

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/163027>

Please be advised that this information was generated on 2020-10-29 and may be subject to change.

# (Te) lang in tbs?

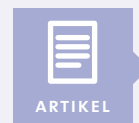
## *Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in tbs-behandeling zijn*

H. NIJMAN, S. LAMMERS, M. VRINTEN, E. BULTEN

- ACHTERGROND** In 2013 waren er bijna 100 patiënten die 15 jaar of langer in de tbs verbleven.
- DOEL** Onderzoeken van de kenmerken van tbs-patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs verkeren en inventariseren van oplossingen die volgens behandelaren en deskundigen mogelijk de uit- en doorstroom van deze patiënten op verantwoorde wijze bevorderen.
- METHODE** De groep langverblijvende tbs-patiënten werd wat betreft diagnostische kenmerken, het 'basisrisico' zoals bepaald aan de hand van risicotaxatiescores, en het gedrag in de kliniek, vergeleken met een groep patiënten die 5-10 jaar in tbs-behandeling waren, met de in de laatste 4,5 jaar uitgestroomde tbs-patiënten, en met longstaypatiënten.
- RESULTATEN** De langverblijvenden waren relatief vaak zedendelinquenten (50% ten opzichte van ongeveer 20% onder de recentelijk uit de tbs uitgestroomde patiënten). Zij waren bij opname in de tbs relatief jong (gemiddeld ongeveer 5 jaar jonger dan de andere groepen) en hadden gemiddeld een hoger basisrisico dan patiënten die eerder waren uitgestroomd. Verder werden de psychiatrische stoornissen van de langverblijvenden door de behandelaren vaker als 'ernstiger dan bij de gemiddelde tbs'er' gekenschetst. Volgens de behandelaren hadden de langverblijvende tbs-patiënten langdurig toezicht nodig, maar slechts een minderheid (17%) een hoge mate van beveiliging.
- CONCLUSIE** Zowel patiëntgebonden factoren als factoren binnen het tbs-systeem en de ggz lijken ten grondslag te liggen aan de soms lange duur van de tbs. Deze patiënten hebben echter volgens alle ondervraagden langdurig intensief toezicht en controle nodig, die de ggz volgens tbs-behandelaren niet altijd voldoende biedt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)1, 9-19

**TREFWOORDEN** behandelduur, forensische psychiatrie, longstay, terbeschikkingstelling, tbs



Terbeschikkingstelling (tbs) heeft tot doel de maatschappij te beveiligen door individuen die delicten pleegden waarbij psychiatrische problematiek een rol speelde op te nemen, om middels behandeling te trachten het recidivegevaar te verminderen. Hoewel de recidivekansen na beëindiging van de tbs-behandeling lager liggen dan onder ex-gedetineerden (Wartna 2009), ligt er een enorme druk op het tbs-systeem om risico's uit te sluiten dan wel tot een minimum te beperken. Dit kan leiden tot een terughou-

dend verlofbeleid en een toenemende gemiddelde behandelduur.

Wat betreft de toename van de gemiddelde behandelduur: de gemiddelde tbs-behandelduur bedroeg 7 jaar voor tbs-patiënten die in 1990 in de tbs waren ingestroomd. Deze was opgelopen tot 9,6 jaar voor tbs-patiënten die elf jaar later, in 2001, waren ingestroomd (Nagtegaal 2013). Naast financiële consequenties die lange tbs-behandeling met zich meebrengt, kan een zeer lange intramurale

behandelduur ook op gespannen voet staan met de zogenaamde ‘proportionaliteit’ van de maatregel, ten opzichte van het misdrijf dat de patiënt heeft begaan.

Eerder onderzoek wijst erop dat de gemiddelde verblijfsduur van met name plegers van zedendelicten toegenomen is. Het percentage zedendelinquenten dat binnen 6 jaar uitstroomde, is bijvoorbeeld gedaald van 20,0% van de tbs-patiënten die in 1990 in de tbs instroomden, naar 11,6% voor zedendelinquenten die in 2000 aan hun tbs-behandeling begonnen (Nagtegaal e.a. 2011).

Het ‘masterplan’ van de Dienst Justitiële Inrichtingen (2013) zet (onder andere) in op het verkorten van de gemiddelde verblijfsduur in de tbs. Een van de groepen die de gemiddelde behandelduur in de tbs ‘opjaagt’, is de groep patiënten die al langer dan 15 jaar in tbs-behandeling is. Het gaat hierbij om de patiënten die op 15 september 2013 een tbs-behandelplaats bezetten, en op het moment van onderzoek (maar mogelijk wel eerder) geen longstaystatus hadden. (Longstaystatus wil zeggen dat de tbs'er geen intensieve behandeling meer krijgt voor de stoornis. Het verblijf is niet gericht op terugkeer in de maatschappij, maar op beveiliging.) Wij verrichtten onderzoek naar deze groep om de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat zijn de basiskenmerken van langverblijvende tbs-gestelden, en zijn er in dit opzicht verschillen met andere categorieën (ex-)tbs-patiënten?
- Hoe schatten de behandelaren de huidige perspectieven voor uitstroom naar het einde van de tbs of doorstroom naar longstay van de langverblijvende tbs-gestelden in?
- Wat zijn volgens tbs-behandelaren en deskundigen mogelijke oplossingen voor een verantwoorde uit- of doorstroom van langverblijvende tbs-gestelden?

## METHODE

### Onderzoeksgroepen

Gegevens van vrouwelijke tbs-patiënten werden wegens de lage aantallen uit de analyses gelaten. De kenmerken van de volgende vier groepen mannelijke patiënten werden geanalyseerd (FIGUUR 1):

1. De onderzoeksgroep betrof 97 tbs-patiënten die op 16 september 2013 langer dan 15 jaar in tbs-behandeling waren en op dat moment een behandelplaats bezetten. Patiënten met een longstaystatus, met proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging van hun tbs-maatregel behoorden dus niet tot deze groep. Tbs-patiënten die na een verblijf in een longstayvoorziening waren teruggekeerd naar een reguliere intramurale tbs-behandelplaats en in totaal langer dan 15 jaar in de tbs verbleven, behoorden wel tot de onderzoeksgroep.
2. Alle mannelijke tbs-patiënten (n = 459) die tussen 1 januari 2010 en 30 juni 2013 uit de tbs waren uitge-

## AUTEURS

**HENK NIJMAN**, senior onderzoeker, Aventurijn, onderdeel van Fivoor, en bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen, en lid Behavioural Science Institute (BSI).

