



TBS-behandeling geprofileerd

een gestructureerde
casussenanalyse

Ch. van Nieuwenhuizen

S. Bogaerts

E.A.W. de Ruijter

I.L. Bongers

M. Coppens

R.A.A.C. Meijers

COLOFON

Opdrachtgever

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Financiering

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Projectleiding & -uitvoering

Prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen
Prof. dr. S. Bogaerts

Tilburg University
Universiteit van Leuven

Projectuitvoering

Drs. E.A.W. de Ruijter
Dr. I.L. Bongers
Drs. M.M. Coppens
Drs. R.A.A.C. Meijers

Tilburg University
GGzE
Tilburg University
Tilburg University

ISBN 978-90-818341-0-0
NUR 875

Productie

GGzE

Een gedrukt exemplaar is voor € 12,50 te bestellen via mawh.kneepkens@ggze.nl
Een pdf-versie van het rapport is te downloaden via www.wodc.nl

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

© 2011 WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Auteursrechten voorbehouden. Voor deze publicatie is licentie verleend aan GGzE.

VOORWOORD

Dit rapport is tot stand gekomen op basis van een opdracht die het WODC van het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft gegeven aan het departement Tranzo van de Universiteit van Tilburg en aan het Leuvens Instituut voor Criminologie van de Katholieke Universiteit Leuven. Dit onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de medewerking van de 13 Forensische Psychiatrische Centra. Veel medewerkers hebben ons geholpen met de toegang tot de gegevens, hebben ons te woord gestaan in de interviews en hebben gevraagd en ongevraagd advies gegeven over de uitvoering van het onderzoek. Een speciaal woord van dank gaat uit naar de deelnemers van de focusgroepen: leden van het LBHIV, de onderzoekers van de OTF en vertegenwoordiging van behandelaren uit de FPC's. Jullie kritische en opbouwende reacties op de allereerste resultaten en uitkomsten van de Latente klasse analyse hebben naar ons idee voor de noodzakelijke verdieping en finetuning gezorgd.

Veel dank zijn wij verschuldigd aan drs. Lisette de Ruijter, dr. Ilja Bongers, drs. Monique Coppens en drs. Roel Meijers voor hun consciëntieuze ondersteuning bij de uitvoering van het onderzoek en Wendy Kneepkens voor de secretariële assistentie. Wij danken de leden van de begeleidingscommissie: prof. mr. Paul Mevis (voorzitter), dr. Daan van Beek, drs. Isabelle Cornelis, drs. Essy van Dijk (projectbegeleider van het WODC), prof. dr. Em. Dick Raes, dr. Nienke Tenneij en drs. Nikolaj Tollenaar voor hun advies tijdens het onderzoeksproject. De vergaderingen met de begeleidingscommissie hebben wij als buitengewoon plezierig, constructief en verhelderend ervaren.

Tilburg/Leuven
Chijs van Nieuwenhuizen
Stefan Bogaerts

Samenvatting	9
1 Inleiding	23
1.1 Achtergrondgegevens van het onderzoek	23
1.1.1 Aanleiding voor het onderzoek vanuit beleidsoptiek	24
1.1.2 Behandeling van tbs-gestelden	25
1.2 Doelstelling, probleemstelling & onderzoeksvragen	28
1.2.1 Doelstelling	28
1.2.2 Probleemstelling	28
1.2.3 Onderzoeksvragen	28
1.2.4 Verantwoording van de onderzoeksvragen van Deel II	30
1.2.5 Wijziging onderzoeksvragen	31
1.3 Opbouw van het rapport	33
2 Methode	35
2.1 Literatuursynthese	35
2.2 Dossieronderzoek	36
2.2.1 Populatie	36
2.2.2 Steekproef	36
2.2.3 Inclusie en exclusie	38
2.2.4 Beschrijving checklisten	38
2.2.5 Interraterbeoordelaarsbetrouwbaarheid	42
2.3 Interviews	43
2.3.1 Beschrijving interviewvragen	43
2.3.2 Respondenten	43
2.4 Focusgroepen	44
2.5 Statistische analyse	44
2.6 Begeleidingscommissie	46
3 Kenmerken onderzoekspopulatie	47
3.1 Representativiteit van de steekproef	47
3.2 Beschrijving van de populatie	50
3.2.1 Persoonsgegevens	50

3.2.2	Persoonlijke voorgeschiedenis	52
3.2.3	Hulpverlenings- en justitiële voorgeschiedenis	56
3.2.4	Kenmerken van het huidige traject van tenuitvoerlegging	60
3.3	Samenvattende paragraaf	65
4	Literatuursynthese	67
4.1	Sociotherapie en therapeutische behandelmilieus	68
4.1.1	Milieutherapie in algemene zin	70
4.1.2	Sociotherapie	70
4.1.3	Therapeutische behandelmilieus volgens Janzing en Kerstens	72
4.1.4	Onderzoek naar sociotherapie en therapeutische behandelmilieus	75
4.2	Risicotaxatie	76
4.3	Belangrijkste (inter)nationale literatuur	78
4.3.1	Behandeling van seksueel delictplegers	78
4.3.2	Behandeling van psychotisch kwetsbaren	80
4.3.3	Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen	82
4.3.4	Behandeling van verstandelijk beperkten	83
4.3.5	Behandeling van verslaafden	85
4.4	Landelijke zorgprogramma's	88
4.4.1	Landelijk zorgprogramma Seksueel grensoverschrijdend gedrag	88
4.4.2	Landelijk zorgprogramma Psychotische kwetsbaarheid	90
4.4.3	Landelijk zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen	91
5	Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel	95
5.1	Vormgeving van de tenuitvoerlegging	95
5.1.1	Opnamefase, diagnostisch onderzoek en risicotaxatie	95
5.1.2	Sociotherapeutisch milieu en arbeid, vrije tijd en scholing	98
5.1.3	Opgestelde behandeldoelen	100
5.1.4	Behandelaanbod en fasering	101
5.1.5	Evaluatie	109
5.1.6	Verlof, incidenten, dwang- en drangmaatregelen en klachten	110

5.1.7	Formele kader	113
5.1.8	Knelpunten	113
5.2	Koppeling met wetenschappelijke literatuur	113
5.2.1	Seksueel grensoverschrijdend gedrag	114
5.2.2	Psychotische kwetsbaarheid	116
5.2.3	Persoonlijkheidsstoornissen	117
5.3	Samenvattende paragraaf	119
6	Klinische profielen op basis van DSM-IV criteria en type indexdelict	123
6.1	Latente klasse analyse: toelichting van de methode	123
6.2	Latente klasse analyse: toelichting van de resultaten	125
6.2.1	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	128
6.2.2	Aan middelen gebonden stoornissen	129
6.2.3	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	130
6.2.4	De vijf klassen in beschrijvende zin	131
6.3	Toetsing van achtergrondgegevens	132
6.3.1	Toetsing van kenmerken onderzoekspopulatie	133
6.3.2	Toetsing van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel	136
6.4	Validering en replicateerbaarheid van de vijf klassen	138
6.5	Samenvattende paragraaf	139
7	Conclusie	143
8	Discussie	155
8.1	Dossiervorming	155
8.2	Behandeling in brede zin	157
8.3	Toepassing wetenschappelijke evidentie	158
8.4	Profielen in relatie tot behandelwijze	159

Referentielijst **163**

Bijlagen **175**

Bijlage 1A: Leden begeleidingscommissie	178
Bijlage 1B: Deelnemers focusgroepen	179
Bijlage 2A: Zoektermen literatuursearch	182
Bijlage 2B: Indeling categorieën indexdelicten	183
Bijlage 2C: Indeling categorieën behandelingen	184
Bijlage 2D: Interviewgegevens	186
Bijlage 3A: Life-events	190
Bijlage 3B: Indexdelicten	191
Bijlage 3C: Dubbeldiagnoses	192
Bijlage 4: Zorgprogramma's: effectiviteit uitgaande van EFP-uitgaves	196
Bijlage 5A: Arbeid, vrije tijd & scholing	198
Bijlage 5B: Opgestelde behandeldoelen	199
Bijlage 5C: Behandelingen	201
Bijlage 5D: Duur en intensiteit behandeling	204
Bijlage 5E: Farmacotherapie	205
Bijlage 5F: Geëvalueerde behandeldoelen	208
Bijlage 5G: Ervaren knelpunten tijdens de tenuitvoerlegging	210
Bijlage 5H: Koppeling behandeling aan literatuur	211
Bijlage 6A: Beschrijvende significante statistiek behorende bij de vijf klassen	216
bijlage 6B: Visuele weergave van de vijf Klassen	218
Bijlage 6C: Verdeling profielen over FPC's	219

SAMENVATTING

Inleiding

Na enkele ernstige incidenten met tbs-gestelden tijdens onbegeleid verlof, besloot de Tweede Kamer in 2006 een parlementair onderzoek in te stellen naar het functioneren van het tbs-systeem (commissie-Visser). De commissie kwam tot de conclusie dat het tbs-systeem in het algemeen aan zijn taakstelling voldoet maar dat het noodzakelijk is om de uitvoering aan te passen aan de eisen van deze tijd. Eén van de aanbevelingen betrof het uitvoeren van meer wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van behandeling in de forensische psychiatrie. Hiertoe heeft het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), samen met het tbs-veld en relevante actoren, een tbs-onderzoeksprogrammering opgesteld. Ten behoeve van de tbs-onderzoeksprogrammering was behoefte aan een inventariserend, beschrijvend onderzoek naar de huidige tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel.

Dit rapport vormt de weerslag van dit inventariserend, beschrijvend onderzoek en een kwantitatieve analyse van een representatieve steekproef van tbs-gestelden. Het onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel zijn de kenmerken van de onderzoekspopulatie, de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel, de vormgeving van de tenuitvoerlegging, het formele wettelijke kader, knelpunten en de vraag hoe de tenuitvoerlegging – en meer bepaald de behandeling – aansluit bij het wetenschappelijk onderzoek, beschreven. In het tweede deel zijn profielen van de groep onderzochte tbs-gestelden opgesteld.

Onderzoeksmethode

In deze studie zijn vier onderzoeksmethoden gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen: literatuursynthese, dossieronderzoek, interviews en focusgroepen. De literatuursynthese was bedoeld om de onderzoeksvragen vanuit een theoretische invalshoek te beantwoorden en om inzicht te geven in de evidence-based behandelmethode in het forensische domein. Het dossieronderzoek had onder meer als doel

om zicht te krijgen in verschillende patiënt- en behandelaspecten. De semigestructureerde interviews zijn afgenomen om inzicht te krijgen in de ten uitvoerlegging van de tbs-maatregel en in vragen die niet aan de hand van het dossieronderzoek konden worden beantwoord. Ten slotte zijn drie focusgroepen gehouden om sleutelfiguren (behandeldirecteuren, behandelaren en onderzoekers) de mogelijkheid te geven te reflecteren op de belangrijkste onderzoeksresultaten. Tevens leverden de focusgroepen input voor onderzoeksaspecten die via dossieronderzoek en interviews onvoldoende belicht waren.

De steekproefgrootte van het dossieronderzoek is door de opdrachtgever vastgesteld op 180 casussen. In de 13 Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) zijn casussen op willekeurige wijze getrokken uit de populatie die op dat moment in de kliniek aanwezig was. Het aantal geselecteerde casussen per kliniek is met een wegingsfactor bepaald. Patiënten van na 1 februari 2000 maakten deel uit van de steekproef. Daarnaast zijn tbs-gestelden met een indicatie longstay forensische zorg en illegaal in Nederland verblijvende tbs-gestelden buiten de steekproef gehouden. De representativiteit is op zes kenmerken gecontroleerd: geslacht, leeftijd, delictcategorie, primaire stoornis, nationaliteit en IQ. Vijf van de zes kenmerken konden door de FPC's verstrekt worden met uitzondering van het IQ; de representativiteit van het IQ is daarom op basis van de gescoorde dossiergegevens gecontroleerd.

Beantwoording onderzoeksvragen

In dit onderzoek staan in totaal elf onderzoeksvragen centraal. De eerste zes vragen (vraag 1 t/m 6) hebben betrekking op het eerste deel van het onderzoek. De daaropvolgende vijf vragen (vraag 7 t/m 11) behoren bij het tweede deel van het onderzoek: de kwantitatieve analyse van de gescoorde casussen.

Onderzoeksvraag 1: Wat zijn de kenmerken van de geselecteerde casussen uitgaande van bestaande gegevens?

Uit de resultaten blijkt dat de overgrote meerderheid van de patiënten in de steekproef man is en de Nederlandse nationaliteit heeft. Bijna 29%

van de populatie heeft een allochtone achtergrond. De gemiddelde leeftijd op het moment van tbs-oplegging is 32 jaar. Het grootste deel van de onderzoekspopulatie heeft voortgezet onderwijs gevolgd (74.4%). Ten tijde van het delict had meer dan 80% geen dagbesteding (bijvoorbeeld werk of opleiding). Bij de oplegging van de tbs-maatregel had ongeveer 15% van de onderzoekspopulatie een relatie; negen van deze 28 patiënten waren gehuwd. Vijftig patiënten (28%) hebben één of meerdere kinderen.

Uit het onderzoek blijkt dat een grote groep patiënten negatieve life-events heeft meegemaakt, zoals verslaving, echtscheiding, overlijden van ouders en opname in een tehuis voor het 18e levensjaar. De meerderheid van de patiënten is bovendien voor de tbs-oplegging in contact gekomen met een of meerdere hulpverlenende instanties en meer dan tachtig procent van de onderzoekspopulatie heeft een justitiële voorgeschiedenis. Bij de civielrechtelijke maatregelen komt de (V)OTS het meeste voor (19%) en bij de strafrechtelijke maatregelen komt de voorwaarde jeugdreclassering het vaakste voor (19%). Daarnaast was meer dan 60% eerder gedetineerd en heeft 35% in het verleden een taakstraf gekregen.

Een analyse van de indexdelicten laat zien dat (poging tot) moord of doodslag het meest frequent voorkomt, gevolgd door zedendelicten, delicten in de categorie 'bedreiging, afpersing en vrijheidsberoving' en geweldsdelicten. Een kleine groep heeft als indexdelict brandstichting of diefstal (met en zonder geweld). De aan middelen gebonden stoornis (70%) en schizofrenie of een andere psychotische stoornis (39%) zijn de meest voorkomende classificaties op As-I. In afnemende zin komen ontwikkelingsstoornissen, seksuele en genderidentiteitsstoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen voor. Op As-II is 40% van de patiënten geclassificeerd met een cluster B persoonlijkheidsstoornis en 35% met een persoonlijkheid NAO. Zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid komt in 23% van de gevallen voor. De meest voorkomende dubbeldiagnose is een cluster B persoonlijkheidsstoornis met een aan middelen gebonden stoornis.

Onderzoeksvraag 2: In welke fase van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel bevinden de geselecteerde casussen zich?

Het beantwoorden van deze onderzoeksvraag wordt bemoeilijkt doordat vier klinieken niet expliciet gebruik maken van behandelfases. Klinieken die wel gebruik maken van fasen, onderscheiden drie fasen: instroomfase (diagnostiek en observatie), doorstroomfase (behandeling) en uitstroomfase (resocialisatie). Het grootste deel van de patiënten zit in de behandelfase en wat betreft verlofstatus hebben de meeste van de onderzochte patiënten geen verlof of begeleid verlof.

Onderzoeksvraag 3: Op welke wijze is de tenuitvoerlegging vormgegeven in de periode van het volledige verblijf in de huidige kliniek?

De tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel kent verschillende onderdelen. In de meeste klinieken worden patiënten op een aparte opname- en diagnostiekafdeling opgenomen. Tijdens deze eerste fase wordt informatie over de patiënten verzameld, vinden gesprekken plaats en wordt diagnostisch onderzoek verricht. Bij meer dan 70% van de patiënten heeft diagnostisch onderzoek plaatsgevonden in de kliniek waar ze ten tijde van het onderzoek verbleven. Zeven van de 13 klinieken maken gebruik van een standaardtestbatterij bij opname, al dan niet aangevuld met verdiepende diagnostiek. Op basis van de meest recente risicotaxatie blijkt dat bij 58% van de patiënten meerdere instrumenten wordt afgenomen. De eerste risicotaxatie vindt - conform de richtlijnen - bij 11 klinieken plaats tussen de tweede en de twaalfde maand, waarbij een meerderheid van de klinieken een maximale termijn van drie maanden in acht neemt.

Over de vormgeving van het sociotherapeutisch milieu wordt slechts in 22 dossiers expliciet melding gemaakt. De vormgeving ligt vooral op het bieden van structuur, het ondersteunen van patiënten bij de verzorging en het zoeken van geschikte activiteiten die passen bij de mogelijkheden van de patiënt. Wel wordt in de dossiers veel informatie over behandeldoelen met betrekking tot sociotherapie gevonden.

Wat betreft arbeid, scholing en vrijetijdsbesteding: meer dan 75% van de patiënten had tijdens het onderzoek betaalde of onbetaalde arbeid, ongeveer

46% volgde onderwijs en meer dan 70% had een vrijetijdsbesteding. Patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen en zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid volgden minder onderwijs.

Alle klinieken maken gebruik van zorgprogramma's: vier klinieken maken gebruik van de landelijke zorgprogramma's; de andere klinieken gebruiken eigen zorgprogramma's. De programma's geven de kaders aan van waaruit wordt gewerkt. Het behandelaanbod is uiteenlopend doch kan in vijf categorieën worden geclusterd: behandeling in het kader van het delict, psycho-educatie en therapieën, vaardigheidstrainingen, non-verbale therapieën en maatschappelijk werk. Het blijkt dat patiënten met seksuele en genderidentiteitsstoornissen die een zedendelict hebben gepleegd, vaker een delictbehandeling volgen dan patiënten met andere stoornissen. Opvallend is dat allochtone patiënten vaker maatschappelijk werk en non-verbale therapieën volgen dan autochtone patiënten. Psycho-educatie en andere therapieën worden vooral individueel gegeven. Vaardigheidstrainingen vinden vooral groepsgewijs plaats en non-verbale therapieën en delictbehandeling zijn ongeveer gelijk verdeeld. Over behandelduur en -intensiteit is weinig informatie beschikbaar. Uit de dossiers blijkt dat één derde van de behandelingen is afgerond (of voortijdig afgebroken) en dat één derde ten tijde van het onderzoek nog lopende is. Bij de overige behandelingen ontbrak de informatie. Ongeveer de helft van de patiënten krijgt farmacotherapie voor psychotische decompensatie en somatische aandoeningen en ongeveer één derde van de patiënten krijgt stemmingsstabilisatoren. Farmacotherapie voor middelenafhankelijkheid/verslaving, impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit of de seksuele component komt minder vaak voor. Bijna 95% van de patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen krijgt antipsychotica en ongeveer 32% van de patiënten met seksuele en genderidentiteitsstoornissen krijgt hormonale libidoremmers voorgeschreven.

Informatie over behandeldoelen zijn uitgebreid terug te vinden in de meest recente behandelplannen en hebben vooral betrekking op de sociotherapie, de behandeling door psychologen, psychiaters en psychotherapeuten, dagbesteding, drugs- en alcoholbeleid, risicofactoren

en systeemgerichte, non-verbale en farmacologische behandeling. Deze behandeldoelen worden regelmatig opgesteld, aangepast en geëvalueerd tijdens behandelplanbesprekingen. Bij 10 van de 13 klinieken vinden behandelplanbesprekingen twee keer per jaar plaats, bij twee klinieken drie of vier keer per jaar en bij één kliniek één keer per jaar. Ongeoorloofde afwezigheid tijdens het laatste half jaar komt bij één patiënt voor en twee patiënten uit de onderzoekspopulatie zijn tijdens hun tbs-maatregel gerecidiveerd. Ongeveer 13% van de patiënten heeft tijdens het laatste half jaar drugs of alcohol gebruikt en 26% heeft individuele afspraken over behandeling geschonden. Het gebruik van dwang- en drangmiddelen komt voor zoals beschreven in de Beginselenwet (met name afzondering, separatie of het intrekken van verloven en vrijheden). Dwangmedicatie en brief- of telefonische censuur komen weinig voor.

