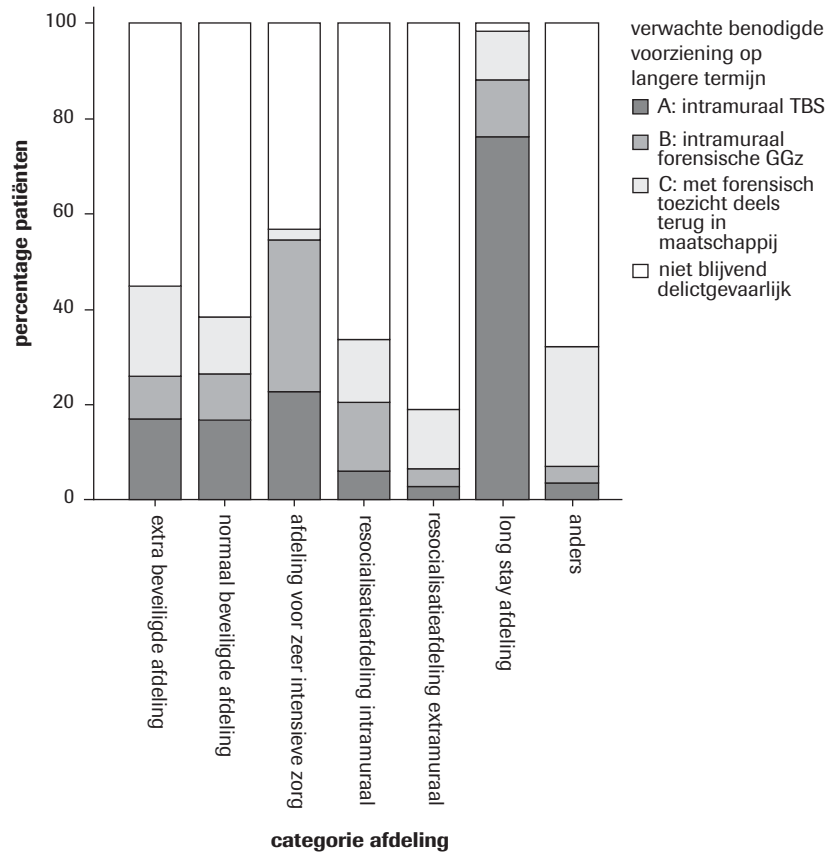
Bij zowel de extra beveiligde als de beveiligde afdelingen geldt deze verwachting voor 16% van de patiënten. Daarnaast wordt voor 31,1% van de patiënten, op afdelingen voor zeer intensieve zorg, op de langere termijn een intramurale voorziening in de forensische GGz (categorie B) het meest geschikt geacht. Dit zelfde geldt voor respectievelijk 9 en 10% van de patiënten op de extra beveiligde en beveiligde afdelingen.

Het percentage patiënten van wie wordt verwacht dat zij op langere termijn met toezicht deels in de maatschappij kunnen verblijven (categorie C, zie 5.1) is op de afdelingen voor zeer intensieve zorg gering (2%). Op de extra beveiligde en beveiligde afdelingen ligt dit percentage hoger: respectievelijk 18% en 12% van de patiënten.

De laagste percentages 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten zijn te vinden op de intramurale en vlakbij de kliniek gelegen extramurale resocialisatieafdelingen (respectievelijk 33% en 19%). Behandelverantwoordelijken verwachten van respectievelijk 6% en 3% van deze patiënten dat zij ook op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig hebben (categorie A). Voor respectievelijk 14% en 4% van de patiënten is echter de verwachting dat zij op langere termijn een intramurale voorziening in de forensische GGz nodig hebben (categorie B). Respectievelijk 13% en 12% van de patiënten op de resocialisatieafdelingen wordt geacht op den duur met forensisch psychiatrisch toezicht (deels) in de maatschappij te kunnen verblijven (categorie C).



**Figuur 11: Percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten en verwachte benodigde voorziening op langere termijn per type afdeling van TBS-klinieken.**



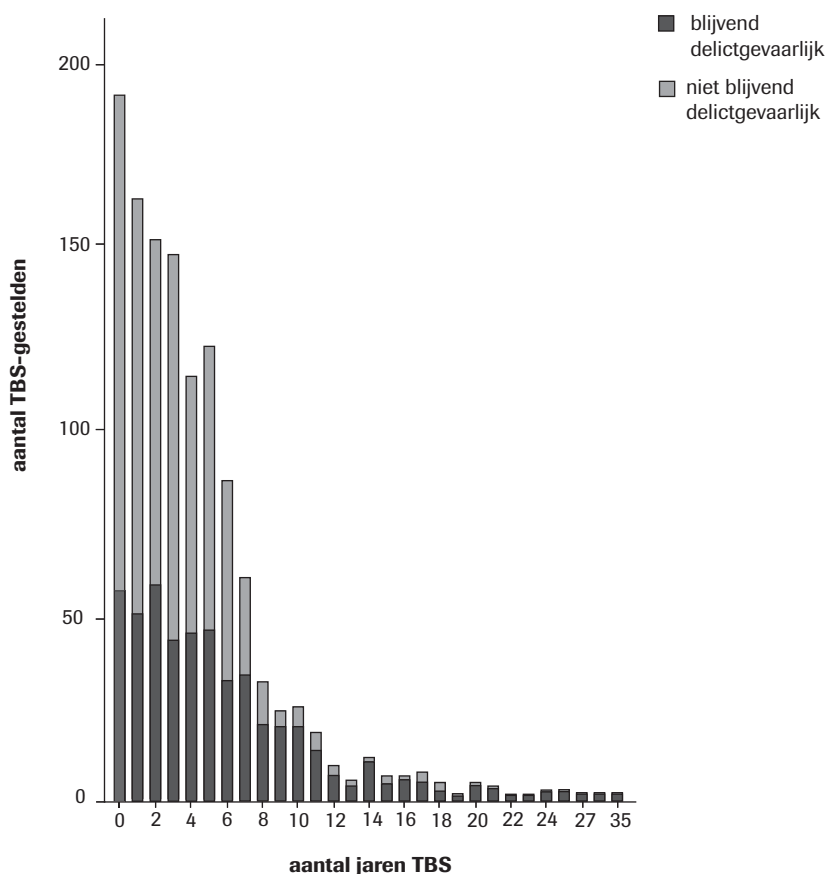
### 5.6 Het percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten en de duur van de TBS-maatregel

Naarmate de TBS-maatregel langer duurt, wordt het aandeel van als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten op het totale aantal patiënten groter (figuur 12; tabel 4, bijlage 7; Logistische regressie: OR=1,18 p=0,000). Dit betekent dat bij elk jaar extra, de 'odds' (de kansverhouding tussen 'blijvend delictgevaarlijk' en niet 'blijvend delictgevaarlijk') met een factor van 1.7 veranderen.

Daarentegen wordt ook 33,9% van de 971 patiënten met minder dan zes jaar TBS aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk'.

Anderzijds zijn er patiënten die langere tijd TBS hebben maar niet als 'blijvend delictgevaarlijk' worden aangemerkt. Dit betreft 29% van de 223 patiënten die zes jaar of langer TBS hebben.

Figuur 12: Percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in relatie tot de duur van de TBS-maatregel



## 5.7 Discussie

### 5.7.1 Alternatieve methoden om het aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten te schatten

In het onderhavige onderzoek is een operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid' gehanteerd waarin twee componenten centraal staan, te weten: 1) ernst van het delictgevaar (de mate van ernstige recidive) en 2) de verwachte periode dat de patiënt forensisch psychiatrische beveiliging of toezicht nodig heeft (om dit delictgevaar te beperken) (zie ook bijlage 4). In deze paragraaf wordt voor twee andere mogelijke invalshoeken nagegaan of deze benut kunnen worden ter validering van de in het onderhavige onderzoek verkregen gegevens.

Ten eerste kan de duur van de TBS-maatregel of -behandeling als maatstaf worden genomen voor het schatten van de omvang van de (potentiële) TBS long stay populatie die langdurig binnen de muren van een TBS-kliniek zal moeten verblijven (Commissie Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden, 1998; Van Emmerik, 2001). In dat geval wordt veelal een grens van zes jaar TBS-behandeling gehanteerd. Deze maat is tot op zekere hoogte arbitrair omdat deze ook TBS-gestelden omvat bij wie een succesvolle behandeling langer dan zes of acht jaar in beslag neemt. Daarnaast omvat deze maat juist niet de TBS-gestelden bij wie mogelijk al in een eerder stadium wordt voorzien dat er weinig kans is op vermindering van het delict risico.<sup>15</sup>

Een andere mogelijke invalshoek vormen recidivepercentages. In meerdere cohorten (ex-)TBS-gestelden is gevonden dat ongeveer 20% na afloop van de maatregel opnieuw een ernstig geweldsdelict pleegt (Leuw, 1999). Men zou kunnen stellen dat long stay voorzieningen zijn bedoeld voor patiënten die anders ernstig zouden recidiveren. De recidivepercentages worden echter berekend voor uitstroomcohorten en zijn daarom moeilijk te vergelijken met de populatie intramurale patiënten uit het onderhavige onderzoek. Deze twee alternatieve invalshoeken voor schatting van het aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten kunnen geen van beide dienen ter validering van de in het onderhavige onderzoek gebruikte inschattingmethode. Het betreft verschillende selectiemethoden, waarbij de populaties slechts ten dele dezelfde zijn.

### **5.7.2 Vergelijking van de gegevens van de TBS-sector en de GGz-sector**

Op basis van de in paragraaf 2.2 besproken gegevens over verschillen tussen de forensisch psychiatrische voorzieningen in beveiligingszwaarte en in patiëntenpopulaties, zijn hypothesen geformuleerd over de verhouding tussen deze voorzieningen in proporties 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. De hypothesen luiden als volgt.

- 1) De verwachting is dat naarmate forensisch psychiatrische instellingen in sterkere mate een beveiligingsdoel dienen, het percentage als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten hoger ligt. In dat geval zou het percentage het hoogst moeten zijn in TBS-instellingen, daarna in FPK's en daarna in FPA's (zie ook hoofdstuk 2). Het percentage 'blijvend delictgevaarlijken' in forensische GGz-voorzieningen zou bovendien hoger moeten liggen dan in reguliere (verblijfs)afdelingen van een APZ.
- 2) Naarmate de opgelegde juridische maatregel zwaarder is, neemt de kans

<sup>15</sup> De schatting in het onderhavige onderzoek van het aantal patiënten binnen de TBS-sector dat zeer langdurig intramuraal in een TBS-kliniek moet verblijven wijkt qua omvang (17% van 1.059, n=179) niet veel af van de inschattingen op grond van de duur van de intramurale TBS-verpleging (18% van 1.105, n=202; op basis van gegevens van Van Emmerik, 2001). Daaruit valt echter weinig af te leiden. Het zijn verschillende selectiemethoden en de gevonden populaties zijn slechts ten dele dezelfde.

toe om aangemerkt te worden als 'blijvend delictgevaarlijk' omdat men tot een populatie behoort met zwaardere delicten in het verleden. Vele onderzoeken hebben aangetoond dat het delictrisico groter is naarmate in het verleden ernstiger en frequenter delicten zijn gepleegd (een klassieker: o.a. Monahan, 1981; een toegankelijk overzicht: o.a. Webster en Hucker, 2003). Voor de verschillende maatregelen geldt dat een TBS-maatregel alleen kan worden opgelegd als betrokkene een ernstig misdrijf heeft gepleegd; een strafrechtelijke RM (art 37 Sr) kan al worden opgelegd bij een overtreding; en een civiele RM kan worden opgelegd zonder dat een overtreding of misdrijf is gepleegd.

Het is voorstelbaar dat de grens tussen de verschillende maatregelen soms dun is.

Bijvoorbeeld als er net een ernstig delict is voorkomen, of als een delict is gepleegd dat net niet ernstig genoeg is om een TBS-maatregel te rechtvaardigen. Op grond hiervan mag verwacht worden dat er een zekere overlap is, zowel tussen groepen patiënten met verschillende maatregelen als tussen patiëntenpopulaties van instellingen met een verschillend beveiligingsniveau. De bevinding dat zo'n 40% van de TBS-gestelden eerder (al dan niet onder dwang) was opgenomen in een instelling van de GGz (Van Emmerik, 2001) maakt dit aannemelijk.

3) Ervan uitgaande dat het delictrisico samenhangt met een psychische stoornis en eventuele andere problematiek, mag verwacht worden dat het delictrisico langer zal blijven bestaan naarmate de stoornis moeilijker te behandelen is. Patiëntenpopulaties met een verschillende psychische en sociale problematiek kunnen van elkaar verschillen in prognose en daarmee in percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten.

Naarmate zich bijvoorbeeld in een voorziening meer patiënten bevinden met co-morbiditeit (meerdere stoornissen op AS-I en II van de DSM-IV), zullen er volgens deze redenering meer patiënten worden aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk'. De verwachting zou bovendien zijn dat dergelijke patiënten op langere termijn eerder in aanmerking komen voor een intramurale voorziening (in een TBS-kliniek of een voorziening van de forensische GGz).

Op grond van alle drie de hypothesen is de verwachting dat in TBS-klinieken meer patiënten als 'blijvend delictgevaarlijk' worden aangemerkt dan in FPK's, in FPK's meer dan in FPA's en in FPA's meer dan in een reguliere (verblijfs)afdeling van een APZ. Met betrekking tot de KIB's is het lastig een verwachting te formuleren omdat deze een zeer moeilijk hanteerbare populatie uit de reguliere GGz herbergen.

Het totaalbeeld van de verhoudingen tussen enerzijds de TBS-instellingen en anderzijds de forensische GGz-voorzieningen wat betreft percentages

'blijvend delictgevaarlijke' patiënten en de verschillende categorieën verwachte voorzieningen op langere termijn is conform de hypothesen. Zo is in de TBS-instellingen de categorie 'blijvend delictgevaarlijken' waarvan wordt ingeschat dat zij ook op langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek moeten verblijven groter dan in de GGz-voorzieningen gezamenlijk. In de gezamenlijke GGz-voorzieningen is het aandeel 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten van wie wordt verwacht dat zij op den duur (ten dele) in de maatschappij kunnen verblijven groter.

Van de verschillende typen voorzieningen komt in de FPK's het hoogste percentage 'blijvend delictgevaarlijken' voor. Het betreft hier vooral patiënten van wie wordt ingeschat dat zij op de langere termijn met dagelijks forensisch toezicht ten dele in de maatschappij kunnen verblijven. In overeenstemming met de hierboven genoemde verwachtingen, herbergen de TBS-klinieken het grootste percentage 'blijvend delictgevaarlijken' van wie verwacht wordt dat zij op de lange duur in een intramurale voorziening (TBS-kliniek of voorziening van de forensische GGz) zullen moeten verblijven. De FPK's hebben na de TBS-klinieken het grootste percentage van dergelijke patiënten, gevolgd door de FPA's.

De FPA's hanteren vrij strenge indicatiecriteria wat betreft delictrisico en prognose voor doorstroming van de patiënt naar de reguliere GGz (Van Hoek en Mastebroek-Osté, 2003). Desondanks merken behandelverantwoordelijken een niet te verwaarlozen percentage FPA-patiënten aan als 'blijvend delictgevaarlijk'. Mogelijk zijn de relatief strenge indicatiecriteria in de praktijk niet geheel door te voeren en/of valt de prognose van sommige patiënten na opname tegen. Daarbij heeft volgens verschillende deskundigen (begeleidingscommissie) de ondercapaciteit van de afdelingen voor langdurige zorg van de algemeen psychiatrische ziekenhuizen effect op de populaties van alle FPA's. Verder stromen in de praktijk weinig forensisch psychiatrische patiënten door naar voorzieningen van de reguliere GGz (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004). Mogelijk blijven de moeilijkst te behandelen patiënten daardoor 'hangen' in FPA's.

Het percentage 'blijvend delictgevaarlijken' van wie verwacht wordt dat zij op de lange duur in een intramurale voorziening (TBS-kliniek of voorziening in de forensische GGz) zullen moeten verblijven, is in de KIB's en gesloten APZ-afdelingen vergelijkbaar met dat in TBS-instellingen. Wat de KIB's betreft is dit geen opmerkelijke uitkomst. Als interne crisisunits van de reguliere (niet-forensische) GGz nemen zij tijdelijk patiënten op die zeer ernstig ontwrichtend gedrag vertonen. KIB De Meren neemt daarnaast patiënten op die geïndiceerd zijn voor een gestructureerde gesloten verblijfsafdeling omdat er in de regio Amsterdam gebrek aan capaciteit is. Omdat er slechts twee gesloten APZ-afdelingen in het onderzoek zijn betrokken (beide van GGz-Friesland) kunnen aan bovenstaande uitkomst geen conclusies worden verbonden over dergelijke afdelingen in het algemeen.

De SGLVG heeft bijna geen patiënten aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk'. Dit zou verband kunnen houden met het selectiebeleid van de SGLVG. Weliswaar neemt de instelling veel TBS-gestelden op maar dit zouden volgens verschillende deskundigen (contactpersoon SGLVG, begeleidingscommissie) echter vooral TBS-gestelden zijn die goed te begeleiden zijn, waarbij de zorgbehoefte op de voorgrond staat en (inmiddels) veel minder het delictrisico.

### ***5.7.3 Het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gerelateerd aan het type afdeling in TBS-klinieken***

De verdeling van als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten over de typen afdelingen is gerelateerd aan de 'zwaarte' van die afdelingen. Zo is het percentage 'blijvend delictgevaarlijken' hoger op afdelingen die zich richten op patiënten met zwaardere problematiek en/of moeilijker gedrag (de afdeling voor intensieve zorg, de extra beveiligde afdeling, de long stay afdeling). Het percentage is lager op afdelingen met een gunstiger populatie qua problematiek of fase in het behandeltraject (de resocialisatieafdelingen). Ook wordt naarmate 'blijvend delictgevaarlijken' op een afdeling voor zwaardere problematiek verblijven, in meer gevallen verwacht dat zij ook op langere termijn een intramurale voorziening (categorie A of B, zie 5.1) nodig zullen hebben.

Van de patiënten op een long stay afdeling wordt er één niet aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk'. Dit lijkt in tegenspraak met de functie van een long stay afdeling: het zeer langdurig, zo niet voorgoed huisvesten van patiënten bij wie geen reëel behandelperspectief meer aanwezig wordt geacht en bij wie het delictrisico niet substantieel verminderd is. Dit laatste laat echter onverlet dat na verloop van tijd het delictrisico kan afnemen (bijvoorbeeld doordat met de leeftijd gedragsveranderingen optreden of de fysieke mogelijkheden afnemen). Een andere mogelijkheid is dat zich ontwikkelingen voordoen waardoor het behandelperspectief verbetert (zoals ontwikkelingen in wetenschap en behandelpraktijk of in het gedrag van de patiënt). Met betrekking tot de genoemde patiënt wordt door de behandelverantwoordelijke echter aangegeven dat deze met minder beveiliging dan die van een TBS-kliniek toe zou kunnen, mits een strakke dagstructuur gehandhaafd blijft. De reden dat deze patiënt niet kan worden doorgeplaatst naar een voorziening van de GGz is dat daar een dergelijke structuur voor langere tijd niet voldoende kan worden gegarandeerd. Gezien deze uitleg zou deze patiënt op basis van de in het onderhavige onderzoek gehanteerde omschrijving mogelijk toch als 'blijvend delictgevaarlijk' kunnen worden beschouwd.

Het wekt op het eerste gezicht verbazing dat er op resocialisatieafdelingen patiënten als 'blijvend delictgevaarlijk' worden aangemerkt. Een mogelijke verklaring hiervoor zou zijn dat het gaat om patiënten ten aanzien van wie tijdens het traject is gebleken dat resocialisatie toch niet haalbaar is. Een

andere mogelijke verklaring kan zijn dat de klinieken door middel van hun afdelingen verschillende combinaties van beveiligings- en zorgniveaus bieden. Ook 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten kunnen variëren op de dimensies benodigde zorg en benodigde beveiliging (zie ook 1.1). De bevinding dat het voor een deel van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten op langere termijn mogelijk wordt geacht onder toezicht op delictgerelateerd gedrag, gedeeltelijk in de maatschappij te verblijven sluit hierbij aan (categorie C, zie 5.1).

#### ***5.7.4 Het percentage 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gerelateerd aan de duur van de TBS-maatregel***

Er is een sterke relatie tussen de duur van de TBS-maatregel en de kans dat een patiënt aangemerkt wordt als 'blijvend delictgevaarlijk'. Zoals verder blijkt uit de resultaten achten behandelverantwoordelijken het mogelijk 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 behandelverantwoordelijken bij een aantal patiënten die zeer lang TBS hebben blijkbaar nog perspectief op een binnen afzienbare tijd verlaten van het forensisch psychiatrische systeem.

### **5.8 Samenvatting en conclusies**

Zowel in de TBS-sector als in de GGz-sector wordt een aanzienlijk aantal patiënten aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk' (tabel 2).

De behandelverantwoordelijken hebben daarnaast voor elk van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten aangegeven welke voorziening deze naar verwachting op langere termijn nodig zal hebben (tabel 3).

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 aantal patiënten voor wie naar verwachting op den duur 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

**Tabel 2: 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 3: 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.

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 en zorg bieden.

Het beeld van een behoefte aan voorzieningen met verschillende beveiligingsniveaus sluit aan bij de visie dat delictrisico niet een alles-of-nietsgegeven is, maar dat het bestaat in gradaties. Het delictrisico en daarmee de benodigde beveiliging en het benodigde toezicht, kan tussen en binnen personen variëren afhankelijk van persoonlijke kenmerken, omgevingsfactoren en relaties en interacties met anderen. De benodigde zorg kan eveneens variëren tussen (groepen) patiënten. Niettemin mag bij differentiatie van voorzieningen de maatschappelijke veiligheid nooit uit het oog worden verloren.

Behandelverantwoordelijken benadrukken in dit kader dan ook het belang van het risicomanagement. In hoofdstuk 6 wordt ten behoeve daarvan getracht meer in detail een koppeling te maken tussen specifieke voorzieningen, de groepen patiënten die naar verwachting deze voorzieningen nodig hebben en kenmerken van deze patiënten. Dit gebeurt door karakterisering van de verschillende groepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten met betrekking tot aspecten die relevant zijn voor beveiliging en zorg.



## 6 Behoeftte aan beveiliging en zorg

In dit hoofdstuk worden zes subgroepen binnen een steekproef van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten nader gekarakteriseerd wat betreft aspecten die relevant zijn met betrekking tot beveiliging en zorg.

De subgroepen zijn vastgesteld op basis van de sector waarin de patiënten verbleven op 1 januari 2004 en op basis van de verwachte benodigde voorziening op langere termijn (zie ook 5.1).

In paragraaf 6.1 worden kort de subgroepen en de steekproef beschreven.

In paragraaf 6.2 komen de resultaten aan de orde van een karakterisering van groepen patiënten (de steekproef, de sectoren en de onderzoeksgroepen) op basis van aspecten die relevant zijn met het oog op beveiliging en zorg. In paragraaf 6.3 ten slotte, worden de resultaten samengevat.

Dit hoofdstuk gaat in op de hoofdlijnen. In bijlage 8, paragrafen 1, 2 en 3 worden de resultaten gedetailleerd per onderzoeksgroep in tabellen weergegeven en beschreven. In paragraaf 1 komen aspecten aan de orde die relevant zijn met het oog op de benodigde beveiliging en in paragraaf 2 aspecten die informatie bieden over de zorg die een patiënt nodig heeft. Paragraaf 3 heeft als onderwerp de voorziening van verblijf ten tijde van het onderzoek en de specifieke voorziening die de behandelverantwoordelijke op korte termijn het meest geschikt acht voor de betreffende patiënt.

### 6.1 Beschrijving onderzoeksgroepen en steekproef

#### **6.1.1 Onderzoeksgroepen**

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten van de inventarisatie van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gepresenteerd. De inventarisatie heeft plaatsgevonden onder patiënten die op 1 januari 2004 (verder 'peildatum' genoemd) intramuraal verbleven in de TBS-sector (TBS-klinieken) of in de (forensische) GGz-sector (FPK's, FPA's, KIB's en twee verblijfsafdelingen van een APZ).

De behandelverantwoordelijken hebben voor elke patiënt de vraag beantwoord of deze als 'blijvend delictgevaarlijk' moest worden beschouwd. Dit gebeurde op basis van de bijgeleverde omschrijving (bijlage 4). Daarnaast hebben zij een inschatting gemaakt van het type voorziening dat de als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënt op langere termijn nodig zou hebben: een intramurale voorziening in een TBS-kliniek, een intramurale voorziening in de forensische GGz of een voorziening waarbij de patiënt gedeeltelijk in de maatschappij verkeert met dagelijks toezicht op delictgerelateerd gedrag. Dit heeft zes groepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten opgeleverd (tabel 4; zie ook 4.2.1 en 5.1), verder de 'onderzoeksgroepen' genoemd.

Tabel 4: 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

In hoofdstuk 5 zijn de drie categorieën 'verwachte voorziening op langere termijn' nader toegelicht. Deze worden hier nogmaals vermeld.

- A De patiënt heeft naar verwachting op langere termijn een intramurale gesloten plaats in een TBS-kliniek nodig (beveiliging en toezicht als TBS-instelling bijvoorbeeld op een long stay afdeling of een andere geëigende differentiatie).
- B De patiënt heeft naar verwachting op langere termijn een intramurale (gesloten) plaats in een voorziening van de forensische GGz nodig (beveiliging en toezicht als FPK of als FPA, bijvoorbeeld in een long stay voorziening c.q. gesloten verblijfsafdeling).
- C De patiënt kan naar verwachting op langere termijn gedeeltelijk in de maatschappij functioneren mits er voldoende dagelijks toezicht op en controle van mogelijk delictgerelateerd gedrag is. Dit kan een 'open' long stay voorziening binnen een instelling zijn (bijvoorbeeld 's nachts opgenomen binnen een TBS-instelling, FPK of FPA en overdag buiten werken met toezicht tijdens werk en op aankomst en vertrek). Een andere mogelijkheid is een voorziening voor beschermd wonen met dagelijks toezicht op delictgerelateerd gedrag.

Over een steekproef van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten zijn met behulp van een vragenlijst meer gedetailleerde gegevens verzameld over benodigde beveiliging en benodigde zorg (zie ook 4.2.1).

### 6.1.2 Respons en kwaliteit gegevens

Over elk van de patiënten uit de steekproef is een vragenlijst aan de behandelverantwoordelijke verzonden (tabel 5; zie ook 4.2.1). Van de 230 vragenlijsten hebben wij er 17 (15 van TBS-instellingen en 2 van GGz-instellingen) niet tijdig ingevuld terug ontvangen (een respons van 93%).

Tabel 5: Aantal vragenlijsten per onderzoeksgroep

Onderzoeksgroepen	Aantal vragenlijsten uitgezet	Aantal vragenlijsten retour
TBS-A	54	47
TBS-B	33	27
TBS-C	36	34
GGz-A	24	23
GGz-B	37	37
GGz-C	46	45
Totaal	230	213

Daarnaast zijn enkele vragen uit de vragenlijst niet in de analyses betrokken omdat zij door een groot aantal respondenten niet of onvoldoende beantwoord waren. Dit betrof een vraag over materiële beveiliging en enkele vragen over het justitiële verleden van de patiënten.

### 6.1.3 Analyse van de gegevens

In de navolgende bespreking van de resultaten zal slechts expliciete aandacht worden besteed aan ontbrekende gegevens (bijvoorbeeld als een vraag bij een of meer patiënten niet is ingevuld) wanneer bij minimaal 10% van de patiënten gegevens ontbreken.

De tabellen en statistische toetsen in dit hoofdstuk en de bijbehorende bijlage (IX) zijn vooral bedoeld om patronen in de gegevens zichtbaar te maken die kunnen worden gerelateerd aan de onderzoeksgroepen. Waar relevant zal ook aandacht worden besteed aan verschillen tussen patiënten uit de twee sectoren (TBS en GGz) en aan aspecten die voor patiënten uit alle onderzoeksgroepen gelden. De nadruk ligt op beschrijving van de onderzoeksgroepen. Tenzij anders vermeld is tweezijdig getoetst. Bij de toetsen met betrekking tot het sectoreffect is een weging toegepast ter correctie van de overrepresentatie van de groep 'GGz-A' in de steekproef. De Pearson-statistiek op de gewogen celfrequenties wordt hierbij omgezet in een F-statistiek om rekening te houden met de vrijheidsgraden van de variantie van de celfrequenties (Rao en Scott, 1981; 1984). Daarom wordt in plaats van een Chi<sup>2</sup>- of een T-waarde een F-waarde weergegeven.