**SYLVIA LAMMERS**, psycholoog en onderzoeker, Radboud Universiteit, Nijmegen.

**MANOUK VRINTEN**, psycholoog en therapeut, De Viersprong, Halsteren.

**ERIK BULTEN**, hoofd, assessment, research en professionele ontwikkeling, forensische psychiatrie, Pompestichting, Nijmegen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. H. Nijman, Aventurijn – Fivoor, Eikenpage 2, 3734 AC Den Dolder.  
E-mail: h.nijman@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-6-2016.

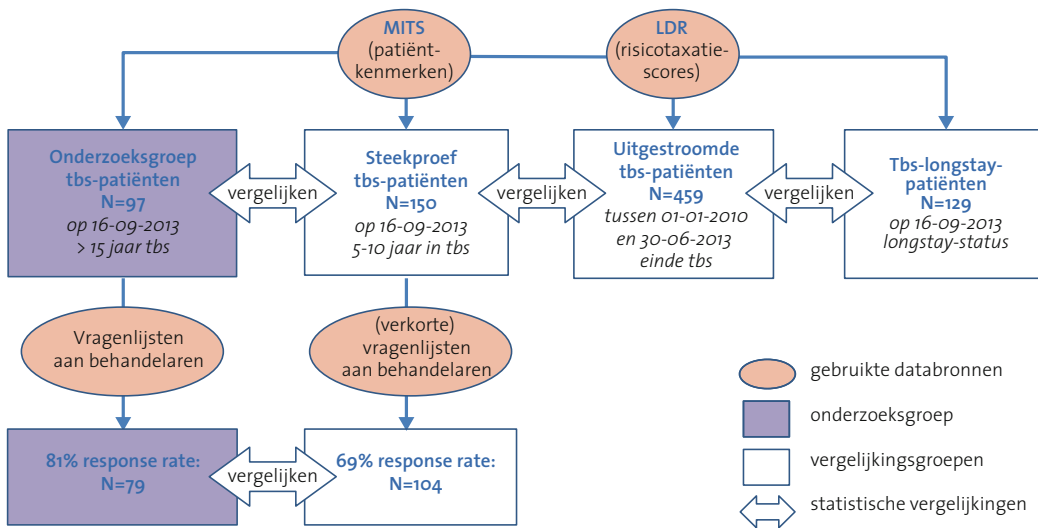
3. De mannelijke tbs-patiënten met een longstaystatus op 16 september 2013 (n = 129).
4. Een steekproef van 150 tbs-patiënten die op 16 september 2013 5-10 jaar in de tbs verbleven. De steekproef was gestratificeerd op aantal zedendelinquenten, omdat deze oververtegenwoordigd bleken onder langverblijvende tbs-gestelden.

### Bronnen en instrumenten

Voor het onderzoek gebruikten wij drie databronnen.

1. De gegevens van het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS). Dit systeem van het ministerie van Justitie slaat basisgegevens van tbs-patiënten op, waaronder demografische data, leeftijd bij oplegging van de tbs-maatregel, een ruwe indeling in diagnose.
2. De risicotaxatiegegevens in de Landelijke Database Risicotaxatie (LDR) van het Expertise Centrum Forensische Psychiatrie (EFP). De instrumenten in dit systeem waren:
  - De *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Nederlandse vertaling: Vertommen e.a. 2002). De PCL-R-totaalscore wordt onderverdeeld in vier subschalen (‘facetten’). Facet 1 heeft betrekking op psychopathische persoonlijkheidstrekken, zoals oppervlakkige charme en opgeblazen zelfbeeld; facet 2 betreft emotionele gebrekkigheid, zoals gebrek aan schuldgevoel en

**FIGUUR 1** Stroomschema van het onderzoek



De vermelde n's zijn de maximale steekproefgrootten. Door het ontbreken van gegevens zijn de n's in diverse vergelijkingen kleiner.

empathie; facet 3 betreft een instabiele en parasiterende levensstijl en factor 4 crimineel en antisociaal gedrag.

- De *HCR-20*- en/of *HKT-30*-scores. Alleen de historische schalen van deze checklists werden meegenomen. De historische schalen bevatten items over gedrag in het verleden en de persoonlijkheid. Deze schalen bepalen het zogenaamde 'basisrisico'; dit is het recidiverisico vóórdat behandeling heeft plaatsgevonden. Deze scores veranderen in principe niet (in ieder geval niet ten goede). Van 75 patiënten was zowel een *HCR-20* (Nederlandse vertaling: Philipse e.a. 2000) als een *HKT-30* (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002) in de *LDR* aanwezig. De correlatie tussen de H-schalen van deze instrumenten was 0,79. Deze correlatie werd hoog genoeg geacht om een gecombineerde Z-waarde van deze schalen te berekenen en in het huidige onderzoek te gebruiken.
  - De *Sexual Violence Risk-20* (*SVR-20*) (Nederlandse vertaling: Hildebrand e.a. 2001). Deze lijst is bedoeld voor zedendelinquenten en bestaat voornamelijk uit historische items, namelijk een schaal 'Aanpassing' (11 items), een schaal 'Seksuele delicten' (7 items), en twee dynamische items 'Toekomstplannen'.
3. Voor het huidige onderzoek werd verder een vragenlijst opgesteld op basis van literatuur en een tiental explorerende interviews met behandelverantwoordelijken in de tbs (zie het onderzoeksrapport: Lammers e.a. 2015). De vragenlijst werd voorgelegd aan de behandelaren van de 97 langverblijvende tbs-gestelden en van de (gestratificeerde) steekproef van 150 tbs-patiënten die 5-10 jaar

in de tbs verbleven. De onderwerpen van deze vragenlijst waren (onder andere): kenmerken van de patiënt, het huidige verlofniveau en verwachtingen/perspectieven met betrekking tot de patiënt.

Tot slot werden suggesties voor mogelijke oplossingen verkregen vanuit een in november 2014 georganiseerde expertmeeting, waarin de belangrijkste resultaten van het onderzoek besproken werden met 14 deskundigen uit onder andere de ggz, het forensische veld, de rechterlijke macht en de reclassering.