Onderzoeksvraag 4: Wat is het formele kader waarmee de geselecteerde casus tijdens de tenuitvoerlegging te maken krijgt?

Het meest gevolgde formele kader is de Beginselenwet of een combinatie van de Beginselenwet en de BOPZ. Slechts eenmaal wordt de Beginselenwet in combinatie met de WGBO en eveneens eenmaal de Beginselenwet in combinatie met zowel de WGBO als de BOPZ opgegeven. Het formele kader is voor alle klinieken ook een richtlijn voor het aanbod van de drang- en dwangmaatregelen en voor hun beleid ten aanzien van ongeoorloofde afwezigheid.

Onderzoeksvraag 5: Tegen welke knelpunten lopen de bij de casus betrokkenen aan? Welke gevolgen heeft dit voor de tenuitvoerlegging (behandeling, behandeltraject)?

In dit onderzoek zijn in de dossiers geen knelpunten teruggevonden. Tijdens de interviews is specifiek gevraagd naar knelpunten tijdens de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Knelpunten die het meeste genoemd zijn, zijn het langdurige traject voorafgaande aan het verlof door de gewijzigde externe procedures, de moeizame doorstroom naar vervolginstellingen en de negatieve beeldvorming van de terbeschikkingstelling. Andere

knelpunten die meerdere keren genoemd zijn, zijn leegloop, de grote nadruk op beveiliging in plaats van op behandeling en verhoogde werkdruk. Wat bij alle klinieken terugkomt, is de aangescherpte wetgeving ten gevolge van de politieke gevoeligheid, de maatschappelijke onrust en de mediagevoeligheid. Dit leidt volgens de geïnterviewden tot verminderd maatwerk op het gebied van behandeling en vrijheden wat kan leiden tot frustratie en ongemotiveerdheid bij patiënten met alle gevolgen voor de behandeling en de behandelduur.

Onderzoeksvraag 6: In hoeverre correspondeert de behandeling van tbs-gestelden met inzichten hierover in recente (wetenschappelijke) publicaties en zorgprogramma's van het EFP?

Bij de beantwoording van deze vraag dient rekening gehouden te worden met het feit dat in de dossiers niet alle benodigde informatie over de behandelingen is teruggevonden. Met deze opmerking in het achterhoofd kan voorzichtig geconcludeerd worden dat het zorgprogramma voor patiënten met psychotische kwetsbaarheid het vaakst in de praktijk wordt gebruikt. Behandelingsvormen die in dit onderzoek gevonden zijn in de dossiers zijn: gedragstherapie, psycho-educatie, vaardigheidstrainingen met betrekking tot psycho-educatie, psychomotorische therapie en farmacotherapie. De aanbevolen interventies uit dit zorgprogramma komen goed overeen met de gevolgde behandelingen door de onderzoekspopulatie.

Cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie zijn de aanbevolen interventies voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze aanbevolen interventies zijn iets minder vaak teruggevonden in de dossiers. De best evidence interventiemethodes die het vaakst voorkwamen, waren vaardigheidstrainingen gericht op sociale vaardigheden, seksueel en relationeel gedrag en farmacotherapie in de vorm van hormonale libidoremmers.

De enige evidence-based interventie die in het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen beschreven staat, is cognitieve gedragstherapie en (bij patiënten in de reguliere gezondheidszorg) schemagerichte therapie. Vaardigheidstrainingen die hun effectiviteit bewezen hebben, zijn:

agressiehanteringstraining, stressinoculatietraining en de Goldsteintraining. De evidence-based en best evidence interventies worden, op basis van de informatie uit de dossiers, in mindere mate toegepast bij deze doelgroep. Maatschappelijk werk, psychomotorische therapie en therapie door een psycholoog, psychiater of psychotherapeut worden het vaakst aangeboden. Medicatie wordt vooral voorgeschreven bij somatische aandoeningen en bij problemen met stemming en angst.

Onderzoeksvraag 7: Zijn er onderscheidbare profielen op te stellen van tbs-gestelden uitgaande van psychopathologie, delictkenmerken, risicofactoren en achtergrondkenmerken?

Op basis van een latente klasse analyse zijn vijf profielen onderscheiden: 'de psychotische patiënt met meervoudige problematiek' (Klasse 1), 'de typisch psychotische patiënt' (Klasse 3), 'de antisociale patiënt' (Klasse 2), 'de onder invloed verkerende patiënt' (Klasse 5) en 'de patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag' (Klasse 4). Deze profielen kunnen als volgt worden geduid.

'De psychotische patiënt met meervoudige problematiek' lijdt aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis, heeft een persoonlijkheidsstoornis cluster B en in mindere mate NAO. Het type gepleegde delict is divers waardoor patiënten in deze klasse eerder generalisten dan specialisten lijken te zijn. Patiënten in deze klasse zijn in het verleden vaak opgenomen of hebben ambulante hulp ontvangen. De tijd welke zij in detentie zitten vóór opname in een tbs-kliniek is het kortst voor patiënten in deze klasse. De meesten krijgen antipsychotica en scoren gemiddeld het laagst op de meest recente GAF-score van de DSM-IV.

'De typisch psychotische patiënt' lijdt primair aan schizofrenie of aan een andere psychotische stoornis. Als er al sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, dan is deze minder geprononceerd dan bij tbs-gestelden in andere klassen. Hij heeft een zeer ernstig delict gepleegd mogelijk als gevolg van een psychotische waan of hallucinaties. In deze klasse hebben patiënten gemiddeld een hogere opleiding en hebben ze in het verleden vaak een IBS en/of een RM gehad. De meeste van de

patiënten krijgen antipsychotica en in hun behandelplan staat medicatie vaak als expliciet behandeldoel genoemd. Deze patiënten volgen vaak een vaardigheidstraining gericht op psycho-educatie.

‘De antisociale patiënt’ heeft een duidelijke signatuur. Hij heeft vooral een persoonlijkheidsstoornis cluster B en het antisociale gedrag dat zij vertonen, lijkt in relatie te staan met ernstig middelenmisbruik. In de meerderheid van de gevallen heeft hij een ernstig levensfeit gepleegd. Patiënten in deze klasse hebben vaker kinderen. Behandeldoelen hebben vaak betrekking op onderwijs en zij volgen dikwijls een vaardigheidstraining ten behoeve van agressiehantering.

‘De onder invloed verkerende patiënt’ is moeilijker te typeren. Hij heeft een aan middelen gebonden stoornis en heeft een persoonlijkheidsstoornis NAO. Het type gepleegde delict is divers. De helft van de patiënten heeft een zeer ernstig delict gepleegd: (poging tot) moord/doodslag. Deze patiënten lijken eerder generalisten dan specialisten en de delicten kunnen worden gezien als druggerelateerde misdrijven. In deze klasse komen geen vrouwen voor en het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van deze patiënten is het hoogste vergeleken met de andere klassen. Bij deze patiënten worden individuele afspraken over druggebruik met enige regelmaat geschonden.

‘De patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag’ vertoont een congruent beeld tussen de As-I stoornis en het type delict. De tbs-gestelde lijdt aan een seksuele stoornis en/of genderidentiteitsstoornis en heeft vooral seksueel grensoverschrijdend gedrag gepleegd bij minderjarigen en, in mindere mate, seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen. Zij zijn vooral specialisten, al maakt een klein aantal van hen zich (mede) schuldig aan brandstichting en gewelddadig gedrag. In deze klasse komen in verhouding meer autochtonen voor en de gemiddelde leeftijd – ten tijde van het onderzoek - ligt hoger. Deze patiënten zijn in het verleden vaak gepest en seksueel misbruikt, maar hadden in verhouding minder problemen met middelen. De patiënten in deze klasse zijn in het verleden minder vaak in aanraking gekomen met eerdere hulpverlening en hadden vaker werk ten tijde van het indexdelict. Als indexdelict plegen zij dikwijls

meerdere delicten uit één categorie met een strafdreiging van meer dan vier jaar.

Onderzoeksvragen 8 en 9: Zijn de behandeling en het formele kader afhankelijk van de opgestelde profielen? Is hetgeen gebeurt tijdens de behandeling afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden?

Het formele kader lijkt niet afhankelijk te zijn van het profiel van de tbs-gestelden. Wel verblijven psychotische patiënten met meervoudige problematiek gemiddeld korter in detentie alvorens ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek. Daarnaast blijkt dat doelen met betrekking tot medicatie en onderwijs significant verschillen tussen de verschillende klassen. Doelen met betrekking tot onderwijs zijn bijvoorbeeld vaker opgesteld bij antisociale patiënten (Klasse 2) dan bij psychotische patiënten (Klasse 1 en 3) en patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4). Doelen met betrekking tot medicatie komen juist vaker voor bij typisch psychotische patiënten (Klasse 3) en minder bij antisociale patiënten en onder invloed verkerende patiënten (Klasse 2 en 5). Er zijn ook significante verschillen tussen enkele behandelinterventies. Schemagerichte therapie wordt veel vaker gevolgd door onder invloed verkerende patiënten (Klasse 5) dan door patiënten uit één van de andere klassen. Dadergroepen komen volgens de dossiers vaker voor bij patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4) dan bij onder invloed verkerende patiënten (Klasse 5) en ook de overkoepelende categorie delictbehandeling komt vaker voor bij patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4) dan bij patiënten met psychotische meervoudige problematiek (Klasse 1). Antisociale patiënten (Klasse 2) krijgen vaker training voor agressiehantering en psycho-educatie wordt vaker gegeven aan typische psychotische patiënten (Klasse 3). Wat medicatiegebruik betreft zijn er enkele, voor de hand liggende, verschillen. Psychotische patiënten met meervoudige problematiek en typisch psychotische patiënten (Klasse 1 en 3) gebruiken veel vaker antipsychotica dan patiënten uit de andere klassen. Hormonale libidoremmers worden voornamelijk gebruikt door patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4).

Onderzoeksvragen 10 en 11: Zijn deze profielen (beter) geschikt voor behandelindicatie en zijn de profielen repliceerbaar?

Op basis van de gegevens in dit onderzoek is deze vraag moeilijk te beantwoorden. Wel is uit het onderzoek duidelijk geworden dat (a) de vijf profielen inhoudelijk worden herkend door deelnemers van twee van de drie focusgroepen, (b) er verschillen zijn tussen de FPC's wat betreft het voorkomen van de profielen en (c) overeenkomstige profielen zijn gevonden in een onderzoek van Bogaerts & Spreen (2011). De indruk bestaat dat patiënten met een verschillend profiel nu binnen één zorgprogramma vallen en dat het daarmee moeilijk is om een geïndividualiseerd behandelprogramma aan te bieden. Mogelijk dat de gevonden indeling in profielen hierbij behulpzaam kan zijn. Wat betreft de repliceerbaarheid: in een recent onderzoek van Bogaerts en Spreen (2011) zijn grote overeenkomsten gevonden met drie van de vijf klassen in het huidige onderzoek: de typisch psychotische patiënt, de psychotische patiënt met meervoudige problematiek en de antisociale patiënt.

Discussie

Het onderzoek in dit rapport beantwoordt aan de behoefte aan een inventariserend, beschrijvend onderzoek naar de huidige tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Naast een gedetailleerde en gestructureerde beschrijving van een representatieve steekproef van tbs-gestelden, heeft er een kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de data plaatsgevonden. De kwantitatieve analyse op basis van dossierinformatie biedt onze inziens de mogelijkheid om de diagnostiek, risicotaxatie en behandeling van tbs-gestelden in een ander licht te bezien. De kwalitatieve analyse via semi-gestructureerde interviews en focusgroepen geeft een verdieping en verdere aanvulling van de informatie over diagnostiek, risicotaxatie en behandeling.

Uit dit onderzoek blijkt dat de dossiers, en andere stukken waar toegang toe is gegeven, niet altijd voldoende informatie opleverden om gegevens volledig te scoren. Op basis van de stukken en tijdens de interviews en focusgroepen kwam naar voren dat wat de psycholoog, psychiater en psychotherapeut doen, niet altijd expliciet wordt opgeschreven in de

dossiers. Er worden wel aantekeningen bijgehouden maar deze worden tot de persoonlijke werkaantekeningen van deze disciplines gerekend en komen daarom minder vaak in de dossiers voor. Wat betreft DSM-classificaties was vanuit de dossiers niet altijd duidelijk wat de hoofddiagnose was en wat de nevend diagnoses waren. Tevens is het een opvallende bevinding dat volgens de dossiers niet bij alle patiënten een delictanalyse is gedaan wat geheel tegengesteld is aan wat vanuit de klinische praktijk wordt genoemd en hetgeen expliciet in de interviews is aangegeven.

Uit dit onderzoek wordt ook duidelijk dat, hoewel het werken met sociotherapeutische milieus wordt gezien als core business van de tbs-behandeling, de gehanteerde werkwijze en methode erg summier worden aangegeven in de dossiers. Ten aanzien van werk, scholing en vrijetijdsbesteding komt uit de stukken wel een duidelijker beeld naar voren. Deze bevinding sluit goed aan bij de wetenschappelijke evidentie van het belang van zinvolle vrijetijdsbesteding en waardevolle contacten op het werk in het terugdringen van recidive (Bouman, 2009).

De vergelijking van de huidige behandeling van tbs-gestelden met de inzichten in de landelijke zorgprogramma's en de wetenschappelijke literatuur laat zien dat de toepassing van evidence-based interventies verschilt voor het type psychiatrische problematiek. Patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen worden over de gehele lijn behandeld conform de voor hen aanbevolen interventies. Dit geldt in mindere mate voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag en patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Zoals in de voorgaande alinea's aangegeven, zijn niet alle details over de behandelinterventies in de dossiers teruggevonden. Bij meer informatie zou dus kunnen blijken dat de aanbevolen interventies wel degelijk worden toegepast.

Op grond van latente klasse analyse zijn vijf profielen onderscheiden: de psychotische patiënt met meervoudige problematiek (Klasse 1), de typisch psychotische patiënt (Klasse 3), de antisociale patiënt (Klasse 2), de onder invloed verkerende patiënt (Klasse 5) en de patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4). De gevonden profielen sluiten inhoudelijk aan bij de klinische praktijk. Tevens laten de verschillende

profielen zien dat rekening wordt gehouden met de draagkracht en draaglast van patiënten afhankelijk van het profiel, denk aan het op maat gemaakte aanbod van onderwijs en arbeid. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat de behandeling bij bepaalde patiënten specifiek gekoppeld wordt aan combinaties van problematiek, denk aan agressiebehandeling. De profielen maken ook duidelijk dat aannames die in de praktijk worden gemaakt soms enige nuancering behoeven. In ander onderzoek onder tbs-gestelden zijn vergelijkbare profielen gevonden. Op basis van deze overeenkomsten mogen we stellen dat de door ons gevonden profielen repliceerbaar zijn in een andere steekproef tbs-gestelden en lijkt het de moeite waard om het behandel aanbod meer af te stemmen op patiëntenprofielen die op basis van As-I, As-II en indexdelict zijn verkregen. Dit vraagt om een geïntegreerde behandeling waar rekening wordt gehouden met de comorbiditeit binnen de tbs-populatie.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit onderzoek komen we tot een viertal aanbevelingen:

1. Vanuit het onderzoek is de aanbeveling om behandelvoortgang en -evaluaties (nog) meer systematisch en gestructureerd vorm te geven en daarbij expliciet aan te geven welke patiënt, welke behandeling (en door wie) heeft ontvangen en wanneer deze is gestart en is beëindigd. In lijn met deze aanbeveling is het advies om niet alleen in het kader van onderzoek gebruik te maken van gestructureerde diagnostiek voor As-I en AS-II problematiek doch dit een standaardonderdeel te laten zijn van het professionele handelen. Niet alleen om daarmee de diagnosestelling te verfijnen doch vooral om de informatie concreet te kunnen gebruiken in de behandeling (cf. Kamphuis, 2011).
2. Uit recente studies van Bartak en collega's (2011a, 2011b) blijkt dat een klinische behandeling, die plaatsvindt binnen een ondersteunend sociotherapeutisch milieu, over de gehele linie de beste papieren heeft voor zowel cluster A als cluster B persoonlijkheidstoornissen. Gezien deze uitkomsten verdient het aanbeveling dat de forensische

psychiatrische centra in gezamenlijkheid een concrete en methodische uitwerking nastreven van sociotherapeutische milieus.

3. De toepassing van de wetenschappelijke evidentie in de behandeling van forensische psychiatrische patiënten lijkt gelijk op te gaan met hoeveel er over een specifieke patiëntengroep bekend is in termen van effectiviteit. Het verdient aanbeveling om – gezien de prevalentie van middelenmisbruik bij tbs-gestelden – de wetenschappelijke evidentie ten aanzien van verslaving meer te integreren in het huidige behandelaanbod. Tevens dienen de ontwikkelingen binnen het forensisch netwerk met betrekking tot Routine Outcome Monitoring (ROM), waaronder het initiatief van de Onderzoekers Task Force, gesteund te worden en dient men draagvlak te vinden om te bezien of dit een serieus en waardevol alternatief is om effecten in de klinische praktijk te meten.
4. De gehanteerde person-centered benadering in dit onderzoek sluit aan bij het dimensioneel denken in plaats van strikt categoriaal denken. In dit onderzoek is een aanzet gegeven door op basis van hoofddiagnoses op As-I en As-II en het indexdelict, verschillende profielen te onderscheiden. Het denken in termen van clusters en profielen betekent dat de behandeling ook specifiek kan worden bepaald. Onzes inziens dient nog nader worden bekeken wat de profielen betekenen voor de vormgeving en uitvoering van de huidige zorgprogramma's. Tevens vraagt de bevinding dat de persoonlijkheidsstoornis NAO een relatief grote invloed heeft op de profielen op reflectie van de totstandkoming en waarde van deze As-II classificatie.

1 INLEIDING

1.1 ACHTERGRONDGEGEVENS VAN HET ONDERZOEK

Nederland kent, in vergelijking met de Verenigde Staten en met de rest van Europa, een enigszins afwijkend systeem Terbeschikkingstelling (TBS) geheten.¹ TBS is een strafrechtelijke maatregel die verschilt van andere landen in die zin dat er een continuüm bestaat van volledig toerekeningsvatbaar tot volledig ontoerekeningsvatbaar (McInerny, 2000; Van Marle, 2000; zie ook Van Nieuwenhuizen e.a., 2002). De rechtbank kan een terbeschikkingstelling opleggen aan iemand die, door een psychische stoornis of een gebrekkige ontwikkeling van de geestesvermogens, niet of verminderd toerekeningsvatbaar is voor het gepleegde delict. Daarnaast geldt dat voor het delict minimaal vier jaar gevangenisstraf staat en is het uitgangspunt dat zonder adequate en effectieve behandeling de kans op recidive groot is. De belangrijkste functie van het TBS-systeem is bijgevolg om de maatschappij te beveiligen tegen gewelddadige recidieven, te voorzien in een effectieve behandeling en betrokkenen voor te bereiden op resocialisatie wanneer zich geen contra-indicaties voordoen.

Er zijn twee varianten van de TBS-maatregel: TBS met bevel tot dwangverpleging (vrijheidsbenemende maatregel) en TBS met voorwaarden. In het geval van TBS met bevel tot dwangverpleging wordt de TBS-gestelde in een (gesloten) Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) geplaatst en daar behandeld. Bij een TBS met voorwaarden wordt de persoon niet onder dwang in een FPC opgenomen, maar legt de rechter verplichtende voorwaarden op aan het gedrag van de persoon (bijvoorbeeld het volgen van dagbehandeling of een alcoholverbod). In dit onderzoek gaat het om de TBS-maatregel met dwangverpleging. In 2010 was de omvang van de TBS-populatie ruim 2.100 personen en de gemiddelde behandelduur bij uitstroom bijna tien jaar (9.8 jaar; Nagtegaal, e.a., 2011).

¹ Veel landen kennen een systeem waarbij mensen die ernstige misdrijven hebben gepleegd niet schuldig bevonden kunnen worden wanneer er sprake is van 'een geestesziekte of gebrekkige ontwikkeling van de geestesvermogens'.