## 6.2 Karakterisering van patiëntengroepen uit de steekproef aan de hand van aspecten die relevant zijn voor beveiliging en zorg: samenvatting en bespreking van de resultaten

Voor het ontwikkelen van voorzieningen voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten is het zinvol te weten hoe de verschillende factoren die relevant zijn voor de benodigde beveiliging en/of de benodigde zorg zijn verdeeld

over deze patiënten. Voor elk van de aspecten die relevant zijn met betrekking tot beveiliging of zorg wordt samengevat en besproken in hoeverre dit van toepassing is op het grootste deel van de patiënten in de onderzoeksgroepen binnen de steekproef (tabel 6), en in hoeverre dit tussen de sectoren (TBS en GGz) (tabel 7) en tussen de onderzoeksgroepen verschilt (tabel 8). In bijlage 8 worden de resultaten gedetailleerd weergegeven.

### **6.2.1 Aspecten die op alle onderzoeksgroepen van toepassing zijn**

*De noodzaak van beveiliging en/of toezicht.* De meeste 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten pleegden eerder een ernstig geweldsdelict (tabel 6). Agressief gedrag lijkt desondanks niet frequent voor te komen (HONoS, item 1 en subschaal 1). Dit kan onder meer het gevolg zijn van adequate preventie en beheersing binnen de voorziening waar de patiënt verblijft. De periode waarover werd bevraagd was daarnaast vrij kort (gedrag in de afgelopen maand) waardoor ernstig maar weinig frequent agressief gedrag gemist kan zijn.

*Het risico van suicide.* Afhankelijk van de onderzoeksgroep maakt de behandelverantwoordelijke bij 14 tot ruim 40% van de patiënten melding van eerdere suicidepogingen. In de discussie over ethische aspecten met betrekking tot long stay afdelingen in de TBS-sector, is het risico van suicide naar voren gekomen. Uit onderzoek is bekend dat overplaatsing naar een andere afdeling bij psychiatrische patiënten dit risico kan verhogen (zie hierover ook: Commissie 'Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden', 1998). Met betrekking tot een long stay afdeling wordt het ontbreken van toekomstperspectief door behandelaars als extra risicofactor gezien (De Kogel en Verwers, 2003).

*Aard van het gebrek aan behandelperspectief.* Cognitieve en motivationele factoren worden het meest genoemd als belemmeringen voor het verminderen van het delictrisico ('*probleembesef ontbreekt, het buiten zichzelf leggen van verantwoordelijkheid voor delicten, ontoegankelijkheid en onbespreekbaarheid van het delict en van fantasieën daarover*'). Wij hebben geen gegevens over de behandelgeschiedenis van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten die in dit onderzoek zijn betrokken. Veel patiënten verblijven echter al meer jaren in het forensisch psychiatrische circuit. Het is daardoor aannemelijk dat verschillende behandelingspogingen hebben plaatsgevonden. Bij gedwongen opgenomen patiënten is 'behandelmotivatie' niet vanzelfsprekend. Enerzijds wordt het ontbreken van behandelmotivatie waaronder probleembesef nogal eens gebruikt als selectiecriteria voor behandeling, anderzijds kan het juist worden opgevat als behandelindicatie (McMurran, 2002). Cognitief-motivationele factoren worden bij veel van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten gezien als een belangrijke hindernis voor de behandeling. Dit maakt ze interessant als mogelijke toekomstige ingang om het aantal 'blijvend delictgevaarlijken' te reduceren.

**Tabel 6: Aspecten met betrekking tot beveiliging en zorg die gelden voor alle onderzoeksgroepen binnen de steekproef**

Alle onderzoeksgroepen worden gekenmerkt door...	
<i>Factoren beveiliging</i>	
Indexdelict	79,5-96,2% geweldsdelict tegen personen
Latentietijd delict	
Vluchtrisico	
Suïcidepogingen	14,3-43,5% deed ooit een poging
Doorslaggevend voor aanmerking als 'blijvend delictgevaarlijk'	
Meer directe aanleiding verhoging delicttrisico	
Belemmerend voor verminderen delictgevaarlijkheid	bij 64,4-82,6% 'gebrek aan probleembesef dan wel het buiten zichzelf leggen van verantwoordelijkheid voor delicten of onbespreekbaarheid van delicten en fantasieën daarover
Benodigd toezicht	
<i>Factoren zorg</i>	
Leeftijd en geslacht	69,6-100% is man
Co-morbiditeit	69,6-93,5% diagnose op zowel AS-I als AS-II
Diagnose	59,4-96,8% heeft diagnose persoonlijkheidsstoornis (al dan niet in combinatie met schizofrenie of aanverwante stoornissen) 56,5-86,4% heeft geen diagnose op AS-III (somatische stoornissen)
Intelligentie	52,2-80% heeft geen beperkingen intelligentie
Psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS)	81,0-88,9% scoort laag op subschaal 'gedragsproblemen' 57,6-79,1% scoort laag op subschaal 'beperkingen'
Benodigde begeleiding	64,7-100% wordt geacht in kleine of grotere groep te kunnen functioneren
Zelfstandigheid	
Benodigde zorg verschillende disciplines	66,6-97,3% heeft zorg nodig van een psychiater (maandelijks of wekelijks) 56-96,3% heeft (dagelijks) zorg nodig van een sociotherapeut 50-68,4% heeft (maandelijks of wekelijks) zorg nodig van een maatschappelijk werkende 86,5-100% heeft maandelijks of minder vaak de huisarts nodig 69,6-88,9% heeft geen paramedische zorg nodig 61,3-94,7% heeft geen hulp van de reclassering nodig

Gegevens die van toepassing zijn op meer dan 50% van de patiënten in iedere onderzoeksgroep, zijn in de tabel opgenomen. Steeds is de range aan percentages patiënten op wie het betreffende aspect van toepassing is weergegeven (onderzoeksgroep met de kleinste en onderzoeksgroep met de grootste waarde).

*Benodigde zorg.* Bij de meeste patiënten is sprake van co-morbiditeit. De diagnose persoonlijkheidsstoornis en de diagnose schizofrenie komen veel voor. De meeste patiënten hebben weinig last van lichamelijke of cognitieve problemen.

Het grootste deel van de patiënten heeft zorg nodig van een psychiater, een psychotherapeut en een maatschappelijk werkende. In de meeste gevallen wekelijks of maandelijks. Het merendeel van de patiënten heeft geen paramedische zorg nodig en heeft niet vaak de huisarts nodig. De meeste patiënten zijn 'groeps geschikt' en kunnen volgens de behandelverantwoordelijke functioneren in een kleinere of grotere groep.

Een minderheid heeft hulp van de reclassering nodig, dit betreft voornamelijk patiënten uit de C-groepen (zie 6.2.5).

### **6.2.2 Aspecten die vooral op patiënten uit de TBS-sector van toepassing zijn**

*Zedendelicten.* Deze komen bijna uitsluitend voor bij patiënten uit de TBS-sector (tabel 7). Ook de diagnose seksuele stoornis komt bij hen vaker voor. *Cognitieve en interpersoonlijke factoren als directe aanleiding tot een delict of als belemmerende factor voor vermindering van delict risico.* Dit kan betekenen dat de keten van factoren die leidt tot een delict bij patiënten uit de TBS-sector vaker dan bij GGz-patiënten dergelijke elementen omvat. Een andere mogelijkheid is dat omdat in de TBS-sector het beoordelen van delict risico meer gebruikelijk is (Inspectie geestelijke gezondheidszorg, 2004), er daardoor meer verschillende of andere typen risicofactoren in het oordeel worden betrokken.

*Co-morbiditeit.* Bij patiënten uit de TBS-sector 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 zij vaker een (chronische) somatische stoornis (een diagnose op AS-II 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 ook sprake is van schizofrenie.

*Patiënten uit de TBS-sector worden vaker in staat geacht in een grotere groep te functioneren.*

*Patiënten uit de TBS-sector hebben vaker zorg van een psychotherapeut nodig.* In de GGz-instellingen wordt vermoedelijk een deel van de taken van de psychotherapeuten in TBS-instellingen door psychiatrisch verpleegkundigen verricht.

### **6.2.3 Aspecten die vooral op patiënten uit de GGz-sector van toepassing zijn**

*De latentietijd tot het plegen van een delict indien de door de kliniek geboden structuur en toezicht zouden wegvallen is vaker niet in te schatten (tabel 7).*

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat men in de GGz minder sterk gericht is op het delict risico van de patiënt dan in de TBS-sector.



*Schizofrenie al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis komt vaker voor dan bij patiënten in de TBS-sector.*

*Staken van medicatiegebruik wordt bij patiënten uit de GGz-sector vaker genoemd als aanleiding tot verhoging van het delict risico.*

*Ernstige problemen in het sociaal en psychiatrisch functioneren komen vaker voor dan bij patiënten in de TBS-sector. Met name bij de patiënten met schizofrenie of aanverwante stoornissen. Het bovenstaande verklaart mogelijk ook dat deze patiënten meer zorg van psychiater en psychiatrisch verpleegkundige nodig hebben dan patiënten uit de TBS-sector.*

#### **6.2.4 Aspecten die vooral van toepassing zijn op patiënten die op de langere duur een intramurale voorziening nodig hebben (TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B)**

*Een relatief kort ingeschatte latentietijd tot het plegen van een delict als de structuur en het toezicht van de kliniek zouden wegvallen en vaker (enigszins) vluchtgevaarlijk (tabel 8). Van alle blijvend delictgevaarlijke patiënten wordt het vlucht risico bij deze groepen het hoogst ingeschat en de latentietijd tot een delict het kortst. Onder patiënten die naar verwachting op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig hebben is het aantal vluchtgevaarlijken het hoogst.*

*Zedendelicten.* Het aantal patiënten met een zedendelict als indexdelict is het hoogst in de groep die naar verwachting op langere termijn een TBS-voorziening nodig heeft, evenals het aantal patiënten met seksuele stoornissen.

*Ernstige problemen in het sociaal en psychiatrisch functioneren* komen bij deze groepen het meeste voor. Met name bij de patiënten met schizofrenie of aanverwante stoornissen.

*Oudere patiënten.* Onder de patiënten die naar verwachting op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig hebben bevindt zich een aanzienlijk aantal vijftigplussers. Dit betekent dat na verloop van tijd op ouderen toegespitste zorg nodig zal zijn.

*Meer pessimisme.* Pessimisme bij behandelaars over het behandel perspectief van de patiënten komt bij deze groepen het meeste voor.

*Onbetrouwbaarheid in medicatiegebruik* wordt bij de patiënten die op den duur naar verwachting een intramurale voorziening in de forensische GGz nodig hebben veel genoemd.

*Intrapsychische/cognitieve factoren* in relatie tot het delict risico worden vooral genoemd bij patiënten die naar verwachting op den duur een intramurale TBS-voorziening nodig hebben.

*Individuele begeleiding* is bij deze groepen het vaakst, nodig, zij het ook hier bij een minderheid.

*Intensieve zorg en structuur* is bij deze groepen het vaakst nodig.

Tabel 7: Aspecten met betrekking tot beveiliging en zorg die verschillen per sector

	Patënten TBS-sector worden gekenmerkt door...	Patiënten GGz-sector worden gekenmerkt door...
<i>Factoren beveiliging</i>		
Indexdelict	Vaker een geweldsdelict tegen personen (93,1-96,2%) Vaker zedendelict als indexdelict (25,7-51,9%)	
Latentietijd delict	Vaker zedendelict als indexdelict (25,7-51,9%)	(Vaker geen latentietijd in te schatten)
Vluchtrisico		(17,4-52,3%)
Suïcidepogingen		
Doorslaggevend voor aanmerking als 'blijvend delictgevaarlijk'	Vaker genoemd: 'aantal en ernst eerdere delicten' (25,9-51,3%), 'gebrek aan zelfreflectiemogelijkheden' (37-56,3%)	Vaker genoemd: 'co-morbiditeit van psychosen, persoonlijkheidsstoornis en middelengebruik' (21,7-40,5%)
Meer directe aanleiding verhoging delictrisico	Vaker genoemd: 'gebrekkige impuls- beheersing' (33,3-53,2%), 'delictgerela- teerde fantasieën' (9,1-55,3%), 'interpersoonlijk conflict' (29,6-38,3%), 'relationeel problemen' (29,6-54,5%)	Vaker genoemd: 'staken medicatiegebruik' (44,4-78,4%)
Belemmerend voor verminderen delictge- vaarlijkheid	Vaker genoemd: 'te geringe leercapa- citeiten' (48,1-61,5), 'bij de huidige stand van de wetenschap geen reëel behandel- perspectief' (22,2-48,7)	
<i>Benodigd toezicht</i>		
<i>Factoren zorg</i>		
Leeftijd en geslacht		
Co-morbiditeit	Vaker zowel diagnose op AS-I als AS-II (81,5-93,5%)	
Diagnose	Vaker persoonlijkheidsstoornis zonder schizofrenie of aanverwante diagnoses (44,4-74,2%) Vaker diagnose seksuele stoornis (7,4-32,6%) Vaker diagnose (chronische) somatische aandoening (25,9-43,5%)	Vaker schizofrenie of aanverwante diagnose (al dan niet in combinatie met persoonlij- heidsstoornis) (60,9-81%)

	Patënten TBS-sector worden gekenmerkt door...	Patiënten GGz-sector worden gekenmerkt door...
<i>Factoren zorg</i>		
Intelligentie		
Psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS)		Vaker ernstige problemen psychiatrisch en sociaal functioneren (totaalscore HONoS) (0-12,5%) Vaker ernstige problemen psychiatrische symptomen (22,2-43,8%) Vaker ernstige problemen sociaal functioneren (27,9-61,9%)
Benodigde begeleiding	Vaker in staat geacht in groepen van meer dan acht patiënten te kunnen functioneren (40,7-51,6%)	
Zelfstandigheid		
Benodigde zorg verschillende disciplines	Meer patiënten zorg sociotherapeut nodig (93,3-96,3%)	Meer patiënten psychiater nodig (88,6-97,3%) Meer patiënten (psychiatrisch) verpleeg- kundige nodig (59,1-73%)

Gegevens van de voor stratificatie gecorrigeerde toetsen zijn in de tabel opgenomen.

Steeds is de range aan percentages patiënten op wie het betreffende aspect van toepassing is weergegeven (onderzoeksgroep met de kleinste en onderzoeksgroep met de grootste waarde).

### **6.2.5 Aspecten die vooral van toepassing zijn op patiënten die naar verwachting op de langere duur met toezicht gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (TBS-C, GGz-C)**

*Verslavingsproblematiek.* De diagnose misbruik of afhankelijkheid van middelen, veelal in combinatie met schizofrenie of een aanverwante stoornis komt in deze groepen veel voor (tabel 8). Als aanleiding tot verhoging van het delict risico wordt alcohol- of drugsgebruik vaak genoemd.

'*Toezicht als bij beschermd wonen volstaat*' wordt bij deze groep vaker dan bij de andere genoemd.

*Zorg van de reclassering* hebben patiënten in deze groep in meer gevallen nodig dan die in de andere onderzoeksgroepen.

## **6.3 Samenvatting en conclusie**

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten gepresenteerd van de inventarisatie van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in twee sectoren: de TBS-sector en de (forensische) GGz-sector. Daarbij heeft de behandelverantwoordelijke voor elke patiënt een inschatting gemaakt van de

**Tabel 8: Aspecten met betrekking tot beveiliging en zorg die verschillen tussen onderzoeksgroepen**

	Onderzoeksgroepen gekenmerkt door...	
	Verwachte voorziening op langere termijn intramuraal TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B	Verwachte voorziening op langere termijn transmuraal TBS-C, GGz-C
<i>Factoren beveiliging</i>		
Indexdelict	TBS-A: 51,9% pleegde zedendelict TBS-B, GGz-B: 10% brandstichters	10% brandstichters
Latentietijd delict	TBS-A, GGz-A: vaker 'korte latentietijd' (< 1 mnd) (bijna 50%)	
Vluchtrisico	Vaker '(enigszins) vluchtgevaarlijk' A-groepen: 54,3-56,5% B-groepen: 35,1-42,3%	
Suïcidepogingen		
Doorslaggevend voor aanmerking als 'blijvend delictgevaarlijk'	TBS-A, -B, GGz-A, -B: 'Ontbreken maatschappelijk toekomstperspectief' (25,9-39,1%) TBS-A, -B: 'overeenstemming over risicofactoren ontbreekt' (35,9-40,7%), 'onvoldoende probleembesef' (56,4-63%), 'bagatelliseert delicten' (41-44,4%) GGz-A, -B: 'mogelijkheid zelfreflectie ontbreekt' (32,4-60,9%) TBS-A, GGz-A: 'delict onderdeel ingeslepen gedragspatroon' (53,8-60,9%)	TBS-C, GGz-C: 'Verslavingsproblematiek' (40-53,1%)
Meer directe aanleiding verhoging delictrisico	TBS-A, -B, GGz-A, -B: 'Gebrekkige impulsbeheersing' (16,2-53,2%) TBS-A, -B: 'verlies door kliniek geboden structuur' (59,3-76,6%), 'delictgerelateerde fantasieën' (29,6-55,3%) TBS-B, GGz-B: 'staken medicatiegebruik' (59,3-78,4%), 'alcohol- of drugsgebruik' (65,7-74,1%)	TBS-C, GGz-C: 'Alcohol- of drugsgebruik' (75,6-75,8%)
Belemmerend voor verminderen delictgevaarlijkheid	TBS-A, -B, GGz-A, -B: 'Reageert slecht op behandeldruk' (35,9-43,5%) TBS-A, GGz-A: 'behandelaars menen dat behandeling geen zin heeft' (30,4-43,6%), 'bij huidige stand wetenschap geen reëel behandelperspectief' (34,8-48,7%) TBS-B, GGz-A, -B: 'onbetrouwbaar in medicatiegebruik' (27-39,1%)	
Benodigd toezicht		TBS-C, GGz-C: 'toezicht als bij beschermd wonen volstaat' (25,8-45,2%)

Onderzoeksgroepen gekenmerkt door...		
	Verwachte voorziening op langere termijn intramuraal TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B	Verwachte voorziening op langere termijn transmuraal TBS-C, GGz-C
<i>Factoren zorg</i>		
Leeftijd en geslacht	TBS-A, GGz-A: meer 50-plussers (26,1-38,3%)	
Co-morbiditeit		TBS-C, GGz-C: Vaker (ook) diagnose misbruik of afhankelijkheid alcohol of drugs (52,3-71%)
Diagnose	TBS-A: vaker seksuele stoornis (32,6%) TBS-B: vaker dan TBS-A en -C diagnose schizofrenie (51,8%)	
Intelligentie	B-groepen: vaker intelligentie laaggemiddeld of minder (38,3-47,8%)	
Psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS)	TBS-A, -B, GGz-A, -B: Vaker ernstige problemen psychiatrisch en sociaal functioneren (totaalscore HONoS) (0-12,5%) Vaker ernstige problemen met psychiatrische symptomen (22,2-43,8%) Vaker ernstige problemen sociaal functioneren (30,4-61,9%)	
Benodigde begeleiding	TBS-A, GGz-A: 15,2-34,7% individuele begeleiding nodig	
Zelfstandigheid	TBS-A, -B, GGz-A, -B: 'intensieve zorg en structuur' of 'reguliere intramurale zorg' nodig (57,4-78,3%)	
Benodigde zorg reclassering verschillende disciplines		TBS-C, GGz-C: vaker zorg nodig (27,3-38,7%)

Steeds is de range van percentages met betrekking tot de groepen patiënten op wie het betreffende aspect van toepassing is weergegeven (onderzoeksgroep met de kleinste en onderzoeksgroep met de grootste waarde).

benodigde voorziening op langere termijn: een intramurale voorziening vergelijkbaar met een TBS-kliniek (A-groep), een intramurale voorziening zoals binnen de forensische GGz wordt aangeboden (B-groep), of een voorziening waarbij de patiënt met dagelijks toezicht op delictgerelateerd gedrag ten dele in de maatschappij kan verblijven (C-groep). Op deze manier werden zes onderzoeksgroepen gevormd: TBS-A, TBS-B, TBS-C, GGz-A, GGz-B en GGz-C.

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 delict risico 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 delictrisico. Bij patiënten uit deze groepen komt het relatief vaak voor dat volgens de behandelverantwoordelijke toezicht op het niveau van beschermd wonen volstaat en vergeleken met de andere groepen hebben meer patiënten zorg van de reclassering nodig.

Tot slot betref de vierde onderzoeksvraag eventuele verschillen tussen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de TBS- en GGz-sector (zie hoofdstuk 1).

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 delictrisico. 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 delictrisico. 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.

Geconcludeerd kan worden dat de verschillende patiëntengroepen voor wie de in hoofdstuk 5 beschreven voorzieningen geschikt worden geacht, goed van elkaar te onderscheiden zijn op basis van de onderzochte aspecten met betrekking tot beveiliging en zorg (voor meer uitgebreide gegevens: zie bijlage 8). De karakterisering van de verschillende groepen is beschikbaar om te worden benut bij de vormgeving van voorzieningen.



## 7 Slotbeschouwing

Binnen forensisch psychiatrische voorzieningen 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. In het kader van dit onderzoek spreken wij van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten.

Veel van deze patiënten verblijven in de TBS-sector, maar een aantal ontvangt intramurale zorg binnen voorzieningen die behoren tot de (forensische) GGz. Veelal onder de TBS-titel of onder een strafrechtelijke (art 37 Sr) of civiele Rechterlijke Machtiging. Voor deze 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 resocialisatie als doel.

Dit onderzoek beoogt informatie te verschaffen ten behoeve van het te ontwikkelen long stay beleid. Daarbij gaat het niet alleen om aantallen patiënten, maar ook om een schatting van de behoefte aan verschillende modaliteiten van noodzakelijke beveiliging en zorg. Deze kunnen variëren van een gesloten voorziening voor zeer intensieve zorg binnen een TBS-instelling, tot een gesloten long stay voorziening binnen de TBS of (forensische) GGz, een 'open' intramurale long stay voorziening (waarbij de patiënt bijvoorbeeld binnen de nacht doorbrengt en buiten werkt), of een beschermde woonvorm met dagelijks forensisch toezicht.

Om de behoefte aan voorzieningen te kunnen onderzoeken dient eerst de onderzoeksgroep te worden omschreven. Dit is niet eenvoudig want al snel worden te veel of juist te weinig personen inbegrepen. Uiteindelijk is gekozen voor de volgende operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid' (zie voor de omschrijving in detail, bijlage 4).

- 1 Er bestaat risico dat de patiënt een ernstig gewelddadig (al dan niet seksueel) delict pleegt. Dit risico voor fysieke schade van anderen 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/of toezicht kan.

Dit betreft een operationalisatie die ten doel heeft ten behoeve van dit kwantitatieve onderzoek *een groep* patiënten te omschrijven en af te bakenen. Deze is niet geschikt om te gebruiken als 'kenmerk' van een individuele patiënt of als basis om beslissingen te nemen over individuen. Het schatten in hoeverre een patiënt kan worden aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk' is een complex meetproces. Welke inhoudelijke omschrij-

ving ook wordt gebruikt, het blijft een inschatting op basis van een veelheid van factoren en met een groot aantal onzekerheden.

De huidige risicotaxatie-instrumenten kunnen hierbij behulpzaam zijn. Ook in de praktijk komt dit als mogelijkheid meer en meer binnen bereik nu zulke instrumenten binnen het TBS-veld in toenemende mate gebruikt worden (o.a. Kamerstukken II, 2003-2004, 29 452, nr. 10, p. 2). Wel zou moeten worden gezien of risicotaxatie-instrumenten (zoals de HCR-20) voldoende toegesneden zijn op gebruik bij 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. Daarbij is onder meer van belang de periode waarover delictrisico kan worden ingeschat, de mate waarin met behulp van het instrument een uitspraak kan worden gedaan over mogelijkheden het delictrisico te verminderen (behandelbaarheid of behandelperspectief) en de mogelijkheid van toepassing van het instrument bij patiënten die al lang binnen een instelling verblijven en nauwelijks nog behandeling krijgen.

Niet alleen de mate en ernst van het delictrisico is moeilijk in te schatten, hetzelfde geldt voor de kans dat het delictrisico op termijn kan verminderen door behandeling of anderszins. Zo kunnen patiënten zich na verloop van tijd soms wel openstellen voor behandeling die zij eerder afwezen, kunnen behandelstrategieën in de loop der jaren verbeteren of kan bijvoorbeeld de stoornis van de patiënt afnemen met de leeftijd (zoals bijvoorbeeld bekend is van de antisociale persoonlijkheidsstoornis; o.a. Paris, 2003). Er is nog weinig overeenstemming over hoe actuele 'behandelbaarheid' kan worden getaxeerd (o.a. Rogers en Webster, 1989; Quinsey en Maguire, 1983; McMurrin, 2002; Tervoort, 2003). Het inschatten van behandelperspectief op langere termijn lijkt daarom nog moeilijker.

Ten behoeve van dit onderzoek heeft niettemin een groot aantal behandelverantwoordelijke psychiaters en psychologen uit de TBS-sector en de (forensische) GGz-sector van ieder van hun patiënten ingeschat of deze al dan niet aangemerkt moest worden als 'blijvend delictgevaarlijk'. Dit deden zij op basis van de in het onderhavige onderzoek gehanteerde operationalisatie (bijlage 4).

De inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten heeft plaatsgevonden in alle acht TBS-klinieken, de drie FPK's, de negen FPA's en de drie KIB's (bijlage 6). Daarnaast werd de inventarisatie verricht in twee gesloten afdelingen van een APZ en in een SGLVG. In totaal zijn 1.673 patiënten die op 1 januari 2004 intramuraal in bovengenoemde voorzieningen waren opgenomen, in de inventarisatie betrokken. Van hen waren er 1.070 opgenomen in een TBS-kliniek en 603 in een (forensische) GGz-voorziening.

#### *Aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten*

Zowel in de TBS-sector als in de GGz-sector wordt een aanzienlijk aantal patiënten aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk' (tabel 9).

**Tabel 9: 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 als 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 10: 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.

De behandelverantwoordelijken hebben daarnaast voor elk van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten aangegeven welke voorziening deze naar verwachting op langere termijn nodig zal hebben (tabel 10).

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. Van een aanzienlijk aantal patiënten kan worden verwacht dat zij op langere termijn in een intramurale voorziening van de forensische GGz kunnen verblijven, en daarnaast is er een aanzienlijk aantal patiënten voor wie naar verwachting op den duur 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 zo groot. Maar een aanzienlijk aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten zal naar verwachting op langere termijn een intramurale voorziening binnen de forensische GGz nodig hebben. Van het grootste deel van de patiënten in de GGz-sector wordt echter verwacht dat zij op langere termijn met dagelijks toezicht gedeeltelijk in de maatschappij zullen kunnen verblijven.

Het beeld van behoefte aan voorzieningen met verschillende beveiligingsniveaus sluit aan bij de visie dat delict risico niet een alles-of-nietsgegeven is, maar dat het bestaat in gradaties. Het delict risico en daarmee de benodigde beveiliging en het benodigde toezicht kan tussen en binnen personen variëren afhankelijk van persoonlijke kenmerken, omgevingsfactoren en relaties en interacties met anderen. De benodigde zorg kan eveneens variëren tussen (groepen) patiënten.

Om de benodigde beveiliging en zorg te onderzoeken is een steekproef uit de als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten getrokken. De steekproef omvatte 213 patiënten, verdeeld over zes onderzoeksgroepen (tabel 11). De betreffende patiëntengroepen zijn nader gekarakteriseerd aan de hand van aspecten die relevant zijn met het oog op beveiliging en zorg.

#### *Karakterisering van subgroepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten*

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 delict risico beschouwd.

Tabel 11: 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

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 delictrisico. Bij patiënten uit deze groepen komt het relatief vaak voor dat volgens de behandelverantwoordelijke toezicht op het niveau van beschermd wonen volstaat en 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 delictrisico. 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 delictrisico. 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 zijn de volgende:<sup>16</sup>

- 1 Zowel in de TBS-sector als in de (forensische) GGz-sector is er op basis van schattingen door behandelverantwoordelijken een aanzienlijke behoefte aan voorzieningen voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten.
- 2 Volgens de schattingen door behandelverantwoordelijken is er behoefte

16 In dit rapport worden geen uitspraken gedaan over consequenties van de onderzoeksresultaten met betrekking tot het te ontwikkelen long stay beleid.