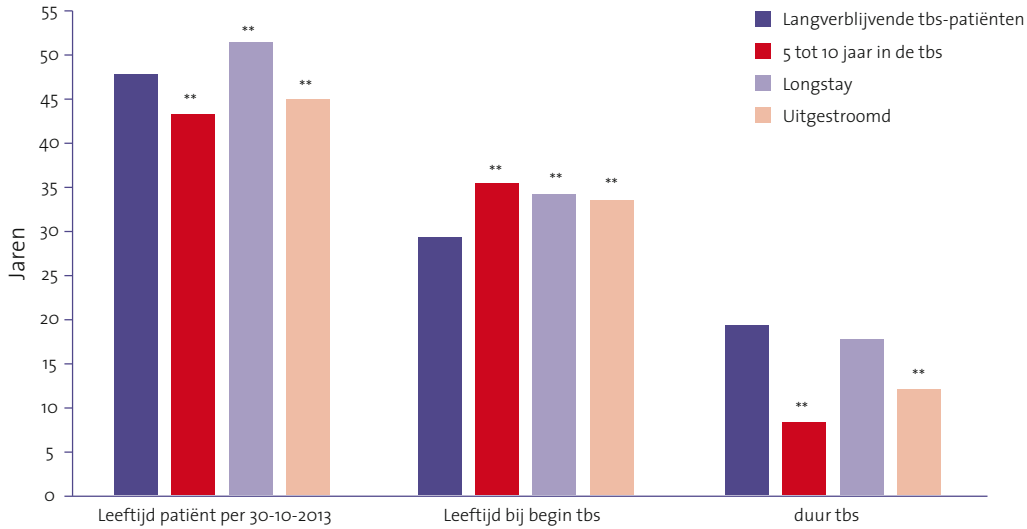
## RESULTATEN

### Basiskkenmerken van langverblijvende tbs-gestelden

**FIGUUR 2** laat zien dat de langverblijvende tbs-patiënten gemiddeld bijna 5 jaar jonger waren bij instroom in de tbs vergeleken met de drie andere onderzochte groepen. De gemiddelde duur van de tbs was voor de 97 langverblijvende tbs-patiënten ten tijde van het onderzoek al opgelopen tot bijna 20 jaar.

Uit de overige *MITS*-gegevens kwam naar voren dat onder de langverblijvenden het percentage zedendelinquenten rond de 50% lag en bij uitgestroomden iets meer dan 20% ( $p < 0,01$ ). Verder suggereerden de *MITS*-gegevens dat bij langverblijvenden minder vaak een psychotische stoornis was geassocieerd (14%;  $p < 0,01$ ), en minder vaak de diagnose zwakbegaafdheid was gesteld (21%;  $p < 0,05$ ). De behandelaren rapporteerden deze diagnoses (zie verderop, in **FIGUUR 6**) echter vaker voor de groep langverblijvenden (resp. in 23% en 40% van de gevallen).

**FIGUUR 2** Leeftijdsvariabelen en duur van de tbs



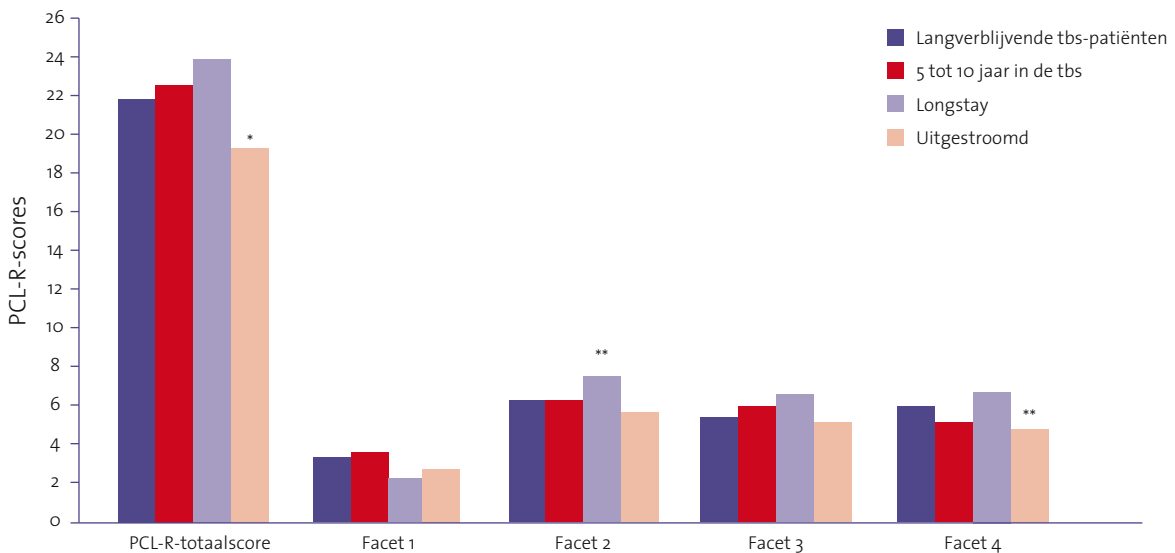
Bij langverblijvende tbs-gestelden (n = 97), versus patiënten die 5-10 jaar in de tbs verkeerden (n = 150), longstay-patiënten (n = 129) en uitgestroomde tbs-patiënten (n = 459)  
 Langverblijvende tbs-patiënten met t-testen vergeleken met andere groepen: \*\* p < 0,01

**Recidiverisico van langverblijvende tbs-gestelden**

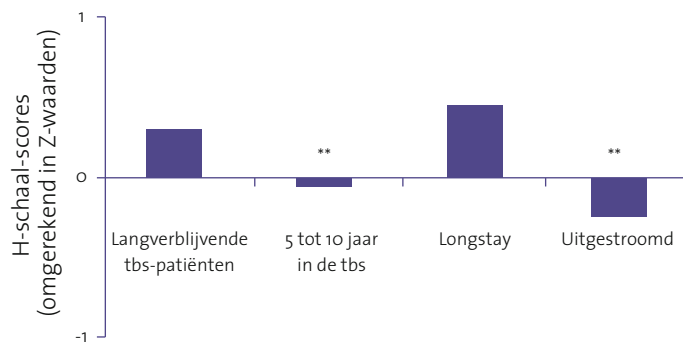
De verwachting was dat langverblijvende tbs-gestelden hoger zouden scoren op basis-recidiverisico dan uitgestroomde patiënten, en eveneens hoger dan patiënten die korter in tbs-behandeling zijn, maar lager dan de huidige longstaypatiënten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er voor 13% van tbs-patiënten (nog) geen instrument in de

landelijke database LDR was opgenomen. Voor de huidige longstaypatiënten was dit bijna een kwart (24%). Omdat de data voor de LDR bij de start in 2010 met terugwerkende kracht werden opgevraagd, ontbraken met name gegevens voor patiënten die al enige tijd uit het tbs-systeem waren dan wel relatief lang in de tbs verkeerden en ten tijde van ons onderzoek in een longstayvoorziening verbleven.