1.1.1 Aanleiding voor het onderzoek vanuit beleidsoptiek

Na enkele ernstige incidenten met tbs-gestelden tijdens onbegeleid verlof, besloot de Tweede Kamer in 2006 een parlementair onderzoek in te stellen naar het functioneren van het tbs-systeem. De parlementaire onderzoekscommissie tbs, de commissie-Visser genoemd, kwam tot de conclusie dat het tbs-systeem in het algemeen aan zijn taakstelling voldoet, maar dat het noodzakelijk is om de uitvoering aan te passen aan de eisen van deze tijd. Op 10 oktober 2006 stuurde de toenmalige minister van Justitie een plan van aanpak naar de Tweede Kamer waarin de aanbevelingen van de commissie-Visser zijn vertaald in maatregelen die het tbs-systeem moeten verbeteren. Het plan van aanpak wordt momenteel uitgevoerd. De Tweede Kamer werd ieder halfjaar geïnformeerd over de voortgang van de maatregelen die voortvloeien uit het plan van aanpak tbs.

Eén van de aanbevelingen van de commissie-Visser betrof het uitvoeren van meer wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van behandeling in de forensische psychiatrie. Hiertoe heeft het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), samen met het tbs-veld en relevante actoren (o.a. DJI, Reclassering, GGz, NIFP, EFP) een tbs-onderzoeksprogrammering opgesteld. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) heeft vervolgens samen met de 13 FPC's, op 9 juli 2010, een samenwerkingsovereenkomst ondertekend waarmee zij verplichte risicotaxaties aanleveren aan een landelijke databank Risicotaxatie tbs.

Verder wordt nagedacht over het ontwikkelen van een interne monitor op patiënniveau in de intramurale fase. Dit project maakt onderdeel uit van het project ROM GGz van GGz Nederland waarbij verschillende actoren betrokken zijn. Het WODC werkt samen met andere organisaties (o.a. DJI, NIFP, reclassering) aan een externe monitor met informatie over de extramurale fase, waaronder de delictvoorgeschiedenis van personen en of zij opnieuw met justitie in aanraking komen (recidive). Het plan is opgevat om op termijn beide monitoren te koppelen zodat integraal onderzoek (behandelinformatie en justitiële informatie) naar de effectiviteit van de tbs-maatregel mogelijk wordt.

1.1.2 Behandeling van tbs-gestelden

Ten behoeve van de tbs-onderzoeksprogrammering is behoefte aan een inventariserend, beschrijvend onderzoek naar de huidige tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Zowel nationaal als internationaal vindt onderzoek plaats naar de effectiviteit van interventies bij (specifieke groepen van) tbs-gestelden (zie bijvoorbeeld Hornsveld, 2007; Hornsveld & Nijman, 2005; Van Nieuwenhuizen, 2005). Daarnaast zijn in Nederland meta-analyses gepubliceerd waarin de effectiviteit van verschillende interventies bij - en vaak in relatie tot kenmerken van - specifieke doelgroepen in kaart is gebracht: seksuele delinquenten (De Ruiter & Veen, 2006); geweldsdelinquenten (De Ruiter & Veen, 2005), forensische psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (Harte, 2008) en volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen (Van Dooren e.a., 2006). Onder meer aan de hand van dergelijke meta-analyses heeft het EFP in 2008 een drietal zorgprogramma's opgesteld voor patiënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag stellen, patiënten met psychotische kwetsbaarheid en patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (EFP, 2008a, 2008b & 2008c). Tevens is in 2009 het landelijk zorgprogramma 'Langdurige forensisch psychiatrische zorg' verschenen (EFP, 2009). Op basis van wetenschappelijk onderzoek wordt steeds duidelijker welke criminogene risicofactoren (o.a. psychiatrisch, psychologisch, biologisch en neurofysiologisch) en beschermende factoren een rol kunnen spelen in het ontstaan van gewelddadig gedrag én welke interventies en behandelprogramma's veelbelovend of effectief zijn zodat de kans op risico- en gewelddadig gedrag wordt verminderd of voorkomen (Nijman, 2005).

Het laatste decennium heeft de forensische psychiatrie stappen voorwaarts gezet hoe, aan de hand van de huidige stand van de wetenschap, behandeld zou kunnen worden (zie bijvoorbeeld Wright e.a., 2009; Waldram, 2008; Krakowski e.a., 2006; Svartberg e.a., 2004). Over de mate waarin empirische evidenties uit (internationale) studies ook daadwerkelijk hun toepassing vinden bij de behandeling van tbs-gestelden in de verschillende forensisch psychiatrische centra, is echter weinig bekend. Hiernaar wordt in het kader van deze studie ook onderzoek verricht.

Veelal wordt bij de ontwikkeling van behandelprogramma's de uit Canada afkomstige 'What Works'-benadering van crimineel gedrag als leidraad en gouden standaard genomen (zie bijvoorbeeld De Ruiter & Veen, 2005; Van den Hurk & Nelissen, 2004).² Deze benadering houdt in dat een behandelinterventie aan vier principes moet voldoen, wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive: (1) het risicoprincipe, (2) het behoefteprincipe, (3) het responsiviteitsprincipe, en (4) het behandelintegriteitsprincipe.

- Ad 1. Het risicoprincipe betekent dat, voorafgaand aan behandeling en aan de hand van gestandaardiseerde methoden, een inschatting van het recidiverisico dient plaats te vinden waarbij patiënten met een hoog risico een intensievere behandeling krijgen.
- Ad 2. Het behoefteprincipe houdt in dat tijdens de risicotaxatie een inventarisatie wordt gemaakt van de dynamische factoren c.q. criminogene behoeften die bij een individuele patiënt tot een verhoogd recidiverisico leiden. Deze geïdentificeerde behoeften worden vertaald in concrete behandeldoelen.
- Ad 3. Daarnaast is de vorm van de behandeling van belang voor de effectiviteit ervan en dient behandeling te worden geboden in een vorm die aansluit bij de leerstijl van de patiënt (het zogeheten responsiviteitsprincipe).
- Ad 4. Het vierde principe, het behandelintegriteitsprincipe, betekent dat ervoor wordt gewaakt dat de behandeling ook zo wordt gegeven als zij bedoeld is. Een belangrijke voorwaarde in dezen is dat gewerkt wordt volgens uitgewerkte behandelprotocollen, modules en sessies.

Tegelijk moet de kloof tussen het effectief zijn van een behandel- en zorgprogramma en de praktische uitvoerbaarheid ervan worden overbrugd. Behandel- en zorgprogramma's kunnen op papier effectief zijn maar in

² Zie bijvoorbeeld 'Hersenen & cognitie: een geïntegreerde benadering'; www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOA_7E2B8H.

de praktijk niet of moeilijk van de grond komen of niet effectief blijken in termen van recidivevermindering (Rovers, 2007). De 'What Works'-benadering legt sterk de nadruk op de interne validiteit van studies. De centrale vraag is of een behandeling werkt (Farrington & Welsh, 2005). De vraag waarom en in welke sociale context ze werkt, lijkt van secundair belang. Pawson (2006) breekt een lans om naast de interne validiteit, ook de externe validiteit met het nodige realisme op evaluaties van behandelprogramma's te betrekken. (Leeuw e.a., 2007). Naast conditionele assumpties van behandel- en zorgprogramma's, kunnen contextfactoren en randcondities in een intramurale setting (FPC) niet worden verwaarloosd. De bewezen effectiviteit van een gedragsinterventie is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van het onderzoeksdesign maar ook van de context waarin de therapie of interventie wordt uitgevoerd (Lipsey, 2001). Behandel- en zorgprogramma's vinden plaats in een sociale omgeving waar tal van factoren een rol van betekenis spelen, vandaar dat zowel behandel- en zorgprogramma's als het leefmilieu onderwerp van onderzoek zijn.

1.2 DOELSTELLING, PROBLEEMSTELLING & ONDERZOEKSVRAGEN

1.2.1 Doelstelling

Het algemene doel van dit onderzoek is om aan de hand van een analyse van casussen meer zicht te krijgen op de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel.

1.2.2 Probleemstelling

De probleemstelling valt in een viertal delen uiteen. Puntsgewijs zijn dit:

- Het is onduidelijk wat (in de zin van behandeling, toezicht, et cetera) gebeurt met tbs-gestelden tijdens het traject van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel;
- Het is niet duidelijk wie hierbij en met welke reden betrokken is en op welke wijze het formele kader (wetgeving, beleidskaders, et cetera) een rol speelt;
- Het is onduidelijk hoe de wijze van daadwerkelijke tenuitvoerlegging

zich verhoudt ten opzichte van wat bekend is uit de wetenschappelijke literatuur over behandeling en toezicht;

- Het is onduidelijk of de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel afhankelijk is van de kenmerken van de tbs-gestelden en of er groepen tbs-gestelden zijn die beter passen binnen de gestelde zorgprogramma's dan anderen.

1.2.3 Onderzoeksvragen

Uit bovenstaande probleemstelling zijn de volgende onderzoeksvragen af te leiden.

Deel I:

1. Wat zijn de kenmerken van de geselecteerde casussen uitgaande van bestaande gegevens zoals:
 - psychopathologie
 - delict(kenmerken)
 - verblijfs- en behandelduur
2. In welke fase van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel bevinden de geselecteerde casussen zich?
3. Op welke wijze is het half jaar voorafgaande aan de meting³ de tenuitvoerlegging vormgegeven uitgesplitst naar fase? Specifiek gaat het daarbij om:
 - welke behandeldoelen staan centraal?
 - welke behandeling wordt aangeboden?⁴
 - uit welke componenten bestaat de behandeling?
 - waarom is voor deze behandeling gekozen?
 - hoe wordt de behandeling uitgevoerd (met wie, op welke wijze, duur, vanuit welk juridisch kader)?
 - volgens welk theoretisch model vindt de behandeling plaats en met welk resultaat?

³ Met meting wordt bedoeld het moment waarop de casussen zijn gelicht.

⁴ Onder behandeling wordt verstaan: specifieke interventies zoals agressiehanterings-therapie doch ook het gehanteerde (socio)therapeutische milieu/leefklimaat

- wie is betrokken bij de behandeling en/of toezicht?
 - op welke wijze is toezicht vormgegeven en waarom is gekozen voor een bepaalde vorm van toezicht?
 - welke therapeutische milieus gelden binnen de kliniek en/of welke kenmerken heeft de (socio)therapeutische gemeenschap?
4. Wat is het formele kader (wetgeving, beleidskaders, et cetera) waarmee de geselecteerde casus tijdens de tenuitvoerlegging te maken krijgt?
 5. Tegen welke knelpunten (uitgesplitst naar verschillende niveaus, zoals wetgeving en instelling) lopen de bij de casus betrokkenen aan? Welke gevolgen heeft dit voor de tenuitvoerlegging (behandeling, behandeltraject)?
 6. In hoeverre correspondeert de behandeling van tbs-gestelden met inzichten hierover in recente (wetenschappelijke) publicaties en zorgprogramma's van het EFP?

Deel II

7. Zijn er onderscheidbare profielen op te stellen van tbs-gestelden uitgaande van psychopathologie, delictkenmerken, risicofactoren en achtergrondkenmerken?
8. Zijn de behandeling en het formele kader afhankelijk van de opgestelde profielen?
9. Is hetgeen wat gebeurt tijdens de behandeling afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden?
10. Zijn deze profielen (beter) geschikt voor behandelindicatie?
11. Zijn de gevonden profielen repliceerbaar in een grotere steekproef tbs-gestelden op basis van scores op risicotaxatie-instrumenten?

1.2.4 Verantwoording van de onderzoeksvragen van Deel II

In dit onderzoek is een vijftal onderzoeksvragen toegevoegd om, naast de klassieke indeling die wordt gehanteerd en waarop zorgprogramma's zich doorgaans primair richten⁵, te onderzoeken of op grond van een andere indeling inzichtgevende profielen van tbs-patiënten kunnen worden opgesteld ten behoeve van behandelindicatie. Het voordeel van het gebruik van een dergelijke 'person-centered' methode boven meer traditionele methoden zoals regressie- en factoranalyse (variable-centered methoden), is dat de nadruk ligt op relaties tussen individuen en individuenkenmerken. Het doel daarbij is individuen te classificeren in onderscheidbare (homogenere) groepen op basis van een individueel antwoordpatroon of gedragskenmerken, zodat individuen in een groep meer op elkaar lijken dan individuen tussen groepen. Aangezien a priori wordt verondersteld dat er verschillen zijn tussen individuen in de populatie, is het van belang dat de geïncludeerde tbs-gestelden een bepaalde mate van heterogeniteit bezitten, ondanks dat ze een vergelijkbare problematiek hebben. In de huidige studie wordt dit bereikt door uit verschillende bronnen, zoals dossiers en interviews, informatie te verzamelen (triangulatie).

1.2.5 Wijziging onderzoeksvragen

Bij de start van het onderzoek was de insteek dat de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel gescoord zou worden op basis van het half jaar voorafgaande aan de meting (zie Onderzoeksvraag 3). De wijze van scoring is tijdens het onderzoek bijgesteld, omdat informatie over het voorgaande half jaar een te summier beeld opleverde. Er is daarom besloten om voor alle subvragen van onderzoeksvraag 3, de periode van het volledige verblijf in de huidige kliniek te gebruiken. Een uitzondering daarop betrof de subvraag naar de behandeldoelen waarbij de meest recente informatie is gebruikt. De resultaten bij onderzoeksvraag 3 zouden daarnaast uitgesplitst worden naar behandelfase. Aangezien tijdens het scoren van de dossiers, de

⁵ Patiënten met psychotische- en/of persoonlijkheidsstoornissen en seksueel delictplegers.

interviews en tijdens de focusgroepen naar voren kwam dat er niet in alle klinieken expliciet gebruik gemaakt wordt van behandelfasen, is besloten de resultaten niet uit te splitsen in verschillende fasen. Onderzoeksvraag 11 ‘Zijn de gevonden profielen repliceerbaar in een grotere steekproef tbs-gestelden op basis van scores op risicotaxatie-instrumenten?’ was opgesteld op basis van de beschikbaarheid van een database met 800 HKT-30 scores. Deze database bleek echter niet geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden aangezien de database op verschillende indicatoren (bijvoorbeeld het aantal zedendelinquenten) teveel afweek van onze onderzoekspopulatie. Onderzoeksvraag 11 is dan ook gewijzigd in de vraag: ‘Zijn de gevonden profielen repliceerbaar?’. Aanpassing van de onderzoeksvragen 3 en 11 is in samenspraak met de begeleidingscommissie gedaan. In Tabel 1.1 staat een overzicht van de onderzoeksvragen en in welk elk hoofdstuk zij aan de orde komen.

Tabel 1.1 Overzicht van welke onderzoeksvraag in welke hoofdstuk wordt beantwoord

Hoofdstuk		Beantwoording onderzoeksvraag	
1	Inleiding		
2	Methode		
3	Kenmerken onderzoekspopulatie	I.1	Wat zijn de kenmerken van de geselecteerde casussen?
4	Literatuursynthese		
5	Resultaten deel I	I.2	In welke fase van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel bevinden de geselecteerde casussen zich?
		I.3	Op welke wijze is de tenuitvoerlegging vormgegeven in de periode van het volledige verblijf in de huidige kliniek?
		I.4	Wat is het formele kader (wetgeving, beleidskaders, et cetera) waarmee de geselecteerde casus tijdens de tenuitvoerlegging te maken krijgt?
		I.5	Tegen welke knelpunten (uitgesplitst naar verschillende niveaus, zoals wetgeving en instelling) lopen de bij de casus betrokkenen aan? Welke gevolgen heeft dit voor de behandeling, behandeltraject of tenuitvoerlegging?
		I.6	In hoeverre correspondeert de behandeling van tbs-gestelden met inzichten hierover in recente (wetenschappelijke) publicaties en zorgprogramma's van het EFP?
6	Resultaten deel II	II.7	Zijn er onderscheidbare profielen op te stellen van tbs-gestelden uitgaande van psychopathologie, delictkenmerken, risicofactoren en achtergrondkenmerken?
		II.8	Zijn de behandeling en het formele kader afhankelijk van de opgestelde profielen?
		II.9	Is hetgeen gebeurt tijdens de behandeling afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden?
		II.10	Zijn de gevonden profielen (beter) geschikt voor behandelindicatie?
		II.11	Zijn de gevonden profielen repliceerbaar?
7	Conclusie		
8	Discussie		

1.3 OPBOUW VAN HET RAPPORT

Het rapport is als volgt opgebouwd. In Hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode beschreven: op welke wijze is de literatuursearch uitgevoerd, hoe zijn het dossieronderzoek, de interviews en de focusgroepen uitgevoerd? In Hoofdstuk 3 komt de representativiteit van de steekproef aan bod en worden de algemene kenmerken van de onderzoekspopulatie besproken. In Hoofdstuk 4 wordt in globale zin stilgestaan bij het empirisch onderzoek naar sociotherapie, het therapeutisch milieu, risicotaxatie, specifieke patiëntenpopulaties en forensische behandel- en zorgprogramma's. In Hoofdstuk 5 komt de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel van de 180 casussen chronologisch aan bod. Het hoofdstuk begint met de opnamefase, het diagnostisch onderzoek en de risicotaxatie. Vervolgens wordt ingegaan op het sociotherapeutisch milieu, arbeid, vrije tijd en scholing en opgestelde behandeldoelen. Daarna volgen behandeling, evaluatie van de behandeling, toezicht, het formele kader en ervaren knelpunten. In Hoofdstuk 6 worden de onderzoeksvragen van deel II beantwoord met behulp van een latente klasse analyse (LCA). In Hoofdstuk 7 worden de conclusies uit de afzonderlijke hoofdstukken gezamenlijk besproken. Ten slotte wordt in Hoofdstuk 8 een viertal discussiepunten genoemd met daaraan gekoppeld concrete aanbevelingen ten behoeve van verdere ontwikkeling van de tbs-behandeling.

2 METHODE

In deze studie zijn vier onderzoeksmethoden gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen: literatuursynthese, dossieronderzoek, interviews en focusgroepen. De literatuursynthese was bedoeld om de onderzoeksvragen vanuit een theoretische invalshoek te beantwoorden en om inzichten te geven in evidence-based behandelmethoden in het forensische domein. Het dossieronderzoek had onder meer als doel zicht te krijgen in verschillende patiënt- en behandelaspecten. De semigestructureerde interviews zijn afgenomen om inzicht te krijgen in de ten uitvoerlegging van de tbs-maatregel en in vragen die niet aan de hand van het dossieronderzoek konden worden beantwoord. Ten slotte zijn drie focusgroepen gehouden om sleutelfiguren (behandeldirecteuren, behandelaren en onderzoekers) de mogelijkheid te geven te reflecteren op de belangrijkste onderzoeksresultaten. Tevens leverden de focusgroepen input voor onderzoeksaspecten die via dossieronderzoek en interviews onvoldoende belicht waren.

2.1 LITERATUURSYNTHESE

Aan de hand van een literatuursynthese is nagegaan of, en in welke mate, de behandeling en zorg van tbs-gestelden corresponderen met de hierover in de (wetenschappelijke) literatuur beschreven behandel- en zorgprogramma's. Hiervoor zijn de volgende documenten geïnventariseerd en bestudeerd: peer-reviewed artikelen verkregen via digitale zoekstations (o.a. PsychINFO, Medline, Web of Science, ScienceDirect, Google Scholar, Scirus), beleidsdocumenten, zorgprogramma's die onder leiding van Expertisecentrum Forensische Psychiatrie zijn opgesteld (Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk, Persoonlijkheidsstoornissen en Seksueel grensoverschrijdend gedrag), en lokale zorgprogramma's, bijvoorbeeld voor patiënten met een laag IQ. De zoektermen die gebruikt zijn, staan in Bijlage 2A. Deze synthese vormde ook de basis voor het uitwerken van de semigestructureerde interviews.