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 zorg zoals dat wordt geboden door voorzieningen binnen de forensische GGz en voorzieningen waarbij de patiënt onder dagelijks forensisch toezicht gedeeltelijk in de maatschappij verkeert (dit betreft met name beschermd/begeleid wonen met genoemd 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 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 noch met behulp van actuariële risicotaxatie-instrumenten, noch op basis van klinische inschatting de kans dat een persoon opnieuw ernstige delicten pleegt foutloos in te schatten.

Verder is plaatsing op een long stay afdeling ingrijpend (zie ook De Kogel en Verwers, 2003). Hoewel de patiënt dezelfde rechtspositie houdt als andere TBS-gestelden, wat onder meer inhoudt dat de vrijheid van de patiënt slechts zoveel mag worden ingeperkt als voor het beveiligingsdoel noodzakelijk is, is er 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 behandelingspogingen 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 echter meer oplossingsrichtingen mogelijk, zo is het van belang te (blijven) investeren in de verdere ontwikkeling van methoden ter motivering (zie bijvoorbeeld McMurran en Ward, 2004) en behandeling van forensisch psychiatrische patiënten. Daarbij is onderzoek naar de effectiviteit van behandelmethoden onontbeerlijk.





# Summary

## Chronically dangerous forensic patients – numbers and needs

### Background and research questions

Part of the capacity of forensic psychiatric facilities, is occupied by patients who are considered untreatable at present, while the risk of criminal recidivism is such that society needs to be protected from this risk. In this report we use the term 'chronically dangerous patients'.

The occupation of treatment capacity by 'chronically dangerous' patients is seen as problematic, because many other patients who might profit from treatment are on waiting lists (in 2003 for instance, 169 persons waited a mean of 229 days for placement in a TBS-hospital).

Many 'chronically dangerous' patients are in judicial forensic hospitals (maximum security TBS-hospitals), or forensic psychiatric hospitals within the mental health sector (maximum or medium security). Many of them are under mandatory hospital care because of a TBS-order or a penal or civil hospital order.<sup>17</sup>

Within the judicial sector two long stay units for TBS-patients (with 60 places in total) opened in the last five years. These units care for patients at lower financial rates and do not provide treatment aimed at resocialisation.

The purpose of this study is to provide information for (further) development of a policy with respect to 'chronically dangerous' patients who need long term forensic security and/or supervision as well as care. In this report we present estimates by psychologists and psychiatrists of numbers of 'chronically dangerous' patients and of their need of security, supervision and care.

### Research questions:

- 1 How many patients in forensic psychiatric facilities are considered 'chronically dangerous' according to the description provided in this study, by the psychologist or psychiatrist responsible for their case?
- 2 Which level of security and/or supervision do these patients need according to their psychologist or psychiatrist?

<sup>17</sup> The civil hospital order (art 2, 15 Wet BOPZ) is a non-penal measure of mandatory hospital care. The penal hospital order, 'committal to a psychiatric hospital' (art 37 Criminal Code) can be imposed upon offenders who are mentally disordered and are considered by the court to have not been responsible for their acts. The TBS-order (art 37 a, b Criminal Code) can be imposed upon mentally disordered offenders who are considered not responsible or diminished responsible for their offence. The measure of TBS is reserved for offenders who committed serious, almost always violent offences. A condition for both the TBS-order and the civil and penal hospital orders is that the offender is considered by the court to be dangerous to others or to the general safety of persons or goods. The civil and penal hospital orders can also be imposed if the person concerned is a danger to him or herself.

- 3 Which level of care do these patients need according to their psychologist or psychiatrist?
- 4 Do 'chronically dangerous' patients in the judicial TBS-hospitals differ from 'chronically dangerous' patients in mental health care facilities with respect to diagnoses, security need, and need for care?

### Methods

The concept of 'chronic dangerousness' was explored and clarified by means of literature research and expert meetings. 'Chronic dangerousness' was operationalized as follows.

- 1 There is a risk that the patient will commit a serious, violent (sexual or not sexual) offence. The risk of physical damage to others is such that society needs to be protected from this risk.
- 2 Security and/or supervision at the level of a TBS-hospital of a forensic psychiatric facility within the mental health care sector, is needed to prevent the patient from committing offences as mentioned. In addition the patient may need care.
- 3 The risk of offending may be considered long-term, because it is not expected that this risk will be reduced or will be under control within a considerable time span (of at least six years), in such a way that less security and supervision than mentioned under 2 are sufficient.

This operationalisation was chosen to describe a group of patients for research purposes. The criteria are not suitable as a bases for decisions about individual patients.

#### *Assessment of numbers of 'chronically dangerous' patients*

The assessment of numbers of 'chronically dangerous' patients took place in the judicial TBS-sector and in the mental health sector. The following facilities were included in the study.

*TBS-sector:* all eight judicial TBS-hospitals

*Mental health sector:* the three forensic psychiatric hospitals, and the nine forensic psychiatric units (within general psychiatric hospitals). The assessment was also done in the three 'Clinics for intensive treatment'. These clinics can be consulted by psychiatric hospitals with respect to patients with extremely problematic behaviour. In addition two closed units for chronic psychiatric patients of a general psychiatric hospital, and a facility for patients with mental retardation and severe behavioural problems took part in the assessment.

A total of 1,673 patients who were inpatients of the facilities mentioned above at the 1st of January 2004 were included in the assessment. Of these patients 1070 were in TBS-hospitals, and 603 in (forensic) mental health care facilities.

In March-July 2004, the psychologists and psychiatrists of these facilities (mentioned as clinicians in the following) screened each of their patients with respect to the question if the patient should be considered 'chronically dangerous' according to the operationalisation provided (see above). In addition they assessed which type of facility the patient judged 'chronically dangerous' would need in the long term. They could choose one of three options: an intramural facility with security and supervision at the level of a TBS-hospital, an intramural facility with security and supervision at the level of a forensic mental health care facility, or a facility where the patient, with supervision of offence related behaviour, can function partly within society (for instance an 'open' long stay unit, or sheltered housing under forensic supervision).

*Characterization of subgroups of 'chronically dangerous' patients: assessment of need for security, supervision, and care*

Six subgroups of 'chronically dangerous' patients were distinguished, based on the sector (TBS or mental health care) they were in at January the 1st 2004, and on the facility clinicians expected them to need in the long term (Table 1).

A sample of 232 patients, spread over the subgroups, was drawn from the total number of patients judged as 'chronically dangerous'.

In April-August 2004 the clinicians filled out a questionnaire with respect to need for security, supervision, and care about their patients in the sample. We received 93% of the questionnaires back in time.

**Results: numbers of 'chronically dangerous' patients and facilities needed in the long term**

In the TBS-sector as well as in the mental health care-sector, a substantial number of patients is judged as 'chronically dangerous' (Table 2).

The clinicians assessed for each of the 'chronically dangerous' patients which type of facility the patient would most likely need in the long term (Table 3).

The number of patients in the TBS-sector, judged by clinicians as 'chronically dangerous' by far exceeds the current number of 'long stay beds' available within the two long stay units in TBS-hospitals. It has to be taken into account however, that according to the clinicians, not every 'chronically dangerous' patient will need the maximum security of a TBS-hospital in the

**Table 1: Subgroups of 'chronically dangerous' patients**

Subgroup	Facility at January 1st 2004	Expected facility needed in the long term
TBS-A	Intramural in TBS-hospital	Intramural in TBS-hospital
TBS-B	Intramural in TBS-hospital	Intramural in forensic mental health care
TBS-C	Intramural in TBS-hospital	Partly in society with supervision on offence-related behaviour
GGz-A	Intramural in (forensic) mental health care	Intramural in TBS-hospital
GGz-B	Intramural in (forensic) mental health care	Intramural in forensic mental health care
GGz-C	Intramural in (forensic) mental health care	Partly in society with supervision on offence-related behaviour

GGz: Mental health care (Geestelijke gezondheidszorg)

**Table 2: Number of 'chronically dangerous' patients related to the sector they were in at January 1st 2004**

Sector at Jan. 1st 2004*	'Chronically dangerous'		Not 'chronically dangerous'		Total number of patients	
	n	%	n	%	n	%
TBS-sector	448	42.8	599	57.2	1,047	100
Mental health-sector	210	34.9	391	65.1	601	100
Total number of patients	658	39.9	990	60.1	1,648**	100

n=number of patients

\* The TBS-sector includes the 8 TBS-hospitals; de Mental health care-sector includes the 3 forensic psychiatric hospitals (FPK's), the 9 forensic psychiatric units (FPA's), the 3 clinics for intensive treatment (KIB's), one facility for mentally retarded patients with severe behavioural problems (SGLVG), and 2 closed units of a general psychiatric hospital.

\*\* No data were provided about 11 patients from the TBS-sector, and with respect to 12 patients from the TBS-sector it was according to the clinician unclear whether they should be judged as 'chronically dangerous'. No data were provided about 2 patients from the mental health-sector. The total number of patients in the table is therefore 1648 instead of 1673.

long term. For a substantial number of patients, an intramural facility of the forensic mental health care-sector is expected to be sufficient in the long term. Furthermore, another substantial number of 'chronically dangerous' patients are expected to be able, with forensic supervision, to function partly within the community.

Based on the assessments by clinicians, there is a considerable need of facilities for 'chronically dangerous' patients. This concerns facilities offering different levels of security, supervision and care.

The overall image is that the more a hospital or unit aims at a population with more serious offences and more complex mental disorders, the higher the proportion of patients judged as 'chronically dangerous', and the higher the proportion of 'chronically dangerous' patients expected to be still needing an intramural facility in the long term.

**Table 3: Expected facilities needed in the long term for 'chronically dangerous' patients**

Sector van verblijf op peildatum*	Intramural TBS		Intramural forensic mental health care		Partly in society with supervision of offence-related behaviour		Total number of patients	
	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
Total number of patients	204	32.1	186	29.2	246	38.7	636**	100

n=number of patients

\* The TBS-sector includes the 8 TBS-hospitals; de Mental health care-sector includes the 3 forensic psychiatric hospitals (FPK's), the 9 forensic psychiatric units (FPA's), the 3 clinics for intensive treatment (KIB's), one facility for mentally retarded patients with severe behavioural problems (SGLVG), and 2 closed units of a general psychiatric hospital.

\*\* No data were provided about 7 patients from the TBS-sector. With respect to 14 of the 448 'chronically dangerous' patients from the TBS-sector, clinicians could not decide about the type of facility needed in the long term. No data were provided about 1 patient from the mental health sector. The total number of 'chronically dangerous' patients in this table is therefore 636 instead of 658.

Both proportions are higher in TBS-hospitals than in facilities within the forensic mental health care sector.

The longer the duration of the TBS-measure, the more likely a patient is to be assessed as 'chronically dangerous'.

### Characterization of subgroups of 'chronically dangerous' patients

In order to characterize (sub)groups of 'chronically dangerous' patients, information was gathered about several aspects, relevant with respect to security, supervision and care.

A number of aspects apply to all six subgroups mentioned above (Table 1). Nearly all 'chronically dangerous' patients committed a violent offence. In most cases there is co-morbidity: most patients are diagnosed with a personality disorder in combination with another psychiatric disorder on Axis I or Axis II of DSM-IV.

Most 'chronically dangerous' patients regularly need a psychiatrist, and a social therapist or a psychiatric nurse. With respect to a large proportion of 'chronically dangerous' patients, 'a lack of awareness of or insight in problems' is considered a factor obstructing a decrease of violence risk.

The aspects assessed differentiated well between subgroups of 'chronically dangerous' patients.

An intramural long stay facility, with security and supervision comparable to a TBS-hospital is considered most suitable for patients of the TBS-A and GGz-A groups. These groups are generally characterized as follows. The

index-offence of a relatively high number of patients is a sex-offence. Many patients in these groups are expected to have a relatively short latency before committing an offence, should the current supervision and security be lost. With many of these patients there is considered to be a (substantial) risk of escape. 'Offending is part of a 'worn' behavioural pattern' is relatively often mentioned with patients in these subgroups as a decisive factor for assessing the patient as 'chronically dangerous'. Furthermore, clinicians more often indicate that they consider the patient to have no realistic treatment perspectives, given the current state of the art. A relatively large number of patients in the A-groups are fifty years or over, a relatively large number have a sexual disorder, and serious problems of social and psychiatric functioning are relatively abundant.

An intramural long stay facility with security and supervision comparable to a facility in the forensic mental health sector is considered by clinicians as most suitable for patients in the TBS-B and GGz-B groups.

Patients in these subgroups are generally characterized by the following aspects. With relatively many patients there is considered to be a (substantial) risk of escape. Discontinuing the use of medication, and/or starting to use alcohol or drugs are considered an immediate cause of increasing violence risk with patients in the B-groups and a lack of reliability in the use of medication is seen as a hindering factor for the reduction of violence risk. Furthermore, relatively many patients are diagnosed with schizophrenia, a lower than average intelligence, and serious problems in social and psychiatric functioning.

A facility with the possibility of partly functioning in the community while under forensic supervision, is considered most suitable in the long term for patients in the TBS-C and GGz-C groups.

Patients in the TBS-C en GGz-C groups are generally characterized by the following aspects. Relatively many patients are diagnosed with abuse or dependence of alcohol or (illicit) drugs. In a relatively large number of patients, substance abuse or dependence is considered a decisive factor in judging the patient as 'chronically dangerous', and use of alcohol or drugs is mentioned as an immediate cause of increase of violence risk. Clinicians indicate that for relatively many patients in the C-groups supervision at the level of a sheltered housing facility would be sufficient. Compared to the other groups, relatively many patients are expected to need probation services.

#### *Differences between patients from the TBS- and mental health care sectors*

Patients in the TBS-sector more often have a sex-offence as an index-offence. They more often have co-morbidity with respect to mental disorders (a diagnoses on both Axis I and Axis II of DSM-IV), and more often have a

(chronic) somatic disorder ( a diagnosis on Axis III). Patients in the TBS-sector are more often diagnosed with a personality disorder, whether or not in combination with a sexual disorder, and without a diagnosis of schizophrenia. Cognitive and interpersonal aspects are with respect to patients in the TBS-sector, more often seen as factors obstructing the reduction of violence risk. Patients in the TBS-sector are more often considered to be able to function in a relatively large group of (more than eight) patients.

Patients in the mental health care-sector are more often diagnosed with schizophrenia, whether or not in combination with a personality disorder. Discontinuation of medication use is more often mentioned as an immediate cause of increase of violence risk. Serious problems in social and psychiatric functioning occur more often in these patients, especially in patients with schizophrenia. More patients in the mental health care-sector than in the TBS-sector need a psychiatrist and psychiatric nurse on a regular basis.

## Conclusions

The main findings are:<sup>18</sup>

- 1 There is a substantial need of facilities for 'chronically dangerous' patients in the TBS-sector as well as the forensic mental health care sector, based on estimates by clinicians (psychologists and psychiatrists).
- 2 There is a need of facilities differentiated according to levels of security, supervision and care. These include: closed (long stay) facilities comparable to the two existing long stay units in TBS-hospitals, intramural (long stay) facilities with a level of security and care comparable to that offered by facilities within the forensic mental health care sector, and facilities where the patient can function partly in the community while under supervision with respect to offence-related behaviour (for instance sheltered housing with forensic supervision).
- 3 The (sub)groups of 'chronically dangerous' patients for whom the facilities mentioned are considered suitable, can be differentiated on the basis of the registered information with respect to security and care. The characterization of these (sub)groups is available for use in the development of facilities.

Clinicians in this study emphasize that differentiation of facilities should go hand in hand with careful risk management. If 'chronically dangerous' patients spend part of their time in the community, this must never lead to a

<sup>18</sup> In this report we draw no conclusions about consequences of the research findings for the development of a policy with respect to (facilities for) 'chronically dangerous' patients. These will be formulated by the department at the ministry of Justice responsible for prevention and sanctions.

decrease in social safety. Another important subject is weighing the pay-offs and costs of different solutions (see for instance Cooke en Philip, 2001; Cohen, 2001).

From an ethical point of view, carefulness in judging a patient as 'chronically dangerous' is warranted, because violence risk can not be assessed without mistakes, neither with clinical judgment nor with actuarial methods.

Furthermore, once a patient is placed in a long stay facility, a vicious circle may occur, especially when little new information is gathered about the patient because no intensive treatment takes place any more.

Developing suitable facilities for patients with a long term violence risk, due to a mental disorder, is one possible solution to protect society. However, another important pathway is to continue investment in development of methods to motivate and treat forensic patients.



# Literatuur

**Beekman, J.E., F. Koenraadt**

*Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Deelonderzoek 9: De Wet BOPZ in de forensische psychiatrie*  
Den Haag, ZonMW, 2002

**Berry, A., C. Duggan, E. Larkin**

The treatability of psychopathic disorder: how clinicians decide  
*Journal of Forensic Psychiatry*, jrg. 10, nr. 3, 1999, pp. 710-719

**Bonta, J., M. Law, K. Hanson**

The prediction of Criminal and Violent Recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis  
*Psychological Bulletin*, 123/2, 1998, pp. 123-142

**Brink, R.H.S. van den, C.H. de Kogel**

*De Nederlandse versie van de Health of the Nation Outcome Scale – Mentally Disordered Offenders (HoNos-MDO) voor de forensische psychiatrie*  
Rob Giel onderzoekscentrum, Universiteit Groningen, 2004

**Brink, R.H.S. van den**

*Zorgprogrammering Divisie Forensische Psychiatrie GGZ Drente, 2004*  
Rob Giel onderzoekscentrum, Universiteit Groningen, 2004

**Commissie 'Beleidsvisie TBS'**

*Veilig en wel: een beleidsvisie op de TBS*  
Den Haag, Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, 2001

**Commissie 'Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden'**

*Voortdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden*  
Den Haag, Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, 1998

**Chiswick, D.**

Dangerous severe personality disorder: from notion to law  
*Psychiatric Bulletin*, 25, 2001, pp. 282-283

**Cohen, M.A.**

To treat or not to treat? A financial perspective. In: C.R. Hollin (red.),  
*Handbook of Offender Assessment and Treatment*  
Chichester (UK), John Wiley and Sons Ltd., 2000, pp. 35-49

**Cooke, D.J., L. Philip**

To treat or not to treat? An empirical perspective. In: C.R. Hollin (red.),  
*Handbook of Offender Assessment and Treatment*  
Chichester (UK), John Wiley and Sons Ltd., 2000, pp. 17-34

**Craissati, J.**

Treating the untreatable  
*The psychologist*, jrg. 16, nr. 4, 2003, pp. 174-175

**Dawes, R.M., D. Faust, P.E. Meehl**

Clinical versus actuarial judgment  
*Science*, 243, 1989, pp. 1668-1674

**Dayson, D., Ch. Gooch, G. Thornicroft**

The TAPS project, 16: Difficult to place, long term psychiatric patients: risk factors for failure to resettle long stay patients in community facilities  
*British Medical Journal*, 305, 1992, pp. 993-995

**Desai, M.M., R.A. Rosenheck**

Trends in discharge disposition, mortality, and service use among long stay psychiatric patients in the 1990's

*Psychiatric Services*, jrg. 54, nr. 4, 2003, pp. 542-548

**Dienst Justitiële Inrichtingen, Planning & Control**

*Kengetallen 1998 tot en met 2000 : Gevangeniswezen, justitiële jeugd-inrichtingen, justitiële TBS-inrichtingen & PBC, Directie Landelijke Diensten*

Den Haag, Ministerie van Justitie, 2001

**Douglas, K.S., R.P. Ogloff**

Multiple facets of risk for violence: the impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk

*International Journal of Forensic Mental Health*, 2/1, 2003, pp. 19-34

**D'Silva, K., C. Duggan, L. McCarthy**

Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence

*Journal of Personality Disorders*, 18, 2004, pp. 163-177

**Emmerik, J.L. van**

*De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*

Den Haag, DJI, Afdeling Informatieanalyse en Documentatie, 2001

**Emmerik, J.L. van**

*TBS-gestelden: een gemêleerd gezelschap*. In: H. Groen, M. Drost (red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*

Utrecht, De Tijdstroom Uitgeverij, 2003, pp. 33-50

**Eucker, S., D. Jöckel**

Non-dischargeable mentally disordered offenders in a German hospital order institution

*Third Annual Conference International Association of Forensic Mental Health Services*, 9-11 april, 2003, Miami, USA

**Fisher, W.H. (red.)**

Long-Stay patients in State Psychiatric Hospitals at the end of the 20th century

*Psychiatric Services*, jrg. 52, nr. 8, 2001, pp. 1051-1056

**Franz, M. (red.)**

Schizophrene Patienten, die trotz Dekaden der Enthospitalisierung in den psychiatrischen Krankenhäusern verblieben sind

*Psychiatrische Praxis*, 2002

**Gatzke, L.M., A. Raine**

Treatment and prevention implications of antisocial personality disorder

*Current Psychiatry Reports*, 2, 2000, pp. 51-55

**Gestel, C.J. van, C. van Nieuwenhuizen, R.A. Achilles**

Vormen artikel-37 patiënten een zware last?

*Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 44, nr. 9, 2002, pp. 627-631

**Ginneken, P. van**

*'Een zodanig gevaar', het gevaarscriterium bij gedwongen opneming in een psychiatrisch ziekenhuis*

Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1993

**Greeven, P.J.G.**

*De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: een empirische studie*

Deventer, Gouda Quint, 1997

**Grove, W.M., P.E. Meehl**

Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy

*Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 1996, pp. 293-323

**Grossman, L.S. (red.)**

Are sex offenders treatable? A research overview

*Psychiatric Services*, 503, 1999, pp. 349-361

**Hanson, R.K., A.J.R. Harris**

Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offence recidivism

*Criminal Justice and Behavior*, jrg. 27, nr. 1, 2000, pp. 6-35

**Hanson, R.K., M.T. Bussière**

Predicting Relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, jrg. 66, nr. 2, 1998, pp. 348-362

**Harrison, J., A. Nooreen, J. Marshall**

Home or away: which patients are suitable for a psychiatric home treatment service?

*Psychiatric Bulletin*, 25, 2001, pp. 310-313

**Heilbrun, K., W.S. Bennett, J.H. Evans, R.A. Offutt, H.J. Reiff, A.J. White**

Assessing treatability in mentally disordered offenders: a conceptual and methodological note

*Behavioral Sciences and the Law*, jrg. 6, 1988, pp. 479-486

**Hemphill, J.F., R.D. Hare, S. Wong**

Psychopathy and recidivism: a review

*Legal and Criminological Psychology*, 2, 1998, pp. 139-170

**Hemphill, J.F., S.D. Hart**

Motivating the unmotivated: psychopathy, treatment, and change. In:

M. McMurrin (red.), *Motivating Offenders to Change. A Guide to Enhancing Engagement in Therapy*

John Wiley & Sons Ltd., 2002, pp. 193-219

**Hildebrand, M., C. de Ruiter, D.J. van Beek**

*SVR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*

Utrecht, Forum Educatief, 2001

**Hildebrand, M., C. de Ruiter, V. de Vogel**

Recidive van verkrachters en aanranders na TBS: de relatie met psychopathie en seksuele deviatie

*De Psycholoog*, maart 2003, pp. 114-124

**Hoek, D.J., van, J.A. Mastenbroek-Osté**

*Visiedocument FPA*

Utrecht, GGz Nederland, 2000

**Holloway, F. (red.)**

The new long stay in an inner city service: a tale of two cohorts

*International Journal of Social Psychiatry*, jrg. 45, nr. 2, 1999, pp. 93-103

**Inspectie voor de gezondheidszorg**

*Het algemeen toezicht op de justitiële TBS-inrichtingen in 2000*

Den Haag, 2001

**Inspectie voor de gezondheidszorg**

*TBS-klinieken in beweging. Samenvattende rapportage van de algemeen toezichtbezoeken in 2003 aan de negen TBS-klinieken*

Den Haag, 2003

**Inspectie voor de gezondheidszorg**

*Klinische forensische psychiatrie, brugfunctie of zelfstandig circuit?*

Den Haag, 2004

**Jamieson, L., P.J. Taylor**

Mental disorder and perceived threat to the public: people who do not return to community living

*British Journal of Psychiatry*, 181, 2002, pp. 399-405

**Jansen, A.**

Choniciteit en de maatregel TBS

*Sancties*, 1996, nr. 3, pp. 147-157

**Klippe, C.J., van de, P.P.J.N. van Ginneken**

*Beheersproblemen met forensische psychiatrische patiënten in de intramurale GGZ*

Utrecht, Trimbos-Instituut, 2000

**Kogel, C.H. de, C. Verwers**

*De long stay afdeling van Veldzicht. Een evaluatie*

Den Haag: Boom Juridische uitgevers, WODC, 2003

Reeks Onderzoek en beleid, nr. 207

**Lelliott, P., J. Wing, P. Clifford**

A national audit of new long stay psychiatric patients

*British Journal of Psychiatry*, 1994, 165, pp. 160-169

**Leuw, E.**

De capaciteitscrisis in de TBS, feiten en verklaringen

*Proces*, jrg. 77, nr. 7/8, 1998, pp. 113-118

**Leuw, E.**

*Instream en capaciteit in de tbs-sector: geregistreerde gegevens en inzichten van deskundigen*

Den Haag, Ministerie van Justitie – WODC, 1998

Reeks Onderzoek en beleid, nr. 168

**Lösel, F.**

*Treatment and management of psychopaths.* In: D.J. Cooke, A.E. Forth, R.D. Hare (red), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*  
Dordrecht, Kluwer, 1998

**Marle, H.J.C. van**

Voorspellen van gevaarlijkheid: consensus gewenst  
*Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 34, 1992, pp. 281-290

**Marle, H.J.C. van**

Het concept onbehandelbaarheid in de terbeschikkingstelling  
*Justitiële verkenningen*, jrg. 27, nr. 6, 2001, pp. 77-95

**Mason, T.**

The psychiatric 'Supermax': Long-Term, High-Security Psychiatric Services  
*International Journal of Law and Psychiatry*, jrg. 22, nr. 2, 1999, pp. 155-166

**McMurran, M.**

Offenders with personality disorders. In: C.R. Hollin (red.): *Handbook of Offender Assessment and Treatment*  
John Wiley and Sons Ltd., 2000

**McMurran, M.**

Motivation to change: selection criterion or treatment need?. In: M. McMurran (red.), *Motivating Offenders to Change. A guide to Enhancing Engagement in*  
John Wiley & Sons Ltd., 2002

**McMurran, M., T. Ward**

Motivating offenders to change in therapy: an organizing framework  
*Legal and Criminological Psychology*, 9, 2004, pp. 295-311

**Ministerie van VWS**

*Beleidsvisie GGZ*  
Den Haag, 1999

**Monahan, J.**

*Predicting violent behavior: an assessment of clinical techniques*  
Beverly Hills (California), Sage, 1981

**Mulder, C.L., A.B.P. Staring, J. Loos, V.J.A. Buwalda, D. Kuijpers, S. Systema, A.I. Wierdsma**

De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'  
*Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 46, nr. 5, 2004, pp. 273-284

**Newton-Howes, G., P. Tyrer**

Pharmacotherapy for personality disorders  
*Expert Opinion Pharmacotherapy*, 4, 2003, pp. 1643-1649

**Niemantsverdriet, J.R., J. Gerrits**

Behandelingsmogelijkheden voor ter beschikking gestelden buiten de kliniek  
*Sancties*, 2004, nr. 1, pp. 16-34

**Nijman, H, H.J. de With, M. Hildebrand**

Meting van agressie onder TBS-gestelden  
*Sancties*, 2004, nr. 2, pp. 85-92

**Panhuis, P.J.A. van**

*De psychotische patiënt in de TBS. Van kwaad tot erger*  
Arnhem, Gouda Quint, 1997

**Paris, J.**

Personality disorders over time: precursors, course and outcome  
*Journal of Personality Disorders*, 17, 2003, pp. 479-488

**Philipse, M., C.H. de Kogel, E. Doddema, C. Verwers**

Risk assessment in a long stay population: experiences with the HCR-20  
*Psychology & Law International Interdisciplinary Conference*, Edinburgh  
7-12 juli, 2003

**Perik, J.C.A.**

Achtergronden en praktijk van chroniciteit in de TBS  
*Proces*, jrg. 79, nr. 7/8, 2000, pp. 99-102

**Plemper, E.**

*Terug in de maatschappij; plaatsing en begeleiding van forensisch  
psychiatrische patiënten in RIBW's*  
Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, 1998

**Quinsey, V.L., A. Maguire**

Offenders remanded for a psychiatric examination: perceived treatability  
and disposition  
*International Journal of Law and Psychiatry*, jrg. 6, 1983, pp. 193-205

**Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)**

Kenmerk 04/0329/GB, 23/03/2004

**Rao J.N.K., A.J. Scott**

The analysis of categorical data from complex sample surveys: chi-  
squared tests for goodness of fit and independence in two-way tables  
*Journal of the American Statistical Association*, 76, 1981, pp. 221-230

**Rao J.N.K., A.J. Scott**

On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell propor-  
tions estimated from survey data  
*Annals of Statistics*, 12, 1984, pp. 46-60

**Richards, J. (red.)**

Characteristics of the new long stay population in an inner Melbourne  
acute psychiatric hospital  
*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 1997, pp. 488-495

**Roede, E., I. Breevelt, A. Nijssen**

*De asielbehoefte voor blijvende gevaarlijke en gestoorde patiënten en  
delinquenten in Nederland*  
Amsterdam, SCO Kohnstamm Instituut, 2002

**Ruiter, C. de, M. Hildebrand**

Recidiverisico bij seksuele delinquenten: de rol van psychopathie  
*Tijdschrift voor Criminologie*, jrg. 42, nr. 2, 2000, pp. 214-231

**Salekin, R.T.**

Psychopathy and therapeutic pessimism, clinical lore or clinical reality?  
*Clinical Psychology Review*, 22, 2002, pp. 79-112

**Schalast, N.**

*Patienten des Massregelvollzugs gemäss Paragraph 63 StGB mit geringen  
Entlassungsaussichten*

Essen, Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-  
Essen, 2003

**Serin, R.C., D.L. Preston**

*Managing and treating violent offenders*. In: J.B. Ashford, B.D. Sales,  
W.H. Reid (red.), *Treating adult and juvenile offenders with special needs*  
Washington DC, American Psychological Association, 2001

**Stolker, J.J., H. Nijman, P.H. Zwanikken**

Separatie: een noodzakelijk kwaad?