**FIGUUR 3** Scores op de Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)



Bij langverblijvende tbs-gestelden (n = 43), versus patiënten die 5-10 jaar in de tbs verkeerden (n = 95), longstay-patiënten (n = 38) en uitgestroomde tbs-patiënten (n = 236)  
 Langverblijvende tbs-patiënten met t-testen vergeleken met andere groepen: \* p < 0,05, \*\* p < 0,01

**FIGUUR 4** H-scores op de HKT-30 en HCR-20

Bij langverblijvende tbs-gestelden ( $n = 82$ ), versus patiënten die 5-10 jaar in de tbs verkeerden ( $n = 127$ ), longstay-patiënten ( $n = 94$ ) en uitgestroomde tbs-patiënten ( $n = 380$ )  
 Langverblijvende tbs-patiënten met t-testen vergeleken met andere groepen: \*\*  $p < 0,01$

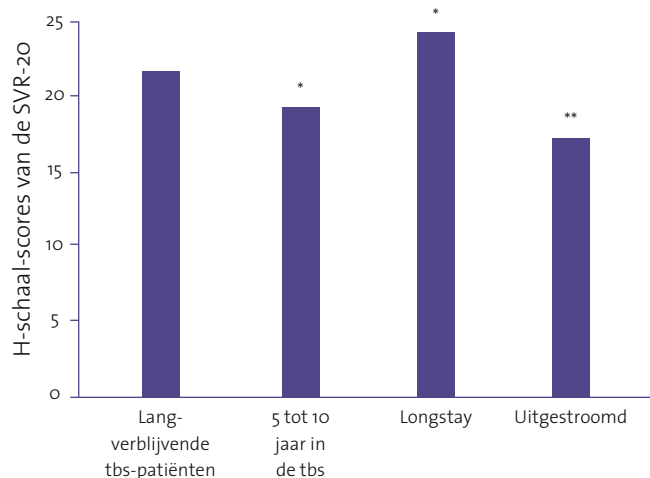
Te zien is in **FIGUUR 3** en **4** dat de langverblijvende tbs-gestelden zoals verwacht hoger scoorden op basisrisico dan de patiënten die waren uitgestroomd. Dit gold zowel voor de PCL-R-totaalscores als voor de Z-waarden van de historische schalen (H-schalen) van de HKT-30 en HCR-20. Ook scoorden de langverblijvende tbs-gestelden, zoals verwacht, hoger dan de vergelijkingsgroep van 5-10 jaar in tbs-behandeling zijnde patiënten. Echter, tegen de verwachting in, scoorden zij niet significant lager dan de longstaypatiënten, maar de aantallen patiënten voor wie PCL-R-scores in de database beschikbaar waren, waren voor deze groepen wat beperkt.

In **FIGUUR 5** zijn de H-schaalscores van de SVR-20 van de zedendelinquenten in de vier groepen weergegeven.

Ondanks de lage aantallen (zie **FIGUUR 5**) scoorden de zedendelinquenten, onder de langverblijvendens, volgens de verwachtingen, significant hoger op de historische items van de SVR-20 dan de uitgestroomde patiënten en de vergelijkingsgroep van patiënten die 5-10 jaar in tbs-behandeling waren.

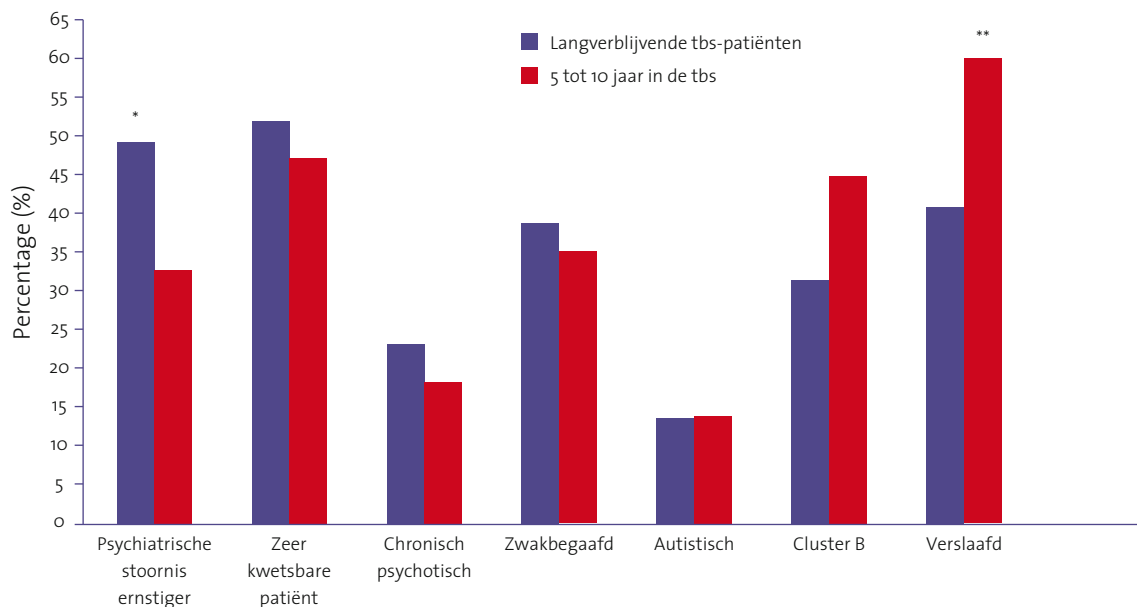
#### Langverblijvende tbs-gestelden vs. patiënten 5-10 jaar in tbs