2.2 DOSSIERONDERZOEK

2.2.1 Populatie

Binnen de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) is sinds 1 februari 2000 sprake van een aselekt plaatsingsbeleid van tbs-gestelden. Dit wil zeggen dat alle FPC's uitgerust moeten zijn om iedere tbs-gestelde op te nemen en te behandelen. Uitzonderingen op dit beleid hebben betrekking op zwakbegaafden (IQ<80), vrouwen en extreem beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden (de patiënten met een sterretje).⁶ De FPC's maken met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) afspraken over het aantal op te nemen tbs-gestelden uit deze categorieën. Dit geldt met name voor het aantal op te nemen tbs-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis en/of psychotische stoornis.

2.2.2 Steekproef

De steekproefgrootte van het dossieronderzoek is door de opdrachtgever vastgesteld op 180 casussen. In de 13 FPC's zijn casussen op willekeurige wijze getrokken uit de populatie die op dat moment in de kliniek aanwezig was. Het aantal geselecteerde casussen per kliniek is met een wegingsfactor bepaald. In klinieken met een grote patiëntenpopulatie zijn meer casussen geselecteerd dan in klinieken met een kleine patiëntenpopulatie. In Tabel 2.1 staat het aantal geselecteerde casussen per FPC. In totaal voldeden 1790 tbs-gestelden aan de criteria die gesteld waren voor deelname aan het onderzoek (zie Paragraaf 2.2.3).

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6.

Tabel 2.1: Aantal geselecteerde casussen per FPC

	N	%
FPC de Rooyse Wissel	29	16.1
FPC Dr. S. van Mesdag	20	11.1
Pompekliniek	20	11.1
Van der Hoeven Kliniek	19	10.6
FPC de Oostvaarderskliniek	18	10.0
FPC de Kijvelanden	17	9.4
FPC Veldzicht	16	8.9
FPC Oldenkotte	13	7.2
Hoeve Boschoord	9	5.0
De Woenselse Poort	9	5.0
FPC 2Landen	5	2.8
Inforsa	3	1.7
FPK Assen	2	1.1
Totaal	180	100

In het onderzoek is getracht een representatief beeld te geven van de tbs-populatie en om die reden is gecontroleerd of de getrokken steekproef op globale persoons- en delictkenmerken overeenkomt met de tbs-populatie. Per kliniek zijn 5% extra casussen getrokken die op een reservelijst zijn geplaatst. Deze casussen zijn gebruikt om, in geval van een scheve verdeling op één of meerdere van de persoons- en delictkenmerken, een casus te kunnen vervangen. De representativiteit is op zes kenmerken gecontroleerd: geslacht, leeftijd, delictcategorie, primaire stoornis, nationaliteit en IQ. Op basis van Nederlandse literatuur zijn de populatiegegevens van de tbs-gestelden bepaald. In een recent onderzoek naar de tbs-populatie was 93.7% van de tbs-populatie man, 50% van de tbs-gestelden was jonger dan 39 jaar, 30.6% had de tbs-maatregel opgelegd gekregen voor een zedendelict en 40.5% voor een (poging tot) moord of doodslag (Waij, Canton & Embley, 2008). Volgens het Landelijk Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen (EFP, 2008c) heeft 70% van de tbs-gestelden een persoonlijkheidsstoornis en een studie van Kaiser en Van der Werf (2008) laat zien dat 30% een

psychotische stoornis heeft. In het jaarbericht 2008 van de DJI (2009) staat dat 87.6% van de tbs-gestelden de Nederlandse nationaliteit heeft. Uit het onderzoek van Van Emmerik uit 2001 kwam naar voren dat 21% van de tbs-gestelden een IQ heeft van 85 en lager.⁷

Vijf van de bovengenoemde zes kenmerken konden op eenvoudige wijze door de FPC's verstrekt worden. Het bleek echter dat gegevens over het IQ niet gemakkelijk te achterhalen waren, waardoor de steekproef niet op voorhand op representativiteit voor het IQ kon worden gecontroleerd. Derhalve is de representativiteit van het IQ op basis van de gescoorde dossiergegevens gecontroleerd (zie hiervoor Paragraaf 3.1).

2.2.3 Inclusie en exclusie

Zoals eerder gemeld (zie Paragraaf 2.2.1) is sinds 1 februari 2000 sprake van een aselekt plaatsingsbeleid van tbs-gestelden. De patiënten die na 1 februari 2000 zijn opgenomen, maakten deel uit van de steekproef. Patiënten die vóór 1 februari 2000 zijn opgenomen in de FPC's vielen buiten de steekproef, omdat het aselekt plaatsingsbeleid in die periode nog niet van kracht was. Daarnaast zijn tbs-gestelden met een indicatie longstay forensische zorg en illegaal in Nederland verblijvende tbs-gestelden buiten de steekproef gehouden. Zij hebben veelal een specifiek zorgtraject dat afwijkt van dat van de rest van de tbs-populatie. Het type verlof was geen inclusie- of exclusie criterium: patiënten met een transmuraal of proefverlof zijn ook meegenomen in dit onderzoek.

2.2.4 Beschrijving checklisten

Voor het scoren van de dossiers is gebruik gemaakt van een gestructureerde checklist. Deze is opgezet om de belangrijkste gegevens uit de dossiers op een gestandaardiseerde wijze te scoren. In Tabel 2.2 zijn de belangrijkste onderdelen van de checklist weergegeven.

⁷ Recentere bronnen met betrekking tot de IQ-verdeling binnen de tbs-populatie zijn niet gevonden.

Tabel 2.2: Kenmerken gestructureerde checklist

Kenmerken gescoord met behulp van gestructureerde checklist

Voorgeschiedenis en persoonsgegevens

- Geboortjaar
- Geboorteplaats
- Nationaliteit
- Datum ingang tbs/ eerdere tbs-opleggingen/ tbs-verlengingen sinds lopende tbs-maatregel
- Datum opname in huidige FPC

Strafrechtelijk verloop/ Delictgeschiedenis

- Opgelegde straf
- Aard van het delict
- Relatie tot slachtoffer(s)
- Eerdere veroordelingen, straffen en maatregelen
- Leeftijd 1e delict en 1e veroordeling

Behandelhistorie

- Aantal FPC's en eventueel eerdere behandelingen
- Verblijfsduur per FPC en leeftijd 1e eerste hulpverleningscontact

Diagnostische gegevens

- Kernproblematiek en actuele DSM-IV classificatie As-I t/ m V
- Relevante biografische gegevens
- Attitude ten opzichte van de behandeling
- Statische indicatoren (zoals IQ, seksueel misbruik < 16 jaar)

Verloop behandeling

- Hoofddoelen behandelplan (meest recent)
- Sociotherapeutisch milieu
- Arbeid/ Scholing/ Vrije tijd
- Delictbehandeling
- Vaardigheidstrainingen
- Non-verbale therapieën
- Maatschappelijk werk
- Psycho-educatie & andere therapieën
- Signalerings- of terugvalpreventieplan
- Vormgeving behandeling
- Farmacotherapie

Incidenten

- Ongeoorloofde afwezigheid: Ontvluchtingen/ onttrekkingen
- Schendingen van behandeling, drugs en medicatie

Risicoanalyse

- Actuele risicotaxatie
 - Datum risicotaxatie
-

Voor het scoren van de checklist is gebruik gemaakt van papieren en digitale dossiers, pro-justitia rapportages, behandelplannen en -evaluaties, verlofaanvragen, verlengingsadviezen en risicotaxaties. De voorgeschiedenis en persoonsgegevens, strafrechtelijk verloop/delictgeschiedenis en de behandelhistorie zijn gebaseerd op gegevens uit onder andere de pro-justitia rapportage en uit het medisch dossier. Diagnostische gegevens zijn verzameld op basis van de pro-justitia rapportage ten tijde van de veroordeling en uit het huidige papieren of digitale dossier. In de checklist zijn alleen de IQ-gegevens geregistreerd welke zijn vastgesteld met een intelligentietest.⁸

De meeste gegevens met betrekking tot het verloop van de behandeling van de tbs-gestelden zijn gescoord op basis van de gehele verblijfsperiode in de huidige kliniek. De huidig voorgeschreven farmacotherapie is gescoord op basis van het actuele dossier. Incidenten die hebben plaatsgevonden in het laatste half jaar zijn gescoord en voor de risicoanalyse is gebruik gemaakt van de meest recente gegevens uit onder andere verlengingsadviezen of verlofaanvragen.

Voor het analyseren van de gegevens zijn verschillende variabelen in de checklist samengevoegd en gecategoriseerd. Hierna worden de belangrijkste variabelen, te weten DSM-classificaties, indexdelict en behandelingen, kort toegelicht.

DSM-classificaties

Er is gebruik gemaakt van de DSM-classificaties zoals deze op het moment van onderzoek in de kliniek gehanteerd werden (APA, 2000). De DSM-classificaties zijn onderverdeeld in verschillende categorieën op As-I en As-II.⁹ In de beschrijving van de onderzoekspopulatie zijn alle genoemde

⁸ In de dossiers stonden niet altijd IQ-gegevens van intelligentietesten gerapporteerd maar werd soms ook een inschatting van het IQ door behandelaren gerapporteerd of een range beschreven van IQ-scores. Alleen IQ-gegevens met betrekking tot het totale IQ, verbale IQ en performale IQ die vastgesteld waren met een intelligentietest zijn gescoord.

⁹ As-I bestaat uit de primaire symptomatologie en omvat de categorieën: ontwikkelingsstoornissen (aandachtstekort- en gedragsstoornis en pervasieve ontwikkelingsstoornissen), aan middelen gebonden stoornissen, schizofrenie en andere

classificaties in de dossiers gebruikt, dus zowel de hoofddiagnose als de nevend diagnoses. Voor de analyses is gebruik gemaakt van de hoofddiagnose op As-I en As-II. Bij 87% (N=157) van de casussen is de hoofddiagnose, zoals deze uit de dossiers naar voren kwam, aangehouden. Bij 23 casussen is een nevend diagnose als hoofddiagnose gescoord. Regels die hierbij gevolgd zijn, waren onder andere: afhankelijkheid gaat voor misbruik, seksuele stoornissen worden als hoofddiagnose beschouwd en ontwikkelingsstoornissen en stoornissen NAO worden als nevend diagnose gezien. Zo is bijvoorbeeld schizofrenie als hoofddiagnose gescoord en de cognitieve stoornis NAO als nevend diagnose. De classificatie van alle 180 casussen is onafhankelijk gecheckt door een psychiater die op geen enkele wijze was betrokken bij het onderzoek.

Indexdelict

Op basis van het dossieronderzoek zijn het indexdelict en eerdere delicten van de patiënten geïnventariseerd. Uit de dossiers bleek dat de uitgangszaken van de tbs-oplegging vaak bestond uit meerdere strafbare feiten. Bij de verwerking van de gegevens is uitgegaan van het indexdelict. Om het indexdelict vast te stellen, zijn per casus alle strafbare feiten in de uitgangszaken beoordeeld op het gebruikte geweld, het aantal slachtoffers, de leeftijd van het slachtoffer, de relatie van de dader met slachtoffer en de chronologische volgorde van de strafbare feiten. Het indexdelict is onderverdeeld in zeven categorieën, te weten: (a) (Poging tot) moord/doodslag; Zedendelict, onderverdeeld in (b) seksueel grensoverschrijdend gedrag bij minderjarigen, en (c) seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen; (d) Brandstichting, zowel met als zonder gevaar voor personen; (e) Ernstig geweld (inclusief zware mishandeling); (f) Bedreiging

psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen, aanpassingsstoornissen, overige stoornissen en geen diagnose op As-I.

As-II dient voor het vastleggen van achterliggende persoonlijkheidsstoornissen en zwakbegaafdheid en omvat de categorieën: cluster A-, cluster B- en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen, persoonlijkheidsstoornis NAO, zwakbegaafdheid en zwakzinnigheid en geen diagnose op As-II.

(met en zonder geweld, inclusief vrijheidsberoving en/of afpersing); en (g) Diefstal (met en zonder geweld) (zie Bijlage 2B).

Met het oog op het uitvoeren van de latente klasse analyse, is voor elke casus de ernst van alle delicten die tot de oplegging van de tbs-maatregel hebben geleid, vastgesteld op basis van de frequentie van de strafbare feiten in vier delictcategorieën¹⁰ en de maximale strafdreiging. Op deze wijze zijn er vier ernstcategorieën gecreëerd. In de minst ernstige categorie bestond de uitgangszaak van het indexdelict uit meerdere strafbare feiten die op zichzelf een strafdreiging hadden van minder dan 4 jaar. In de meest ernstige categorie bestond de uitgangszaak uit meerdere strafbare feiten met een strafdreiging van meer dan 4 jaar die uit verschillende delictcategorieën kwamen.¹¹

Behandelingen

Voor alle patiënten zijn de aangeboden behandelingen, trainingen en therapieën gescoord. Aangezien dezelfde therapie onder diverse namen kon worden aangeboden, zijn de therapieën onderverdeeld in negen onderliggende categorieën (zie Bijlage 2C). Vervolgens zijn deze categorieën nog onderverdeeld in vijf hoofdcategorieën: behandeling in het kader van het delict, psycho-educatie en therapieën, vaardigheidstrainingen, non-verbale therapieën en maatschappelijk werk.

2.2.5 Interraterbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De kwaliteit van de verzamelde gegevens uit de 180 dossiers is gewaarborgd door de eerste dossiers door de drie onderzoekers onafhankelijk van elkaar

¹⁰ Voor de delictcategorie is uitgegaan van de indeling zoals bij het indexdelict. Aangezien de strafdreiging van de strafbare feiten uit de laatste drie categorieën (ernstig geweld, bedreiging en diefstal) gemiddeld lager is dan de strafdreiging van de andere categorieën ((poging tot) moord / doodslag, zedendelict, brandstichting) zijn deze drie samengevoegd tot één categorie 'Bedreiging'. Dit resulteerde in vier delictcategorieën op basis waarvan de indeling van de ernstcategorie is gemaakt: (poging tot) moord / doodslag, zedendelict, brandstichting en bedreiging.

¹¹ Categorieën ernst indexdelict: (1) meerdere strafbare feiten met een strafdreiging < 4 jaar; (2) strafbare feiten uit één delictcategorie; (3) meerdere strafbare feiten uit één delictcategorie; (4) strafbare feiten uit meerdere delictcategorieën.

te laten scoren. Elk dossier is na scoring gezamenlijk besproken. Na vijf dossiers was de overeenstemming tussen de drie onderzoekers tussen de 80.1% en 84.4%. Daarna zijn dossiers door één van de drie onderzoekers gescoord en heeft er overleg plaatsgevonden bij eventuele onduidelijkheden in het dossier.

2.3 INTERVIEWS

2.3.1 Beschrijving interviewvragen

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van gestructureerde interviews om de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel nog beter in kaart te brengen. De interviews zijn enerzijds gebruikt om een algemeen beeld te schetsen van de behandelingen in de afzonderlijke klinieken en anderzijds om ontbrekende informatie uit de dossieranalyse aan te vullen. Als leidraad zijn casussen uit vier verschillende groepen gebruikt: seksueel delictplegers, geweldsplegers, patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en patiënten met een psychotische stoornis. Onderwerpen die besproken werden, zijn: de opname- en diagnostische fase inclusief de opnamecriteria, behandeling in het algemeen, behandelbeoordelingen, het gebruik van zorgprogramma's, de samenstelling van het behandelteam en de overdracht tussen de verschillende disciplines. Andere onderwerpen die aan bod kwamen, waren het gebruik van risicotaxatie, het sociotherapeutisch milieu, de organisatie van de leefgroep en de voorzieningen. Ten slotte zijn vragen gesteld over het formele kader en knelpunten bij de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel.

2.3.2 Respondenten

In alle klinieken zijn door de onderzoekers interviews afgenomen met een hoofd behandeling, een behandelaar en een hoofd van de sociotherapie. Voor deze functies is gekozen omdat zij geacht werden meer informatie te kunnen geven over (a) behandeling in het algemeen, (b) behandeling door psychologen, psychiaters en psychotherapeuten en (c) vormgeving van het sociotherapeutisch milieu. Bij drie klinieken was één van deze disciplines niet aanwezig tijdens het interview. Bij twee van deze drie klinieken

vond later een telefonisch interview plaats met de afwezige functionaris. In totaal zijn 38 mensen geïnterviewd. Dertien respondenten hadden een overkoepelende functie op het gebied van behandeling en werkten als directeur, behandelcoördinator of hoofd behandeling. Twaalf behandelaren hadden een achtergrond als psychiater, psychomotorische therapeut en klinisch psycholoog. Met betrekking tot de sociotherapie zijn twaalf personen geïnterviewd die aan het hoofd van de sociotherapie stonden en één persoon die als sociotherapeut werkte. Het overzicht van de functies en afdelingen van deze personen staan in Bijlage 2D in Tabel 1 en Tabel 2.

2.4 FOCUSGROEPEN

Er zijn ook drie focusgroepen georganiseerd met behandeldirecteuren, behandelaren en onderzoekers. Tijdens de focusgroepen zijn de eerste resultaten besproken en konden de deelnemers hierop reageren. Desgewenst konden zij aanvullende informatie en feitelijke onjuistheden aangeven. De reflecties uit de focusgroepen zijn gebruikt voor de verdere uitwerking van de resultaten en voor onderzoeksaanbevelingen en conclusies voor de praktijk. De focusgroepen sloten ook aan bij de intentie om experts in het tbs-veld meer te betrekken bij onderzoeken in het tbs-veld. Deze intentie is enkele jaren geleden uitgesproken bij de expertmeetings in het kader van de uitwerking van de tbs-programmering.

2.5 STATISTISCHE ANALYSE

In dit onderzoek zijn bij 13 FPC's 180 patiëntendossiers getrokken op basis van de eerder genoemde inclusiecriteria (zie Paragraaf 2.2.3), zijn 13 interviews gehouden (met in totaal 38 personen) en hebben drie focusgroepen plaatsgevonden. Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn meerdere onderzoeksmethoden gebruikt. Hieronder wordt kort beschreven welke analyses zijn gebruikt, daar waar nodig wordt in de betreffende hoofdstukken nader op de analyse en de gebruikte modellen in gegaan. De representativiteit van de steekproef is getoetst met behulp van

χ^2 -toetsen. Het eerste deel van het onderzoek had als doel een beschrijving te geven van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Dit gedeelte van het onderzoek was kwalitatief en beschrijvend van aard. De verschillen in de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel zijn beoordeeld op face-value en niet getoetst.

Voor het tweede deel van het onderzoek zijn geselecteerde gegevens uit de dossiers en interviews gebruikt om klassen te onderscheiden. Met behulp van latente klasse analyse (LCA) (McCutcheon, 1987) is onderzocht of er groepen patiënten zijn die een onderscheidbaar profiel laten zien op de geselecteerde kenmerken.¹² Het LCA model identificeert profielen die optimaal van elkaar te onderscheiden zijn op basis van de scorepatronen op de kenmerken. LCA is een data-analysemethode waarbij er vanuit gegaan wordt dat het mogelijk is de patronen van kenmerken van patiënten onder te verdelen in een aantal klassen (M) die onderling onderscheidbaar zijn. Elke klasse heeft een kans op een bepaald kenmerk dat voor de verschillende klassen verschilt. LCA gaat ervan uit dat er discrete latente klassen bestaan, dat wil zeggen dat patiënten ingedeeld worden in één van de latente klassen. Dit onderscheidt de LCA van de factoranalyse, die ervan uit gaat dat er continue latente variabelen aanwezig zijn, dat wil zeggen dat respondenten voor elke latente variabele een score (posterior probability) krijgt, die laag of hoog kan zijn. De tbs-gestelden zijn ingedeeld in de klasse met de hoogste posterior probability. Met behulp van deze posterior probabilities kan de gemiddelde classificatie, waarmee de tbs-gestelden ingedeeld zijn in een klasse, uitgerekend worden. Deze gemiddelde classificatie wordt entropy genoemd en dit getal geeft de mate aan waarin het model in staat is tbs-gestelden in te delen in de verschillende klassen. De klassen zijn vastgesteld op verschillende geobserveerde kenmerken die een significante bijdrage leveren aan het onderscheidbare vermogen van de klasse. Om het beste latente klasse model¹³ te bepalen, is de volgende procedure toegepast:

¹² Het latente klasse model wordt geschat met behulp van M-plus (Muthén & Muthén, 1998-2008).