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, jrg. 59, 2004, pp. 193-204

**Tervoort, M.G.A.**

*Over behandelbaarheid*. In: Herman Groen, Marijke Drost (red.),  
*Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*

Utrecht, De Tijdstroom Uitgeverij, 2003

**Thornicroft, G., Ch. Gooch, D. Dayson**

The TAPS Project, 17: Readmission to hospital for long term psychiatric  
patients after discharge to the community

*British Medical Journal*, 305, 1992, pp. 996-998

**Trieman, N., J. Leff**

Long-term outcome of long stay psychiatric in-patients considered  
unsuitable to live in the community, TAPS Project 44

*British Journal of Psychiatry*, 181, 2002, pp. 428-432

**Vertommen, H., R. Verheul, C. de Ruiter, M. Hildebrand**

*Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*

Lisse, Swets Test Publishers

**Vogel, V. de, C. de Ruiter**

Recidive bij behandelde seksuele delinquenten

*Tijdschrift voor Criminologie*, jrg. 45, nr. 4, 2003, 378-390

**VWS-bulletin**

Long stay afdelingen voor 'gevaarlijke gekken'. Meer dan pappen en  
nathouden

*VWS-bulletin*, nr. 9, 13 oktober 2000

**Werkgroep 'doelmatig behandelen'**

*Doelmatig behandelen; interdepartementaal beleidsonderzoek financie-  
ringssysteem van forensische psychiatrische hulpverlening*

Den Haag, Ministerie van Financiën – Bureau Heroverweging, 1996

**Werkgroep IBO TBS**

*'Over stromen'; in-, door- en uitstroom bij de TBS. Interdepartementaal  
beleidsonderzoek terbeschikkingstelling*

Den Haag, Ministerie van Justitie, 1998

**Werkgroep Implementatie Gestructureerde Risicotaxatie**

*Risicotaxatie het voorspellen van ernstig gewelddadig gedrag bij psychisch gestoorde delinquenten gedurende de strafrechtsketen*

Den Haag, Ministerie van Justitie – Dienst Justitiële Inrichtingen, maart 2003

**Wing, J.K., A.S. Beevor, R.H. Curtis**

Health of the Nation Outcome Scales (HONOS). Research and development

*British Journal of Psychiatry*, 172, 1998, pp. 11-18

**Wing, J.K., P. Lelliott, A.S. Beevor**

HONOS update. Progress on HONOS

*British Journal of Psychiatry*, 176, 2000, pp. 392-395



# Bijlage 1

## Afkortingen

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen in een Psychiatrisch Ziekenhuis
BVT	Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, vierde editie
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
GGz	geestelijke gezondheidszorg
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
HCR-20	Historical Clinical Risk-20
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scale
IBO	interdepartementaal Beleidsonderzoek
IBS	In bewaring Stelling
ICU	Intensive Care Unit
IQ	Intelligentie Quotiënt
ITZ	Individuele TBS-zaken
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
LAP	Landelijke Adviescommissie Plaatsing
MITS	Monitor Informatie Systeem Terbeschikkingstelling
MOM	Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen
PBW	Penitentiaire Beginselen Wet
Rb	Rechtbank
RIBW	regionale instelling voor beschermd wonen
RM	rechterlijke machtiging
RMEV	rechterlijke machtiging op eigen verzoek
RSJ	Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten
Stb	Staatsblad
Sr.	Wetboek van Strafrecht
SVR-20	Sexual Violence Risk-20
TBS	terbeschikkingstelling
TIM	Tijdelijk Informatiesysteem Monitoring
TK	Tweede Kamer
VIC	Very Intensive Care
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens

## **Bijlage 2**

### **Begeleidingscommissie**

Drs. J.R. van Veldhuizen, GGz Noord-Holland Noord (voorzitter)

Dr. R. van den Brink, Rijks Universiteit Groningen

Mw. drs. J. Buisman, Directie Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie

Drs. J.L. van Emmerik, Flevo Future Utrecht

Mw. drs. H. A. Feringa, Dr. S. van Mesdagkliniek

Drs. J. Huisman, GGz Eindhoven

Mw. mr. J. Reidnied, Directie Sanctie- en Preventiebeleid, Ministerie van Justitie

## Bijlage 3

# Expertmeetings

Expertmeetings ter verkenning van het begrip 'blijvende delictgevaarlijkheid'

### **1 Doel expertmeetings**

In januari 2004 zijn expertmeetings georganiseerd. Deze hadden tot doel nader in kaart te brengen welke aspecten door deskundigen van belang worden geacht bij het beantwoorden van de vraag of een patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' moet worden beschouwd.

### **2 Methode expertmeetings**

#### *Deelnemers aan de expertmeetings*

Voor de expertmeetings waren vertegenwoordigers uit alle aan het onderzoek deelnemende instellingen uitgenodigd: psychiaters of psychologen in de functie van diagnosticus, behandelaar, behandelcoördinator, hoofd behandeling of directeur behandelzaken. Daarnaast namen medewerkers van verschillende Forensisch Psychiatrische Diensten, het Pieter Baan Centrum, het expertisecentrum Forensische Psychiatrie en enkele universitaire instituten deel.

Om het aantal deelnemers per bijeenkomst te beperken zijn twee expertmeetings gehouden. Daarbij lag een globale tweedeling in TBS- en GGz-deskundigen voor de hand, te meer omdat het begrip 'blijvende delictgevaarlijkheid' door hen mogelijk verschillend wordt benaderd.

Aan de eerste expertmeeting ('TBS-meeting') is deelgenomen door 12 deskundigen uit de TBS-instellingen, de FPK's en de instelling voor SGLVG en twee andere deskundigen. De tweede expertmeeting ('GGz-meeting') werd bijgewoond door 11 vertegenwoordigers van de FPA's, de KIB's, en vijf andere deskundigen.

#### *Procedure expertmeetings*

De expertmeetings zijn gehouden aan de hand van een door het Trimbosinstituut ontwikkelde methode voor 'concept mapping' (Kok, 1999; NcGv/Talcott, 1995). De bedoeling van deze methode is om op een systematische en relatief snelle manier de belangrijkste aspecten van een complex of diffuus onderwerp in kaart te brengen en tevens inzicht te verschaffen in het belang dat de deelnemers hechten aan de verschillende aspecten van het onderwerp.

De 'concept mapping methode' bestaat uit een zestal fasen, namelijk

- 1 'voorbereiding': het doel van de concept mapping wordt vastgesteld;
- 2 'brainstorm': de deelnemers brainstormen gezamenlijk over een vraagstelling (de 'focus'), uitmondend in een aantal uitspraken;
- 3 'prioriteren': de deelnemers ordenen ieder voor zich op een scoringsformulier de uitspraken uit de brainstorm naar belangrijkheid op een vijfpuntsschaal;

- 4 'clusteren': de deelnemers ordenen ieder voor zich op een scoringsformulier de uitspraken op grond van hun inhoudelijke samenhang in homogene groepen of 'clusters';
- 5 'analyse': de clusters van de individuele deelnemers worden bewerkt tot een groepsproduct, op basis van gemiddelden, vervolgens wordt aan de hand van de prioriteringen van de deelnemers een gemiddelde waardering per uitspraak berekend en vervolgens per cluster;
- 6 'interpretatie': elk cluster wordt door de deelnemers van een titel voorzien die de inhoud het best typeert.

De expertmeetings vonden plaats onder leiding van een medewerkster van het Trimbosinstituut. Beide expertmeetings begonnen met een plenaire brainstormsessie naar aanleiding van de volgende 'focusvraag': 'Om te kunnen inschatten of een patiënt blijvend delictgevaarlijk is, zijn de volgende criteria van belang .....

Vervolgens werden de stappen 3 tot en met 6 van de conceptmapping methode gevolgd.

### **3 Analyse van de gegevens uit de expertmeetings**

In beide expertmeetings werden tijdens de brainstormsessie ongeveer zeventig aspecten van blijvende delictgevaarlijkheid benoemd. Uit de TBS-resultaten is een uitspraak verwijderd die door vrijwel alle deelnemers zeer laag geprioriteerd was en zich in het uiteindelijke resultaat als 'uitbijter' gedroeg. Uit de GGz-resultaten zijn vijf uitspraken verwijderd die geen betrekking hadden op de focusvraag, maar algemene voorwaarden voor een adequate diagnostiek en behandeling betroffen.

### **4 Resultaten expertmeetings**

In beide expertmeetings kwamen als thema's van de clusters van uitspraken naar voren: de voorgeschiedenis wat betreft delicten al dan niet tijdens de behandeling, kenmerken van de delicten, de ernst en aard van persoonlijkheidsproblematiek en gedragsproblematiek, de mate waarin delictgedrag met de persoon is verbonden, ontoegankelijkheid van het delict voor behandeling, weerstand en onvermogen van de patiënt met betrekking tot behandeling en onvermogen van behandelaars.

In de prioritering van de verschillende thema's viel op dat zowel de TBS-experts als de GGz-experts tot de belangrijkste thema's rekenen: een ongunstige delict- en incidentengeschiedenis tijdens de behandeling, de mate van verbondenheid van het delict met de persoon en de omvang en ernst van de persoonlijkheidspathologie.

Hoewel de overeenkomst tussen de uitkomsten van de beide expertmeetings groot was, waren er op het niveau van uitspraken enkele verschillen. Zo noemden GGz-experts aspecten van het maatschappelijke toekomstperspectief, die door de TBS-experts niet werden genoemd. Verder noemden

GGz-experts een aantal ongunstige factoren uit de jeugd zoals extreem geweld in gezin van herkomst, historie van langdurige verwaarlozing en eerdere ondertoezichtstellingen terwijl de TBS-deskundigen geen jeugd-factoren noemden.

De thema's met de daartoe behorende uitspraken geven de factoren weer die de deelnemers aan de expertmeetings van belang achten voor de beantwoording van de vraag of een bepaalde patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' moet worden beschouwd. Deze zijn benut in de vragenlijst over benodigde beveiliging en zorg (bijlage 5) om na te gaan welke aspecten bij de patiënten uit de steekproef van dooslaggevend belang worden geacht.

## Bijlage 4

# Inventarisatieformulier

Formulier ten behoeve van inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten

In het kader van het onderzoek 'Omvang en aard van de populatie blijvend delictgevaarlijke patiënten' door het Wetenschappelijk onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) van het ministerie van Justitie vindt inventarisatie plaats van het aantal blijvend delictgevaarlijke patiënten. Uw instelling werkt mee aan dit onderzoek.

De contactpersoon van uw instelling heeft voor elke patiënt die op peildatum 1 januari 2004 opgenomen was in uw instelling/op uw afdeling een formulier met het ITZ-nummer en/of patiëntregistratienummer van de betreffende patiënt ontvangen.

Met de contactpersoon is afgesproken welke verantwoordelijke behandelaar(s) voor welke patiënt(en) de inventarisatie verrichten.

Wilt u nagaan of de betreffende patiënt voldoet aan onderstaande omschrijving van 'blijvende delictgevaarlijkheid' en vervolgens de twee screeningsvragen invullen?

Wij zullen er zorg voor dragen dat de gegevens niet tot individuele patiënten te herleiden zijn.

Wilt u de ingevulde formulieren retourneren aan bovengenoemde contactpersoon?

### Omschrijving blijvende delictgevaarlijkheid

Om als blijvend delictgevaarlijk te worden beschouwd in het kader van dit onderzoek dient de patiënt aan alle drie onderstaande punten te voldoen

- 1 Er bestaat risico dat de patiënt een ernstig gewelddadig (al dan niet seksueel) delict pleegt (zie voetnoot voor omschrijving van de typen delicten<sup>19</sup>). Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd.

NB: Het hoeft niet per se zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk delict heeft gepleegd.

19 (Seksuele) geweldsdelicten met bijbehorende maximum straf

- |  |  |
|--|--|
| - diefstal met geweld (9 jaar)                     | - openl. geweld. met zwaar letsel (9 jaar)     |
| - diefstal met geweld in vereniging (12 jaar)      | - openl. geweld. met dood tot gevolg (12 jaar) |
| - doodslag (15 jaar)                               | - verkrachting (12 jaar)                       |
| - moord (20 jaar)                                  | - gemeenschap met < 12 jaar (12 jaar)          |
| - mishandeling zwaar letsel (4 jaar)               | - gemeenschap met < 16 jaar (8 jaar)           |
| - zware mishandeling (8 jaar)                      | - aanranding (8 jaar)                          |
| - openlijke geweldpleging (4 jaar en 6 mnd.)       | - ontucht met kinderen (6 jaar)                |
| - openl. geweld. met letsel of vernieling (6 jaar) | - brandstichting (12 jaar)                     |

- 2 Beveiliging en/of toezicht, naast eventuele zorg (zie omschrijvingen in voetnoot<sup>20</sup>), is nodig om te voorkomen dat de patiënt tot onder 1 genoemde delicten komt. Daarbij gaat het om beveiliging en toezicht op het niveau van een TBS-instelling of forensische GGz-instelling. In dit onderzoek worden de volgende patiënten betrokken:
  - patiënten die qua benodigde beveiliging en toezicht binnen een TBS-instelling of forensische instelling van de reguliere GGz moeten leven;
  - patiënten die onder de vleugels van een TBS-instelling, of een forensische instelling van de GGz, gedeeltelijk in de maatschappij zouden kunnen verkeren mits er voldoende dagelijks toezicht en controle van mogelijk delictgerelateerd gedrag gegarandeerd is (bijvoorbeeld 's nachts opgenomen binnen een TBS-instelling, FPK of FPA en overdag buiten werken met toezicht tijdens werk en op aankomst en vertrek).
- 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.

20 *Beveiliging*: de mogelijkheid tot vrijheidsbeperking door materiële beveiliging zoals het belemmeren van het verlaten van de instelling en het insluiten van de patiënt op de afdeling of kamer.

*Toezicht*: het monitoren van het functioneren van de patiënt met het oog op veiligheid. Daaronder valt het monitoren van delictgerelateerd gedrag en het vermijden van risicofactoren daarvoor. Ook worden hieraan zo nodig consequenties verbonden zoals controles (op middelengebruik, of controle en begeleiding bij het innemen van medicatie), beperking van vrijheden, patiënt ergens heen begeleiden.

*Zorg*: behandeling, begeleiding en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van delictrisico, vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps.

**Instelling:**

**Afdeling:**

**Screeningsvragen**

- 1 Is deze patiënt als blijvend delictgevaarlijk te beschouwen op grond van de bijgevoegde omschrijving?
  - € JA
  - € NEE
  
- 2 Zo ja, welk niveau van voorzieningen is naar verwachting op langere termijn nodig om bij deze patiënt het delictrisico beheersbaar te houden? Kruis één van de alternatieven a of b of c aan. Het gaat om een globale aanduiding.
  - a Het blijft of wordt een 'TBS-klant' (beveiliging en toezicht als TBS-instelling bijvoorbeeld op een long stay afdeling of een andere geëigende differentiatie).
  - b Het blijft of wordt een patiënt voor de forensische GGz (beveiliging en toezicht als FPK of als FPA, bijvoorbeeld in een long stay voorziening c.q. chronische afdeling).
  - c Het is een patiënt of kan een patiënt worden die gedeeltelijk in de maatschappij verkeert mits voldoende dagelijks toezicht op en controle van mogelijk delictgerelateerd gedrag (bijvoorbeeld 's nachts opgenomen binnen een TBS-instelling, FPK of FPA en overdag buiten werken met toezicht tijdens werk en op aankomst en vertrek).

Gelieve aan te kruisen wat van toepassing is.

<b>Instelling</b>						
ITZ-nummer	Patiëntnummer	Vraag 1		Vraag 2		
		JA	NEE	A	B	C



## Bijlage 5

### Vragen omtrent delictrisico

Binnen de vragenlijst zijn drie vragen opgenomen die betrekking hebben op het delictgevaar van de patiënt. Te weten: op basis van welke criteria de patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' wordt aangemerkt, door welke omstandigheden de patiënten als 'blijvend delictgevaarlijk' wordt beschouwd en welke omstandigheden het verminderen van delictgevaar in de weg staan.

**Vraag betreffende de meest doorslaggevende criteria op basis waarvan de patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' wordt beschouwd**

Op basis van welke criteria schat u deze patiënt in als blijvend delictgevaarlijk?

*Onderstaande aspecten worden door deskundigen uit de TBS-sector en de forensische sector van de GGz belangrijk geacht voor de vraag of een patiënt als blijvend delictgevaarlijk moet worden beschouwd. De criteria en de groepering daarvan (in de categorieën a t/m i) zijn het resultaat van expertmeetings met deskundigen uit het TBS- en forensische GGz-veld gehouden door het WODC in januari 2004.*

Een aantal van de criteria vertonen overlap met items uit risicotaxatie-instrumenten zoals de HKT-30 en de HCR-20. Wij hebben niet gestreefd naar een zo concreet mogelijke operationalisatie, maar de criteria zoveel mogelijk overgenomen zoals de deskundigen ze hebben benoemd.

Het gaat erom dat u de aspecten aankruist die **u bij uw inschatting van deze patiënt als blijvend delictgevaarlijk het meest doorslaggevend acht.**

NB: minimaal 3 en maximaal 10 aspecten aankruisen.

- 1 *De mate waarin de patiënt delicten pleegt/ernstige incidenten veroorzaakt tijdens de behandeling of tenuitvoerlegging van de maatregel*
  - De patiënt heeft ernstige delicten gepleegd tijdens behandeling/tenuitvoerlegging/verloven
  - De patiënt heeft ernstige incidenten (bijv. geweld, ontvluchting, niet terugkeren van verlof) veroorzaakt tijdens behandeling/tenuitvoerlegging/verloven
  - Actuele agressie (tijdens behandeling)
  - Overtreden van voorwaarden tijdens eerdere behandelingen
  
- 2 *De mate waarin de patiënt als persoon verbonden is met zijn delictgedrag*
  - De patiënt vertoont delictgedrag als onderdeel van een diep ingeslepen gedragspatroon
  - De mate waarin de patiënt fantaseert over het delict/delicten
  - De patiënt koestert een criminele identiteit of identificeert zich met het delict
  - De patiënt gaat onmiddellijk over tot maximaal geweld

3 *Omvang/ernst persoonlijkheidspathologie*

- Een hoge mate van psychopathie van de patiënt (in de zin van de PCL-R)
- De patiënt geeft blij van sadisme
- Er is sprake bij de patiënt van cognitieve vertekeningen ten aanzien van de buitenwereld
- De patiënt gebruikt de ander instrumenteel
- Er is sprake van een sterke mate van vijandigheid
- De patiënt ontbreekt het aan een geweten
- Er is sprake van een antisociale persoonlijkheidsstoornis
- De patiënt is pedoseksueel
- Er is sprake van een grote mate van seksuele deviatie
- Frustratietolerantie ontbreekt bij de patiënt en is niet te beïnvloeden
- De patiënt ontbreekt het aan mogelijkheden tot zelfreflectie
- De patiënt heeft een combinatie van psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis en middelengebruik
- De patiënt vertoont gewelddadig gedrag in combinatie met een autistische stoornis
- Er is sprake van blijvend bestaan van een paranoïde waan

4 *Delictgeschiedenis en delictkenmerken*

- Aantal en ernst delicten voorafgaand aan indexdelict of behandeling
- Blijvende contacten met de criminele wereld
- Willekeur in slachtofferkeuze
- Eerder geweld tijdens een psychotische periode
- Een tweede TBS opgelegd gekregen
- Een eerdere mislukte TBS-behandeling
- Pluriformiteiten in seksuele delicten
- Cumulatie van veel verschillende typen delicten

5 *Duurzame gedragsproblematiek*

- De patiënt heeft een niet te beïnvloeden organische stoornis
- De patiënt persisteert in gebruik van harddrugs
- De patiënt is extreem structuurafhankelijk
- De patiënt heeft chronische impulscontrolestoornissen
- Er is sprake van verslavingsproblematiek
- Er is sprake van progressie van de stoornis
- De patiënt vertoont voortdurend externaliserend gedrag
- De patiënt stapelt krenkingen op en vindt dat die gewroken moeten worden

6 *Weerstand en onvermogen van de patiënt ten aanzien van behandeling*

- Het niet stabiel in te stellen zijn op medicatie/medicatie-resistentie van een psychotische patiënt
- Gebrek aan medicatietrouw bij een psychotische patiënt
- De patiënt is niet begeleidbaar/controleerbaar

- De patiënt heeft onwil tegen samenwerking
- De patiënt verzet zich blijvend tegen de opgelegde maatregel
- Het ontbreekt de patiënt aan behandelmotivatie
- Het door blijven bestaan van een negatieve houding t.o.v. behandelbaar/behandeling
- Pedoseksuele patiënt wil geen (depot) medicatie
- De patiënt onttrekt zich aan de behandeling
- De patiënt is onvoldoende in staat contact of een werkrelatie met de hulpverlener te onderhouden
- De patiënt houdt zich niet aan afspraken tijdens verlof
- Overeenstemming met de patiënt over de risicofactoren ontbreekt
- Voorafgaand aan de TBS gedwongen opnames in de psychiatrie

#### 7 *Ontoegankelijkheid van delict voor behandeling*

- De patiënt ontkent het delict
- De patiënt bagatelliseert agressieve daden of delicten jegens anderen
- De patiënt neemt onvoldoende verantwoordelijkheid voor het delict
- Het niet kunnen onderkennen van een delictscenario
- De patiënt heeft onvoldoende probleembesef of ziekte-inzicht

#### 8 *Ontbreken sociaal-maatschappelijke inbedding*

- Gebrek aan beschikbaarheid van een ondersteunend (sociaal/maatschappelijk) netwerk voor de patiënt
- Het ontbreken van een maatschappelijk toekomstperspectief (geen opleiding, werk, woning)

#### 9 *Onvermogen behandelaars/behandeling*

- Niet aanslaan van een tweede (TBS-)behandeling
- 'Therapeutisch nihilisme', behandelaars zien geen behandelperspectief meer
- Paradoxe werking van behandeling (bijv. delictrisico neemt toe door behandeldruk)

#### 10 *Anders, namelijk...*

**Vraag betreffende onder welke omstandigheden er bij de patiënt sprake is van delictgevaar**

*Meerdere alternatieven zijn mogelijk.*

- Delictgevaar ontstaat als betrokkene medicatiegebruik staakt
- Delictgevaar ontstaat als betrokkene alcohol en/of drugs gaat gebruiken
- Delictgevaar ontstaat in reactie op onlustgevoelens
- Delictgevaar ontstaat in reactie op stemmingswisselingen (bijv. woede, somberheid)

- Delictgevaar ontstaat als gevolg van een gebrekkige impulscontrole (bijv. bij hersenbeschadiging)
- Delictgevaar ontstaat in reactie op fantasieën (bijv. seksuele of almachtsfantasieën)
- Delictgevaar ontstaat in reactie op een interpersoonlijk conflict
- Delictgevaar ontstaat in reactie op relationele problemen
- Delictgevaar ontstaat door betrokkenheid op het criminele milieu (bijv. 'verkeerde vrienden')
- Delictgevaar ontstaat als betrokkene de door de kliniek geboden structuur van het dagelijks leven verliest
- Anders, namelijk...

**Vraag betreffende welke omstandigheden het verminderen van delictgevaar bij de patiënt belemmeren**

NB: hieronder is al een indeling gemaakt in hoofdcategorieën, namelijk:

- Patiëntgebonden factoren
- Behandelaargebonden factoren
- Fysieke en sociale omgeving
- Wetenschapgebonden factoren
- Wet- en regelgeving, opvattingen, beleid en ethiek
- Sociaal-economische factoren

Voor elk van de onderscheiden categorieën geldt dat meerdere antwoordalternatieven mogelijk zijn.

**1 Patiëntgebonden factoren (graag alle items die van toepassing zijn aankruisen)**

- De motivatie voor behandeling is bij de patiënt te gering
- De bereidheid tot samenwerking i.v.m. behandeling is bij de patiënt te gering
- Het vermogen tot samenwerking i.v.m. behandeling is bij de patiënt te gering
- Het lukt niet om met de patiënt tot overeenstemming te komen over behandeldoelen
- Gebrek aan probleembesef/ziekte-inzicht bij de patiënt / patiënt legt de verantwoordelijkheid voor zijn gedrag/delicten buiten zichzelf / fantasiewereld en/of delicten blijven onbespreekbaar/ontoegankelijk
- De leercapaciteiten van de patiënt blijken te gering om een geschikte behandeling te kunnen toepassen (plafond mogelijkheden bereikt)
- De patiënt is niet in staat een ondersteunend sociaal/maatschappelijk netwerk op te bouwen en te onderhouden
- Patiënt reageert slecht op behandeldruk (verergering stoornis en/of gevaar)
- Pas bij een resocialisatietraject blijkt de draagkracht van de patiënt te gering, krijgt bijv. psychische klachten

- De patiënt is niet betrouwbaar genoeg in het gebruik van medicatie
  - Patiënt houdt zich niet aan afspraken m.b.t. vermijden van risicovolle situaties
  - Patiënt houdt zich niet aan afspraken m.b.t. alcohol/drugsgebruik
  - Anders, nl...
- 2 *Behandelaargebonden factoren* (graag alle items die van toepassing zijn aankruisen)
- Behandelaar(s) van patiënt heeft (hebben) te weinig specifieke deskundigheid ten aanzien van de specifieke problematiek van deze patiënt waardoor de behandeling kwalitatief niet optimaal is
  - Behandelaar(s) is (zijn) van mening dat behandeling bij deze (dit type) patiënt geen zin heeft
  - Behandelaar(s) raakt (raken) uitgeput door deze patiënt
  - Anders, namelijk...
- 3 *Fysieke en sociale omgeving* (graag alle items die van toepassing zijn aankruisen)
- De fysieke omgeving waarin de patiënt binnen de instelling leeft is ongeschikt voor de patiënt
  - De sociale omgeving (medepatiënten) waarin de patiënt binnen de instelling leeft is ongeschikt voor patiënt (bijv. als overplaatsing naar een andere afdeling of voorziening niet mogelijk is)
  - Anders, namelijk...
- 4 *Wetenschapgebonden factoren* (graag alle items die van toepassing zijn aankruisen)
- Er is bij de huidige stand van wetenschap en praktijk geen behandeling die bij deze patiënt reëel perspectief biedt op substantiële vermindering van delictgevaar
  - De patiënt is onvoldoende in te stellen op medicatie
  - Medicatie is wegens bijwerkingen niet bruikbaar
  - Anders, namelijk...
- 5 *Wet- en regelgeving, opvattingen, beleid en ethiek* (graag alle items die van toepassing zijn aankruisen)
- Wet- en regelgeving belemmert een optimaal vormgeven van de behandeling (verklaar hoe).....
  - Een mogelijk geschikte behandeling is in Nederland (nog) niet beschikbaar (bijv. nog niet in Nederland geregistreerde medicatie)
  - Een mogelijk geschikte behandeling is in Nederland of binnen een bepaalde beroepsgroep niet geaccepteerd
  - Maatschappelijke druk om patiënten met deze problematiek niet of weinig vrijheden te geven belemmert een optimale behandeling
  - Anders, namelijk...