De gegevens in deze paragraaf zijn afkomstig uit de door de behandelaren ingevulde vragenlijsten over de langverblijvende tbs-gestelden ( $n = 79$ ; 81%) en de vergelijkingsgroep ( $n = 104$ ; 69%). Ruim een kwart (28%) van de 79 langverblijvendens had in 5 of meer tbs-klinieken gezeten

**FIGUUR 5** Scores op de H-schaal van de SVR-20

Bij langverblijvende tbs-gestelden ( $n = 43$ ), versus patiënten die 5-10 jaar in de tbs verkeerden ( $n = 52$ ), longstay-patiënten ( $n = 43$ ) en uitgestroomde tbs-patiënten ( $n = 51$ )  
 Langverblijvende tbs-patiënten met t-testen vergeleken met andere groepen: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

FIGUUR 6 Diagnostische kenmerken volgens behandelaren



Bij langverblijvende tbs-gestelden (n = 79), versus de gestratificeerde vergelijkingsgroep (n = 104)  
Langverblijvende tbs-patiënten met t-testen vergeleken met andere groepen: \* p < 0,05, \*\* p < 0,01

(een kleine 10% in meer dan 5 klinieken, en 18% in 5 klinieken). Bij de vergelijkingsgroep gold dit voor geen enkele patiënt. Zoals reeds gezegd, hadden 36 (46%) van de 79 langverblijvenden in het verleden een longstaystatus gehad. Verder werd van de langverblijvende tbs-gestelden vaker gerapporteerd dat er een eerder hoger verlofniveau was ingetrokken (43% tegenover 16%). De belangrijkste reden voor intrekking van de verlofmarge was (voor beide groepen) het overtreden van de voorwaarden.

FIGUUR 6 geeft de diagnoses van de patiënten. In diagnostisch opzicht leken er slechts beperkte verschillen te bestaan, behalve dat de langverblijvenden minder vaak verslaafd waren en dat de psychiatrische stoornissen bij de groep langverblijvenden vaker als ernstiger werden ingeschat dan die bij de vergelijkingsgroep.

Verder schatten de behandelaren, in tegenstelling tot de verwachting, het risiconiveau van langverblijvenden even hoog in als voor korter verblijvenden. Voor driekwart van alle patiënten achtten zij het huidig risiconiveau matig/hog tot hoog.

Van iets minder dan de helft van de patiënten werd gemeld dat zij een of meer incidenten hadden veroorzaakt in de afgelopen twee jaar. Er was hierin geen verschil tussen de groepen. Van de langverblijvende tbs-gestelden had ruim 40% op het moment van onderzoek transmuraal verlof (verlof tot intramuraal verblijf buiten de tbs-kliniek). Bijna een kwart (24%) had onbegeleid verlof, 18% begeleid ver-

lofen 13% had geen enkele vorm van verlof. De verschillen met de vergelijkingsgroep waren ook wat dit aspect betreft niet significant. Voor 80% van de langverblijvende tbs-gestelden gold dat zij onlangs naar een hoger verlofniveau waren gegaan of dat een verlofaanvraag onlangs was gedaan of naar verwachting op korte termijn zou plaatsvinden. Verder werd van ongeveer 80% verwacht dat zij binnen 1 á 2 jaar de volgende verlofstap zouden maken.

Voor het feit dat de langverblijvende tbs-patiënten zich niet op een (nog) hoger verlofniveau bevonden, werd in twee derde van de gevallen (63%) een of meer redenen op patiëntniveau aangegeven. Men noemde het vaakst dat een patiënt een hoger niveau niet aankon (43%) of dat het recidiverisico te hoog was (41%). In slechts 17% van de gevallen noemde men redenen die buiten de patiënt lagen, zoals wachtlijsten, risiconiveau moeilijk in te schatten, of patiënt zou beter een voorwaardelijke beëindiging kunnen krijgen.

Op de vraag waarom de langverblijvende tbs-patiënt momenteel niet op een tbs-longstay verbleef, gaf men in 77% van de gevallen als reden dat de kliniek nog perspectief zag voor de patiënt wat betreft uit- of doorstroom. Ook voldeed volgens de behandelaren 47% van de patiënten niet aan de voorwaarden voor longstayplaatsing. De longstay werd ook vaak ongeschikt geacht voor de patiënt in verband met de hoge beveiliging en het beperkte verlof (41%).

Over het algemeen waren de behandelaren echter 'optimistisch' wat betreft de toekomst van de langverblijvende tbs-gestelden. De helft van hen zou naar verwachting binnen 2 jaar uit- of doorstromen, en voor 26% werd voorwaardelijke beëindiging (vB) overwogen. Langdurig toezicht en controle zouden echter in alle gevallen nodig blijven volgens de behandelaren, maar een hoge mate van beveiliging was maar nodig voor 17%.

Wat betreft doorstroming naar andere instellingen stelden men van iets meer dan driekwart van de langverblijvende tbs-patiënten dat ze op termijn naar een bestaande voorziening zouden kunnen. De forensisch psychiatrische afdelingen/klinieken (FPA/FPK) en de regionale instellingen voor beschermende woonvormen (RIBW), of de forensische RIBW werden het vaakst genoemd. Dit betekent dat bijna een kwart (23%) van de langverblijvende tbs-gestelden dus niet in een bestaande voorziening terecht kon. In de helft van deze gevallen werd hiervoor als reden gegeven dat er in de bestaande voorzieningen onvoldoende risicomangement mogelijk was.