¹³ Bij de bepaling van het model wordt gebruik gemaakt van herhaalde schatting van het model zodat de uiteindelijke oplossing van het model niet op een lokaal maximum of minimum gevonden wordt. Hiervoor wordt elk latente klasse model 2000 keer geschat met nieuwe startwaarden. De beste oplossing wordt daarna nog 100 keer geschat om er zeker van te zijn dat het beste model replicateerbaar is.

(1) De laagste BIC-waarde is een eerste indicatie van het beste model. Daarnaast geeft de grootte van de verandering in het Bayesian Information Criterion (BIC) van een M-klasse model naar een M-1-klasse model aan hoeveel het model verbetert, (2) Met behulp van de Vuong-Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio toets is getoetst of de toevoeging van één klasse inderdaad een verbetering van het model oplevert, gecorrigeerd voor de verandering van het aantal geschatte parameters in het model, (3) Wanneer het meest zuinige latente klasse model is vastgesteld, is met behulp van de gemiddelde classificatie van de tbs-gestelden in de klassen (entropy) en interpretatie van de gevonden klassen onderzocht of een theoretisch goed model geïdentificeerd was. De gevonden profielen in het beste model kregen een naam op basis van de kenmerken (zie ook Paragraaf 6.1 voor de concrete uitwerking van de LCA in dit onderzoek). Nadat de profielen bepaald waren, zijn deze gebruikt om de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel te beschrijven.

2.6 BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Het WODC heeft een begeleidingscommissie onder voorzitterschap van een wetenschapper ingesteld. De namen van de leden en hun achtergrondgegevens zijn te vinden in Bijlage 1A. De begeleidingscommissie is gedurende de looptijd van dit onderzoek vijf keer bijeen gekomen.

3 KENMERKEN ONDERZOEKSPOPULATIE

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 1 ‘Wat zijn de kenmerken van de geselecteerde casussen uitgaande van bestaande gegevens?’ beantwoord. Tevens wordt gekeken of de achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie overeenkomen met die van de algemene tbs-populatie. Dit wordt gedaan door informatie over de onderzochte populatie te vergelijken met gegevens over de tbs-populatie. NB: de genoemde getallen in de verschillende tabellen kunnen onderling verschillen. Een toelichting hierop is te vinden in de noten bij desbetreffende tabellen.

3.1 REPRESENTATIVITEIT VAN DE STEEKPROEF

Zoals beschreven in de methode, zijn gegevens verzameld in alle 13 Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) in Nederland en wel over de populatie die op dat moment in de kliniek aanwezig was.¹⁴ De verdeling van de steekproef over de verschillende klinieken verschilt niet significant van de verdeling van de tbs-plaatsen per FPC hetgeen betekent dat de steekproef representatief is (zie Tabel 3.1).

¹⁴ De peildatum voor de steekproef trekking in de FPC's was juli/augustus 2010 met uitzondering van de Pompekliniek; deze heeft als peildatum voor de aanlevering van patiëntenlijst maart 2010 gebruikt.

Tabel 3.1: Capaciteit tbs-plaatsen en geselecteerde casussen per FPC*

	Capaciteit tbs-plaatsen per FPC exclusief longstay ¹⁵		Geselecteerde casussen per FPC	
	N	%	N	%
<i>Rijksinrichtingen</i>				
FPC de Oostvaarderskliniek	183	9.4	18	10.0
FPC Veldzicht	198	10.1	16	8.9
<i>Particuliere instellingen</i>				
FPC de Rooyse Wissel	246	12.6	29	16.1
FPC Dr. S. van Mesdag	232	11.9	20	11.1
Pompekliniek	220	11.3	20	11.1
Van der Hoeven Kliniek	209	10.7	19	10.6
FPC de Kijvelanden	185	9.5	17	9.4
FPC Oldenkotte	153	7.8	13	7.2
FPC 2Landen	55	2.8	5	2.8
<i>Niet-justitiële inrichtingen</i>				
Hoeve Boschoord	123	6.3	9	5.0
De Woenselse Poort	92	4.7	9	5.0
Inforsa	38	1.9	3	1.7
FPK Assen	20	1.0	2	1.1
Totaal	1954	100	180	100

* Verdeling casussen is niet significant verschillend van de verdeling van de tbs-populatie (getoetst met χ^2 -toets).

Het onderzoek is er op gericht om een representatief beeld te geven van de tbs-populatie. Hiervoor is gecontroleerd of de getrokken steekproef op globale persoons- en delictkenmerken in voldoende mate overeenkomt met wat bekend is over de samenstelling van de tbs-populatie (Waij, Canton & Embley, 2008; EFP, 2008a,b,c; Kaiser & Van der Werf, 2008, DJI, 2009; Van Emmerik, 2001). In eerste instantie was de steekproef niet representatief op de delictcategorie vanwege te weinig zedendelinquenten en tbs-gestelden die waren veroordeeld voor (poging tot) moord/doodslag. Met behulp van de reservelijst zijn tien casussen geruild: twee zedendelinquenten en acht

¹⁵ Bron: Persoonlijke mededeling mw. dr. N. Tenneij, eigen registratie DJI, 2010.

casussen met een (poging tot) moord/doodslag werden toegevoegd aan de steekproef. Na deze aanpassingen komen de persoons- en delictkenmerken overeen met de totale tbs-populatie (Zie Tabel 3.2).

Tabel 3.2: Persoons- en delictkenmerken steekproefgegevens (N=179-180)*¹⁶

	Steekproef (%)	Totale tbs-populatie (%)
Man	92.2	93.7
Jonger dan 39	49.2	50.0
Nederlandse nationaliteit	89.4	87.6
Psychotische stoornis	34.8	30.0
Persoonlijkheidsstoornis	74.6	70.0
tbs opgelegd voor (poging tot) moord/doodslag	45.8	40.5
tbs opgelegd voor zedendelict	24.0	30.6
Intellectueel functioneren op basis van dossiergegevens (N=147)		
IQ < 85 / zwakbegaafd of zwakzinnig op As-II	23.1	21.0

* Verdeling van de kenmerken is niet significant verschillend tussen de steekproef en de totale tbs-populatie (getoetst met χ^2 -toets).

Noot: De informatie in deze tabel is gebaseerd op informatie die vooraf is aangeleverd door de FPC's en wijkt af van getallen in de tabellen 3.3, 3.10, 3.11 en 3.12 waar de gegevens zijn gebaseerd op dossieronderzoek.

Zoals vermeld in de methode (zie Paragraaf 2.2.2) waren IQ-gegevens moeilijk te achterhalen. Achteraf zijn met behulp van de dossiers van de betreffende casussen de IQ-gegevens aangevuld. Voor 133 casussen is het IQ teruggevonden in de dossiers. Met behulp van de DSM-IV classificaties zwakbegaafdheid en zwakzinnigheid op As-II¹⁷ is getracht de informatie met betrekking tot intellectueel functioneren vollediger te maken. Uiteindelijk kon voor 147 patiënten vastgesteld worden of ze wel of niet een IQ lager

¹⁶ De gegevens in deze tabel kunnen afwijken van de gegevens in de rest van het hoofdstuk doordat de bronnen verschillen. De informatie in deze tabel komt uit de door de klinieken aangeleverde gegevens (zie Paragraaf 2.2.2 voor toelichting) en de gegevens in de rest van het hoofdstuk komen uit de dossiers (zie Paragraaf 2.2.4 voor toelichting).

¹⁷ In het rapport wordt de term 'Zwakbegaafdheid en Zwakzinnigheid' gebruikt in plaats van de DSM-classificaties Zwakbegaafdheid (V62.89), Lichte zwakzinnigheid (317), Matige zwakzinnigheid (318.0), Ernstige zwakzinnigheid (318.1), Diepe zwakzinnigheid (318.2) en Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd (319).

dan 85¹⁸ hadden in combinatie met een DSM-classificatie zwakbegaafd of zwakzinnig. Dit is als volgt gedaan: als het IQ onder de 85 lag én er was een AS-II classificatie zwakbegaafdheid/zwakzinnigheid, dan zijn deze casussen meegenomen (N=28). Als het IQ onbekend was maar er was wél een AS-II classificatie zwakbegaafdheid/zwakzinnigheid dan zijn deze casussen meegenomen (N=6). Daar waar het IQ en de DSM-classificatie elkaar tegenspraken, zijn de casussen niet meegenomen (N=33). Voor de patiënten van wie het intellectueel functioneren volgens voorgaande redenering kon worden vastgesteld (N=34), is dit vergelijkbaar met de totale tbs-populatie (gecontroleerd met behulp van een χ^2 -toets).

3.2 BESCHRIJVING VAN DE POPULATIE

In deze paragraaf worden achtergrondkenmerken van de 180 casussen beschreven om inzicht te geven in de onderzoekspopulatie en de door hen gepleegde delicten.

3.2.1 Persoonsgegevens

In Tabel 3.3 wordt een cijfermatig overzicht gegeven van een aantal algemene persoonskenmerken zoals geslacht, nationaliteit en allochtone/autochtone status. Uit deze tabel blijkt dat de overgrote meerderheid van de patiënten in de steekproef man is (91.1%). Bij twee casussen was sprake van een geslachtsveranderende operatie van man naar vrouw. Voor de verdere analyse is gekozen om de huidige sekse aan te houden.

Het grootste deel van de onderzoekspopulatie heeft de Nederlandse nationaliteit. Van de zeven patiënten met een andere nationaliteit hebben er vier de Marokkaanse nationaliteit, twee de Iranese en één de Duitse. Bij één casus was de nationaliteit onbekend. Drie patiënten hebben naast de Nederlandse nationaliteit ook een andere nationaliteit (twee keer de Marokkaanse en één keer de Turkse nationaliteit).

¹⁸ In dit rapport ligt de grens van het IQ bij 85 aangezien dit getal gebruikt wordt in de DSM-IV. In het TBS-veld ligt de grens waarbij specifieke opvang wenselijk wordt geacht bij 80 (Van Emmerik, 2001).

Het percentage allochtonen in de onderzoekspopulatie is bepaald met behulp van de definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2011) waarin wordt gesteld dat een allochtoon 'een persoon is van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren'. Bij de uitvoering van het dossieronderzoek zijn de geboortelanden van beide ouders gescoord en hieruit blijkt dat 28.9% van de patiënten een allochtone achtergrond heeft. Dit percentage komt overeen met het beeld uit de totale tbs-populatie, waarbij één derde deel van de patiënten in de FPC's van allochtone herkomst is (RSJ, 2007). In vergelijking met de algemene bevolking zijn allochtonen met een tbs-maatregel licht oververtegenwoordigd: het percentage allochtonen in de algemene bevolking ligt op 20% (Nicolaas e.a., 2010). In vergelijking met de gevangenispopulatie zijn allochtonen met een tbs-maatregel juist ondervertegenwoordigd: het percentage allochtonen van het cohort gedetineerden in 2009, ligt op 44.0% (DJI, 2010). Het percentage niet-westerse allochtonen¹⁹ in deze onderzoekspopulatie is 25.6%. Dit is 14.4% meer vergeleken met het aandeel niet-westerse allochtonen in de Nederlandse bevolking welke in 2010 11.2% was (Nicolaas e.a., 2010). Het percentage is vergelijkbaar met het cohort gedetineerden van 2009: dit percentage bedraagt 23.6% (DJI, 2010).

¹⁹ Niet-westerse allochtonen: Turkije, Marokko, Suriname, Nederlandse Antillen en Aruba, Afrika, Azië (exclusief Indonesië en Japan), Latijns-Amerika. Westerse allochtonen: Indonesië (inclusief personen uit voormalig Nederlands-Indië). Europese Unie (26 landen; exclusief Nederland) Overige Europese landen (exclusief Turkije), overige (niet-Europese) landen (Japan, Noord-Amerika en Oceanië) (CBS, 2011).

Tabel 3.3: Persoonsgegevens (N= 180)

		N	%
Geslacht	Man	164	91.1
	Vrouw	16	8.9
Nationaliteit	Nederlandse nationaliteit	169	93.9
	Dubbele nationaliteit	3	1.7
	Overige nationaliteiten	7	3.9
	Onbekend	1	0.6
Allochtoon/ Autochtoon	Autochtoon	119	66.1
	Allochtoon	52	28.9
	Onbekend*	9	5.0

* Het geboorteland van de ouders kon van deze patiënten niet worden achterhaald.

Noot: De informatie in deze tabel is gebaseerd op dossieronderzoek en wijkt af van de getallen in Tabel 3.2.

Deze getallen zijn gebaseerd op informatie die vooraf is aangeleverd door de FPC's.

3.2.2 Persoonlijke voorgeschiedenis

Opleidingsniveau en dagbesteding

Tabel 3.4 geeft een beeld van de maatschappelijke positie van de patiënten ten tijde van het indexdelict. Om een beeld te krijgen van het opleidingsniveau van de onderzoekspopulatie is voor elke patiënt de hoogst gevolgde opleiding gescoord (zie Tabel 3.4). Het grootste deel van de onderzoekspopulatie heeft voortgezet onderwijs gevolgd (74.4%). De groep die lager onderwijs gevolgd heeft, is ongeveer even groot als de groepen die het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs hebben gevolgd.

Voor elke patiënt is de dagbesteding onderzocht ten tijde van het indexdelict. Een grote groep bleek geen dagbesteding te hebben (80.8%). Slechts 17.4% van de onderzoekspopulatie had werk ten tijde van het indexdelict. Dit is minder dan Van Emmerik (2001) vond voor de tbs-populatie. Uit dit onderzoek bleek dat 25% van de tbs-gestelden 'inkomen uit werk' had ten tijde van het delict. Overigens werden criminele activiteiten zoals het dealen van drugs niet als dagbesteding gescoord.

Tabel 3.4: Opleidingsniveau en dagbesteding ten tijde van het indexdelict (N=180)

		N	%
Hoogst gevolgde opleiding	Lager onderwijs	11	6.1
	Voortgezet onderwijs	134	74.4
	Middelbaar beroepsonderwijs	17	9.4
	Hoger onderwijs	11	6.1
	Anders	2	1.1
	Onbekend	5	5.0
Dagbesteding	Geen dagbesteding	139	80.8
	Werk	30	17.4
	Opleiding	3	1.7
	Onbekend	8	4.4

Partner en kinderen

Tabel 3.5 laat zien dat bij de oplegging van de tbs-maatregel de overgrote meerderheid van de patiënten (80%) ongehuwd is. Dit percentage komt overeen met de gegevens uit het onderzoek van Van Emmerik (2001) waarin 75% van de terbeschikkinggestelden ongehuwd is. Van de tien gehuwde terbeschikkinggestelden zijn drie personen tijdens de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel gescheiden. Twee van de drie genoemde weduwnaren in Tabel 3.5 hebben hun eigen partner om het leven gebracht. Slechts 27 patiënten hadden bij aanvang van de terbeschikkingstelling een partner en bij 12 van deze patiënten is de relatie tijdens de terbeschikkingstelling beëindigd. Een even grote groep van 12 patiënten heeft juist tijdens de terbeschikkingstelling een relatie gekregen. Negenentwintig patiënten hebben tijdens hun leven nog nooit een relatie gehad. Vijftig patiënten in de onderzoekspopulatie hebben kinderen (28%). Gemiddeld heeft deze groep twee kinderen (sd=1.3, range 1-6).

Tabel 3.5: Burgerlijke staat en aantal kinderen bij oplegging tbs (N=180)

		N	%
Burgerlijke staat	Ongehuwd	144	80.0
	Gehuwd	10	5.6
	Gescheiden	23	12.8
	Weduwe/weduwenaar	3	1.7
Kinderen	Aantal patiënten met kinderen	50	27.8

Life-events

Life-events worden in de literatuur omschreven als belangrijke gebeurtenissen of omstandigheden in iemands leven die mogelijk een effect hebben op de geestelijke en/of fysieke gezondheid van die persoon. Er is veel onderzoek gedaan naar dit onderwerp en vooral de samenhang tussen life-events in iemands leven en de ontwikkeling van psychische stoornissen wordt vaak belicht. De specifieke betekenis van life-events is echter bij lange na niet eenduidig. Zo kunnen sommige life-events juist de oorzaak zijn van psychische ziekte, maar zijn er zeker ook life-events die eerder het gevolg zijn van psychische ziekte (o.a. Goodyer, 1996; Oei, 1985).

In de checklist van dit onderzoek zijn 34 life-events gedefinieerd op basis van de literatuur. Hierbij is gekozen om alleen negatieve life-events op te nemen zoals 'sterfte van (één van de) ouders' of 'lichamelijke mishandeling'. De dossiers gaven over het algemeen een vrij uitgebreid overzicht van de biografische gegevens van de patiënt en deze zijn gebruikt om de 34 life-events te scoren. Voor de scoring van de life-events zijn alle biografische gegevens gebruikt tot het moment waarop het indexdelict plaatsvond. Drie life-events ('Tehuisopname', 'Migratie' en 'Zwangerschap') zijn alleen gescoord als ze voor het 18e levensjaar plaatsvonden. In Bijlage 3A wordt een overzicht gegeven van alle 34 life-events met daarbij het aantal en het percentage patiënten bij wie deze life-events in de biografische gegevens voorkomen. Daarnaast was in de checklist nog een mogelijkheid om aan te geven of er overige life-events hebben plaatsgevonden die niet in de 34 life-events terugkomen. Deze categorie 'Overige' werd voor 77 patiënten ingevuld. Er werden diverse traumatische gebeurtenissen of omstandigheden genoemd,

zoals 'Delinquentie van de ouders', 'Suïcide(pogingen) van de ouders', 'Bedplassen' en 'Automutilatie'. Tabel 3.6 toont de meest voorkomende life-events in de onderzoekspopulatie. Gemiddeld hebben de patiënten uit de onderzoekspopulatie negen life-events meegemaakt (sd=3.7, range 1-25).

Tabel 3.6: Overzicht life-events (N=180)

	N	%
Problemen met school, werk en/of werkeloosheid van de patiënt zelf	154	86.0
Problemen met verslaving drank/drugs van de patiënt zelf	138	76.7
Problemen met geld/inkomen van de patiënt zelf	96	53.9
Woonproblemen/problemen met huisvesting of verblijf in Nederland	78	44.6
Echtscheiding van de ouders	75	42.6
Tehuisopname voor het 18e jaar	74	42.0
Overlijden van vader of moeder	70	39.3
Meerdere verhuizingen (>3x) of migratie voor het 18e jaar	66	37.7
Mishandeld door (een van de) ouders	65	37.2
Regelmatige ruzies tussen ouders onderling	63	36.6

De meest voorkomende life-event in de onderzoekspopulatie is 'Problemen met school, werk en/of werkeloosheid van de patiënt zelf'. Bij 86% van de patiënten was hiervan sprake in de voorgeschiedenis. 'Problemen met verslaving drank/drugs van de patiënt zelf', 'Problemen met geld/inkomen van de patiënt zelf' en 'Woonproblemen/problemen met huisvesting of verblijf in Nederland' komen eveneens veelvuldig voor, respectievelijk bij 76.7%, 53.9% en 44.6% van de patiënten. Deze top vier van meest voorkomende life-events vertonen een thematische samenhang en zijn wellicht eerder een gevolg dan een oorzaak van de psychische problemen van de onderzoekspopulatie.

Een andere voorspeller van probleemgedrag die naar voren komt in de literatuur is het aantal wisselingen van opvoeders (McNeal & Amato, 1998). Daarom is voor de patiënten in de dossiers ook gescoord of er al dan niet sprake was van meerdere opvoederwisselingen voor het 18e levensjaar. Uit de gegevens komt naar voren dat bij 68 patiënten (38.4%) sprake is geweest

van drie of meer van deze wisselingen.