6 *Sociaal-economische factoren* (graag alle items die van toepassing zijn aankruisen)

- Een mogelijk geschikte behandeling/behandelprogramma is te kostbaar.
- Er zijn landelijk te weinig plaatsen beschikbaar voor deze specifieke behandeling of problematiek
- Door personeelsgebrek in de instelling kan de behandeling inhoudelijk niet optimaal plaatsvinden. Het gaat om te weinig (forensisch geschoolde):
  - psychiaters
  - psychologen
  - groepsleiding/sociotherapeuten
  - verpleegkundigen
- Door personeelsgebrek in de instelling moet/moest patiënt (te) lang wachten op adequate behandeling. Het gaat om te weinig (forensisch geschoolde):
  - psychiaters
  - psychologen
  - verpleegkundigen

## Bijlage 6

### Onderzoekspopulatie per instelling

Instelling	Aantal in inventarisatie betrokken patiënten	Aantal patiënten over wie inventarisatiegegevens zijn ontvangen	Aantal patiënten opgenomen in steekproef	Aantal ontvangen vragenlijsten
<i>TBS-sector</i>				
Dr. Henri van der Hoevenkliniek	132	132	9	9
Dr. S. van Mesdagkliniek	158	158	25	25
Flevo Future Amsterdam	56	56	8	8
Flevo Future Utrecht	64	64	4	4
FPC Veldzicht	165	165	22	20
FPI De Rooyse Wissel	117	116	6	6
FPK Oldenkotte	110	109	15	14
Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek	172	167	24	18
TBS-kliniek De Kijvelanden	96	92	12	6
<i>GGZ-sector</i>				
FPK Assen, GGZ Drenthe	62	62	18	17
FPK De Meren	42	42	8	8
FPK GGZ Eindhoven	118	116	23	23
FPA de Roosenburg, Altrecht	37	37	5	5
FPA Het Kompas, De Gelderse Roos	24	24	7	7
FPA Boslust, GGNET	25	25	7	7
FPA Eikenstein, GGZ Groningen	25	25	5	5
FPA De Mare, GGZ Noord Brabant	21	21	1	1
FPA GGZ Noord holland-Noord	31	31	5	5
FPA Parnassia	24	24	5	5
FPA Franeker, St. GGZ Friesland	13	13	3	3
FPA Vincent van Gogh	14	14	2	2
St. GGZ Friesland, gesloten afd. APZ	23	23	4	4
CIB Parnassia	24	24	6	5
KIB De Meren	23	23	6	6
KIB GGZ Eindhoven	21	21	0	0
Hoeve Boschoord	76	76	2	2
<b>Totaal</b>	<b>1.673</b>	<b>1.660</b>	<b>232*</b>	<b>215</b>

\* Twee van deze vragenlijsten zijn niet in het onderzoek betrokken omdat volgens de behandelverantwoordelijke onduidelijk was welke voorziening op langere termijn het meest geschikt zou zijn voor de patiënt.

## Bijlage 7

### Tabellen behorend bij hoofdstuk 5

Tabel 1: Aantallen en percentages 'blijvend delictgevaarlijke patiënten' verdeeld over de sector en voorziening van verblijf op peildatum 1 januari 2004

	'Blijvend delictgevaarlijk'		Niet 'blijvend delictgevaarlijk'		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Totale onderzoekspopulatie	658	39,9	990	60,1	1.648	100
<i>Verdeling per sector</i>						
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
<i>Verdeling per type voorziening</i>						
TBS-kliniek	448	42,8	599	57,2	1.047	100
FPK	108	49,1	112	50,9	220	100
FPA	71	33,2	143	66,8	214	100
Gesloten afdeling APZ	7	30,4	16	69,6	23	100
KIB	22	32,4	46	67,6	68	100
SGLVG	2	2,6	74	97,4	76	100
Totaal	658	39,9	990	60,1	1.648	100
<i>Verdeling per individuele voorziening</i>						
<i>TBS-klinieken</i>						
Dr. Henri van der Hoevenkliniek	18	14,9	103	85,1	121	100
Dr. S. van Mesdagkliniek	87	55,1	71	44,9	158	100
Flevo Future	37	30,8	83	69,2	120	100
FPC Veldzicht	67	40,6	98	59,4	165	100
FPI de Rooyse Wissel	23	19,8	93	80,2	116	100
FPK Oldenkotte	51	46,8	58	53,2	109	100
Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek	117	70,5	49	29,5	166	100
TBS-kliniek de Kijvelanden	48	52,2	44	47,8	92	100
Totaal	448	42,8	599	57,2	1.047	100
<i>GGz-voorzieningen</i>						
FPK Assen, GGZ Drenthe	33	53,2	29	46,8	62	100
FPK De Meren	18	42,9	24	57,1	42	100
FPK GGZ Eindhoven	57	49,1	59	50,9	116	100
FPA Altrecht	11	29,7	26	70,3	37	100
FPA De Gelderse Roos	15	62,5	9	37,5	24	100
FPA GGNET	14	56,0	11	44,0	25	100
FPA GGZ Groningen	5	20,0	20	80,0	25	100
FPA GGZ Noord Brabant	1	4,8	20	95,2	21	100
FPA GGZ Noord Holland Noord	8	25,8	23	74,2	31	100
FPA Parnassia	9	37,5	15	62,5	24	100
PFA GGZ Friesland	11	30,6	25	69,4	36	100
FPA Vincent van Gogh	4	28,6	10	71,4	14	100
CIB Parnassia	10	41,7	14	58,3	24	100
KIB De Meren	12	52,2	11	47,8	23	100
KIB GGzE	0	0	21	100,0	21	100
Hoeve Boschoord	2	2,6	74	97,4	76	100
Totaal	210	34,9	391	65,1	601	100

n=aantal patiënten

Van de 1.070 in het onderzoek betrokken patiënten uit de TBS-sector zijn er over 11 patiënten geen gegevens geleverd. Bij 12 patiënten twijfelde de behandelverantwoordelijke of de patiënt blijvend delictgevaarlijk was of niet. Deze patiënten zijn buiten beschouwing gelaten. Dit brengt het totale aantal patiënten op 1.047.

Van de 603 in het onderzoek betrokken patiënten uit de GGz-sector zijn over 2 patiënten geen gegevens geleverd. Deze zijn buiten beschouwing gelaten, waardoor het totale aantal patiënten uitkomt op 601.



**Tabel 2: Aantallen en percentages verwachte benodigde voorzieningen op de langere termijn voor de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten verdeeld over de sector en voorziening van verblijf op peildatum 1 januari 2004**

	Intramuraal TBS		Intramuraal forensische GGz		Met forensisch toezicht deels terug in de maatschappij		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Totaal aantal patiënten	204	32,1	186	29,2	246	38,7	636	100
<i>Verdeling per sector</i>								
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
<i>Verdeling per type voorziening</i>								
TBS-kliniek	180	42,2	107	25,1	140	32,7	427	100
FPK	9	8,5	39	36,4	59	55,1	107	100
FPA	6	8,4	22	31,0	43	60,6	71	100
Gesloten afdeling APZ	2	28,6	5	71,4	0	0	7	100
KIB	5	22,7	13	59,1	4	18,2	22	100
SGLVG	2	100	0	0	0	0	2	100
Totaal	204	32,1	186	29,2	246	38,7	636	100
<i>Verdeling per individuele voorziening</i>								
<i>TBS-klinieken</i>								
Dr. Henri van der Hoevenkliniek	16	88,9	0	0	2	11,1	18	100
Dr. S. van Mesdagkliniek	23	29,1	15	19,0	41	51,9	79	100
Flevo Future	14	38,9	5	13,9	17	47,2	36	100
FPC Veldzicht	28	47,5	17	28,8	14	23,7	59	100
FPI de Rooyse Wissel	6	26,1	7	30,4	10	43,5	23	100
FPK Oldenkotte	12	24,0	26	52,0	12	24,0	50	100
Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek	53	46,1	27	23,5	35	30,4	115	100
TBS-kliniek de Kijvelanden	28	59,6	10	21,3	9	19,1	47	100
Totaal	180	42,4	107	25,1	140	32,8	427	100
<i>GGz-voorzieningen</i>								
FPK Assen, GGZ Drenthe	3	9,4	9	28,1	20	62,5	32	100
FPK De Meren	0	0	9	50	9	50	18	100
FPK GGZ Eindhoven	6	10,5	21	36,8	30	52,7	57	100
FPA Altrecht	0	0	5	45,5	6	54,5	11	100
FPA De Gelderse Roos	2	13,3	0	0	13	86,7	15	100
FPA GGNET	1	7,1	5	35,7	8	57,2	14	100
FPA GGZ Groningen	1	20	2	40	2	40	5	100
FPA GGZ Noord Brabant	1	100	0	0	0	0	1	100
FPA GGZ Noord Holland Noord	0	0	1	12,5	7	87,5	8	100
FPA Parnassia	0	0	3	33,3	6	66,7	9	100
PFA GGZ Friesland	3	27,3	7	63,6	1	9,1	11	100

	Intramuraal TBS		Intramuraal forensische GGZ		Met forensisch toezicht deels terug in de maatschappij		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Totaal aantal patiënten	204	32,1	186	29,2	246	38,7	636	100
FPA Vincent van Gogh	0	0	4	100	0	0	4	100
CIB Parnassia	1	10	6	60	3	30	11	100
KIB De Meren	4	33,4	7	58,3	1	8,3	12	100
KIB GGzE	0	0	0	0	0	0	0	100
Hoeve Boschoord	2	100	0	0	0	0	2	100
Totaal	24	11,5	79	37,8	106	50,7	209	100

n= aantal patiënten

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 de forensische GGZ-instelling nodig zou zijn, of dat de patiënt onder toezicht gedeeltelijk in de maatschappij zou kunnen verblijven. Dit brengt het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke patiënten' uit de TBS-sector in de tabel op 427.

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.

**Tabel 3: Verdeling van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten over de verschillende typen afdelingen binnen de TBS-klinieken**

	Blijvend delictgevaarlijk		Niet delictgevaarlijk	
	n	%	n	%
Extra beveiligde afdeling	112	25,2	127	21,2
Normaal beveiligde afdeling	185	41,7	281	47,1
Afdeling voor zeer intensieve zorg	26	5,9	19	3,2
Intramurale resocialisatieafdeling	33	7,4	65	10,9
Resocialisatieafdeling net buiten de kliniek	20	4,5	85	14,2
Long stay afdeling	59	13,3	1	0,2
Anders	9	2,0	19	3,2
Totaal	444	100	597	100

n=aantal patiënten

**Tabel 4: Aantallen en percentages blijvend delictgevaarlijke patiënten in relatie tot de duur van de TBS-maatregel**

Aantal jaren TBS	'Blijvend delictgevaarlijk'		Niet 'blijvend delictgevaarlijk'		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Korter dan 1 jaar	48	30,4	110	69,6	158	100
1 jaar	46	32,6	95	67,4	141	100
2 jaren	54	38,6	86	61,4	140	100
3 jaren	39	29,1	95	70,9	134	100
4 jaren	38	39,2	59	60,8	97	100
5 jaren	38	36,9	65	63,1	103	100
6 jaren	33	50,0	33	50,0	66	100
7 jaren	29	56,9	22	43,1	51	100
8 jaren	18	62,1	11	37,9	29	100
9 jaren	17	85,0	3	15,0	20	100
10 jaren	18	81,8	4	18,2	22	100
11 jaren	11	78,6	3	21,4	14	100
12 jaren	8	88,9	1	11,1	9	100
13 jaren	3	75,0	1	25,0	4	100
14 jaren	10	90,9	1	9,1	11	100
15 jaren	4	80,0	1	20,0	5	100
16 jaren	4	100,0	0	0,0	4	100
17 jaren	4	80,0	1	20,0	5	100
18 jaren	2	100,0	0	0,0	2	100
19 jaren	1	100,0	0	0,0	1	100
20 jaren	3	100,0	0	0,0	3	100
21 jaren	3	100,0	0	0,0	3	100
22 jaren	1	100,0	0	0,0	1	100
23 jaren	1	100,0	0	0,0	1	100
24 jaren	1	100,0	0	0,0	1	100
26 jaren	2	100,0	0	0,0	2	100
27 jaren	1	100,0	0	0,0	1	100
30 jaren	1	100,0	0	0,0	1	100
35 jaren	1	100,0	0	0,0	1	100
<b>Totaal</b>	<b>439</b>	<b>57,4</b>	<b>591</b>	<b>42,6</b>	<b>1.030</b>	<b>100</b>

n=aantal patiënten

# Bijlage 8

## Gedetailleerde gegevens behorend bij hoofdstuk 6

### 1 De resultaten in detail: aspecten met betrekking tot beveiliging

#### **1.1 Huidige juridische maatregel**

Alle in de steekproef opgenomen patiënten die op peildatum in TBS-klinieken verbleven hebben een TBS-maatregel opgelegd gekregen. Bij patiënten uit voorzieningen die tot de GGz-sector behoren (FPK, FPA, KIB en gesloten verblijfsafdeling APZ) komen de TBS-maatregel met verpleging of voorwaarden (n=54, 65%) en de civiele RM (n=30, 28,6%) het meest voor (tabel 1).

#### **1.2 Delict waarvoor de huidige juridische maatregel is opgelegd**

##### *Sector*

Van de patiënten die op peildatum in de TBS-sector opgenomen waren (TBS-A, -B en -C), pleegden er meer geweld tegen personen<sup>21</sup> dan van de patiënten met een strafrechtelijke maatregel in de GGz-sector (gecorrigeerde  $F_{(1, 186)}=7,67$ ,  $p=0,006$ ). Overigens pleegde van beide sectoren een aanzienlijk aantal patiënten een dergelijk geweldsdelict (tabel 2). Een kleiner deel van de patiënten pleegde een vermogensdelict of stichtte brand. Van de patiënten uit de TBS-sector waren er meer met een zedendelict<sup>22</sup> als indexdelict dan van de patiënten die op die datum met een strafrechtelijke maatregel in de (forensische) GGz-sector waren opgenomen (gecorrigeerde  $F_{(1, 186)}=9,27$ ,  $p=0,003$ ).

##### *Onderzoeksgroep*

Patiënten van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn intramuraal in een TBS-voorziening zullen moeten verblijven (TBS-A) pleegden in meer gevallen een zedendelict dan de overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (TBS-B en TBS-C) (tabel 2;  $\text{Chi}^2=13,862$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,001$ ).

Patiënten van wie wordt verwacht dat zij op langere termijn een intramurale voorziening in de forensische GGz nodig hebben of met toezicht gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (TBS-B, GGz-B, TBS-C en GGz-C) hadden in meer gevallen een brandstichtingsdelict gepleegd dan de overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (TBS-A en GGz-A) ( $\text{Chi}^2=6,311$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,043$ ).

21 Hieronder is begrepen bedreiging met geweld, niet dodelijk letsel en dodelijk letsel.

22 Hieronder zijn begrepen zowel seksuele delicten tegen personen onder de 16 jaar als seksuele delicten tegen personen van 16 jaar of ouder.

Tabel 1: Juridische maatregel op peildatum per onderzoeksgroep

Maatregel op peildatum	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen maatregel							1	4,3	1	2,7	2	4,4
TBS dwangverpleging (art. 37a/b Sr)	47	100	27	100	34	100	12	52,2	13	35,1	20	44,4
TBS voorwaarden (art. 38 Sr)									2	5,4	7	15,6
Strafrechtelijke RM (art. 37 Sr)									2	5,4	5	11,1
Detentieongeschiktheid (art. 15, lid 5 PBW)									1	2,7	2	4,4
Overige strafrechtelijke maatregelen							2	8,7	1	2,7	2	4,4
Civiele RM (art. 2 en 15 Wet BOPZ)							7	30,4	16	43,2	7	15,6
Niet ingevuld							1	4,3	1	2,7		
Totaal	47	100	27	100	34	100	23	100	37	100	45	100

n=aantal patiënten

Tabel 2: Kenmerken delict waarvoor huidige maatregel is opgelegd

Kenmerken indexdelict	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(Mede) seksueel delict	27	51,9	8	27,6	9	25,7	4	26,7	4	18,2	5	12,8
Geen seksueel delict	25	48,1	21	72,4	26	74,3	11	73,3	18	81,8	34	87,2
(Mede) geweldsdelict tegen personen	50	96,2	27	93,1	33	94,3	14	93,3	18	81,8	31	79,5
Geen geweldsdelict tegen personen	2	3,8	2	6,9	2	5,7	1	6,7	4	18,2	8	20,5
(Mede) vermogensdelict	8	15,4	9	31	8	22,9	2	13,3	2	9,1	9	23,1
Geen vermogensdelict	44	84,6	20	69,0	27	77,1	13	86,7	20	90,9	30	76,9
(Mede) brandstichtingdelict	1	1,9	3	10,3	5	14,3	0	0	3	13,6	4	10,3
Geen brandstichtingdelict	51	98,1	26	89,7	30	85,7	15	100	19	86,4	35	89,7

n=aantal patiënten

Weergegeven zijn aantal en percentage delicten met (mede) een bepaald kenmerk. De 30 patiënten met een civiele RM vallen hier qualitate qua buiten.

### 1.3 Latentietijd tot delict

De behandelverantwoordelijke is gevraagd aan te geven of het mogelijk is een inschatting te maken van de termijn waarop een ernstig delict te verwachten zou zijn als voor de betreffende patiënt op dat moment de door de kliniek geboden structuur en toezicht zouden wegvallen, en indien ja, hoe lang deze termijn zou zijn (tabel 3).

#### Sector

Bij patiënten in de GGz-sector (GGz-A, -B en -C) gaf de behandelverantwoordelijke in meer gevallen aan dan bij patiënten in de TBS-sector dat

geen schatting is te maken van de latentietijd tot het plegen van een delict (tabel 3; gecorrigeerde  $F_{(1, 200)}=15,46$ ,  $p=0,000$ ).

#### *Onderzoeksgroepen*

Bij patiënten uit de GGz-sector van wie de behandelverantwoordelijke verwachtte dat zij op langere termijn gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (GGz-C), is de latentietijd tot een delict vergeleken met de overige patiënten (GGz-A, GGz-B) relatief vaak niet in te schatten (tabel 3;  $\text{Chi}^2=7,91$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,019$ ).

Bij patiënten van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig hebben (TBS-A, GGz-A), wordt de latentietijd tot een delict vaker ingeschat als 'kort'. Omgekeerd wordt de latentietijd als 'lang' ingeschat bij relatief veel patiënten van wie wordt verwacht dat zij op de langere termijn een intramurale voorziening in de forensische GGz nodig hebben, of gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (TBS-B, TBS-C, GGz-B, GGz-C) ( $\text{Chi}^2=12,72$ ,  $\text{df } 2$   $p=0,002$ ).

### **1.4 Vluchtrisico**

#### *Sector*

Van de patiënten in de TBS-sector worden er meer als enigszins vluchtgevaarlijk of vluchtgevaarlijk beschouwd dan van de patiënten in de GGz-sector (tabel 4; gecorrigeerde  $F_{(1, 204)}=4,29$ ,  $p=0,04$ ).

#### *Onderzoeksgroepen*

In vergelijking tot de overige patiënten wordt een groter aantal van de patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale voorziening nodig hebben (TBS-A, GGz-A, TBS-B, GGz-B), beschouwd als vluchtgevaarlijk of enigszins vluchtgevaarlijk (tabel 4;  $\text{Chi}^2=25,59$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,000$ ). Dit geldt met name voor patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig zullen hebben (TBS-A, GGz-A).

### **1.5 Suïcidepogingen**

#### *Sector*

Net geen significant verschil.

#### *Onderzoeksgroepen*

Per onderzoeksgroep is bij 10,8-28,6% niet bekend of ooit een suïcidepoging is ondernomen. 15 tot 40% van de patiënten heeft volgens de behandelverantwoordelijken ooit getracht suïcide te plegen (tabel 5).

**Tabel 3: Geschatte latentietijd tot plegen nieuw delict**

Latentietijd	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niet in te schatten	4	8,9	7	26,9	5	15,6	4	17,4	13	36,1	23	52,3
Binnen een week	10	22,2	1	3,8	1	3,1	5	21,7	5	13,9	3	6,8
Binnen enkele weken												
tot 1 maand	8	17,8	5	19,2	2	6,3	8	34,8	3	8,3	3	6,8
Binnen enkele maanden	18	40,0	9	34,6	11	34,4	6	26,1	12	33,3	9	20,5
tot 1/2 jaar												
Binnen een jaar	3	6,7	2	7,7	7	21,9	0	0,0	2	5,6	4	9,1
Na langer dan een jaar	2	4,4	2	7,7	6	18,8	0	0,0	1	2,8	2	4,5
Totaal	45	100	26	100	32	100	23	100	36	100	44	100
'Kort' (enkele dagen tot 1 maand)	18	43,9	6	31,6	3	11,1	13	68,4	8	34,8	6	28,6
'Lang' (enkele maanden tot meer dan 1 jaar)	23	56,1	13	68,4	24	88,9	6	31,6	15	65,2	15	71,4

n=aantal patiënten

**Tabel 4: Vluchtrisico**

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen vluchtrisico	21	45,7	15	57,7	27	81,8	10	43,5	24	64,9	39	86,7
Enigszins vluchtrisico	14	30,4	9	34,6	3	9,1	6	26,1	9	24,3	5	11,1
Vluchtrisico	11	23,9	2	7,7	3	9,1	7	30,4	4	10,8	1	2,2
Totaal	46	100	26	100	33	100	23	100	37	100	45	100

n=aantal patiënten

**Tabel 5: Suïcidepogingen**

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suïcidepoging(en) in verleden	7	14,9	4	14,8	10	29,4	10	43,5	13	35,1	13	28,9
Geen suïcidepogingen	31	66,0	16	59,3	13	38,2	10	43,5	20	54,1	23	51,1
Onbekend of niet ingevuld	9	19,1	7	25,9	11	32,4	3	13,0	4	10,8	9	20,0
Totaal	47	100	28	100	34	100	23	100	37	100	45	100

n=aantal patiënten

## 1.6 Delictrisico

### 1.6.1 Meest doorslaggevende aspecten voor inschatting als 'blijvend delictgevaarlijk'

Op basis van een in expertmeetings (zie bijlage 5) samengestelde lijst van items is gevraagd naar de drie tot tien aspecten die de behandelverantwoordelijke het meest doorslaggevend acht voor de inschatting van de betreffende patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk'.

Over de gehele steekproef bezien worden het vaakst genoemd (meer dan 70 keer): 'de patiënt heeft onvoldoende probleembesef of ziekte-inzicht', 'gebrek aan zelfreflectie' en 'cognitieve vertekeningen bij de patiënt ten aanzien van de buitenwereld', 'de patiënt bagatelliseert agressieve daden of delicten', en 'het delictgedrag maakt deel uit van een ingeslepen gedragspatroon' (tabel 6 A, opgenomen aan het eind van deze bijlage).

Iets minder vaak werden genoemd (tussen de 60 en de 70 keer): 'aantal en ernst van eerdere delicten', 'ernstige incidenten tijdens de behandeling', 'verslavingsproblematiek', 'co-morbiditeit' en 'extreme structuurafhankelijkheid'.

#### Sector

Patiënten die in de TBS-sector verblijven (TBS-A, -B en -C) worden vaker dan patiënten uit de GGz-sector aangemerkt als 'blijvend delictgevaarlijk' op grond van: 'aantal en ernst van eerdere delicten' (tabel 6; gecorrigeerde  $F_{(1, 197)}=4,71$ ,  $p=0,03$ ) en 'ontbreken van mogelijkheden tot zelfreflectie bij de patiënt' (gecorrigeerde  $F_{(1, 197)}=7,35$ ,  $p=0,007$ ). Bij patiënten uit de GGz-sector is 'co-morbiditeit psychosen, persoonlijkheidsstoornis en middelengebruik' vaker doorslaggevende factor om de patient aan te merken als 'blijvend delictgevaarlijk' (gecorrigeerde  $F_{(1, 197)}=3,99$ ,  $p=0,047$ ).

#### Onderzoeksgroep

Bij patiënten in de TBS-sector van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn een intramurale voorziening nodig zullen hebben (TBS-A en TBS-B) worden de volgende items vaker als doorslaggevend genoemd dan bij de overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (TBS-C), te weten: 'overeenstemming over risicofactoren ontbreekt' (tabel 6;  $\chi^2=5,03$ ,  $df 1$ ,  $p=0,025$ ), 'de patiënt heeft onvoldoende probleembesef of ziekte-inzicht' ( $\chi^2=6,68$ ,  $df 1$ ,  $p=0,01$ ) en 'de patiënt bagatelliseert agressieve daden of delicten' ( $\chi^2=13,28$ ,  $df 1$ ,  $p=0,000$ ).

Bij deze patiënten in beide sectoren (TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B) wordt vaker dan bij de overigen (TBS-C, GGz-C) genoemd als doorslaggevende factor 'maatschappelijk toekomstperspectief ontbreekt' ( $\chi^2=10,69$ ,  $df 2$ ,  $p=0,005$ ).

Bij patiënten van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig hebben (TBS-A,



GGz-A) wordt vaker dan bij de overigen genoemd 'het delict is onderdeel van een ingeslepen gedragspatroon' ( $\chi^2=11,10$ , df 2,  $p=0,004$ ).

Bij patiënten binnen de GGz-sector van wie wordt verwacht dat zij op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig zullen hebben wordt vaker vermeld 'het ontbreekt de patiënt aan mogelijkheden tot zelfreflectie'.

Bij patiënten van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn gedeeltelijk in de maatschappij zullen kunnen verblijven (TBS-C, GGz-C) wordt vergeleken met de overige patiënten in meer gevallen 'verslavingsproblematiek' genoemd als een doorslaggevende factor voor het inschatten van de patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' ( $\chi^2=10,43$ , df 2,  $p=0,005$ ).