### Oplossingen volgens behandelaren

Aan de behandelaren werd de vraag gesteld welke oplossingen zij voorstellen voor langdurige tbs-patiënten. Voor enkele patiënten stelde men dat er niet per se een 'oplossing' zou hoeven komen. Het zou in hun geval te prefereren zijn om de reguliere tbs te handhaven als de beste garantie voor continuïteit van zorg en toezicht. Verder was de grote meerderheid voorstander van het samen met de ggz creëren van plaatsen. Verschillende behandelaars merkten daarbij op dat de ggz meer mogelijkheden heeft om patiënten te resocialiseren, maar onvoldoende gericht is op risicomangement, wat bij dit soort patiënt juist wel noodzakelijk is. Een behandelaar verwoordde dit als volgt:

*'Bij tbs-patiënten is het vaak een kwestie van heel strikt, nauwgezet controleren, mensen deels inperken in hun vrijheden en dat houdt zich slecht tot de algemene werkwijze binnen de ggz.'*

Over de wijze waarop het verschil in benaderingswijzen tussen tbs en reguliere ggz zou kunnen worden overbrugd, merkten de respondenten onder andere het volgende op:

*'Langdurig tbs-gestelden die niet direct recidivegevaarlijk zijn, maar wel voortdurend begeleiding en toezicht nodig hebben, zouden in een voorziening terecht moeten komen die onder de gezamenlijke verantwoording valt van een reguliere ggz-instelling in samenwerking met de inzendende FPC.'*

*'Er zijn voorzieningen nodig die cliënten kunnen opnemen met een delict risico (waarbij de delictfactoren ook na behandeling aanwezig blijven) en er voldoende risicomangement geboden kan worden (bijvoorbeeld structuur, toezicht, begeleiding, mate van ge/beslotenheid, etc.). Sommige cliënten kunnen best onbegeleid verlov uitvoeren bijvoorbeeld, terwijl er wel een risico op delict herhaling is als er onvoldoende toezicht/controle is.'*

Ook werden er opmerkingen gemaakt over problemen om plegers van seksuele delicten uitgeplaatst te krijgen:

*'Verschillende patiënten van mijn unit - vooral patiënten die seksuele delicten hebben gepleegd - kunnen vanwege de recidive risico's niet in de maatschappij functioneren, maar het hoge beveiligingsniveau van de longstay is niet nodig. Intensief forensisch toezicht, controle en steun zouden ook in een, vooralsnog ontbrekende, longcarevoorziening vormgegeven kunnen worden. Vanwege ontbrekend alternatief vindt soms toch longstay-aanmelding plaats.'*

Daarnaast gaven sommigen aan dat er speciale aandacht nodig is voor de verstandelijke beperkingen van veel langverblijvende tbs-gestelden:

*'Voor de populatie tbs-gestelden met verstandelijke beperking merk ik steeds vaker dat de tbs-titel een te zware en vooral te dure maatregel is. Een rechterlijke machtiging is vaak niet haalbaar. Een andere beschermende maatregel toegespitst op risicomangement met meer mogelijkheden zou een waardevolle aanvulling zijn op het tbs-systeem.'*

Tot slot werden er financiële knelpunten genoemd:

*'Bij een (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs-maatregel is het meerdere malen voorgekomen dat het regelen van het benodigde zorgniveau (middels CIZ-indicatie) niet is gelukt. Patiënt wordt ingeschaald op een lager CIZ-niveau waardoor er minder geld beschikbaar is en niet de benodigde zorg/begeleiding geboden kan worden. De vervolgvoorziening die wij op het oog hadden, kan dan de overplaatsing niet vormgeven, wat het resocialisatieproces belemmert.'*

*'Bij het uitplaatsen van tbs-patiënten lopen wij tegen de volgende punten aan: bij transmuraal verlov wordt er door de FPA/FPK/RIBW vaak een hoger dagtarief gevraagd dan wij gesubsidieerd krijgen van DJI.'*

### Oplossingen volgens deskundigen

Bij de expertmeeting waren vertegenwoordigers aanwezig van de directie Forensische zorg (DForZo), de zittende magistratuur, de reclassering, het Landelijke Adviescollege Plaatsingen (LAP), het openbaar ministerie, GGZ Nederland, het ministerie van Veiligheid en Justitie, het Forensisch Netwerk, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Veiligheid en Justitie (WODC) en het Landelijk Beraad hoogst inhoudelijk verantwoordelijken van de FPC's (LBHIV).

Onder de deelnemers bestond een hoge mate van consensus dat het voor langverblijvende tbs-gestelden in de meeste gevallen noodzakelijk is dat zij lang en intensief, en met dwingend toezicht, worden gevolgd. Langverblijvenden hebben waarschijnlijk weinig baat meer bij psychiatrische behandeling, maar men dient ze stabiel te houden. De nieuwe Wet Langdurig toezicht maakt langdurig en dwingend toezicht mogelijk. Verder werd opgemerkt dat



er recentelijk een waaier van voorzieningen voor deze groep geschapen is, waarvan mogelijk niet alle belanghebbenden voldoende op de hoogte zijn. De indruk was verder dat de door- en uitstroom van langdurige tbs-patiënten zeer recentelijk toeneemt (dit werd door recente gegevens ondersteund; zie Dienst Justitiële Inrichtingen 2014).

Wel zag men de ‘cultuurkloof’ die behandelaren in de onderhavige studie signaleerden tussen de ggz en de forensische zorg in veel gevallen als een probleem, als mede de kloof tussen de civielrechtelijke en strafrechtelijke rechtspleging. Een rechterlijke machtiging (RM) wordt bijvoorbeeld in de forensische zorg vaak als noodzakelijk en voor de hand liggend gezien, terwijl dit voor de ggz een ‘ultimum remedium’ is. Een (civielrechtelijke) rechter heeft de neiging een RM op te heffen, omdat het goed gaat, terwijl het dan juist goed gaat *dankzij* die RM, zo stelden aanwezigen op de expertmeeting.

Als probleem zag men voorts de forse beddenreductie waartoe de ggz momenteel gedwongen is. Deze staat haaks op het opnemen van meer patiënten uit de tbs, aangezien zij in veel gevallen langdurig een opnameplaats nodig hebben. Verder is het bij uit- en doorstroom in verband met de financiering van de zorg van groot belang dat de juiste ZZP-(zorg)zwaarte wordt geïndiceerd. Dit gaat volgens de behandelaren (in deze studie) soms mis, maar dit was volgens een aantal deelnemers aan de expertmeeting een kwestie van goed uitlegen en toelichten.

Als aanbeveling kwam tot slot uit de expertmeeting naar voren dat er maatwerk per casus voor deze groep zou behoren te komen. Een adviesraad met personen die niet verbonden zijn aan de huidige kliniek, zou dan per geval kunnen adviseren wat er met een langdurige tbs-patiënt zou kunnen gebeuren en wat de beste verblijfplaats voor hem zou kunnen zijn.