Traumatische ervaringen voor het 3e levensjaar

In Tabel 3.7 wordt een beeld geschetst van enkele traumatische ervaringen waarvan uit de literatuur bekend is dat deze ervaringen in de eerste drie levensjaren onder meer kunnen leiden tot gehechtheidsproblemen (Suchman e.a., 2006). Bij het uitvoeren van het dossieronderzoek is gekeken welke van deze traumatiserende ervaringen in het leven van de patiënt hebben plaatsgevonden in de vroege jeugd. Deze items zijn positief gescoord ('ja') als duidelijk uit de stukken bleek dat de traumatische ervaringen in de eerste drie levensjaren al aanwezig waren. Als er in het dossier geen melding werd gemaakt van traumatische ervaringen, of als deze op een latere leeftijd plaatsvonden, dan werden deze items negatief gescoord ('nee'). Als er in de dossiers niets beschreven stond over de levensgeschiedenis van de patiënt werden deze items als onbekend gescoord.

Uit Tabel 3.7 blijkt dat bijna 30% van de patiënten uit de onderzoekspopulatie tijdens de eerste drie levensjaren is verwaarloosd. Een groep van 28 patiënten heeft in de eerste drie levensjaren te maken gehad met lichamelijk misbruik en volgens de dossiers hadden 27 patiënten ouders die tijdens de eerste drie levensjaren middelen misbruikten.

Tabel 3.7: Traumatische ervaringen in de eerste drie levensjaren (N=180)

	Ja		Nee		Onbekend	
	N	%	N	%	N	%
Verwaarlozing	47	26.1	110	61.1	23	12.8
Lichamelijk misbruik en geweld	28	15.6	125	69.4	27	15.0
Middelenmisbruik van de ouders	27	15.0	125	69.4	28	15.6
Ondervoeding	5	2.8	147	81.7	28	15.6
Seksueel misbruik	3	1.7	149	82.8	28	15.6

3.2.3 Hulpverlenings- en justitiële voorgeschiedenis

In het kader van de justitiële en hulpverleningsgeschiedenis van de onderzoekspopulatie wordt in deze paragraaf een overzicht gegeven van de eerder gepleegde delicten, de eerder opgelegde maatregelen en de eerdere behandelingen.

Hulpverleningsgeschiedenis

Bij het scoren van de dossiers is gekeken of een patiënt ooit eerder in contact is geweest met hulpverlenende instanties. In Tabel 3.8 wordt een overzicht gegeven van deze informatie. Uit de dossiers komt naar voren dat de meerderheid van de patiënten in de onderzoekspopulatie vóór de huidige tbs-oplegging met één of meerdere hulpverlenende instanties in aanraking is geweest. Eenendertig patiënten hebben nooit eerder contact gehad met hulpverlening. Van de groep tbs-gestelden die eerder hulpverleningscontacten heeft gehad, heeft iets meer dan de helft ambulante behandelingen gekregen en is één of meerdere keren opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek. Dertig patiënten werden in het verleden enkel en alleen ambulant behandeld en 27 patiënten zijn in het verleden opgenomen geweest, maar zijn nooit ambulant behandeld.

De leeftijd waarop de patiënten voor de eerste en de laatste keer contact hadden met de hulpverlening is ook onderzocht. Van 134 patiënten was de leeftijd van het eerste hulpverleningscontact terug te vinden in het dossier. Van deze groep was de gemiddelde leeftijd 19.2 jaar bij het eerste hulpverleningscontact (sd=10.1, range 0–50).²⁰ De leeftijd waarop de patiënten uit de onderzoekspopulatie voor de laatste keer vóór de tbs-oplegging contact hadden met de hulpverlening, is van 106 personen bekend. De gemiddelde leeftijd bij het laatste hulpverleningscontact was 29.9 jaar (sd=9.8, range 14–61).

Uit de voorgeschiedenis van de patiënten blijkt verder dat volgens de dossiers meer dan een vijfde deel (N=39) van de patiënten ooit een

²⁰ De jongste leeftijd van 0 jaar heeft betrekking op een casus waarbij de patiënt meteen na de geboorte werd opgenomen in een tehuis.

suïcidepoging heeft ondernomen. Van deze groep is ook het aantal suïcidepogingen geteld. Gemiddeld werden twee suïcidepogingen ondernomen ($sd=1.9$, range 1-11). Van acht van deze 39 patiënten kon geen exact aantal worden teruggevonden, wel was bekend dat deze patiënten meerdere pogingen hadden ondernomen.

Tabel 3.8: Eerder contact met hulpverlening vóór de huidige tbs (N=180)

	N	%
Nooit eerder in contact geweest met hulpverlening	31	17.4
Eerder alleen ambulante hulpverlening ontvangen	30	16.9
Eerder alleen opgenomen geweest, zonder ambulante hulpverlening	27	15.2
Zowel eerder opgenomen geweest als ambulante hulpverlening ontvangen	90	50.6
Onbekend	2	0.1
Eerder één of meer suïcidepogingen ondernomen	39	21.8

Noot: Bij ambulante hulpverlening zijn alle behandelingen bij een polikliniek gescoord. Met opnames wordt bedoeld: opnames in psychiatrische ziekenhuizen, klinieken en tehuizen. Voor de scoring van eerdere opnames is geen onderscheid gemaakt tussen vrijwillige en onvrijwillige opnames, omdat deze informatie moeilijk terug te vinden was in de dossiers.

Justitiële voorgeschiedenis

Tabel 3.9 geeft een overzicht van de justitiële voorgeschiedenis van de patiënten. Aan de hand van dossiers is gekeken of een patiënt een first offender of een recidivist is. Iemand is als first offender gedefinieerd wanneer hij/zij met een blanco strafblad voor het eerst in aanraking komt met justitie. Een recidivist heeft zich met het plegen van zijn of haar indexdelict opnieuw schuldig gemaakt aan het plegen van strafbare feiten en waarbij sprake is van een veroordeling of een transactie. Dit zijn tevens de strafbare feiten die in een andere categorie vallen dan het indexdelict. Overtredingen, zaken die eindigen in een vrijspraak, een technisch sepot of een technische beslissing van de rechter, blijven buiten beschouwing. De meeste patiënten in de onderzoekspopulatie zijn voor hun huidige terbeschikkingstelling al eerder veroordeeld (81.7%). De gemiddelde leeftijd bij de eerste veroordeling van de groep recidivisten is 21.7 jaar ($sd=7.3$, range 12-48).

Tabel 3.9: Gegevens eerdere veroordelingen, maatregelen en straffen (N=147-180)

	N	%
First offender	33	18.3
Recidivist	147	81.7
(Poging tot) moord of doodslag	20	13.6
Zedendelicten	35	23.8
Brandstichting	16	10.9
Bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving	50	34.0
Ernstig geweld inclusief zware mishandeling	72	49.0
Diefstal met en zonder geweld inclusief oplichting	105	71.4
Civielrechtelijke maatregelen:		
(V)OTS ((voorlopige) ondertoezichtstelling)	34	19.1
IBS (inbewaringstelling)	23	13.1
RM (rechterlijke machtiging)	23	12.8
Strafrechtelijke maatregelen:		
Voorwaarden jeugdreclassering	34	19.0
PIJ (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen)	10	5.6
Tbs met voorwaarden	8	4.4
Tbs met dwangverpleging	5	2.8
JeugdTBR	2	1.1
Straffen:		
Detentie	113	62.8
Taakstraf	63	35.4
Hechtenis (alle vormen behalve preventieve hechtenis)	42	24.1
Jeugddetentie	22	12.3

In Tabel 3.9 wordt ook een overzicht gegeven van de aard van de gepleegde delicten waaraan de groep recidivisten (N=147) zich eerder schuldig heeft gemaakt. Eerdere delicten zijn onderverdeeld in zes categorieën en per categorie is gescoord hoeveel personen één of meerdere delicten in die categorie hebben gepleegd. Bijna driekwart van de recidivisten is eerder veroordeeld voor diefstal met en zonder geweld (inclusief oplichting) en ongeveer de helft heeft zich eerder schuldig

gemaakt aan ernstig geweld (inclusief zware mishandeling). Ongeveer één derde van de onderzoekspopulatie heeft één of meer eerdere veroordelingen voor bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving. Bijna een kwart van de recidivisten heeft een eerdere veroordeling voor een zedendelict. Relatief weinig patiënten zijn eerder veroordeeld voor (een poging tot) moord of doodslag (13.6%) of voor brandstichting (10.9%).

Voor de totale groep is gekeken welke eerdere maatregelen en straffen zijn opgelegd (zie Tabel 3.9). Het blijkt dat bijna 63% eerder in detentie heeft gezeten en 24.1% in hechtenis. De taakstraf kwam bij meer dan een kwart van de patiënten voor. Ongeveer een vijfde deel van de onderzoekspopulatie heeft in het verleden een (voorlopige) ondertoezichtstelling gekregen of te maken gehad met jeugdreclassering. Overige relatief vaak voorkomende maatregelen in het verleden van de onderzoekspopulatie zijn inbewaringstellingen (13.1%) en rechterlijke machtigingen (12.8%). Tbs met voorwaarden is voorafgaand aan de huidige tbs-maatregel aan acht patiënten opgelegd en tbs met dwangverpleging aan twee patiënten.

3.2.4 Kenmerken van het huidige traject van tenuitvoerlegging

In deze paragraaf worden resultaten gepresenteerd over aspecten van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel binnen de onderzoekspopulatie. Eerst wordt aandacht besteed aan de indexdelicten en daarna wordt ingegaan op het verblijf in de tbs-klinieken en de DSM-classificaties.

Indexdelict

In Tabel 3.10 wordt een overzicht gegeven van het indexdelict van de onderzoekspopulatie²¹ (zie ook Paragraaf 2.2.4). Iets meer dan 47% van de patiënten heeft een indexdelict gepleegd in de categorie '(Poging tot) moord/doodslag'. Bijna 23% van de patiënten is schuldig bevonden

²¹ Om het indexdelict vast te stellen, zijn per casus alle strafbare feiten in de uitgangszaken beoordeeld op het gebruikte geweld, het aantal slachtoffers, de leeftijd van het slachtoffer, de relatie van de dader met slachtoffer en de chronologische volgorde van de strafbare feiten. Het indexdelict is onderverdeeld in zeven categorieën. (a) (Poging tot) moord/doodslag; (b) Zedendelict, onderverdeeld in seksueel grensoverschrijdend

aan een zedendelict, waarvan 54% (N=22) voor een zedendelict met een minderjarige.

Tabel 3.10: Indexdelicten (N=180)

	N	%
(Poging tot) moord / doodslag	85	47.2
Ontucht / aanranding / verkrachting minderjarige	22	12.2
Ontucht / aanranding / verkrachting volwassene	19	10.6
Bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving	19	10.6
Ernstig geweld incl. zware mishandeling	15	8.3
Brandstichting	12	6.7
Diefstal met en zonder geweld	8	4.4

Noten: Het zedendelict is gespecificeerd als 'Ontucht / aanranding / verkrachting minderjarige' als tenminste 1 van de slachtoffers jonger dan 16 jaar was en het leeftijdsverschil tussen dader en slachtoffer minimaal 5 jaar was. Overige delicten zijn vernieling, weerspanningheid, schending van de wapenwet, schending van de Opiumwet, belediging van een ambtenaar in functie, heling.

De informatie in deze tabel is gebaseerd op dossieronderzoek en wijkt af van de getallen in Tabel 3.2 die gebaseerd zijn op informatie die vooraf is aangeleverd door de FPC's.

Als het type indexdelict dat first offenders pleegden vergeleken wordt met dat van de recidivisten, blijkt dat twee derde van de first offenders (63.6%) veroordeeld is voor (poging tot) moord of doodslag. Een kleinere groep first offenders (15.2%) heeft ontucht met een minderjarige gepleegd. Bij de recidivisten liggen deze percentages lager (respectievelijk 43.5% en 11.6%). Bij de recidivisten komen zedendelicten met minderjarigen, zedendelicten met volwassenen en delicten in de categorie 'bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving' even vaak voor (zie Bijlage 3B).

gedrag bij minderjarigen, en seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen; (c) Brandstichting, zowel met als zonder gevaar voor personen; (d) Ernstig geweld (inclusief zware mishandeling); (e) Bedreiging (met en zonder geweld, inclusief vrijheidsberoving en/of afpersing); en (f) Diefstal (met en zonder geweld).

Leeftijdsgegevens, verblijfsduur en aantal klinieken

Tabel 3.11 geeft een overzicht van de gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie tijdens bepaalde momenten in de tenuitvoerlegging. De huidige gemiddelde leeftijd van de patiënten is 39.0 jaar (sd=9.7, range 22-74 jaar). Dit is de leeftijd van de patiënt op het moment dat het dossier gescoord is. Op het moment dat de tbs-maatregel werd opgelegd, was de gemiddelde leeftijd 32.1 jaar (sd=9.8, range 17-68).

De gemiddelde leeftijd bij opname in de eerste kliniek is 33.8 jaar (sd=9.8, range 18-70) en bij de opname van de patiënt in de huidige kliniek ligt de gemiddelde leeftijd op 35.3 jaar (sd=9.7, range 20-70). Uit Tabel 3.11 blijkt dat de patiënten in de onderzoekspopulatie ten tijde van het onderzoek gemiddeld 5.8 jaar in een tbs-kliniek verblijven (sd=3.4, range 0-27). De gemiddelde verblijfsduur in de huidige kliniek is 3.7 jaar (sd=2.6, range 0-11). Een meerderheid van de patiënten (71.8%) verblijft op het moment van het onderzoek nog in de eerste kliniek sinds de aanvang van hun terbeschikkingstelling. Het gemiddelde aantal klinieken waarin de patiënten ten tijde van scoring verbleven, was 1.4 (sd=0.9, range 1-6).

Tabel 3.11: Leeftijdgegevens, verblijfsduur en aantal klinieken (N=178-180)

		Gem. (sd)	Range
Leeftijdsgegevens	Leeftijd oplegging terbeschikkingstelling	32.1 (9.8)	17-68
	Leeftijd opname in eerste tbs-kliniek	33.8 (9.8)	18-70
	Leeftijd opname huidige tbs-kliniek	35.3 (9.7)	20-70
	Huidige leeftijd	39.0 (9.7)	22-74
Verblijfsduur	Totale verblijfsduur in jaren	5.8 (3.8)	0-27
	Verblijfsduur huidige kliniek in jaren	3.7 (2.6)	0-11
Aantal klinieken	Aantal klinieken tijdens huidige terbeschikkingstelling (huidige kliniek meegeteld)	1.4 (0.9)	1-6

Noten: Voor twee casussen kon de exacte datum van de tbs-oplegging en van de opname in de eerste kliniek niet gevonden worden in de dossiers.

De informatie in deze tabel is gebaseerd op dossieronderzoek en wijkt af van de getallen in Tabel 3.2 die gebaseerd zijn op informatie die vooraf is aangeleverd door de FPC's.

DSM-classificatie

Van de 180 patiënten is de meest recente DSM-classificatie gescoord. In Tabel 3.12 staat een overzicht van DSM-classificaties waarbij wordt opgemerkt dat veelal meerdere classificaties per patiënt waren opgesteld. De aan middelen gebonden stoornis en de psychotische stoornis zijn de meest voorkomende classificaties op As-I. Iets meer dan 70% heeft een aan middelen gebonden stoornis waarvan 58.4% (N=73) niet in remissie. Van de patiënten lijdt 39.3% aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Stoornissen die minder vaak voorkomen zijn ontwikkelingsstoornissen (17.4%), seksuele en genderidentiteitsstoornissen (13.5%), stemmingsstoornissen (7.9%) en angststoornissen (7.9%). Een klein aantal patiënten heeft geen diagnose op As-I. Op As-II is bijna 40% van de patiënten geclassificeerd met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. De classificatie persoonlijkheidsstoornis NAO komt eveneens vaak voor (35.4%). De gemiddelde GAF score ligt op 44.9, wat aangeeft dat er sprake is van ernstige symptomen of ernstige beperkingen in het sociaal functioneren.

Het gemiddeld aantal classificaties op As-I en As-II per patiënt is 3.5 (sd=1.5, range 1-8). De meeste patiënten hebben twee classificaties (23.6%) of drie classificaties (28.1%). Negen patiënten hebben maar één DSM-classificatie en drie patiënten hebben acht classificaties. Voor alle stoornissen uit Tabel 3.12 die 10% of vaker voorkomen bij de onderzoekspopulatie zijn de voorkomende combinaties bekeken (Bijlage 3C). De classificaties zwakbegaafdheid en zwakzinnigheid zijn niet meegenomen als dubbeldiagnoses, maar staan wel in de tabel vermeld. De meest voorkomende dubbeldiagnose is een Cluster B persoonlijkheidsstoornis met een aan middelen gebonden stoornis. Deze dubbeldiagnose komt bij 34 patiënten voor waarbij drie patiënten een IQ hebben lager dan 85. Andere dubbeldiagnoses die vaker voorkomen, zijn een persoonlijkheidsstoornis NAO met een aan middelen gebonden stoornis en schizofrenie of een andere psychotische stoornis met een aan middelen gebonden stoornis. Deze dubbeldiagnoses komen respectievelijk bij 19 en 18 patiënten voor. Vijftien patiënten hebben een combinatie van een aan middelen gebonden stoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en een Cluster B persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 3.12: DSM-IV hoofd- en nevendiagnoses uit dossier (N=178)

		N	%
DSM As-I classificatie	Aan middelen gebonden stoornissen:		
	Niet in remissie	73	41.0
	Gedeeltelijk of geheel in remissie	59	33.1
	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	71	39.3
	Seksuele en genderidentiteitsstoornissen	24	13.5
	Ontwikkelingsstoornissen:		
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	18	10.1
	Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	13	7.3
	Stemmingsstoornissen	14	7.9
	Angststoornissen	14	7.9
	Stoornissen in de impulsbeheersing	9	5.1
	Overige stoornissen	37	20.8
	Geen diagnose op As-I	7	3.9
DSM As-II classificatie	Cluster A persoonlijkheidsstoornis	6	3.4
	Cluster B persoonlijkheidsstoornis	71	39.9
	Cluster C persoonlijkheidsstoornis	4	2.2
	Persoonlijkheidsstoornis NAO	63	35.4
	Zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid	34	23.1
	Geen diagnose op As-II	26	14.6
DSM As V-classificatie	Gemiddelde GAF score (sd)	44.9	(10.5)

Noten: Voor twee casussen zijn in de dossiers geen gegevens gevonden over de DSM-classificatie en voor zes casussen zijn geen recente GAF-scores gevonden in het dossier.

De informatie in deze tabel is gebaseerd op dossieronderzoek en wijkt af van de getallen in Tabel 3.2 die gebaseerd zijn op informatie die vooraf is aangeleverd door de FPC's.

3.3 SAMENVATTENDE PARAGRAAF

In dit hoofdstuk is de volgende onderzoeksvraag beantwoord: 'Wat zijn de kenmerken van de geselecteerde casussen op basis van bestaande gegevens?'. Allereerst is gebleken dat de onderzochte steekproef representatief is voor de totale tbs-populatie. De onderzoekspopulatie bestaat hoofdzakelijk uit mannen en het grootste deel heeft de Nederlandse nationaliteit. De meeste patiënten zijn ongehuwd en iets minder dan één derde van de patiënten heeft één of meerdere kinderen. Wat betreft de voorgeschiedenis van de patiënten is in het leven van de patiënten vaak sprake geweest van opvoedwisselingen en ervaren (negatieve) life-events. Daarnaast heeft de meerderheid van de onderzoekspopulatie vóór de huidige tbs-maatregel contact gehad met hulpverleningsinstanties en hadden de meeste patiënten al eerder een veroordeling opgelopen. Met betrekking tot de huidige terbeschikkingstelling wordt duidelijk dat de meest voorkomende indexdelicten (poging tot) moord of doodslag zijn. De gemiddelde leeftijd bij opname in de eerste tbs-kliniek is 33.8 jaar en de patiënten in de onderzoekspopulatie verblijven ten tijde van het onderzoek gemiddeld 6 jaar in één of meerdere tbs-klinieken. Met betrekking tot de psychopathologie ligt het gemiddelde aantal DSM-IV classificaties op 3.5 per patiënt. De aan middelen gebonden stoornis, schizofrenie en andere psychotische stoornissen en de cluster B persoonlijkheidsstoornis komen het vaakste voor bij de patiënten in de onderzoekspopulatie.