**Tabel 6: Meest doorslaggevende aspecten voor inschatting als 'blijvend delictgevaarlijk' per onderzoeksgroep**

Aspect 'blijvende delictgevaarlijkheid'	Doorslaggevend bij patiënt?	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Eerder geweld</i>													
Ernstige incidenten tijdens behandeling	Ja	13	33,3	7	25,9	10	31,3	10	43,5	16	43,2	10	22,2
	Nee	26	66,7	20	74,1	22	68,8	13	56,5	21	56,8	35	77,8
Aantal en ernst eerdere delicten	Ja	20	51,3	7	25,9	11	34,4	5	21,7	8	21,6	14	31,1
	Nee	19	48,7	20	74,1	21	65,6	18	78,3	29	78,4	31	68,9
Eerder geweld tijdens psychotische episode	Ja	6	15,4	8	29,6	5	15,6	8	34,8	13	35,1	12	26,7
	Nee	33	84,6	19	70,4	27	84,4	15	65,2	24	64,9	33	73,3
<i>Moeilijk toegankelijk voor behandeling of begeleiding</i>													
Delictgedrag is onderdeel ingeslepen gedragspatroon	Ja	21	53,8	6	22,2	13	40,6	14	60,9	13	35,1	13	28,9
	Nee	18	46,2	21	77,8	19	59,4	9	39,1	24	64,9	32	71,1
Onvoldoende probleem-besef/ziekte-inzicht	Ja	22	56,4	17	63,0	10	31,3	12	52,2	16	43,2	20	44,4
	Nee	17	43,6	10	37,0	22	68,8	11	47,8	21	56,8	25	55,6
Patiënt neemt onvold. verantwoordelijkheid voor delict	Ja	16	41,0	10	37,0	8	25,0	8	34,7	9	24,3	14	31,1
	Nee	23	59,0	17	63,0	24	75,0	15	65,2	28	75,7	31	68,9
Patiënt bagatelliseert agressieve daden/delicten	Ja	16	41,0	12	44,4	2	6,3	9	39,1	14	37,8	20	44,4
	Nee	23	59,0	15	55,6	30	93,8	14	60,9	23	62,2	25	55,6
Behandelmotivatie ontbreekt	Ja	14	35,9	8	29,6	7	21,9	3	13	13	35,1	8	17,8
	Nee	25	64,1	19	70,4	25	78,1	20	87,0	24	64,9	37	82,2
Overeenstemming over risicofactoren ontbreekt	Ja	14	35,9	11	40,7	5	15,6	5	21,7	5	13,5	10	22,2
	Nee	25	64,1	16	59,3	27	84,4	18	78,3	32	86,5	35	77,8

Aspect 'blijvend delictgevaarlijk'	Doorslaggevend bij patiënt?	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Ernst en omvang problematiek</i>													
Zelfreflectiemogelijkheden ontbreken	Ja	21	53,8	10	37,0	18	56,3	14	60,9	12	32,4	11	24,4
	Nee	18	46,2	17	63	14	43,8	9	39,1	25	67,6	34	75,6
Cognitieve vertekeningen	Ja	15	38,5	11	40,7	8	25,0	13	56,5	13	35,1	17	37,8
	Nee	24	61,5	16	59,3	24	75	10	43,5	24	64,9	28	62,2
Co-morbiditeit	Ja	7	17,9	11	40,7	6	18,8	5	21,7	15	40,5	17	37,8
	Nee	32	82,1	16	59,3	26	81,3	18	78,3	22	59,5	28	62,2
Verslavingsproblematiek	Ja	9	23,1	11	40,7	17	53,1	3	13,0	11	29,7	18	40,0
	Nee	30	76,9	16	59,3	15	46,9	20	87,0	26	70,3	27	60,0
Extreem structuurafhankelijk	Ja	11	28,2	7	25,9	7	21,9	7	30,4	16	43,2	10	22,2
	Nee	28	71,8	20	74,1	25	78,1	16	69,6	21	56,8	35	77,8
Ondersteunend netwerk ontbreekt	Ja	16	41,0	7	25,9	7	21,9	8	34,8	6	16,2	14	31,1
	Nee	23	59,0	20	74,1	25	78,1	15	65,2	31	83,8	31	68,9
Maatschappelijk toekomstperspectief ontbreekt	Ja	14	35,9	7	25,9	4	12,5	9	39,1	14	37,8	7	15,6
	Nee	25	64,1	20	74,1	28	87,5	14	60,9	23	62,2	38	84,4

n=aantal patiënten

Aspecten die bij 50 of meer patiënten als doorslaggevend werden beschouwd voor de inschatting van de betreffende patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' zijn in de tabel opgenomen en in de analyses betrokken.

### 1.6.2 Meer directe omstandigheden waaronder de kans op een delict toeneemt

De behandelverantwoordelijke kon in de vragenlijst aangeven welke omstandigheden bij de betreffende patiënt leiden tot verhoging van het delictrisico. 'Gebruik van alcohol en drugs' en 'verlies van de door de kliniek geboden structuur van het dagelijks leven' komen het meest naar voren (circa 130 patiënten) (tabel 7 A opgenomen aan het eind van deze bijlage), gevolgd door 'onlustgevoelens' en 'staken van medicatiegebruik' (circa 100 patiënten).

#### Sector

Bij patiënten uit de TBS-sector (TBS-A, -B en -C) wordt vaker dan bij patiënten uit de GGz-sector aangegeven dat delictrisico kan toenemen door 'gebrekkige impulsbeheersing' (tabel 7; gecorrigeerde  $F_{(1, 206)}=9,77$ ,  $p=0,002$ ), 'delictgerelateerde fantasieën' (gecorrigeerde  $F_{(1, 206)}=7,45$ ,  $p=0,007$ ), 'een interpersoonlijk conflict' (gecorrigeerde  $F_{(1, 206)}=5,17$ ,  $p=0,020$ ) en 'relationele problemen' (gecorrigeerde  $F_{(1, 206)}=9,82$ ,  $p=0,002$ ).

Tabel 7: Omstandigheden waaronder de kans op een delict toeneemt per onderzoeksgroep

Omstandigheid	Van toepassing bij patiënt?	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Staakt medicatiegebruik	Ja	16	34,0	16	59,3	8	24,2	12	52,2	29	78,4	20	44,4
	Nee	31	66,0	11	40,7	25	75,8	11	47,8	8	21,6	25	55,6
Gaat alcohol of drugs gebruiken	Ja	24	51,1	20	74,1	25	75,8	7	30,4	23	65,7	34	75,6
	Nee	23	48,9	7	25,9	8	24,2	16	69,6	12	34,3	11	24,4
Reactie op onlustgevoelens	Ja	29	61,7	15	55,6	12	36,4	12	52,2	16	43,2	17	37,8
	Nee	18	38,3	12	44,4	21	63,6	11	47,8	21	56,8	28	62,2
Reactie op stemmingswisselingen	Ja	23	48,9	9	33,3	9	27,3	11	47,8	12	32,4	11	24,4
	Nee	24	51,1	18	66,7	24	72,7	12	52,2	25	67,6	34	75,6
Gebrekkige impulscontrole	Ja	25	53,2	11	40,7	11	33,3	12	52,2	6	16,2	10	22,2
	Nee	22	46,8	16	59,3	22	66,7	11	47,8	31	83,8	35	77,8
Fantasieën	Ja	26	55,3	8	29,6	3	9,1	5	21,7	7	18,9	7	15,6
	nee	21	44,7	19	70,4	30	90,9	18	78,3	30	81,1	38	84,4
Interpersoonlijk conflict	Ja	18	38,3	8	29,6	12	36,4	5	21,7	6	16,2	11	24,4
	Nee	29	61,7	19	70,4	21	63,6	18	78,3	31	83,8	34	75,6
Relationele problemen	Ja	16	34,0	8	29,6	18	54,5	7	30,4	6	16,2	9	20,0
	Nee	31	66,0	19	70,4	15	45,5	16	69,6	31	83,8	36	80,0
Betrokkenheid op criminele milieu	Ja	7	14,9	6	22,2	3	9,1	2	8,7	2	5,4	8	17,8
	Nee	40	85,1	21	77,8	30	90,9	21	91,3	35	94,6	37	82,2
Verlies door kliniek geboden structuur	Ja	36	76,6	16	59,3	14	42,4	13	56,5	23	62,2	26	57,8
	Nee	11	23,4	11	40,7	19	57,6	10	43,5	14	37,8	19	42,2

n=aantal patiënten

Bij patiënten uit de GGz-sector (GGz-A, -B en -C) is dit daarentegen vaker 'staken van medicatiegebruik' (gecorrigeerde  $F_{(1, 206)}=9,82$ ,  $p=0,002$ ).

#### Onderzoeksgroepen

Bij patiënten in de TBS-sector van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn in een intramurale voorziening zullen moeten verblijven (TBS-A, TBS-B) is 'verlies van de door de kliniek geboden structuur van het dagelijks leven' een vaker genoemde aanleiding voor het toenemen van delict risico dan bij de overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (TBS-C) (tabel 7;  $\chi^2=9,67$ ,  $df 2$ ,  $p=0,008$ ).

Bij patiënten van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek zullen moeten verblijven (TBS-A, GGz-A) worden *'gebrekkige impulscontrole'* ( $\text{Chi}^2=13,97$ , df 2,  $p=0,001$ ), *'onlustgevoelens'* ( $\text{Chi}^2=6,79$ , df 2,  $p=0,034$ ) en *'delictgerelateerde fantasieën'* (TBS-A) ( $\text{Chi}^2=19,14$ , df 2,  $p=0,000$ ) vaker genoemd als meer directe aanleiding tot toename van het delictrisico.

Daarentegen is bij patiënten van wie de verwachting is dat zij op de langere termijn een intramurale voorziening in de forensische GGz nodig zullen hebben (TBS-B, GGz-B) *'staken van medicatiegebruik'* vaker een factor van betekenis ( $\text{Chi}^2=19,14$ , df 2,  $p=0,000$ ).

*'Gebruik van alcohol en/of drugs'* ten slotte wordt vaker genoemd bij patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale voorziening in de forensische GGz nodig hebben of met toezicht gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (TBS-B, GGz-B, TBS-C, GGz-C) ( $\text{Chi}^2=16,99$ , df 2,  $p=0,000$ ).

### *1.6.3 Factoren die afname van het delictrisico belemmeren*

Behalve naar factoren die het delictrisico verhogen is ook gevraagd naar de factoren die de afname van delictrisico bij de betreffende patiënt belemmeren. Daarbij werden de zogeheten *'patiëntgebonden factoren'* het frequentst genoemd (tabel 8 A opgenomen aan het eind van deze bijlage), met name *'gebrek aan probleembesef of ziekte-inzicht bij de patiënt, dan wel dat de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn gedrag buiten zichzelf legt of dat delicten en fantasieën op dat gebied onbespreekbaar of ontoegankelijk blijven'* (tabel 8: 64,4-82,6% van de patiënten). Bij de helft van de patiënten werd genoemd: *'niet in staat zijn een ondersteunend sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden'* en *'vermogen tot samenwerking van de patiënt is te gering'*.

#### *Sector*

*'Te geringe leercapaciteiten van de patiënt'* (tabel 16; gecorrigeerde  $F_{(1, 195)}=11,35$ ,  $p=0,001$ ), *'behandelaars menen dat behandeling bij deze patiënt geen zin heeft'* (gecorrigeerde  $F_{(1, 195)}=4,97$ ,  $p=0,027$ ) en *'het ontbreken van een reëel behandelperspectief bij de huidige stand van de wetenschap'* (gecorrigeerde  $F_{(1, 195)}=8,16$ ,  $p=0,005$ ) worden bij patiënten uit de TBS-sector (TBS-A, -B en -C) vaker als belemmering voor afname van het delictrisico gezien dan bij patiënten uit de GGz-sector.

#### *Onderzoeksgroepen*

Bij patiënten van wie de verwachting is dat zij op langere termijn in een intramurale voorziening zullen moeten verblijven (TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B) wordt *'slecht op behandel druk reageren'* vaker als belemmerende factor genoemd dan bij de andere *'blijvend delictgevaarlijke'* patiënten (tabel 8;  $\text{Chi}^2=11,65$ , df 2,  $p=0,003$ ).

Bij patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig hebben (TBS-A, GGz-A) zijn vaker een belemmerende factor 'behandelaars menen dat behandeling geen zin heeft' ( $\text{Chi}^2=24,79$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,000$ ) en 'bij de huidige stand van de wetenschap en praktijk is er geen reëel behandelperspectief voor de patiënt' ( $\text{Chi}^2=15,55$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,000$ ).

Bij patiënten in de TBS-sector van wie de verwachting bestaat dat zij op langere termijn in een intramurale voorziening van de forensische GGz zullen moeten verblijven (TBS-B), werd vaker dan bij de andere patiënten (TBS-A, TBS-C) als belemmerende factor genoemd 'de patiënt is onbetrouwbaar wat betreft medicatiegebruik' ( $\text{Chi}^2=7,51$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,023$ ).

**Tabel 8: Factoren die afname van het delict risico belemmeren per onderzoeksgroep**

Belemmerende factor	Van toepassing bij patiënt?	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Patiëntgebonden factoren</i>													
Probleembesef/ziekte-inzicht ontbreekt/ patiënt legt verantwoordelijkheid voor gedrag/delicten buiten zichzelf/fantasiewereld en/of delicten blijven onbespreekbaar/ontoegankelijk	Ja	30	76,9	21	77,8	23	76,7	19	82,6	29	78,4	29	64,4
	Nee	9	23,1	6	22,2	7	23,3	4	17,4	8	21,6	16	35,6
Vermogen patiënt tot samenwerking te gering	Ja	20	51,3	14	51,9	10	33,3	14	60,9	14	37,8	16	35,6
	Nee	19	48,7	13	48,1	20	66,7	9	39,1	23	62,2	29	64,4
Motivatie patiënt voor behandeling te gering	Ja	20	51,3	12	44,4	10	33,3	10	43,5	18	48,6	16	35,6
	Nee	19	48,7	15	55,6	20	66,7	13	56,5	19	51,4	29	64,4
Leercapaciteiten patiënt te gering	Ja	24	61,5	13	48,1	13	43,3	10	43,5	11	29,7	11	24,4
	Nee	15	38,5	14	51,9	17	56,7	13	56,5	26	70,3	34	75,6
Patiënt reageert slecht op behandeldruk	Ja	14	35,9	10	37,0	3	10,0	10	43,5	15	40,5	9	20,0
	Nee	25	64,1	17	63,0	27	90,0	13	56,5	22	59,5	36	80,0
Bereidheid patiënt tot samenwerking te gering	Ja	13	33,3	6	22,2	5	16,7	7	30,4	8	21,6	14	31,1
	Nee	26	66,7	21	77,8	25	83,3	16	69,6	29	78,4	31	68,9
Overeenstemming behandel-doelen lukt niet	Ja	8	20,5	7	25,9	5	16,7	5	21,7	4	10,8	8	17,8
	Nee	31	79,5	20	74,1	25	83,3	18	78,3	33	89,2	37	82,2
Patiënt niet in staat tot opbouw/ onderhoud ondersteunend netwerk	Ja	22	56,4	12	44,4	12	40,0	12	52,2	14	37,8	19	42,2
	Nee	17	43,6	15	55,6	18	60,0	11	47,8	23	62,2	26	57,8

Belemmerende factor	Van toepassing bij patiënt?	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Patiënt houdt zich niet aan afspraken m.b.t. alcohol of drugsgebruik	Ja	7	17,9	7	25,9	12	40,0	4	17,4	12	32,4	12	26,7
	Nee	32	82,1	20	74,1	18	60,0	19	82,6	25	67,6	33	73,3
Patiënt houdt zich niet aan afspraken over vermijden risicovolle situaties	Ja	5	12,8	3	11,1	3	10,0	5	21,7	7	18,9	8	17,8
	Nee	34	87,2	24	88,9	27	90,0	18	78,3	30	81,1	37	82,2
Patiënt onvoldoende betrouwbaar in medicatiegebruik	Ja	4	10,3	9	33,3	3	10,0	9	39,1	10	27,0	10	22,2
	Nee	35	89,7	18	66,7	27	90,0	14	60,9	27	73,0	35	77,8
<i>Overige factoren</i>													
Behandelaars menen dat behandeling bij dit type patiënt geen zin heeft	Ja	17	43,6	1	3,7	4	13,3	7	30,4	4	10,8	4	8,9
	Nee	22	56,4	26	96,3	26	86,7	16	69,6	33	89,2	41	91,1
Behandelaars raken uitgeput door deze patiënt	Ja	6	15,4	3	11,1	3	10,0	6	26,1	10	27,0	8	17,8
	Nee	33	84,6	24	88,9	27	90,0	17	73,9	27	73,0	37	82,2
Geen reëel behandelperspectief bij huidige stand wetenschap en praktijk	Ja	19	48,7	6	22,2	7	23,3	8	34,8	8	21,6	4	8,9
	Nee	20	51,3	21	77,8	23	76,7	15	65,2	29	78,4	41	91,1

n=aantal patiënten

Factoren die bij 35 of meer patiënten zijn genoemd zijn in de tabel opgenomen en in de analyses betrokken.

### 1.7 Benodigd toezicht

De behandelverantwoordelijke kon in de vragenlijst aangeven welk niveau van toezicht de patiënt op dat moment nodig had, de benodigde zorg buiten beschouwing gelaten: permanent toezicht als in een TBS-kliniek, toezicht als in een FPK, toezicht als in een FPA, toezicht op het niveau van beschermd wonen met dagelijks één of meermalen toezicht, of een ander soort toezicht.

#### *Sector*

De meeste patiënten hebben toezicht nodig op intramuraal niveau. Voor patiënten uit de TBS-sector betekent dit in de meeste gevallen toezicht binnen een TBS-kliniek en voor patiënten in de GGz-sector toezicht binnen een FPK of FPA (tabel 9).

#### *Onderzoeksgroepen*

Grofweg komen de niveaus van toezicht die de behandelverantwoordelijke voor de patiënten nodig acht overeen met het type voorziening dat deze

Tabel 9: Niveau van benodigd toezicht

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Permanent toezicht als TBS-kliniek	34	73,9	15	57,7	13	41,9	5	22,7	1	2,8	0	0,0
Permanent toezicht als FPK	4	8,7	1	3,8	1	3,2	7	31,8	10	27,8	11	26,2
Permanent toezicht als FPA	0	0,0	7	26,9	6	19,4	7	31,8	14	38,9	6	14,3
Toezicht als beschermd wonen	2	4,3	3	11,5	8	25,8	1	4,5	9	25,0	19	45,2
Toezicht anders	6	13,0	0	0,0	3	9,7	2	9,1	2	5,6	6	14,3
Totaal	46	100	26	100	31	100	22	100	36	100	42	100

n=aantal patiënten

verwachtte dat de patiënt op langere termijn nodig zal hebben en/of het type voorziening waar de patiënt op het moment van het invullen van de vragenlijst verbleef (tabel 9). Enkele patiënten worden echter anders geclassificeerd. Bij de groepen TBS-A en GGz-A werd bij drie patiënten 'toezicht als beschermd wonen' vermeld en bij een twaalfal patiënten uit de groepen TBS-B en GGz-B.

## 2 De resultaten in detail: aspecten met betrekking tot zorg

### 2.1 Leeftijd en geslacht van de patiënten

#### Sector

De 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in de TBS-sector tellen meer vijftigplussers dan die in de GGz-sector (tabel 10; gecorrigeerde  $F_{(1,207)}=4,80$ ,  $p=0,030$ ).

Het percentage vrouwen is onder patiënten uit beide sectoren gering. In de GGz-sector ligt het iets hoger dan in de TBS-sector.

#### Onderzoeksgroepen

Onder de patiënten van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig zullen hebben (TBS-A, GGz-A) bevinden zich meer vijftigplussers dan onder de overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (tabel 10;  $\chi^2=19,15$ ,  $df 2$ ,  $p=0,000$ ).

Tabel 10: Leeftijd en geslacht

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
<i>Leeftijd</i>												
16-35 jaar	13	27,7	13	48,1	15	44,1	9	39,1	22	59,5	21	46,7
36-50 jaar	16	34,0	13	48,1	13	38,2	8	34,8	12	32,4	19	42,2
50+	18	38,3	1	3,7	6	17,6	6	26,1	3	8,1	5	11,1
Totaal	47	100	27	100	34	100	23	100	37	100	45	100
<i>Geslacht</i>												
Man	45	95,7	26	96,3	34	100	16	69,6	33	89,2	42	93,3
Vrouw	2	4,3	1	3,7	0	0	5	21,7	4	10,8	3	6,7
Niet ingevuld	0	0	0	0	0	0	2	8,7	0	0	0	0
Totaal	47	100	27	100	34	100	23	100	37	100	45	100

n=aantal patiënten

Tabel 11: Co-morbiditeit

	Van toepassing bij patiënt?	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnose op zowel AS-I als AS-II	Ja	39	84,8	22	81,5	29	93,5	16	69,6	27	73,0	33	75,0
	Nee	7	15,2	5	18,5	2	6,5	7	30,4	10	27,0	11	25,0
Afhankelijkheid/misbruik alcohol /drugs naast andere diagnose AS-I en/of AS-II	Ja	15	32,6	15	55,6	22	71,0	3	13,0	13	35,1	23	52,3
	Nee	31	67,4	12	44,4	9	29,0	20	87,0	24	64,9	21	47,7

n=aantal patiënten

## 2.2 DSM-IV diagnoses

### 2.2.1 Co-morbiditeit

#### Sector

Patiënten in de TBS-sector hebben in meer gevallen een diagnose op zowel AS-I als AS-II (tabel 11; gecorrigeerde  $F_{(1, 202)}=5,59$ ,  $p=0,019$ ).

#### Onderzoeksgroepen

Patiënten van wie de behandelverantwoordelijken verwachten dat zij op langere termijn gedeeltelijk in de maatschappij zullen kunnen verblijven (TBS-C, GGz-C) hebben vaker dan de overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten als diagnose 'misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs' (meestal in combinatie met een psychiatrische stoornis en/of persoonlijkheidsstoornis) (tabel 11;  $\text{Chi}^2=16,80$ ,  $df 2$ ,  $p=0,000$ ).



Tabel 12: Meest voorkomende diagnoses op AS-I en AS-II

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schizofrenie, of aanverwante stoornis*	3	6,5	4	14,8	0	0,0	6	26,1	15	40,5	13	29,5
Combinatie van schizofrenie, of aanverwante stoornis* en persoonlijkheidsstoornis	11	23,9	10	37,0	7	22,6	8	34,8	15	40,5	18	40,9
Persoonlijkheidsstoornis	30	65,2	12	44,4	23	74,2	7	30,4	7	18,9	12	27,3
Geen van deze diagnoses	2	4,3	1	3,7	1	3,2	2	8,7	0	0,0	1	2,3
Totaal	46	100	27	100	31	100	23	100	37	100	44	100

n=aantal patiënten

1e, 2e en 3e diagnoses op AS-I en AS-II zijn in de tabel opgenomen en in de analyses betrokken. Daarom kunnen de cijfers afwijken van die in de tabellen 13 en 14 waarin alleen de 1e diagnoses zijn opgenomen.

\* De categorie 'schizofrenie, of aanverwante stoornis' omvat de diagnoses schizofrenie (n=89), psychotische stoornis NAO (n=15), a-typische psychotische stoornis (n=2) en waanstoornis (n=7).

### 2.2.2 De meest voorkomende diagnoses op AS-I en AS-II

#### Sector

Bij patiënten in de GGz-sector komt vergeleken met patiënten in de TBS-sector in meer gevallen de diagnose schizofrenie of een aanverwante stoornis voor, al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis (tabel 12; gecorrigeerde  $F_{(1, 195)}=33,14$ ,  $p=0,000$ ). Bij de patiënten in de TBS-sector komt juist vaker dan in de GGz-sector een persoonlijkheidsstoornis zonder schizofrenie of aanverwante stoornissen voor.

#### Onderzoeksgroepen

De diagnoses persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie of een aanverwante stoornis komen in alle onderzoeksgroepen veel voor (tabel 12). Bij patiënten in de TBS-sector van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale voorziening in de forensische GGz nodig zullen hebben (TBS-B), komt vaker dan bij de anderen (TBS-A, TBS-C) de diagnose schizofrenie of een aanverwante stoornis voor, al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis ( $\text{Chi}^2=6,05$ ,  $\text{df } 2$ ,  $p=0,049$ ).

### 2.2.3 AS-I diagnoses nader uitgesplitst

De diagnoses schizofrenie of aanverwante stoornis en afhankelijkheid of misbruik van middelen zijn hierboven al besproken. Een seksuele stoornis komt bijna alleen voor bij patiënten in de TBS-sector (tabel 13: 20%, n=21, tegenover 2,7%, n=1 in de GGz-sector). De overige diagnoses komen bij te weinig patiënten voor om uitspraken over verschillen tussen groepen te kunnen doen.

Tabel 13: Eerste diagnoses op AS-I

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schizofrenie of aanverwante stoornis*	13	28,3	14	51,9	6	19,4	13	56,5	29	78,4	29	65,9
Afhankelijkheid/misbruik alcohol of drugs	5	10,9	4	14,8	14	45,2	2	8,7	1	2,7	7	15,9
Stemmings- of angststoornis	0	0,0	1	3,7	2	6,5	2	8,7	2	5,4	1	2,3
Seksuele stoornis	15	32,6	2	7,4	4	12,9	0	0,0	1	2,7	0	0,0
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	5	10,9	3	11,1	2	6,5	2	8,7	1	2,7	2	4,5
Stoornissen impulsbeheersing, ADHD	2	4,3	0	0,0	1	3,2	1	4,3	0	0,0	0	0,0
Cognitieve/persoonlijkheidsveranderingen a.g.v. medische toestand	2	4,3	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	2,7	0	0,0
Misbruikt, relationeel of maatschappelijk probleem	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen of uitgestelde diagnose	4	8,7	3	11,1	1	3,2	2	8,7	2	5,4	5	11,4
Totaal	46	100	27	100	31	100	23	100	37	100	44	100

n=aantal patiënten

\* De categorie 'schizofrenie of aanverwante stoornis' omvat de diagnoses schizofrenie (n=85), psychotische stoornis NAO (n=12), a-typische psychotische stoornis (n=2) en waanstoornis (n=5).

Tabel 14: Eerste diagnoses op AS-II

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Persoonlijkheidsstoornis Cluster A	2	4,3	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	2,7	4	9,1
Persoonlijkheidsstoornis Cluster B	20	43,5	8	29,6	12	38,7	6	26,1	14	37,8	9	20,5
Persoonlijkheidsstoornis Cluster C	1	2,2	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Persoonlijkheidsstoornis NAO	16	34,1	13	48,1	17	54,8	9	39,1	7	18,9	15	34,1
Lichte zwakbegaafdheid	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sociaal/maatschappelijk probleem	2	4,3	0	0,0	0	0,0	2	8,7	1	2,7	1	2,3
Geen of uitgestelde diagnose	4	8,7	5	18,5	1	3,2	6	26,1	14	37,8	15	34,1
Totaal	46	100	27	100	31	100	23	100	37	100	44	100

n=aantal patiënten

Cluster A: paranoïde (n=3), schizoïde (n=3) en schizotypische (n=2) persoonlijkheidsstoornis

Cluster B: antisociale (n=41), borderline (n=16) en narcistische (n=12) persoonlijkheidsstoornis

Cluster C: afhankelijke (n=1) en vermijdende (n=1) persoonlijkheidsstoornis

Persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven.

In deze tabel zijn de eerste diagnoses opgenomen. Deze staan het meest op de voorgrond. Zwakbegaafdheid zal eerder als tweede of derde diagnose worden weergegeven. Daarom kan er discrepantie zijn tussen deze tabel en de gegevens over intelligentie in paragraaf 6.3.3.

Tabel 15: Diagnose op AS-III of niet

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wel diagnose op AS-III	20	43,5	7	25,9	13	41,9	7	30,4	7	18,9	6	13,6
Geen diagnose op AS-III	26	56,5	20	74,1	18	58,1	16	69,6	30	81,1	38	86,4
Totaal	46	100	27	100	31	100	23	100	37	100	44	100

n=aantal patiënten

### 2.2.4 AS-II diagnoses nader uitgesplitst

Het merendeel van de diagnoses betreft persoonlijkheidsstoornissen uit het B-cluster (vooral de antisociale persoonlijkheidsstoornis) of een niet nader omschreven persoonlijkheidsstoornis (tabel 14). De laatste betreft in bijna alle gevallen een persoonlijkheidsstoornis met antisociale en/of narcistische trekken.

### 2.2.5 Diagnose op AS-III

#### Sector

Op As-III van de DSM-IV worden de diagnoses met betrekking tot somatische aandoeningen weergegeven. 'Blijvend delictgevaarlijke' patiënten in de TBS-sector hebben in meer gevallen dan 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in de GGz een diagnose op AS-III (tabel 15; gecorrigeerde  $F_{(1, 202)}=11,20$ ,  $p=0,001$ ). Veelal gaat het om (ernstige) chronische aandoeningen.

#### Onderzoeksgroepen

Geen verschillen.

## 2.3 Intelligentie

#### Sector

Geen verschil.