## DISCUSSIE

De patiënten die in 2013 langer dan 15 jaar op een tbs-behandelplaats verbleven, waren (op één uitzondering na) mannen die gemiddeld op hun 30e levensjaar, 5 jaar jonger dan andere groepen (ex-)tbs'ers, in de tbs zijn ingestroomd. Gemiddeld verblijven zij nu reeds bijna 20 jaar in de tbs. In lijn met de eerdere studie van Nagtegaal e.a. (2011) waren de langverblijvenden relatief vaak zedendelinquenten (50% ten opzichte van bijvoorbeeld ongeveer 20% onder de recentelijk uit de tbs uitgestroomde patiënten), en er is bij 4 op de 10 langverblijvende tbs-patiënten volgens de behandelaren sprake van een lichte verstandelijke beperking. Wat betreft de lange gemiddelde tbs-duur van zedendelinquenten merkte een van de behandelaren op dat deze patiënten nogal eens vanwege de recidiverisico's niet in de maatschappij kunnen functioneren, maar dat het hoge beveiligingsniveau van een tbs-longstay vaak

ook niet nodig is. Mogelijk zou een hierin gespecialiseerde longcarevoorziening het benodigde intensieve forensisch toezicht en de bijbehorende controle vorm kunnen geven. Zoals verwacht, scoren langverblijvende tbs-gestelden hoger op het basisrecidiverisico dan uitgestroomde tbs-patiënten, en ook, maar in mindere mate, hoger dan de vergelijkingsgroep van tbs-patiënten die 5-10 jaar in tbs-behandeling zijn. De langverblijvende tbs-gestelden wijken echter qua diagnostische gegevens slechts in beperkte mate af van de vergelijkingsgroep, hoewel de ernst van de psychiatrische stoornis bij hen door de behandelaren wel als ‘ernstiger dan bij de gemiddelde tbs-patiënt’ wordt ingeschat. Deze bevinding lijkt in lijn met recente resultaten van een studie van Ter Horst e.a. (2015), waarin weinig verschillen werden gevonden in de duur tot de eerste verloftoekenning van de verschillende diagnostische categorieën.

Ook wat betreft het huidige (door behandelaren) ingeschat risiconiveau en het huidige verlofniveau waren er in ons onderzoek weinig verschillen. Langverblijvende tbs-gestelden hebben wel een zeer ‘wisselvallige’ tbs-carrière achter de rug. Meer dan een kwart (28%) heeft in 5 of meer klinieken gezeten en bij ruim 40% is een eerdere verlofmarge ingetrokken, wat in de helft van die gevallen terugplaatsing binnen de muren van de tbs-kliniek betekende. Daarnaast heeft een substantieel deel van de patiënten die meer dan 15 jaar in tbs behandeling zijn, in het verleden reeds op een tbs-longstayafdeling verbleven.

Langdurig toezicht en controle zullen alle langverblijvende tbs-gestelden nodig blijven hebben volgens de behandelaren, maar een zeer hoge mate van beveiliging is voor slechts 17% noodzakelijk. Verder zijn behandelaren ondanks de lange behandelduur behoorlijk optimistisch over de door- en uitstroommogelijkheden van de langverblijvenden. Voor circa 80% van hen zou een volgende verlofstap mogelijk zijn in 1-2 jaar. Iets meer dan driekwart zou terecht kunnen in een bestaande voorziening, vooral een FPA/FPK of (forensische) RIBW.

Dat er voor bijna een kwart van de langverblijvende tbs-patiënten momenteel geen geschikte vervolgvoorziening voorhanden is, ligt er volgens behandelaren vooral aan dat er onvoldoende kennis van en aandacht voor risicomanaagement aanwezig is in de bestaande (ggz-)vervolgvoorzieningen. Oplossingen ziet men vooral in het creëren van (longcare)plaatsen in samenwerking met de ggz. In de expertmeeting werd echter opgemerkt dat er de afgelopen jaren reeds een ‘waaier van voorzieningen’ geschapen is voor (langdurige) tbs-patiënten.

### Beperkingen van het onderzoek

De resultaten van deze studie dienen met terughoudendheid geïnterpreteerd te worden. Weliswaar was de respons

van de kant van de behandelaren behoorlijk groot, maar er waren wat ontbrekende antwoorden. Ook dient men in het oog te houden dat de antwoorden de opvattingen van de behandelverantwoordelijke over de patiënt weergeven, en niet per se de objectieve stand van zaken. Ook in de MITS-gegevens en in de Landelijke Database Risicotaxatie (LDR) waren er ontbrekende data. Verder is door de hoeveelheid analyses in het onderzoek de kans op toevallig significante bevindingen aanwezig.

### Oorzaken van de lange duur van tbs

Op grond van dit onderzoek is het slechts mogelijk te speculeren over oorzaken van de lange duur van de tbs voor een aantal patiënten. Een factor die waarschijnlijk een rol zal spelen in de lange verblijfsduur is de wisselvallige 'tbs-carrière' van veel langverblijvende tbs-patiënten. Meer dan een kwart (28%) van de hen heeft in 5 of meer klinieken gezeten, waarbij dergelijke overplaatsingen vaak het gevolg zijn van ernstige incidenten of het volledig 'vastlopen' van de behandeling. In de interviews noemde men dan ook als factoren die bijdragen aan een trage voortgang van de behandeling: de wisselingen van kliniek, voor patiënten met wie men in de behandeling vastloopt, maar ook wisselingen in afdeling door reorganisaties en wisseling van behandelaar alsmede wachtlijsten voor sommige behandelingen.


Voor een substantieel deel van de langverblijvende patiënten geldt verder dat zij eerder een longstaystatus hebben gehad. De jaren die een tbs-patiënt in de longstay heeft doorgebracht, zijn niet per se 'verloren' jaren, maar na terugkeer op een behandelplek moet er wel opnieuw worden gestart met het resocialisatietraject. Er zullen echter waarschijnlijk niet veel ex-longstaypatiënten meer bijkomen, omdat het grootste deel van de longstaypatiënten nu is herbeoordeeld, het aantal longstaypatiënten aanzienlijk is afgenomen en er weinig nieuwe gevallen meer bijkomen (Reitsma e.a. 2013).