In dit hoofdstuk wordt een globaal overzicht gegeven van de wetenschappelijke literatuur over de behandeling in de forensische psychiatrie. Het doel van deze literatuursynthese is om de onderzoeksvragen theoretisch te beantwoorden en om inzicht te geven in evidence-based behandelmethoden in het forensische domein. Allereerst wordt stilgestaan bij twee belangrijke onderdelen in de behandeling van tbs-gestelden: de sociotherapie en risicotaxatie (respectievelijk Paragraaf 4.1 en Paragraaf 4.2). Vervolgens worden behandelinterventies aangestipt die evidence-based zijn dan wel de status van 'best evidence' of 'best practice' hebben. Bij evidence-based interventiemethodes is de effectiviteit in de forensische psychiatrie aangetoond, terwijl bij best evidence interventiemethodes harde empirische evidentie nog ontbreekt. Deze interventies komen uit een beperkt aantal studies als effectief naar voren. Best practice interventiemethodes zijn methodes die in professionele kringen als passend gelden en in het veld brede acceptatie en toepassing genieten. In Paragraaf 4.3 wordt de effectiviteit van behandelinterventies beschreven aan de hand van de belangrijkste (inter) nationale literatuur.²²

Vervolgens wordt in Paragraaf 4.4 een beschrijving gegeven van de landelijke zorgprogramma's voor patiënten in de forensische zorg. Specifieke zorgprogramma's die in de forensische psychiatrische centra (FPC's) zijn ontwikkeld dan wel worden toegepast, worden in dit hoofdstuk niet apart beschreven. Veel FPC's hebben op maat gemaakte zorgprogramma's voor patiënten met psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen met psychotische kwetsbaarheid, verstandelijke beperkingen, autismespectrumstoornissen, seksueel grensoverschrijdend gedrag en gedragscontrolestoornissen.²³

²² Dit hoofdstuk omvat een globale literatuurbeschrijving en heeft geenszins de pretentie om een volledig overzicht te geven.

²³ Deze opsomming is gemaakt aan de hand van de verstrekte documentatie van de klinieken in het kader van dit onderzoek.

4.1 SOCIOTHERAPIE EN THERAPEUTISCHE BEHANDELMILIEUS

Binnen de forensische psychiatrie spelen de uitgangspunten van het sociaalpsychiatrisch gedachtegoed een grote rol in hoe de behandeling en het therapeutisch milieu zijn vormgegeven. Dit betekent dat wordt gekeken op welke wijze - en in welke onderlinge wisselwerking - biologische, psychologische en sociale factoren bijdragen aan de beperkingen en mogelijkheden van tbs-patiënten.²⁴ De theoretische fundering wordt hierbij primair gelegd vanuit de biologische psychiatrie, milieutherapie, groepsdynamica, cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, psychodynamische benadering, en (arbeids)rehabilitatie. Het leefmilieu, de therapeutische behandelmilieus en de sociale context spelen een belangrijke rol in de totaalbehandeling van terbeschikkinggestelden. Werken vanuit een sociaalpsychiatrisch gedachtegoed betekent dat de professional de verantwoordelijkheid van zorgenbehandeling deelt met de patiënt, zijn sociale context en met de bredere samenleving (familieleden, belangenverenigingen, welzijnsinstellingen, etc.). Binnen het sociaalpsychiatrisch gedachtegoed kunnen vier fasen worden onderscheiden (zie bijvoorbeeld Mos & Van Weeghel, 1999).

Fase 1: Vaststellen van beperkingen, mogelijkheden en zorgbehoefte van patiënten

In de eerste fase staat, naast de forensisch psychiatrische en psychologische diagnostiek, ook de 'sociale' diagnostiek, de delictanalyse en de zorgbehoefte van de patiënt voorop. Het belangrijkste doel van deze fase is om inzicht te krijgen in de beperkingen, mogelijkheden en de hulpvraag van de patiënt. Samen met de patiënt wordt de hulpvraag verduidelijkt en wordt een behandelings- en/of begeleidingsplan opgesteld.

Fase II: Ondersteuning geven bij het dagelijks functioneren van patiënten

De belangrijkste doelstelling van deze fase is om de zelfredzaamheid van

²⁴ Deze principes worden vaak geschaard onder het Bio Psychosociaal Model; zie bijvoorbeeld Van Binsbergen en collega's, 2007.

patiënten te bevorderen, hun vaardigheden te vergroten en de stabiliteit te bewaken/bevorderen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van individuele en groepsgerichte begeleiding. De individuele begeleiding bestaat onder meer uit hulp bij het organiseren huishouden (schoonmaken en onderhouden afdeling of woning, boodschappen doen, eten koken), hulp bij persoonlijke verzorging (wassen, kleding) en erop letten dat patiënten zichzelf goed verzorgen, hulp bij het vinden van dagstructuur (dag-nacht ritme) en hulp bij financiën (budgetteren, beheer, schuldsanering). De groepsgerichte begeleiding behelst onder andere: een goede woonsfeer creëren en bewaken en het begeleiden van het groepsproces (patiënten ondersteunen in het omgaan met elkaar, conflicten oplossen, bespreken, zorgen voor samenwerking tussen patiënten).

Fase III: Behandeling richten op probleemhantering, -vermindering en herstel

Fase drie is primair gericht op het verminderen van symptomen, voorkomen van terugval, leren omgaan met psychische problemen en beperkingen die hieruit voortvloeien, handelingscontrole en stabiliteit bewaken of bewerkstelligen. Activiteiten dit daartoe worden uitgezet zijn: behandeling (farmacotherapie, (ondersteunende) psychotherapie), behandelingsondersteunende activiteiten (psycho-educatie, bevorderen therapietrouw), signaleren en volgen (patiënt en psychiatrische toestand kritisch volgen), begeleiding (stimuleren/activeren, ontwikkelen copingstrategieën, in kaart brengen van situaties die spanning oproepen en mogelijkheden om spanning te verminderen, begeleiding bij medicijngebruik), langdurige, intensieve zorg (combinatie behandeling, begeleiding, en wonen) en somatische en tandheelkundige zorg.

Fase IV: Oriëntatie naar resocialisatie

Fase vier is gericht op een mogelijke resocialisatie via stapsgewijze terugkeer naar de samenleving. Deze fase wordt gefaseerd vormgegeven via begeleide en onbegeleide proefverloven en kan uitmonden in onvoorwaardelijk ontslag. Om de overgang van intra- naar extramuraal verblijf mogelijk te maken, staat een individuele trajectbegeleiding vanuit

ondermeer sociaal psychiatrisch perspectief centraal, waarbij ondermeer het risicomanagementplan een belangrijke rol speelt. In de huidige verplichte risicotaxaties voor verlofaanvragen en verlengingsadviezen van de tbs-maatregel worden naast persoonsfactoren ook sociale relaties, de kwaliteiten van sociale netwerken en vaardigheden meegenomen (Hoeben e.a. 2011).

De vier fasen kunnen niet los van elkaar worden gezien. Fase I is een voorwaarde voor fase II, III en IV. Afhankelijk van de bevindingen in Fase I, crisismomenten en terugval, zal per individuele patiënt de nadruk meer of minder komen te liggen op Fase II, Fase III, Fase IV of een combinatie van deze drie. Dit betekent dat terugval naar een eerdere fase zeker mogelijk kan zijn.

4.1.1 Milieutherapie in algemene zin

Milieutherapie is een algemene aanduiding en het wordt niet gezien als een specifieke behandelmethode. De kern van milieutherapie is het systematisch inzetten van de setting of de omgeving waarbinnen de behandeling in engere zin plaatsvindt. Het systematisch inzetten van de behandelomgeving heeft zich door de jaren heen ontwikkeld van behandeling in een klinische setting naar behandeling door de klinische setting. Er wordt daarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de kenmerken en dynamiek die een dergelijke setting heeft. Het behandelteam bestaat uit meerdere disciplines voor de uitvoering van de specifieke behandelvormen (multidisciplinariteit) en de behandeling wordt centraal aangestuurd. Deze centrale aansturing gebeurt volgens een eenduidige visie op de pathologie en op basis van een behandelplan waar de verschillende disciplines, vanuit hun eigen referentiekader, op een samenhangende manier aan bijdragen (zie Van Binsbergen e.a., 2007; zie ook Jansen, 1997).

4.1.2 Sociotherapie

Binnen de forensische psychiatrie is de bovengenoemde milieutherapie een min of meer impliciet uitgangspunt in de tbs-behandeling. De termen sociotherapie en (socio)therapeutische behandelmilieus worden veel vaker, en explicieter, genoemd. De Vereniging ter Bevordering Sociotherapie

hanteert de volgende definitie voor het vak sociotherapie: "Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep cliënten, gericht op de behandeldoelen van deze groep - opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele cliënt te bereiken - binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties".²⁵ Methodische hantering is het op een doelbewuste en planmatige wijze gebruik maken van het leefmilieu. Sociotherapie wordt uitgevoerd door een team van medewerkers die samen met de patiënten het dagelijks leven vormgeven. Het doel is om een leefomgeving voor patiënten te creëren welke bijdraagt aan patiëntgerelateerde doelen, zoals in groep leren leven, gesprekken aangaan, rekening houden met anderen, verantwoordelijkheid nemen en conflicten op een aanvaardbare manier oplossen. Er wordt steeds meer naar gestreefd om het sociotherapeutisch werken te professionaliseren en gebruik te maken van observatie en gestandaardiseerde methodieken. Een door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) georganiseerde expertmeeting over sociotherapie heeft onder meer geresulteerd in een concrete samenvatting van de rol en kernverantwoordelijkheid van de sociotherapeut (zie Tabel 4.1).²⁶

²⁵ Zie <http://www.sociotherapie.nl/soc01.htm#def>.

²⁶ Zie <http://zp.efp.nl/Basis/Sociotherapie.html>.

Tabel 4.1: De rol en de kernverantwoordelijkheid van de sociotherapeut (expertmeeting sociotherapie, EFF, 22 oktober 2009)

Rol van sociotherapeut in de behandeling	Kernverantwoordelijkheid van sociotherapeut
– De patiënt helpen te leren – De patiënt vaardigheden ter voorkoming van een nieuw delict leren toepassen – Acceptatie van de patiënt – De individuele patiënt ondersteunen en begeleiden – De patiënt stimuleren en motiveren tot zelfinzicht en verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag – Meehelpen opstellen en uitvoeren van het door het multidisciplinaire team opgestelde behandelplan en de daaruit voortvloeiende behandeldoelen, verpleegplannen en het signaleringsplan – De ruggengraat zijn van de behandeling	– Vermindering van delict- en recidivegevaar – Multidisciplinair geformuleerde behandel-doelen uitvoeren en bewaken – Eerlijk zijn naar de patiënt in mogelijkheden en onmogelijkheden – Klankbord en grensbewaker zijn – De cliënt ondersteunen in gedragsvarianten (copingstrategieën) aanleren om het risico op delictgedrag te verminderen – Zich conformeren aan de behandelafspraken gemaakt in het multidisciplinaire team en een professionele houding om deze afspraken te bereiken – Veiligheid en ondersteuning bieden aan de patiënten

4.1.3 Therapeutische behandelmilieus volgens Janzing en Kerstens
Janzing en Kerstens (1997, 2009) onderscheiden in hun boek ‘Werken in een therapeutisch milieu’ vier milieus: het supportieve model, het reconstructieve model, het sociaaltherapeutische model en een combinatie van de drie voorafgaande modellen. Elk van deze modellen wordt hieronder kort toegelicht.

Het supportieve model

Behandeling volgens het supportieve model houdt een ondersteunende en zogeheten ‘dragende’ behandeling in. Het model omvat een breed scala van technieken. Gemeenschappelijk aan al deze technieken is dat leren, oefenen en trainen centraal staan. De scala van technieken beweegt zich bovendien tussen twee polen (zie Janzing & Kerstens, 1997; p.122):

1. technieken die een patiënt helpen zelfstandig te worden en met volledig herstelde uitvoerende en adaptieve ik-functies door het leven te gaan (ik-opbouw);
2. technieken die patiënten helpen te leren leven met hun onveranderbare beperkingen, hun psychische invaliditeit (ik-versterking).

Kenmerkend aan het supportieve model is dat het primair gericht is op het individu en dat het antiregressief is. Idealiter betekent dit dat de supportieve behandeling een behandeling op maat is, waarbij wordt aangesloten bij het niveau van de individuele patiënt. Daarbij wordt rekening gehouden met zijn/haar beperkingen en mogelijkheden binnen het uitvoerende en adaptief systeem. Volgens een stapsgewijs opgezet programma doorloopt de patiënt een aantal stadia van behandeling (cf. de inleiding van Paragraaf 4.1). Het feit dat het supportieve model individugericht is, betekent niet dat het werken in groepen binnen dit model niet mogelijk is. In tegenstelling tot het sociaaltherapeutische en reconstructieve behandelmilieu (zie volgende paragrafen), staat de groep binnen het supportieve niet centraal maar wordt het werken met een groep benut ten dienste van het individu. Concreet betekent dit dat de groep een functie heeft in het kader van het uitvoeren van het individuele behandelplan en dat de groep wordt benut als ondersteunend element voor het individu. Een tweede kenmerk van het supportieve behandelmodel is dat het antiregressief is. Binnen een supportief milieu wordt ernaar gestreefd om ontregeling en terugval van patiënten zoveel mogelijk te voorkomen. Praktisch gezien omvat een dergelijk milieu een voorspelbare structuur (therapie/ weekprogramma), hand-in-hand-begeleiding, in het 'hier en nu' werken en gericht zijn op prikkelreductie. Het supportieve model is vooral bedoeld voor kwetsbare patiënten zoals psychotici, verstandelijk beperkten en patiënten met autistiforme stoornissen.

Het reconstructieve model

Aangrijpingspunt van het reconstructieve model is het defensief systeem (zie Janzing & Kerstens, 1997; p.127). Het defensief systeem kan het beste worden opgevat als een geheel van afweermechanismen. Het woord 'reconstructief' heeft betrekking op 'afbreken' en 'opnieuw opbouwen' van het defensief systeem. Behandeling conform het reconstructieve model betekent in wezen reconstructie van de afweermechanismen. In klinisch verband is de psychotherapeutische gemeenschap een behandelmilieu waarbinnen veelal een reconstructieve behandeling wordt geboden. Alles

rondom de patiënt staat in dienst van de reconstructieve psychotherapie en is gericht op het bevorderen van de regressie. Dit dient uiteraard wel te gebeuren binnen zekere grenzen van ruimte en tijd en met een duidelijke link naar de realiteit. Behandeling binnen het reconstructieve model is erop gericht dat de patiënt ervaart dat wat hij/zij in de actuele leefsituatie ervaart, medebepaald is door wat hij/zij van zichzelf leert kennen binnen meer regressieve situaties. Het werken volgens het reconstructieve model is in Nederland niet erg gangbaar meer.

Het sociaaltherapeutische model

Het sociaaltherapeutische model is primair gericht op de adaptatie van persoonskenmerken die eerder negatief, antisociaal van aard zijn, zoals een gebrek aan respect en empathie, een vijandige houding, manipulatie, wraak en een negatieve instelling. Het remediëren van deze ik-kenmerken heeft te maken met de constructieve aanpassing van de persoon aan de omgeving, aan de situatie van 'het hier en nu' (zie Janzing & Kerstens, 1997; p.131). Behandeling binnen een sociaaltherapeutisch model is primair gericht op de (sociale) omgang met medepatiënten en op het vergroten en verstevigen van sociaal-maatschappelijke rollen. De inzet is dat een patiënt, na behandeling, in staat is zichzelf aan te passen aan de omgeving en, waar nodig, de omgeving op een constructieve wijze aan te passen aan de eigen wensen en behoeften. Centraal in het sociaaltherapeutische model staat het zogeheten 'rol-leren'. Dit betekent dat in een optimaal sociaaltherapeutisch milieu, patiënten de mogelijkheid krijgen met zoveel mogelijk sociale rollen te oefenen. Door het aannemen van verschillende sociale rollen doen zij ervaring op en worden zij geconfronteerd met de effecten van hun gedrag op medepatiënten. Het sociaaltherapeutische model wordt vooral gehanteerd bij patiënten met verslavingsproblematiek en/of een cluster B persoonlijkheidsstoornis.

De combinatie van behandelmodellen

De hierboven beschreven modellen zijn volgens Janzing en Kerstens (1997) ideaaltypische modellen die in de praktijk niet zo voorkomen. Zo kunnen in het supportieve model wel eens reconstructieve interventies plaatsvinden,

dat wil zeggen gericht op het loslaten van bepaalde afweermechanismen. Aan de andere kant kan een reconstructief behandelmilieu niet bestaan zonder voldoende supportieve elementen. Deze laatste worden gevormd door de dagstructuur, de steun en bemoediging die groepsleden geven, de sociotherapeutische grensbewaking en de supportieve interventies van de psychotherapeut (zie Janzing & Kerstens, 1997; p.134). In het sociaaltherapeutische milieu kunnen eveneens supportieve en reconstructieve elementen aanwezig zijn. Janzing en Kerstens (1997) benadrukken dat bij het ontwikkelen van een therapeutisch milieu, het erom gaat dat één modus op de voorgrond staat en de andere op de achtergrond.

4.1.4 Onderzoek naar sociotherapie en therapeutische behandelmilieus
Onderzoek naar sociotherapie en therapeutische behandelmilieus, en effectiviteit ervan in het bijzonder, is erg schaars. Knabb en collega's (2011) concluderen in een recente literatuurreview over 'therapeutic communities' (TC's) dat tot op heden maar enkele empirische studies zijn gedaan naar TC's en psychiatrisch gestoorde delinquenten (zie bijv. Greeven & De Ruiter, 2004; Messina e.a., 2004; Peters e.a., 2004). Op basis van deze en andere studies kan nog geen uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van 'therapeutic communities' op de verbetering van het persoonlijk functioneren (zie ook Shuker, 2010).²⁷ Hetzelfde geldt voor de sociotherapie en therapeutische behandelmilieus. Ons is geen onderzoek bekend dat de effectiviteit van therapeutische behandelmilieus heeft onderzocht.

In Nederland zijn recent wel de eerste resultaten bekend gemaakt van een grootschalig onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van psychotherapeutische behandelingen bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen waaronder cluster B persoonlijkheidsstoornissen. In deze SCEPTRE-studie (Study on Cost-Effectiveness of Personality Disorder Treatment) zijn meer dan 800 patiënten uit zes verschillende GGz-instellingen in Nederland gevolgd. Resultaten laten zien dat bij patiënten met een afhankelijke, ontwijkende of obsessief-

²⁷ Er zijn wel aanwijzingen dat deelname aan een therapeutische gemeenschap kan leiden tot vermindering van recidive bij drugverslaafden delinquenten (zie Paragraaf 4.3.5).

compulsieve persoonlijkheidsstoornis, de grootste effecten worden geboekt met kortdurende klinische psychotherapie (Bartak e.a., 2010). Voor cluster B persoonlijkheidsstoornissen, daarentegen, wordt over de gehele linie een grotere verbetering gevonden door klinische opnames vergeleken met ambulante behandeling (Bartak e.a., 2011a). Er zijn eveneens gunstige effecten gevonden bij andere persoonlijkheidsstoornissen en behandeldoseringen, zoals dagklinische psychotherapie bij cluster A persoonlijkheidsstoornissen. Het effect is een jaar na start behandeling gemeten (Bartak e.a., 2011b). Hoewel specifiek gericht op persoonlijkheidsstoornissen binnen de GGZ zijn de uitkomsten van deze studies voor de forensische psychiatrie relevant gezien de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen doch vooral omdat uit de studies van Bartak en collega's (2011a, 2011b) blijkt dat de klinische behandeling over de gehele linie de beste papieren heeft voor zowel cluster A als cluster B persoonlijkheidsstoornissen.