Tabel 16: Intelligentie

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normale intelligentie	29	64,4	12	52,2	23	74,2	11	52,4	21	61,8	36	80,0
Laaggemiddelde intelligentie	7	15,6	7	30,4	7	22,6	5	23,8	11	32,4	8	17,8
Zwakbegaafd of zwakzinnig	9	20,0	4	17,4	1	3,2	5	23,8	2	5,9	1	2,2
Totaal	45	100	23	100	31	100	21	100	34	100	45	100

n=aantal patiënten

Tabel 17: Psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS-MDO) en onderzoeksgroep (gemiddelde scores)

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
Item 1: hyperactief of agressief gedrag	1,07	,95	1,04	1,09	,78	,87	1,29	1,06	1,39	1,00	,91	,97
Item 2: automutilatie	,15	,67	,15	,60	,25	,80	,43	,98	,12	,42	,19	,66
Item 3: alcohol- of drugsgebruik	,26	,74	,33	,78	,69	1,20	,33	,91	,30	,77	,43	,86
Item 4: cognitieve problemen	,58	,92	,93	,96	,75	,88	,90	,89	1,18	1,13	,63	,82
Item 5: lichamelijke gezondheid	,72	,98	,89	1,05	,78	1,10	,95	1,07	,82	,92	,63	,95
Item 6: hallucinaties, wanen	,87	1,34	,85	1,23	,19	,47	1,38	1,28	2,21	1,14	,88	1,10
Item 7: depressieve stemming	,96	1,41	,74	,66	,75	,84	,81	,81	1,06	,97	1,00	,90
Item 8: overig*	1,57	1,39	1,41	1,34	1,19	1,17	1,28	1,32	1,31	1,31	1,03	1,19
Item 9: sociale contacten	2,00	1,27	2,11	1,70	1,22	1,24	2,29	,85	2,06	1,03	1,77	1,19
Item 10: dagelijkse activiteiten	1,48	1,28	1,22	1,22	,94	1,05	1,95	,97	1,67	1,27	,72	,93
Item 11: woonomgeving	1,50	1,33	1,11	1,19	,97	1,26	1,95	,81	1,76	1,35	1,21	1,21
Item 12: werk, opleiding, vrije tijd	1,46	1,38	1,41	1,28	1,22	1,24	2,40	,88	2,48	1,18	1,65	1,15
Subschaal 1: gedragsproblemen	1,48	1,71	1,52	1,34	1,72	1,84	2,05	1,83	1,82	1,45	1,51	1,76
Subschaal 2: beperkingen	1,28	1,50	1,81	1,30	1,53	1,67	1,86	1,46	2,00	1,39	1,26	1,38
Subschaal 3: symptomatologie	3,43	2,65	3,00	2,35	2,10	1,90	3,61	2,25	4,56	2,21	2,98	2,30
Subschaal 4: sociale problemen	6,43	4,18	5,52	3,29	4,34	3,83	8,48	2,36	7,97	3,88	5,35	3,51
Totaalscore HONoS	12,62	8,14	12,19	6,15	9,58	7,47	16,71	5,25	16,53	6,27	11,08	6,13

n=aantal patiënten, m=gemiddelde, sd=standaarddeviatie

Ter validering van de HONoS-scores is de correlatie berekend tussen de totaalscores op de HONoS- en de GAF-scores (AS-V van de DSM-IV: Global Assessment of Functioning); Pearson  $r=-,025$   $p=0,010$ .

\* Overige psychiatrische of gedragsproblemen (meerdere antwoorden mogelijk): fobie, angst, dwangmatig, stress, dissociatief, somatiserend, eetproblemen, slaapproblemen, seksuele problemen, overig. Het gemiddelde van de hoogst gescoorde items per patiënt is in de tabel weergegeven.

### Onderzoeksgroepen

Patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale voorziening nodig hebben, hebben vaker dan de overige patiënten een lager dan gemiddelde intelligentie of zijn gediagnosticeerd als zwakbegaafd of zwakzinnig (tabel 16;  $\chi^2=7,13$ ,  $df 2$ ,  $p=0,028$ ).

### 2.4 Psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS-MDO)

De HONoS is een instrument dat is bedoeld om een indruk te krijgen van het psychiatrisch en sociaal functioneren van de patiënt. Dit gebeurt aan de hand van 12 items. Daaruit kunnen vier subschalen en een totaalscore

worden berekend. De mogelijke scores op de items lopen uiteen van 0 (geen probleem) tot 4 (zeer ernstig probleem).

In deze paragraaf komen de gemiddelde scores per onderzoeksgroep en sector aan de orde als de percentages patiënten met relatief ernstige problemen.

#### *Sector*

Patiënten in de GGz-sector hebben een hogere totaalscore op de HONoS (tabel 17; gecorrigeerde  $F_{(1, 191)}=6,33$ ,  $p=0,013$ ), vertonen meer symptomatologie (subschaal 3; gecorrigeerde  $F_{(1, 201)}=6,43$ ,  $p=0,012$ ), en sociale problemen (subschaal 4; gecorrigeerde  $F_{(1, 193)}=4,74$ ,  $p=0,030$ ).

Zij hebben meer last van hallucinaties of wanen (gecorrigeerde  $F_{(1, 201)}=21,01$ ,  $p=0,000$ ) en problemen in werk, opleiding en vrije tijd (gecorrigeerde  $F_{(1, 200)}=17,23$ ,  $p=0,000$ ).

#### *Onderzoeksgroep*

Patiënten van wie de behandelverantwoordelijken verwachten dat zij op langere termijn een intramurale voorziening nodig hebben (TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B) hebben vergeleken met patiënten die op den duur gedeeltelijk in de maatschappij zullen kunnen verblijven (TBS-C, GGz-C) een hogere totaalscore op de HONoS (tabel 17;  $t=3,57$ ,  $df=200$ ,  $p=0,000$ ). Zij vertonen meer psychiatrische symptomen ( $t=3,07$ ,  $df=192$ ,  $p=0,003$ ) en sociale problemen ( $t=3,77$ ,  $df=200$ ,  $p=0,000$ ). Op itemniveau vertonen zij meer hyperactief of agressief gedrag ( $t=2,296$ ,  $df=200$ ,  $p=0,023$ ), meer wanen of hallucinaties ( $t=3,976$ ,  $df=200$ ,  $p=0,000$ ), en functioneren minder goed wat betreft sociale contacten ( $t=3,06$ ,  $df=200$ ,  $p=0,003$ ), dagelijkse activiteiten ( $t=4,437$ ,  $df=200$ ,  $p=0,000$ ), in werk, opleiding en vrije tijd ( $t=2,14$ ,  $df=199$ ,  $p=0,034$ ), en zijn minder goed aangepast aan hun woonomgeving ( $t=2,50$ ,  $df=200$ ,  $p=0,013$ ). Patiënten van wie de behandelverantwoordelijken verwachten dat zij op langere termijn een intramurale forensische GGz-voorziening nodig hebben (TBS-B, GGz-B) vertonen meer cognitieve problemen ( $t=2,19$ ,  $df=124$ ,  $p=0,03$ ) en hallucinaties of wanen ( $t=2,38$ ,  $df=125$ ,  $p=0,019$ ) vergeleken met patiënten die naar verwachting op den duur een intramurale voorziening in een TBS-instelling nodig hebben (TBS-A, GGz-A).

#### *Percentage patiënten met matige en met ernstige tot zeer ernstige problemen in het psychiatrisch en sociaal functioneren*

Vooral patiënten voor wie de behandelverantwoordelijke op langere termijn een intramurale voorziening het meest geschikt acht (TBS-A, TBS-B, GGz-A, GGz-B) hebben veel problemen in het sociaal functioneren (tabel 18).

#### *Diagnose en HONoS-scores*

Patiënten met de diagnose schizofrenie of een aanverwante stoornis, al dan niet in combinatie met de diagnose persoonlijkheidsstoornis, laten op subschalen van de HONoS meer beperkingen zien (tabel 19;  $t=4,34$ ,

Tabel 18: Percentage patiënten met matige en met ernstige problemen in het psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS)

	Score	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Gedrags- problemen (subschaal 1)	Laag	40	87,0	24	88,9	26	81,2	17	81,0	27	81,8	38	88,4
	Middel	5	10,8	3	11,1	6	18,8	3	14,2	6	18,2	4	9,3
	Hoog	1	2,2	0	0	0	0	1	4,8	0	0	1	2,3
	Totaal	46	100	27	100	32	100	21	100	33	100	43	100
Beperkingen (subschaal2)	Laag	35	76,1	20	74,1	24	75,0	16	76,2	19	57,6	34	79,1
	Middel	9	19,6	6	22,2	6	18,7	3	14,3	13	39,4	8	8,6
	Hoog	2	4,3	1	3,7	2	6,3	2	9,5	1	3,0	1	2,3
	Totaal	46	100	27	100	32	100	21	100	33	100	43	100
Symptomatologie (subschaal 3)	Laag	27	58,7	17	63,0	23	74,1	11	61,1	12	37,4	24	60,0
	Middel	8	17,4	2	7,4	2	6,5	3	16,7	6	18,8	3	7,5
	Hoog	11	23,9	8	29,6	6	19,4	4	22,2	14	43,8	13	32,5
	Totaal	46	100	27	100	31	100	18	100	32	100	40	100
Sociale problemen (subschaal 4)	Laag	17	37,0	11	40,7	20	62,5	0	0	6	18,2	23	53,5
	Middel	15	32,6	5	18,6	5	15,6	8	38,1	14	42,4	8	18,6
	Hoog	14	30,4	11	40,7	7	21,9	13	61,9	13	39,4	12	27,9
	Totaal	46	100	27	100	32	100	21	100	33	100	43	100
Totaalscore HONoS	Laag	24	53,3	17	63,0	22	71,0	4	23,5	8	25,0	25	64,1
	Middel	16	35,6	10	37,0	7	22,5	11	64,7	20	62,5	14	35,9
	Hoog	5	11,1	0	0	2	6,5	2	11,8	4	12,5	0	0
	Totaal	45	100	27	100	31	100	17	100	32	100	39	100

n=aantal patiënten

'Laag': gemiddeld score 0 of 1 (geen of geringe problemen)

'Middel': gemiddeld score 2 (matige problemen)

'Hoog': gemiddeld 3 of hoger (ernstige of zeer ernstige problemen)

p=0,000), meer psychiatrische symptomen (t=5,62, p=0,000) en meer sociale problemen (t=4,37, p=0,000). Hun totaalscore op de HONoS is hoger (t=5,45, p=0,000).

Op itemniveau vertonen zij meer of ernstiger cognitieve problemen (t=6,84, p=0,000) en hallucinaties of wanen (t=12,21, p=0,000). Daarnaast hebben zij meer problemen bij dagelijkse activiteiten (t=4,33, p=0,000), in de woonomgeving (t=3,25, p=0,000) en bij werk, opleiding en vrije tijd (t=4,21, p=0,000).

## 2.5 Benodigd niveau van begeleiding

### Sector

De meerderheid van de patiënten kan volgens de behandelverantwoordelijke functioneren in een kleine groep (acht of minder personen) of grotere groep (meer dan acht personen) (tabel 20). Patiënten in de TBS-sector worden daarbij vaker in staat geacht te kunnen functioneren in de grotere groep dan patiënten uit de GGz-sector (tabel 20; 40,7-51,6% vs 17,4-23,1%).

Tabel 19: Psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS-MDO) en diagnose

	Schizofrenie*		Combinatie schizofrenie* en persoonlijkheidsstoornis		Persoonlijkheidsstoornis		Andere diagnose dan voorgaande drie groepen	
	(n=40)		(n=67)		(n=86)		(n=7)	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
Item 1: hyperactief of agressief gedrag	0,98	1,07	1,07	0,96	1,10	0,98	1,00	1,16
Item 2: automutilatie	0,13	0,65	0,18	0,63	0,27	0,77	0	0
Item 3: alcohol of drugsgebruik	0,30	0,79	0,39	0,82	0,39	0,89	0	0
Item 4: cognitieve problemen	1,13	1,07	1,21	0,99	0,34	0,59	0,71	1,11
Item 5: lichamelijke gezondheid	0,75	0,95	0,79	1,01	0,73	0,99	0,86	1,22
Item 6: hallucinaties, wanen	2,15	1,12	1,67	1,31	0,13	0,40	0,29	0,49
Item 7: depressieve stemming	0,85	0,98	1,00	0,82	0,87	1,18	0,71	0,76
Item 8: overig*	1,11	1,35	1,49	1,29	1,31	1,27	1,14	1,21
Item 9: sociale contacten	2,13	1,54	2,03	1,24	1,69	1,11	2,14	1,22
Item 10: dagelijkse activiteiten	1,42	1,34	1,75	1,13	0,92	1,01	1,14	1,57
Item 11: woonomgeving	1,58	1,36	1,73	1,30	1,09	1,12	1,00	1,41
Item 12: werk, opleiding, vrije tijd	2,10	1,28	2,11	1,20	1,36	1,21	1,00	1,41
Subschaal 1: gedragsproblemen	1,40	1,71	1,64	1,46	1,76	1,75	1,00	1,16
Subschaal 2: beperkingen	1,88	1,52	1,99	1,42	1,07	1,31	1,57	1,90
Subschaal 3: symptomatologie	4,24	2,45	4,14	2,45	2,31	1,98	2,14	1,95
Subschaal 4: sociale problemen	7,00	4,11	7,58	3,77	5,06	3,31	5,29	4,65
Totaalscore HONoS	15,14	7,55	15,50	6,71	10,04	6,02	10,00	8,66

n=aantal patiënten, m=gemiddelde, sd=standaarddeviatie

\* De categorie 'schizofrenie, psychotische stoornis' omvat de diagnoses schizofrenie, psychotische stoornis NAO, a-typische psychotische stoornis en waanstoornis.

De meerderheid van de GGz-patiënten functioneert volgens de behandelverantwoordelijken het beste in een kleine groep.

Een minderheid van de patiënten uit de steekproef ten slotte, heeft individuele begeleiding nodig.

#### Onderzoeksgroep

Van de patiënten van wie de behandelverantwoordelijke verwacht dat zij op langere termijn een intramurale TBS-voorziening nodig hebben (TBS-A, GGz-A) heeft ongeveer 10% individuele (twee op een) begeleiding nodig (tabel 20). Van de patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn onder toezicht gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (TBS-C, GGz-C) heeft ongeveer 10% individuele (één op één) begeleiding nodig.

Tabel 20: Benodigd niveau van begeleiding

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Individueel 2 op 1	5	10,9	0	0,0	1	3,2	3	13,0	1	2,7	0	0,0
Individueel 1 op 1	2	4,3	0	0,0	4	12,9	5	21,7	5	13,5	4	10,3
Kleine groep ( $\leq 8$ )	17	37,0	16	59,3	10	32,3	11	47,8	23	62,2	26	66,7
Grotere groep ( $> 8$ )	22	47,8	11	40,7	16	51,6	4	17,4	8	21,6	9	23,1
Totaal	46	100	27	100	31	100	23	100	37	100	39	100

n=aantal patiënten

Tabel 21: Niveau van zelfstandigheid

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Intensieve zorg en structuur	15	31,9	1	3,7	1	3,1	4	17,4	2	5,4	0	0,0
Reguliere intramurale zorg	12	25,5	15	55,6	8	25,0	14	60,9	24	64,9	13	28,9
Zorg als beschermd wonen	9	19,1	6	22,2	12	37,5	3	13,0	9	24,3	14	31,1
Begeleid wonen af en toe toezicht	4	8,5	4	14,8	3	9,4	1	4,3	1	2,7	9	20,0
Volledig zelfstandig	5	10,6	0	0,0	7	21,9	1	4,3	0	0,0	7	15,6
Anders	2	4,3	1	3,7	1	3,1	0	0,0	1	2,7	2	4,4
Totaal	47	100	27	100	32	100	23	100	37	100	45	100

n=aantal patiënten

## 2.6 Niveau van zelfstandigheid cq. benodigd niveau van zorg

De behandelverantwoordelijken hebben in de vragenlijst aangegeven tot welk niveau van zelfstandigheid de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten momenteel in staat zouden zijn, afgezien van hun delictgevaarlijkheid.

### Sector

Geen verschillen.

### Onderzoeksgroep

In alle onderzoeksgroepen heeft 60 tot 80% van de patiënten ten tijde van het invullen van de vragenlijst intensieve of reguliere intramurale zorg nodig. Patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn een intramurale voorziening nodig hebben (TBS-A, GGz-A, TBS-B, GGz-B), hebben vaker intensieve zorg en structuur of reguliere intramurale zorg nodig dan de overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (tabel 21;  $\chi^2=14,71$ ,  $df 1$ ,  $p=0,000$ ).



## **2.7 Benodigde zorg vanuit verschillende disciplines**

De behandelverantwoordelijke kon in de vragenlijst aangeven of de patiënt zorg nodig heeft van specifieke beroepsgroepen en zo ja hoe frequent.

### *Sector*

Het merendeel van de patiënten in alle onderzoeksgroepen heeft zorg van een psychiater nodig, meestal wekelijks of maandelijks (tabel 22). Maar in de GGz-sector is deze behoefte groter dan in de TBS-sector (gecorrigeerde  $F_{(1, 192)}=10,64$ ,  $p=0,001$ ). Ongeveer 6% ( $n=12$ ) van de patiënten heeft wekelijks of vaker zorg van de huisarts nodig, de overigen slechts af en toe (maandelijks maar meestal minder vaak).

In de GGz-sector hebben meer patiënten zorg van een psychiatrisch verpleegkundige nodig dan in de TBS-sector (gecorrigeerde  $F_{(1, 193)}=38,88$ ,  $p=0,000$ ). In de TBS-sector hebben echter meer patiënten de zorg van een sociotherapeut nodig dan in de GGz-sector (gecorrigeerde  $F_{(1, 193)}=33,43$ ,  $p=0,000$ ).

### *Onderzoeksgroep*

In alle onderzoeksgroepen heeft een aanzienlijk percentage patiënten (71-95,7%) zorg nodig van een psychiater (maandelijks of wekelijks), van een sociotherapeut, meestal dagelijks (58,3-96,8%) en van een maatschappelijk werkende (54,5-69,4%), meestal maandelijks of wekelijks.

Bij patiënten van wie verwacht wordt dat zij op langere termijn gedeeltelijk in de maatschappij kunnen verblijven (TBS-C, GGz-C) geeft de behandelverantwoordelijke vergeleken met de overige patiënten in meer gevallen aan dat zij zorg van de reclassering nodig hebben (tabel 22;  $\chi^2=16,35$ ,  $df 1$ ,  $p=0,000$ ).

## **3 Huidige voorziening van verblijf en meest geschikt geachte voorziening**

### **3.1 Steekproefgegevens**

De behandelverantwoordelijken hebben in de vragenlijst aangegeven in welke voorziening de patiënt op dat moment verbleef (tabel 23) en welke voorziening zij voor de patiënt op dat moment het meest geschikt achtten (tabel 24).

Wat 'meest geschikte' voorzieningen betreft worden de long stay afdeling van een TBS-instelling en een voorziening voor beschermd wonen het meest vermeld (bij respectievelijk 51 en 40 patiënten). Als meest geschikte voorziening konden ook worden aangemerkt een long stay afdeling van een FPK of van een FPA. Hoewel deze nog niet bestaan, zijn ze in de vragenlijst als mogelijkheid opgenomen.

Tabel 22: Benodigde zorg door verschillende beroepsgroepen

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Psychiater</i>												
Dagelijks tot wekelijks	8	21,1	9	34,6	4	13,3	8	34,8	16	43,2	11	25,0
Maandelijks of minder	21	55,3	13	50,0	16	53,3	14	60,9	20	54,1	28	63,6
Geen zorg nodig	9	23,7	4	15,4	10	33,3	1	4,3	1	2,7	5	11,4
Totaal	38	100	26	100	30	100	23	100	37	100	44	100
<i>Psycholoog</i>												
Dagelijks tot wekelijks	12	31,6	13	48,1	10	33,3	14	60,9	16	43,2	19	43,2
Maandelijks of minder	12	31,6	5	18,5	7	23,3	1	4,3	2	5,4	5	11,4
Geen zorg nodig	14	36,8	9	33,3	13	43,3	8	34,8	19	51,4	20	45,5
Totaal	38	100	27	100	30	100	23	100	37	100	44	100
<i>Huisarts</i>												
Dagelijks tot wekelijks	5	13,2	0	0,0	1	3,3	1	4,3	5	13,5	0	0,0
Maandelijks of minder	33	86,8	27	100,0	29	96,7	22	95,7	32	86,5	44	100,0
Totaal	38	100	27	100	30	100	23	100	37	100	44	100
<i>(psychiatrisch) verpleegkundige</i>												
Dagelijks tot wekelijks	4	10,5	7	25,9	6	20,0	15	65,2	27	73,0	23	52,3
Maandelijks of minder	3	7,9	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	3	6,8
Geen zorg nodig	31	81,6	20	74,1	24	80,0	7	30,4	10	27,0	18	40,9
Totaal	38	100	27	100	30	100	23	100	37	100	44	100
<i>Sociotherapeut</i>												
Dagelijks tot wekelijks	36	94,7	26	96,3	27	90,0	13	56,5	22	59,5	24	54,5
Maandelijks of minder	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	2,3
Geen zorg nodig	2	5,3	1	3,7	2	6,7	10	43,5	15	40,5	19	43,2
Totaal	38	100	27	100	30	100	23	100	37	100	44	100
<i>Maatschappelijk werkende</i>												
Dagelijks tot wekelijks	3	7,9	1	3,7	2	6,7	4	17,4	2	5,4	8	18,2
Maandelijks of minder	23	60,5	15	55,6	13	43,3	11	47,8	21	56,8	19	43,2
Geen zorg nodig	12	31,6	11	40,7	15	50,0	8	34,8	14	37,8	17	38,6
Totaal	38	100	27	100	30	100	23	100	37	100	44	100
<i>Paramedisch</i>												
Zorg nodig	10	26,3	7	25,9	5	16,7	7	30,4	5	13,5	8	18,2
Geen zorg nodig	28	73,7	20	74,1	25	83,3	16	69,6	32	86,5	36	81,8
Totaal	38	100	27	100	30	100	23	100	37	100	44	100
<i>Reclassering</i>												
Zorg nodig	2	5,3	2	7,4	11	36,7	4	17,4	4	10,8	13	29,5
Geen zorg nodig	36	94,7	25	92,6	19	63,3	19	82,6	33	89,2	31	70,5
Totaal	38	100	27	100	30	100	23	100	37	100	44	100

n=aantal patiënten

*Onderzoeksgroep*

Het globale beeld is dat de voorziening die momenteel het meest geschikt wordt geacht zich ergens op het continuüm bevindt van de voorziening waar de patiënt op het moment van het invullen van de vragenlijst verbleef en het type voorziening dat op de langere termijn haalbaar wordt geacht (tabel 23).

Een minderheid van patiënten valt echter buiten dit patroon. Zo wordt in de TBS-A groep voor twee patiënten een beschermde woonvorm de meest geschikte voorziening geacht. Hetzelfde geldt voor drie patiënten uit de TBS-B groep en zeven patiënten uit de GGz-B groep. Verder wordt voor vier patiënten uit de GGz-B groep een TBS-kliniek als meest geschikte voorziening aangemerkt.

*Meest geschikte voorziening 'anders' en opmerkingen*

In een aantal gevallen hebben de behandelverantwoordelijken bij de meest geschikte voorziening een opmerking over voorwaarden met betrekking tot veiligheid. De meest voorkomende opmerkingen betroffen:

*Toezicht.* Bij beschermd wonen is dagelijks of wekelijks toezicht nodig op delictgerelateerd gedrag (7x). De meest geschikte voorziening zou zijn een gesloten woonsetting bij beschermd wonen of zelfstandig wonen op terrein gesloten instelling (4x). *Medicatie.* Het meest wenselijke zou zijn ambulante behandeling met depotmedicatie onder dwang (2x).

**3.2 Behoeft aan specifieke voorzieningen, de steekproefgegevens geëxtrapoleerd naar het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit het onderzoek**

Om te kunnen beschrijven in welke mate aan specifieke voorzieningen behoefte is, zijn de aantallen en percentages met betrekking tot de patiënten uit de steekproef (tabel 23 en 24), geëxtrapoleerd naar het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit het onderzoek (tabel 25 en 26). Het aantal patiënten dat sinds peildatum inmiddels op enigerlei wijze transmuuraal verblijft is gering (zie de categorie 'anders' bij tabel 23) en is bij de extrapolatie buiten beschouwing gelaten.

In het navolgende worden weergegeven (geëxtrapoleerd naar het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in het onderzoek): de voorzieningen waar de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten verblijven ten tijde van het invullen van de vragenlijst (3.2.1) en de voorzieningen die de behandelverantwoordelijken voor deze patiënten ten tijde van het invullen van de vragenlijst het meest geschikt achten (3.2.2).

Tabel 23: Voorziening waar de patiënt verbleef ten tijde van het invullen van de vragenlijst

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>TBS-kliniek</i>														
VIC/ICU TBS-kliniek	2	4,3	3	11,1	1	2,9	0	0	0	0	0	0	6	2,8
Extra beveiligde afdeling TBS-kliniek (gesloten)	9	19,1	3	11,1	4	11,8	0	0	0	0	0	0	16	7,5
Normaal beveiligde afd. TBS-kliniek (gesloten)	22	46,7	14	51,9	17	50,1	2	8,7	1	2,7	1	2,2	57	26,8
Resocialisatieafdeling TBS-kliniek	0	0	5	18,5	4	11,8	0	0	0	0	1	2,2	10	4,7
Long stay afdeling TBS-kliniek	10	21,3	2	7,4	1	2,9	0	0	0	0	0	0	13	6,1
Subtotaal TBS	43	91,4	27	100	27	79,5	2	8,7	1	2,7	2	4,4	102	47,9
<i>FPK</i>														
Gesloten afdeling FPK	0	0	0	0	0	0	9	39,1	17	45,9	17	37,8	43	20,2
Open afdeling FPK	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,7	1	2,2	2	0,9
Open resocialisatieafdeling FPK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6,7	3	1,4
Long stay afdeling FPK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotaal FPK	0	0	0	0	0	0	9	39,1	18	48,6	21	46,7	48	22,5
<i>FPA</i>														
Gesloten FPA	0	0	0	0	0	0	4	17,4	7	18,9	6	13,3	17	7,9
Open FPA	0	0	0	0	1	2,9	0	0	3	8,2	4	8,9	8	3,8
Open resocialisatie FPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	11,2	5	2,3
Long stay afdeling FPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotaal FPA	0	0	0	0	1	2,9	4	17,4	10	27,1	15	33,4	30	14
<i>Gesloten afdeling langdurige zorg APZ</i>														
KIB	0	0	0	0	0	0	1	4,3	1	2,7	0	0	2	0,9
Anders*	2	4,3	0	0	0	0	1	4,3	0	0	2	4,4	5	2,4
Niet van toepassing**	2	4,3	0	0	5	14,7	3	13,0	0	0	3	6,7	13	6,2
Niet ingevuld	0	0	0	0	1	2,9	0	0	1	2,7	1	2,2	3	1,4
Totaal	47	100	27	100	34	100	23	100	37	100	45	100	213	100

n=aantal patiënten

\* Deze patiënten zijn inmiddels opgenomen binnen een transmurale (gesloten) afdeling van een APZ, een gesloten resocialisatieafdeling van een FPA, een open afdeling en een RIBW.

\*\* Van deze patiënten wonen er zes inmiddels (transmuraal) in hun eigen woning, vier zijn ingesloten in een penitentiaire inrichting en één patiënt is in vrijheid gesteld. Bij de twee overige patiënten zijn de omstandigheden onbekend.

Tabel 24: Meest geschikte voorziening ten tijde van het invullen van de vragenlijst

	TBS-A		TBS-B		TBS-C		GGz-A		GGz-B		GGz-C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>TBS-kliniek</i>												
VIC/ICU TBS-kliniek	1	2,1	1	3,7	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0
Extra beveiligde afdeling	3	6,4	1	3,7	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0
TBS-kliniek (gesloten)												
Normaal beveiligde afdeling	4	8,5	5	18,5	8	23,5	1	4,3	1	2,7	0	0,0
TBS-kliniek (gesloten)												
Resocialisatieafdeling	0	0,0	1	3,7	3	8,8	0	0,0	1	2,7	2	4,4
TBS-kliniek												
Long stay afdeling TBS-kliniek	29	61,7	7	25,9	4	11,8	7	30,4	2	5,4	2	4,4
Subtotaal TBS	37	78,7	15	55,5	15	44,1	10	39,3	4	10,8	4	8,8
<i>FPK</i>												
Gesloten afdeling FPK	1	2,1	0	0,0	0	0,0	2	8,7	4	10,8	3	6,7
Open afdeling FPK	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	4	8,9
Open resocialisatieafdeling FPK	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
Long stay afdeling FPK	2	4,3	2	7,4	2	5,9	5	21,7	2	5,4	3	6,7
Subtotaal FPK	3	6,4	2	7,4	2	5,9	7	30,4	7	18,9	11	24,5
<i>FPA</i>												
Gesloten FPA	0	0,0	3	11,1	1	2,9	0	0,0	2	5,4	1	2,2
Open FPA	0	0,0	2	7,4	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Open resocialisatie FPA												
Long stay afdeling FPA	0	0,0	1	3,7	1	2,9	0	0,0	5	13,5	3	6,7
Subtotaal FPA	0	0	6	22,2	3	8,7	0	0	7	18,9	4	8,9
<i>Gesloten afdeling langdurige zorg APZ</i>	2	4,3	1	3,7	0	0,0	2	8,7	10	27,0	1	2,2
<i>Beschermde woonvorm</i>	2	4,3	3	11,1	10	29,3	0	0,0	7	18,9	18	40,0
Anders	3	6,4	0	0,0	2	5,9	4	17,4	2	5,4	7	15,6
Niet ingevuld	0	0,0	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Totaal	47	100	27	100	34	100	23	100	37	100	45	100

n=aantal patiënten

Extrapolatiegewichten huidige voorziening: TBS-A: 180/43; TBS-B: 107/27; TBS-C: 142/28; GGz-A: 24/19; GGz-B: 79/36; GGz-C: 106/39.