Een factor die verder mogelijk bijdraagt aan een lange behandelduur zijn de (lichte) verstandelijke beperkingen

die volgens de behandelaren bij 4 op de 10 langverblijvende tbs-gestelden een rol spelen. Het is voorstelbaar dat de behandeling van deze patiënten langer duurt en mogelijk ook minder effect sorteert dan bij anderen. Er is bij deze groep meer tijd nodig om nieuw gedrag in te slijpen. Aangezien het percentage zwakbegaafden onder de langverblijvende tbs-patiënten volgens het huidige oordeel van de behandelaren hoger ligt dan destijds voor aanvang van de tbs in MITS werd gedocumenteerd, is het verder mogelijk dat men pas laat de diagnose zwakbegaafdheid heeft gesteld. Vooral bij de langverblijvende tbs-patiënten heeft de diagnostiek voor aanvang van de tbs lang geleden plaatsgevonden, waarbij er wat betreft eventuele verstandelijke beperkingen dus mogelijk sprake is geweest van onderdiagnosticering. De aanvangsdiagnostiek dient op dit gebied diepgaand te zijn. Ook psychotische stoornissen zijn wellicht in de aanvangsdiagnostiek ondergediagnosticeerd. Niet opgemerkte psychotische kwetsbaarheid kan ertoe leiden dat de behandeling niet aanslaat.

### CONCLUSIE

Uit deze studie komt naar voren dat de groep patiënten die langer dan 15 jaar in tbs-behandeling zijn heterogeen is qua tbs-verloop en vooruitzichten op uit- of doorstroom. Voor het grootste deel van deze patiënten zijn er volgens de behandelaren en de geraadpleegde experts voldoende vervolgvoorzieningen aanwezig. Door- of uitstroom zou daarmee in de komende jaren voor een deel mogelijk moeten zijn. Deze beweging lijkt ook in gang te zijn gezet, getuige de verkorting van de gemiddelde behandelduur die reeds gaande is (Dienst Justitiële Inrichtingen 2014). Voor de huidige groep van langdurig tbs-gestelden valt, zoals werd aanbevolen door deelnemers aan de expertmeeting, een casusgerichte aanpak te overwegen. Deze zou uitgevoerd moeten worden door een landelijke adviesraad.

 Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht, en met subsidie, van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

## LITERATUUR

- Dienst Justitiële Inrichtingen. Masterplan DJI 2013-2018. Den Haag: DJI; 2013.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Forensische Zorg in getal 2009-2013. Den Haag: DJI; 2014.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The accuracy of recidivism risk assessment for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychol Assess* 2009; 21: 1-21.
- Hildebrand M, de Ruiter C, van Beek D. SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag (Nederlandse vertaling). Utrecht: Forensische Zorgspecialisten; 2001.
- Horst P ter, Jessen A, Bogaerts S, Spreen M. Behandelduur tot eerste toekenning tbsverlof in een Nederlandse forensische psychiatrische kliniek; dossieronderzoek naar invloed van patiëntkenmerken en delict. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 314-22.
- Lammers S, Nijman H, Vrinten M. (Te) lang in de tbs? Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn. Den Haag: WODC; 2015.
- Nagtegaal MH. Verkorten van de tbs-verblijfsduur: een weg uit de crisis? Justitiële verkenningen. Recente ontwikkelingen in de forensische zorg 2013; 39: 51- 68.
- Nagtegaal MH, van der Horst P, Schönberger H. Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Den Haag: WODC; 2011.
- Philipse M, de Ruiter C, Hildebrand M, Bouman Y. HCR-20. Beoordelen van het risico op gewelddadig gedrag (Nederlandse vertaling). Utrecht: Forensische Zorgspecialisten; 2000.
- Reitsma J, Walberg A, Jongebreur W, Schrama A. Evaluatie beleidskader longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets. Barneveld: Significand; 2013.
- Schönberger HJM, Hildebrand M, Spreen M, Bloem O. De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie bij seksueel delinquenten. Utrecht: EFP; 2008
- Vertommen H, Verheul R, de Ruiter C, Hildebrand M. Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathic Checklist. Lisse: Swets Test Publishers; 2002.
- Wartna BSJ. In de oude fout. Over het meten van recidive en het vaststellen van het succes van strafrechtelijke interventies [proefschrift Universiteit Leiden]. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2009.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30, versie 2002. Den Haag: DJI; 2002.

## SUMMARY

# (Too) long in tbs?

## A study on patients receiving forensic psychiatric tbs-treatment for 15 years or longer

H. NIJMAN, S. LAMMERS, M. VRINTEN, E. BULTEN

- BACKGROUND** In 2013 in the Netherlands about 100 forensic psychiatric patients were treated in TBS-hospitals for 15 years or more.
- AIM** To investigate the variables that characterise patients who have been receiving forensic psychiatric treatment (TBS) for 15 years or more, and to obtain insight in which actions might be helpful to facilitate discharge or transfer of such patients to other (mental health care) facilities, according to their caregivers and experts.
- METHOD** The group of long-term tbs-patients (n = 97) was compared with regard to diagnostic characteristics, 'basic historical risks' (as assessed by risk assessment instruments), and behaviour to three other groups of forensic patients: a. a group who had received treatment for 5 to 10 years, b. a group of patients who had been recently discharged, and c. a group of long-stay tbs-patients.
- RESULTS** Long-term TBS-patients relatively often had been sex offenders (50% compared to about 20% of recently discharged TBS-patients), and had been admitted in a TBS-hospital at a relatively young age (on average they had been five years younger on admission). The professional clinicians of the long-term TBS-patients considered that the psychopathology of the long term TBS-patients was more severe than the psychopathology of the average TBS-patient. The clinicians also indicated that the long-term TBS-patients all need long-term supervision; however, they considered that only a minority of these patients (17%) required a maximum level of security and very restricted possibilities for temporary leave.
- CONCLUSION** Patient related factors and organisational factors within the TBS-hospital and the general mental health care system seem to play a role in the lengthy period of TBS-treatment of the long-term TBS-patients. According to TBS-clinicians, these patients require prolonged and intensive supervision which the general mental health care system is often not equipped to deliver.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)1, 9-19

**KEY WORDS** forensic psychiatry, long-stay, TBS, treatment duration