De totale aantallen 'blijvend delictgevaarlijke patiënten' in deze tabel wijken door afrondingen bij de extrapolatie enigszins af van het in het onderzoek gevonden totale aantal (n=658).

### 3.2.1 Voorziening van verblijf ten tijde van het invullen van de vragenlijst

Op het moment van het invullen van de vragenlijst verblijven de meeste patiënten op een (extra) beveiligde afdeling van een TBS-kliniek (deze zijn per definitie gesloten) of een gesloten afdeling van een FPK (tabel 25). Samen met een gesloten afdeling van een FPA herbergen deze afdelingen

**Tabel 25: Voorziening waar de patiënt verbleef ten tijde van het invullen van de vragenlijst: extrapolatie naar het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten**

	TBS-A	TBS-B	TBS-C	GGz-A	GGz-B	GGz-C	Totaal	
	n	n	n	n	n	n	n	%
<i>TBS-kliniek</i>								
VIC/ICU TBS-kliniek	8	12	5	0	0	0	25	3,93
Extra beveiligde afdeling	38	12	20	0	0	0	70	11,00
TBS-kliniek (gesloten)								
Normaal beveiligde afdeling	92	55	85	3	2	2	239	37,58
TBS-kliniek (gesloten)								
Resocialisatieafdeling	0	20	20	0	0	3	43	6,76
TBS-kliniek								
Long stay afdeling	42	8	5	0	0	0	55	8,65
TBS-kliniek								
Subtotaal TBS	180	107	135	3	2	5	432	67,92
<i>FPK</i>								
Gesloten afdeling FPK	0	0	0	11	37	46	94	14,78
Open afdeling FPK	0	0	0	0	2	3	5	0,79
Open resocialisatie-afdeling FPK	0	0		0	0	8	8	1,26
Long stay afdeling FPK	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotaal FPK	0	0	0	11	40	57	108	16,98
<i>FPA</i>								
Gesloten FPA	0	0	0	5	15	16	36	5,66
Open FPA	0	0	5	0	7	11	23	3,62
Open resocialisatie FPA	0	0	0	0	0	14	14	2,20
Long stay afdeling FPA	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotaal FPA	0	0	5	5	22	41	73	11,48
<i>Gesloten afdeling langdurige zorg APZ</i>	0	0	0	4	13	3	20	3,14
<i>KIB</i>	0	0	0	1	2	0	3	0,47
<b>Totaal</b>	<b>180</b>	<b>107</b>	<b>140</b>	<b>24</b>	<b>79</b>	<b>106</b>	<b>636</b>	<b>100</b>

n=aantal patiënten

\* Ten tijde van het invullen van de vragenlijst (tussen maart en augustus 2004).

De categorieën 'anders' en 'niet ingevuld' (zie tabel 23 en 24) zijn niet in de berekening meegenomen.

439 van de 636 'blijvend delictgevaarlijke patiënten'. Op long stay afdelingen van een TBS-kliniek bevinden zich 55 van deze patiënten.

### 3.2.2 Meest geschikt geachte voorziening op korte termijn

In tabel 26 zijn de schattingen van de behandelverantwoordelijken weergegeven van de voorzieningen waaraan voor de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten op korte termijn (ten tijde van het invullen van de vragenlijst) behoefte is.

*'Blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de TBS-sector*

Naar schatting is er behoefte aan gesloten long stay voorzieningen binnen een TBS-kliniek voor 147 patiënten uit de TBS-sector (119 patiënten uit de A-groep en 28 patiënten uit de B-groep). Voor 19 patiënten uit de TBS-sector (patiënten uit de C-groep) is volgens behandelverantwoordelijken behoefte aan een intramurale 'open' long stay voorziening waarbij de patiënt zich met toezicht gedeeltelijk in de maatschappij kan bewegen (bijvoorbeeld binnen de TBS-kliniek wonen, maar buiten werken).

Voor 16 patiënten uit de TBS-sector (8 patiënten uit de A-groep en 8 uit de B-groep) achten de behandelverantwoordelijken een intramurale gesloten long stay afdeling binnen een FPK het meest geschikt. Voor 9 patiënten (uit de C-groep) wordt een open long stay afdeling binnen een FPK het meest geschikt geacht.

Voor 12 patiënten uit de TBS-sector (8 uit de A-groep en 4 uit de B-groep) is er behoefte aan voorzieningen vergelijkbaar met een gesloten afdeling voor langdurige zorg binnen een APZ. Volgens de behandelverantwoordelijken is voor 67 TBS-gestelden een beschermde woonvorm het meest geschikt (8 patiënten uit de A-groep en 12 uit de B-groep en 47 uit de C-groep). Uitgaande van de selectiecriteria voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in dit onderzoek moet het gaan om een woonvorm met voldoende dagelijks toezicht op delictgerelateerd gedrag.

*'Blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de GGz-sector*

Voor 14 patiënten (9 patiënten uit de A-groep en 5 uit de B-groep) is er volgens de behandelverantwoordelijken behoefte aan een gesloten long stay voorziening vergelijkbaar qua beveiliging met een long stay afdeling binnen een TBS-kliniek. Voor 6 patiënten wordt een open long stay voorziening die zich bijvoorbeeld bevindt op het terrein van TBS-instelling het meest geschikt geacht (patiënten uit de C-groep).

Behandelverantwoordelijken achten een gesloten long stay afdeling binnen een FPK voor 25 patiënten het meest geschikt (9 patiënten uit de A-groep en 16 uit de B-groep). Voor 8 patiënten (uit de C-groep) is er volgens de behandelverantwoordelijken behoefte aan een open long stay voorziening binnen een FPK.

Voor 11 patiënten uit de GGz-sector (patiënten uit de B-groep) is er volgens behandelverantwoordelijken behoefte aan een long stay afdeling binnen een FPA. Voor 9 patiënten (uit de C-groep) zou een open long stay afdeling binnen een FPA de meest geschikte voorziening zijn.

Behandelverantwoordelijken achten voor 26 patiënten (3 uit de A-groep en 23 uit de B-groep) een gesloten afdeling voor langdurige zorg in een APZ het meest geschikt en voor 3 patiënten (uit de C-groep) een open afdeling voor langdurige zorg binnen een APZ.

Naar schatting is er voor 66 GGz-patiënten (16 patiënten uit de B-groep en 50 uit de C-groep), behoefte aan een beschermde woonvorm waarbij er voldoende toezicht is op delictgerelateerd gedrag.

In totaal wordt door behandelverantwoordelijken geschat dat er op korte termijn behoefte is aan 212 intramurale long stay voorzieningen voor patiënten uit de TBS-sector en 88 intramurale long stay voorzieningen voor patiënten uit de GGz-sector.

Daarnaast is er naar schatting voor 67 patiënten uit de TBS-sector en voor 66 patiënten uit de GGz-sector behoefte aan een beschermde woonvorm met voldoende toezicht op delictgerelateerd gedrag.

Voor de 204 overige 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten (148 patiënten uit de TBS-sector en 56 patiënten uit de GGz-sector) wordt een divers aantal andere intramurale (overwegend gesloten) voorzieningen aangemerkt als meest geschikt op korte termijn. Zoals blijkt uit de resultaten van hoofdstuk 5 zal vermoedelijk ook van deze patiënten een aanzienlijk aantal op langere termijn een verblijfplaats nodig hebben, hetzij een intramurale long stay plaats, hetzij een plaats in een voorziening voor beschermd wonen met voldoende toezicht op delictgerelateerd gedrag.

De categorieën 'anders' en 'niet ingevuld' (zie tabel 32) zijn niet in de berekening meegenomen.

Extrapolatiegewichten: TBS-A: 180/44; TBS-B: 107/27; TBS-C: 142/30; GGz-A: 24/19; GGz-B: 79/35; GGz-C: 106/38. De totale aantallen 'blijvend delictgevaarlijke patiënten' in deze tabel wijken door afrondingen bij de extrapolatie enigszins af van het in het onderzoek gevonden totale aantal (n=658).

Voorals de behoefte aan long stay plaatsen in een TBS-kliniek (of daarmee vergelijkbare voorzieningen) en aan voorzieningen voor beschermd wonen onder toezicht is groot.

De behandelverantwoordelijken hebben niet expliciet aangegeven of een long stay plaats open of gesloten zou moeten zijn. Deze schatting is gemaakt op basis van de indeling in onderzoeksgroepen. Bij patiënten uit de A- en B-groepen is ervan uitgegaan dat de long stay plaats gesloten moest zijn terwijl bij patiënten uit de C-groepen de plaats gedeeltelijk open zou kunnen zijn.

Ook binnen FPK's en FPA's is er behoefte aan long stay plaatsen. De schatting op kortere termijn daarvan ligt echter aanzienlijk lager dan die van TBS-long stay plaatsen, terwijl de schattingen op langere termijn in omvang minder van elkaar verschillen.

Enkele mogelijke oorzaken zijn de volgende. Long stay voorzieningen in de forensische GGz bestaan nog niet, daardoor worden zij wellicht door behandelverantwoordelijken als een minder voor de hand liggend alternatief beschouwd. Zo wordt voor een aantal patiënten uit de B-groepen een plaats in een TBS long stay voorziening als meest geschikt aangemerkt, evenals een gesloten afdeling van een APZ. Bovendien wordt ten tijde van het invullen van de vragenlijst voor een aanzienlijk aantal patiënten uit de B- en C-groepen een reguliere gesloten afdeling (van TBS-kliniek, FPK of FPA) het



**Tabel 26: Meest geschikt geachte voorziening ten tijde van het invullen van de vragenlijst: extrapolatie naar het totale aantal 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten**

	TBS-A	TBS-B	TBS-C	GGz-A	GGz-B	GGz-C	Totaal	
	n	n	n	n	n	n	n	%
<i>TBS-kliniek</i>								
VIC/ICU TBS-kliniek	4	4	0	1	0	0	9	1,41
Extra beveiligde afdeling	12	4	0	1	0	0	17	2,67
TBS-kliniek (gesloten)								
Normaal beveiligde afdeling TBS-kliniek (gesloten)	16	20	37	1	2	0	76	11,93
Resocialisatieafdeling TBS-kliniek	0	4	14	0	2	6	26	4,08
Long stay afdeling TBS-kliniek	119	28	19	9	5	6	186	29,20
Subtotaal TBS	151	60	70	12	9	11	313	49,14
<i>FPK</i>								
Gesloten afdeling FPK	4	0	0	3	9	9	25	3,92
Open afdeling FPK	0	0	0	0	2	11	13	2,04
Open resocialisatieafdeling FPK	0	0	0	0	0	3	3	0,47
Long stay afdeling FPK	8	8	9	6	5	8	44	6,91
Subtotaal FPK	12	8	9	9	16	31	85	13,34
<i>FPA</i>								
Gesloten FPA	0	12	5	0	5	3	25	3,92
Open FPA	0	8	5	0	0	0	13	2,41
Open resocialisatie FPA	0	0	0	0	0	0	0	0
Long stay afdeling FPA	0	4	5	0	11	9	29	4,55
Subtotaal FPA	0	24	14	0	16	11	65	10,20
<i>Gesloten afdeling langdurige zorg APZ</i>	8	4	0	3	23	3	41	6,44
<i>Beschermde woonvorm</i>	8	12	47	0	16	50	133	20,88
<b>Totaal</b>	<b>179</b>	<b>108</b>	<b>140</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>106</b>	<b>637</b>	<b>100</b>

n=aantal patiënten

meest geschikt geacht. Een mogelijkheid is dat een aantal patiënten uit de B- en C- groepen die naar verwachting op langere termijn naar een intramurale plaats in de forensische GGz zouden kunnen doorstromen of gedeeltelijk in de maatschappij zouden kunnen functioneren daar ten tijde van het invullen van de vragenlijst nog niet aan toe zijn.

## Uitgebreide tabellen

**Tabel 6A: De volgens de behandelverantwoordelijke meest doorslaggeven-  
de aspecten voor inschatting van de betreffende patiënt als  
'blijvend delictgevaarlijk'**

	Patiënten bij wie het betreffende aspect van toepassing is	
	Aantal	%
<i>De mate waarin de patiënt delicten pleegt of ernstige incidenten veroorzaakt tijdens de behandeling of tenuitvoerlegging van de maatregel</i>		
Ernstige incidenten tijdens behandeling	67	32,7
Ernstige delicten tijdens behandeling	37	18,0
Actuele agressie	35	17,1
Overtreden voorwaarden tijdens eerdere behandeling	34	16,6
<i>De mate waarin de patiënt als persoon verbonden is met zijn delictgedrag</i>		
Delictgedrag is deels ingeslepen gedragspatroon	82	40,0
Mate waarin patiënt fantaseert over het delict	24	11,7
Patiënt koestert een criminele identiteit	8	3,9
Patiënt gaat snel over op maximaal geweld	7	3,4
<i>Omvang of ernst van de persoonlijkheidspathologie</i>		
De patiënt ontbreekt het aan zelfreflectiemogelijkheden	86	42,0
Er is sprake van cognitieve vertekeningen	78	38,0
De patiënt lijdt aan co-morbiditeit	62	30,2
Er is sprake van een antisociale persoonlijkheidsstoornis	40	19,5
Er is sprake van een blijvende paranoïde waan	40	19,5
Het ontbreekt de patiënt aan geweten	37	18,0
De patiënt gebruikt de ander instrumenteel	35	17,1
Frustratietolerantie ontbreekt bij de patiënt	29	14,1
Er is sprake van een sterke mate van vijandigheid	23	11,2
Hoge mate psychopathie	20	9,8
De patiënt is pedoseksueel	20	9,8
Er is sprake van een sterke mate van seksuele deviatie	19	9,3
De patiënt vertoont gewelddadig gedrag in combinatie met een autistische stoornis	14	6,8
Patiënt geeft blijk van sadisme	9	4,4
<i>Delictgeschiedenis en delictkenmerken</i>		
Aantal en ernst eerdere delicten	65	31,7
Eerder geweld tijdens psychotische periode	52	25,3
Een eerdere TBS-behandeling is mislukt	24	11,7
Patiënt heeft een tweede TBS opgelegd gekregen	23	11,2
Willekeur in slachtofferkeuze	19	9,3
Cumulatie van veel verschillende typen delicten	15	7,3

	Patiënten bij wie het betreffende aspect van toepassing is	
	Aantal	%
Pluriformiteit in seksuele delicten	7	3,4
Blijvende contacten met criminele wereld	3	1,5
<i>Duurzame gedragsproblematiek</i>		
Er is sprake van een verslavingsproblematiek	70	34,1
De patiënt is extreem structuurafhankelijk	60	29,3
De patiënt vertoont voortdurend externaliserend gedrag	46	22,4
De patiënt heeft chronische impuls controlestoornissen	31	15,1
De patiënt stapelt krenkingen op en wil deze wreken	22	10,7
De patiënt heeft een niet te beïnvloeden organische stoornis	15	7,3
Er is sprake van progressie van de stoornis	6	2,9
De patiënt persisteert in het gebruik van harddrugs	5	2,4
<i>Weerstand en onvermogen van de patiënt ten aanzien van behandeling</i>		
Het ontbreekt de patiënt aan behandelmotivatie	54	26,3
Overeenstemming met de patiënt over de risicofactoren ontbreekt	50	24,4
De patiënt is onvoldoende in staat om contact of een werkrelatie met de hulpverlener te onderhouden	39	19,0
Er is een blijvend negatieve houding t.o.v. de behandelaar	37	18,0
De patiënt heeft onwil tegen samenwerking	30	14,6
De patiënt blijkt zich te verzetten tegen de opgelegde maatregel	27	13,2
Het gebrek aan medicatietrouw bij de psychotische patiënt	25	12,2
De psychotische patiënt is niet stabiel in te stellen op medicatie	19	9,3
De patiënt houdt zich niet aan afspraken tijdens het verlof	18	8,8
Voorafgaand aan de TBS gedwongen opnames in psychiatrisch ziekenhuis	18	8,8
De patiënt is niet begeleidbaar/controleerbaar	15	7,3
De patiënt onttrekt zich aan de behandeling	10	4,9
De pedoseksuele patiënt wil geen (depot)medicatie	6	2,9
<i>Ontoegankelijkheid van het delict voor behandeling</i>		
De patiënt heeft onvoldoende probleembesef of ziekte-inzicht	97	47,8
De patiënt bagatelliseert agressieve daden of delicten	74	36,1
Patiënt neemt onvoldoende verantwoordelijkheid voor het delict	67	32,7
De patiënt kan het delictscenario niet onderkennen	34	16,6
De patiënt ontkent het delict	17	8,3
<i>Ontbreken sociaal-maatschappelijke inbedding</i>		
Er is een gebrek aan een ondersteunend netwerk	59	28,8
Er ontbreekt een maatschappelijk toekomstperspectief	56	27,3
<i>Onvermogen behandelaars of behandeling</i>		
De tweede TBS-behandeling slaat niet aan	24	11,7
De behandelaars zien geen behandelperspectief meer	24	11,7
Paradoxe werking van de behandeling	4	2,0

Van 27 patiënten ontbreken gegevens

**Tabel 7A: Omstandigheden die de kans op een te plegen delict verhogen**

Omstandigheden die delictgevaar kunnen veroorzaken	Patiënten bij wie de betreffende omstandigheid van toepassing is	
	Aantal	%
De patiënt gaat alcohol of drugs gebruiken	134	63,8
Patiënt verliest de door de kliniek geboden structuur	130	61,9
Delictgevaar ontstaat in reactie op onlustgevoelens	103	49,0
De patiënt staakt het medicatiegebruik	102	48,6
Delictgevaar door een gebrekkige impulscontrole	77	36,7
Delictgevaar in reactie op stemmingswisselingen	76	36,2
Delictgevaar ontstaat door relationele problemen	64	30,5
Delictgevaar door een interpersoonlijk conflict	61	29,0
Delictgevaar in reactie op fantasieën	56	26,7
Delictgevaar door de betrokkenheid met het criminele milieu	28	13,3

Van 22 patiënten ontbreken gegevens

**Tabel 8A: Factoren die vermindering van de delictgevaarlijkheid belemmeren**

	Patiënten bij wie de betreffende factor van toepassing is	
	Aantal	%
<i>Patiëntgebonden factoren</i>		
Gebrek probleembesef/ziekte-inzicht patiënt, buiten zichzelf leggen verantwoordelijkheid voor delicten, onbespreekbaarheid/ontoegankelijkheid delicten of fantasieën daaromtrent	153	75,7
De patiënt is niet in staat tot opbouwen/onderhouden van een ondersteunend sociaal maatschappelijk netwerk	92	45,5
Vermogen patiënt tot samenwerking te gering	90	44,6
Motivatie patiënt voor behandeling te gering	88	43,6
Te geringe leercapaciteiten patiënt	84	41,6
Patiënt reageert slecht op behandeldruk	63	31,2
Patiënt houdt zich niet aan afspraken m.b.t. alcohol/drugsgebruik	54	26,7
Bereidheid patiënt tot samenwerking te gering	53	26,2
Patiënt onvoldoende betrouwbaar in medicatiegebruik	46	22,8
Overeenstemming behandeldoelen lukt niet	37	18,3
Patiënt houdt zich niet aan afspraken m.b.t. vermijden risicovolle situaties	31	15,3
Bij resocialisatie blijkt draagkracht patiënt te gering	20	9,9
Andere patiëntgebonden factoren	13	6,4

	Patiënten bij wie de betreffende factor van toepassing is	
	Aantal	%
<i>Behandelaargebonden factoren</i>		
Behandelaars menen dat behandeling geen zin heeft	37	18,3
Behandelaars raken uitgeput door deze patiënt	36	17,8
Behandelaars missen deskundigheid specifieke problematiek	11	5,4
Andere behandelaargebonden factoren	10	5,0
<i>Fysieke en sociale omgeving</i>		
Sociale omgeving instelling ongeschikt	24	11,9
Fysieke omgeving instelling ongeschikt	22	10,9
<i>Wetenschapgebonden factoren</i>		
Geen reëel behandelperspectief bij huidige stand wetenschap en praktijk	52	25,7
Onvoldoende in te stellen op medicatie	25	12,4
<i>Wet- en regelgeving, opvattingen, beleid en ethiek</i>		
Wet- en regelgeving belemmert optimale behandeling.	18	8,9
Maatschappelijke druk voor weinig vrijheden belemmert optimale behandeling	10	5,0
Behandeling in NL niet beschikbaar	6	3,0
Behandeling in NL niet geaccepteerd	3	1,5
Andere regelgeving/opvatting gerelateerde belemmeringen	3	1,5
<i>Sociaal-economische factoren</i>		
Te weinig plaatsen voor specifieke behandeling/problematiek	23	11,4
Behandeling te kostbaar	5	2,5
Behandeling niet optimaal door te weinig groepsleiding	4	2,0
Behandeling niet optimaal door te weinig psychologen	3	1,5
Behandeling niet optimaal door te weinig verpleegkundigen	2	1,0
Behandeling niet optimaal door te weinig psychiaters	1	0,5
Wachttijd behandeling door te weinig psychiaters	1	0,5
Wachttijd behandeling door te weinig verpleegkundigen	1	0,5
Andere sociaal-economische factoren	1	0,5

Van 22 patiënten ontbreken gegevens

## WODC-rapporten

Om zo veel mogelijk belanghebbenden te informeren over de onderzoeksresultaten van het WODC wordt een beperkte oplage van de rapporten kosteloos verspreid onder functionarissen, werkgroepen en instellingen binnen en buiten het ministerie van Justitie. Dit gebeurt aan de hand van een verzendlijst die afhankelijk van het onderwerp van het rapport opgesteld wordt. De rapporten in de reeks Onderzoek en beleid (O&B) worden uitgegeven door Boom Juridische uitgevers en zijn voor belangstellenden die niet voor een kosteloos rapport in aanmerking komen, te bestellen bij Boom distributiecentrum, postbus 400, 7940 AK Meppel, tel.: 0522-23 75 55, via e-mail: [bdc@bdc.boom.nl](mailto:bdc@bdc.boom.nl).

Een complete lijst van de WODC-rapporten is te vinden op de WODC-site ([www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)). Daar zijn ook de uitgebreide samenvattingen te vinden van alle vanaf 1997 verschenen WODC-rapporten. Volledige teksten van de rapporten (vanaf 1999) zullen met terugwerkende kracht op de WODC-site beschikbaar komen. Hieronder volgen de titelbeschrijvingen van de in 2002, 2003 en 2004 verschenen rapporten.

**Kamphorst, P.A., G.J. Terlouw**

*Van vast naar mobiel; een evaluatie van het experiment met elektronisch huisarrest voor minderjarigen als modaliteit voor de voorlopige hechtenis*  
2002, O&B 195

**Moolenaar, D.E.G., F.P. van Tulder, G.L.A.M. Huijbregts, W. van der Heide**

*Prognose van de sanctiecapaciteit tot en met 2006*  
2002, O&B 196

**Bokhorst, R.J., C.H. de Kogel, C.F.M. van der Meij**

*Evaluatie van de Wet BOB; fase 1: de eerste praktijkervaringen met de Wet bijzondere opsporingsbevoegdheden*  
2002, O&B 197

**Kleemans, E.R., M.E.I. Brienens, H.G. van de Bunt m.m.v.**

**R.F. Kouwenberg, G. Paulides, J. Barendsen**

*Georganiseerde criminaliteit in Nederland; tweede rapportage op basis van de WODC-monitor*  
2002, O&B 198

**Voert, M. ter, J. Kuppens**

*Schijn van partijdigheid rechters*  
2002, O&B 199

**Daalder, A.L.**

*Het bordeelverbod opgeheven; prostitutie in 2000-2001*  
2002, O&B 200

**Klijn, A.**

*Naamrecht*  
2002, O&B 201

**Kruissink, M., C. Verwers**

*Jeugdreclassering in de praktijk*  
2002, O&B 202

**Eshuis, R.J.J.**

*Van rechtbank naar kanton; evaluatie van de competentiegrensverhoging voor civiele handelszaken in 1999*

2002, O&B 203

**Meijer, R.F., M. Grapendaal, M.M.J. van Ooyen, B.S.J. Wartna, M. Brouwers, A.A.M. Essers**

*Geregistreeerde drugcriminaliteit in cijfers; achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor: Jaarbericht 2002*

2003, O&B 204

**Tak, P.J.J.**

*The Dutch criminal justice system; organization and operation – second revised edition*

2003, O&B 205

**Kromhout, M., M. van San**

*Schimmige werelden; nieuwe etnische groepen en jeugdcriminaliteit*

2003, O&B 206

**Kogel, C.H. de, C. Verwers**

*De longstay afdeling van Veldzicht; een evaluatie*

2003, O&B 207

**Moolenaar, D.E.G., G.L.A.M. Huijbregts**

*Sanctiecapaciteit 2007; een beleidsneutrale prognose*

2003, O&B 208

**Eshuis, R.J.J.**

*Claims bij de rechtbank*

2003, O&B 209

**Combrink-Kuiters, L., E. Niemeyer, M. ter Voert m.m.v. N. Dijkhoff, M. van Gammeren-Zoetewij, J. Kuppens**

*Ruimte voor Mediation*

2003, O&B 210

**Heide, W. van der, A.Th.J. Eggen (red.)**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2001; Ontwikkelingen en samenhangen*

2003, O&B 211

**European Sourcebook**

*European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics – 2003*

2003, O&B 212

**Smit, P.R., F.P. van Tulder, R.F. Meijer, P.P.J. Groen**

*Het ophelderingspercentage nader beschouwd*

2003, O&B 213

**Dijksterhuis, B.M., M.J.G. Jacobs, W.M. de Jongste**

*De competentiegrens van enkelvoudige kamers in strafzaken*

2003, O&B 214

**Bunt, H.G. van de, C.R.A. van der Schroot**

*Prevention of Organised Crime*

2003, O&B 215

- Wartna, B., N. Tollenaar  
*Bekenden van Justitie*  
2004, O&B 216
- Moolenaar, D.E.G., P.P.J. Groen, A.G. Mein, B.S.J. Wartna, M. Blom  
*Wegenverkeerswet 1994*  
2004, O&B 217
- Faber, W., A.A.A. van Nunen  
*Uit onverdachte bron*  
2004, O&B 218
- Velthoven, B.C.J. van, M.J. ter Voert m.m.v. M. van Gammeren-Zoetewij  
*Geschildbeslechtsdelta 2003; Over verloop en afloop van (potentieel)  
juridische problemen van burgers*  
2004, O&B 219
- Leuw E., R.V. Bijlt, A. Daalder  
*Pedoseksuele delinquentie; Een onderzoek naar prevalentie, toedracht en  
strafrechtelijke interventies*  
2004, O&B 220
- Leertouwer, E.C., G.L.A.M. Huijbregts  
*Sanctiecapaciteit 2008*  
2004, O&B 221
- Beijer, A., R.J. Bokhorst, M. Boone, C.H. Brants, J.M.W. Lindeman  
*De wet bijzondere opsporingsbevoegdheden – eindevaluatie*  
2004, O&B 222
- Moors, J.A., M.Y.W. Von Bergh, S. Bogaerts, J.W.M.W. van Poppel,  
A.M. van Kalmthout  
*Kiezen voor delen?*  
2004, O&B 223
- Adriaanse, J.A.A., N.J.H. Huls, J.G. Kuijl, P. Vos  
*Informe reorganisatie in het perspectief van surseance van betaling,  
WSNP en faillissement*  
2004, O&B 224
- Jong, P.O. de, M. Herweijer  
*Alle regels tellen*  
2004, O&B 225
- Kogel, C.H. de, C. Verwers, V.E. den Hartogh  
*'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele  
verheldering*  
2004, O&B 226