4.2 RISICOTAXATIE

Tot het einde van de vorige eeuw werd de inschatting van het gevaar van recidive bijna uitsluitend gebaseerd op het ongestructureerd klinische oordeel van de gedragswetenschapper (Bogaerts e.a., 2001; Bogaerts & Nagtegaal, 2008). Sinds enige tijd worden op tal van terreinen en niveaus, instrumenten en expertsystemen gebruikt om potentiële risico's te detecteren en in kaart te brengen. Dit gebeurt op het terrein van de strafrechtstoepassing (zie bijvoorbeeld Moerings, 2003) en door het ontwikkelen van prognosemodellen die inzicht geven in de sanctiecapaciteit van gevangenen (Wartna e.a., 2009). In verschillende fasen van de strafrechtsketen en de forensisch psychiatrische hulpverlening is de vraag aan de orde of een individuele verdachte, veroordeelde of patiënt opnieuw in de fout zal gaan en hoe waarschijnlijk de kans op recidive wordt geacht (Wartna e.a., 2009). Omdat het klinische oordeel weinig betrouwbaar en valide is, zijn in de voorbije twee decennia op historische, statische en dynamische risico- en beschermende factoren gebaseerde (actuariële) gestructureerde instrumenten ontwikkeld, om de clinicus en gedragswetenschapper te

ondersteunen. Deze instrumenten helpen om beslissingen te nemen over vragen die betrekking hebben op het al dan niet goedkeuren van begeleid verlof, onbegeleid verlof, voorwaardelijke invrijheidstelling, voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ontslag (Bogaerts, 2010; Wartna e.a., 2009). Deze instrumenten zijn gebaseerd op de methode van de gestructureerde klinische risicotaxatie en de instrumenten worden in de tbs-voorziening ingevuld door gedragswetenschappers, psychologen, orthopedagogen, criminologen, (jeugd)psychiaters en onderzoekers. Onderzoek heeft aangetoond dat gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten betrouwbaarder en meer valide zijn dan de blik van de clinicus (Aegisdottir e.a., 2006).

In Nederland, en vooral in de tbs-sector, is veel geïnvesteerd in de vertaling en de implementatie van buitenlandse risicotaxatie-instrumenten (o.a. PCL-R, HCR-20, SVR-20), de ontwikkeling van Nederlandse risicotaxatie-instrumenten (o.a. HKT-30; Saprof) en is veel onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid, de validiteit en in het bijzonder de predictieve validiteit van diverse risicotaxatie-instrumenten voor diverse groepen (o.a. DJI, 2003a,b; Hildebrand, 2005; De Vogel, 2005; Philipse, 2004; Hildebrand e.a., 2005; De Vogel e.a., 2004; Brand & Van Emmerik, 2006; Schönberger e.a., 2008; Spreen e.a., 2009). Het belang van risicotaxatie-instrumenten en risicomangement in de forensische sector is zeer groot omwille van de ernstige en soms fatale gevolgen voor slachtoffers en de samenleving. Risicotaxatie beperkt zich niet alleen tot de tbs-sector maar wordt ook gebruikt in aanpalende sectoren zoals het gevangeniswezen, de geestelijke gezondheidszorg, de forensische psychiatrische poliklinieken en de reclassering.

Er worden wel steeds meer kritische kanttekeningen gemaakt bij de waarde van risicotaxatie-instrumenten. Blok en collega's (2010) stellen dat de maatschappij en de politiek op de eerste plaats zekerheid willen en dat risicotaxatie-instrumenten niet de pretentie hebben om die zekerheid te geven. Of en wanneer een tbs-gestelde na behandeling/vrijlating opnieuw zal recidiveren, is op het moment van de risicotaxatie, zelfs met alle dossierinformatie in het achterhoofd, kennis over risico- en beschermende factoren en een goede samenwerking tussen degenen die betrokken zijn

bij de gerecidiveerde patiënt, maar in beperkte mate vast te stellen. Hoe goed voorbereid en verantwoord iemand ook wordt vrijgelaten (adequate risicomanagement), absolute garantie van geen recidive is er nooit. Crimineel gedrag is slechts beperkt voorspelbaar, zeker op de lange termijn (Nieuwbeerta & Blokland, 2006). Sinds enige tijd wordt door een aantal onderzoekers in de tbs gekeken of de onderliggende algoritmes en wegingen die de basis vormen van gestructureerde risicotaxatie niet kunnen worden verbeterd (o.a. Spreen e.a., 2010; Bogaerts, 2010). Tevens moet risicotaxatie rekening houden met de sociale context waarin de patiënt zal terugkeren (Pomp e.a., 2010). Het inschatten van risico's is dus moeilijk maar het staat buiten kijf dat het gebruik maken van gestructureerde risicotaxatie prevaleert boven enkel en alleen uitgaan van het klinische oordeel.

In de verbetering van risicotaxaties speelt het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) een ondersteunende en faciliterende rol. In opdracht van, en in samenwerking met de 13 forensisch psychiatrisch centra, heeft het EFP de landelijke Databank Risicotaxatie Tbs aangelegd waarin sinds maart 2010 alle verplichte risicotaxaties bij de FPC's worden opgenomen. Via een trusted third party wordt door middel van dubbele versleuteling (op patiëntniveau en kliniekniveau) een koppeling tot stand gebracht tussen de FPC's en de centrale bank van het EFP. Deze database laat toe om de instrumenten te verfijnen en te toetsen en om op termijn inzicht te krijgen in recidivegegevens. Dit is een belangrijke stap voor het wetenschappelijke onderzoek omdat gebruik kan worden gemaakt van risicotaxaties van grote groepen patiënten.

4.3 BELANGRIJKSTE (INTER)NATIONALE LITERATUUR

4.3.1 Behandeling van seksueel delictplegers

Lösel en Schmuckel (2005) concluderen in een meta-analyse over effectieve behandelingen bij seksueel delictplegers dat de meerderheid van de onderzochte studies aantonen dat behandeling onder bepaalde condities effectief kan zijn. Zij gebruikten 2039 studies waarvan 69 studies onafhankelijke vergelijkingen bevatten tussen plegers van seksueel misbruik

(n=22.181) die een behandeling kregen en controlegroepen bestaande uit zedendelinquenten die geen behandeling kregen. Behandelde plegers van seksueel misbruik vertonen op lange termijn 37% minder recidive dan de controlegroepen. Medische behandelingen, zoals chirurgische castratie en hormonale medicatie, lieten een groter positief effect zien met betrekking tot recidivevermindering dan psychologische en psychosociale interventies. In een studie van Polak en Nijman (2005) zijn eerste ervaringen in een tbs-kliniek met libidoremmende medicatie bij seksueel delictplegers beschreven. Zij vonden een daling van het aantal seksuele incidenten in de kliniek en een vermindering van agressieve gedragingen. Zij concluderen dat libidoremmende medicatie zeker overwogen moet worden bij zedendelinquenten die een zeer hoog risico op recidive hebben, maar zijn voorzichtig in hun conclusie vanwege het kleine aantal onderzochte patiënten.

Wanneer gekeken wordt naar de psychologische interventieprogramma's, dan laat cognitieve gedragstherapie de beste resultaten zien (Veen & De Ruiter, 2005). De klassieke gedragstherapie blijkt eveneens werkzaam te zijn. Niet-gedragsmatige behandelingen, zoals psychodynamische therapieën, laten geen significante effecten zien. Uit de studie van Lösel en Schmuckel blijkt ook dat het niet uitmaakt of de therapie individueel of in groep wordt gegeven. Lösel en Schmuckel (2005) hebben weinig studies gevonden die betrekking hebben op specifieke groepen plegers. Jeugdige seksueel delictplegers zouden minder recidiveren na het volgen van een cognitieve gedragstherapie dan volwassen seksueel delictplegers. Cognitieve gedragstherapie zou minder effectief zijn bij incestplegers, waarbij rekening moet worden gehouden met de invloed van de natuurlijke lage recidive bij incestplegers. Slechts vijf studies hadden betrekking op verkrachters en bij deze groep blijkt dat cognitieve gedragstherapie weinig effectief is. Plegers die de behandeling voortijdig stoppen, hebben een dubbele kans op terugval. Vergelijkbare resultaten zijn gevonden door Brandes en Cheung (2009) die ook klinici bevroegen. Onder klinici wordt de meeste ondersteuning gevonden voor de cognitieve gedragstherapie - inclusief voor jeugdige seksueel delictplegers (zie ook Van

Beek, 1999). In tegenstelling tot Löser en Schmuckel (2005) vinden Brandes en Cheung (2009) dat een minderheid van de clinici gedragstherapie ondersteunt. Andere therapieën en interventies zoals terugvalpreventie, psycho-educatie, systeemtherapie, groepspsychotherapie en client-centered therapie worden ook genoemd, doch betrouwbare cijfers zijn niet beschikbaar.

Behandeling van seksueel delictplegers kan niet los worden gezien van specifieke risicofactoren die gerelateerd zijn aan risico- en beschermende factoren die recidive kunnen voorkomen (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Statische factoren zijn irreversibel en dus niet of nauwelijks geschikt als veranderdoel. Hanson en Morton-Bourgon (2005) vergeleken 82 recidive studies, waarin zij 1.612 vergelijkingen maakten van 29.450 plegers van seksueel misbruik. De sterkste voorspellers van recidive zijn factoren die te maken hebben met seksuele deviantie en antisociale oriëntatie. Zij onderscheiden nog vijf categorieën van risicofactoren: problemen met intimiteit, moeite met intieme relaties, emotionele identificatie, eenzaamheid en een gebrek aan sociale en cognitieve vaardigheden. Deze vijf risicofactoren zijn minder sterk en slechts gebaseerd op zes studies. Ten slotte blijkt uit verschillende studies dat, wanneer wordt gewerkt vanuit de 'What Works'-principes, de recidivekans kan verminderen bij seksueel delictplegers (Olver e.a, 2009; Hanson e.a., 2009; zie ook Andrews & Bonta, 2010).

4.3.2 Behandeling van psychotisch kwetsbaren

Tbs-gestelden met psychotische aanleg vormen een minderheid (30%) van de totale tbs-populatie. Uit onderzoek van Goethals (2008) blijkt dat er niet zelden sprake is van de aanwezigheid van antisociale persoonlijkheidsstoornissen. In het kader van behandeling is het belangrijk om de diagnose 'antisociale persoonlijkheidsstoornissen' en een eventuele samenhang met delictgevaarlijke factoren zoals impulsiviteit, gebrek aan empathie en vijandigheid onder psychotisch kwetsbare groepen in de tbs duidelijk te krijgen.

Farmacologische behandeling wordt nagenoeg standaard gegeven

bij kwetsbare psychotische patiënten, naast revalidatie en rehabilitatie. De laatste jaren wordt meer de nadruk gelegd op bemoeizorg omdat psychotische patiënten (vooral de groep zonder antisociale trekken) gevoelig en afhankelijk zijn voor risicofactoren en triggers in de omgeving (Goethals e.a. 2008). Psychotici zijn gevoeliger en afhankelijker van (ongunstige) omgevingsfactoren en daardoor ook in behandelingszin beter beïnvloedbaar (Goethals, 2008). Uit de praktijk blijkt dat psychotische tbs-patiënten voorafgaand aan hun delict minder behandelingsbemoeienis hebben gehad dan de gemiddelde psychotische patiënt. Dit deel van de tbs-populatie laat zich in zijn voorgeschiedenis kennen als 'zorgwekkende zorgvermijders'. Dat maakt extra aandacht, ook in de vorm van bemoeizorg, noodzakelijk én kansrijk, wil men delicten voorkomen (Goethals, 2008).

Er is weinig onderzoek naar de effectiviteit van behandeling van forensische psychotische patiënten. Hornsveld en Nijman (2005) onderzochten de voortgang van 25 kwetsbare chronisch psychotische patiënten. De patiënten kregen cognitieve gedragstherapie en ondermeer psycho-educatie, sociale vaardigheidstraining, stress management, libermantrainingen en farmacologische behandeling. Negen patiënten maakten de behandeling niet af. De 16 patiënten die de behandeling wel afmaakten, scoorden beter op sociale vaardigheden en copinggedrag dan een controlegroep psychotische patiënten die dit programma niet volgden. Op andere geobserveerde factoren zoals, algemeen niveau van functioneren, psychopathologie, sociale angst en sociale respons, werden geen verschillen gevonden tussen beide groepen. De onderzoekers besluiten dat het lastig is om psychotische patiënten te behandelen vooral wanneer er ook sprake is van cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Clarke en collega's (2010) onderzochten bij 18 psychotische patiënten de effectiviteit van het 'Reasoning and Rehabilitation' programma (vorm van cognitieve vaardigheidstraining) via pre- en postmetingen. Deze patiënten werden vergeleken met 17 controlepatiënten die allen 'treatment as usual' kregen. Drie patiënten maakten het programma niet af. Patiënten die het programma afmaakten, vertoonden significant meer probleemoplossend vermogen en een betere coping respons dan de controlepatiënten.

4.3.3 Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Tbs-patiënten worden meestal behandeld voor klachten die samenhangen met de persoonlijkheidsstoornis(sen). De klachten kunnen invloed hebben op klinische en sociale aspecten die op hun beurt invloed hebben op het persoonlijk en sociaal functioneren. De aandacht in onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen bij forensische populaties heeft in eerste instantie betrekking op de antisociale persoonlijkheidsstoornis (cluster B) in relatie tot andere persoonlijkheidsstoornissen en As-I symptomen. De op evidence-based en practice-based gebaseerde richtlijnen in het landelijk zorgprogramma voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (EFP, 2008c) zijn ook vooral op cluster B stoornissen gefocust. In dit zorgprogramma wordt naar het rapport van de Nederlandse Gezondheidsraad (2006) verwezen dat benadrukt dat de cognitieve gedragstherapie, de farmacologische therapie en de milieutherapie veelbelovende interventies zijn om risico op terugval te beperken. Behandeleffecten gerelateerd aan het uiteindelijk doel, namelijk het bereiken van minder korte en lange termijn recidive, is tot op heden moeilijk hard te maken. Op basis van de wetenschappelijke literatuur (zie ook Paragraaf 4.2.1) lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de effectiviteit van (een combinatie van) cognitieve gedragstherapie en medicamenteuze behandeling voor een deel bewezen is, maar verder onderzoek is noodzakelijk (zie ook The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2010).

Sinds de jaren negentig ligt het accent van de behandeling sterk op de 'What Works'-principes (Andrews e.a., 1990). Het delictscenario-programma (Van Beek, 1999) en terugvalpreventieprogramma's zijn twee voorbeelden die goed passen binnen een delictgerelateerde benadering. De 'What Works'-principes besteden echter weinig aandacht aan diagnostisch gerelateerde aspecten zoals de persoonlijkheid van de dader, vijandigheid, empathie, inlevingsvermogen, het probleemoplossend vermogen van de dader en diens omgang met contacten in het sociaal netwerk. Naast een delictgerelateerde benadering, volgens de 'What Works'-principes, zijn vragen als 'wat werkt, hoe werkt iets, bij wie werkt iets en onder welke condities werkt iets' net zo belangrijk (Van der Knaap e.a., 2008; Bogaerts

e.a., 2007). In de voorbije jaren zijn, naast de cognitieve gedragstherapie, ook andere behandelinterventies ontwikkeld. Voor deze interventies is de effectiviteit bij forensische populaties nog niet herhaaldelijk aangetoond. De schema focused therapie (SFT) kan zeker worden aangemerkt als een veelbelovende interventie hoewel effecten op langere termijn nog niet zijn onderzocht (Bernstein e.a., 2007; Keulen-de-Vos e.a., 2010). Daarnaast kan worden gedacht aan de dialectische gedragstherapie die oorspronkelijk is ontwikkeld door Linehan (1993; zie ook Van den Bosch, 2003) en de Transference Focused Therapie (Clarkin e.a., 2007).

4.3.4 Behandeling van verstandelijk beperkten

Kennis over klinische profielen en behandeluitkomsten van verstandelijk beperkten zijn, vergeleken met forensische populaties die geen verstandelijke beperking hebben, beperkt ondanks de aandacht die wetenschappers en klinici sinds een aantal jaren voor deze groep hebben (Lindsay e.a., 1998). De term 'verstandelijk beperkten' is een containerbegrip en is voor meerdere interpretaties vatbaar. De term kan tevens omwille van diagnostische en methodologische variaties en inconsistenties voor onduidelijkheid zorgen wat een mismatch kan veroorzaken tussen het hulpverleningsaanbod en het behoefteprincipe (maar ook het risicoprincipe) van deze patiënten (Lunsky e.a., 2011; Morrissey & Hollin, 2011; Jones, 2007).

Hobson en Rose (2008) synthetiseerden 14 empirische studies op psychopathologie bij forensisch verstandelijk beperkten. Zij vonden dat mentale problemen frequenter voorkwamen bij forensische populaties met verstandelijke beperkingen vergeleken met niet-forensische populaties met verstandelijke beperkingen; bovendien waren schizofrenie en andere psychotische stoornissen frequenter aanwezig in de eerste groep. Recenter refereerden Lunsky en collega's (2011) aan studies waarin verstandelijk beperkten met en zonder forensische status en niet verstandelijk beperkten met forensische status met elkaar zijn vergeleken. Verstandelijk beperkten met een forensische status zijn jonger, vaker van het mannelijk geslacht, verblijven langer in een intramurale setting, hebben gemiddeld vaker een persoonlijkheidsstoornis en minder vaak een stemmingsstoornis. Vergeleken

met de groep niet-verstandelijk beperkte forensische patiënten, kwamen bij verstandelijk beperkte forensische patiënten minder middelenmisbruik en minder psychotische stoornissen voor. Wat de aard van delicten betreft verwijzen Firth en collega's (2001) ondermeer naar seksuele delicten, moord, doodslag, vermogensdelicten en geweldsdelicten. Zij schrijven de oorzaken van het delictgedrag allerm minst exclusief toe aan een laag IQ, maar eerder aan een samenspel tussen intellectuele en cognitieve beperkingen, ontwikkelingsstoornissen, slachtofferschap in de kindertijd, biologische en genetische predisposities en contextfactoren.

Recent stelden Morrissey e.a. (2010) en Morrissey en Hollin (2011) dat er pas sinds kort onderzoek wordt gedaan naar persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie bij forensische populaties met een verstandelijke beperking. Het onderzoek dat is uitgevoerd, had in eerste instantie betrekking op de psychometrische kwaliteiten van de PLC-R, waaruit bleek dat enkel het driefactoren model een goede fit heeft met de populatie. Over de prevalentie en ernst van persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie is op dit ogenblik weinig bekend. In één studie, waarin over een periode van 11 jaar een aantal forensisch psychiatrische dossiers werd onderzocht van verstandelijk beperkten, bleek 25% van de populatie te lijden aan een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Bij een groot aantal was sprake van dubbele of drievoudige problematiek (verstandelijke beperking, verslaving en psychopathologie) (Mannynsalo e.a. 2009). Daarnaast staat ook het onderzoek naar behandeluitkomsten en risicotaxaties bij deze forensische populaties omwille van de complexiteit in de kinderschoenen, wat betekent dat er nog een lange weg is af te leggen (Morrissey & Hollin, 2011).

Nederland heeft dezelfde weg voor de boeg door de complexe problematiek van forensische verstandelijk beperkten. Niet zozeer door gebrek aan aandacht, maar wel omwille van de vaak dubbele of zelfs drievoudige problematiek van verstandelijke beperking, psychiatrische aandoeningen en/of vaak verslaving (zie bijvoorbeeld Tenneij & Koot, 2006). Hierdoor dreigt deze groep 'tussen wal en schip' te komen (Didden, 2010). Anders dan voor de groepen zedendelinquenten, persoonlijkheidsstoornissen en kwetsbare psychotische patiënten is tot op heden in Nederland nog geen

landelijk zorgprogramma ontwikkeld voor verstandelijk beperkte forensische patiënten. De complexiteit van problemen vereist nochtans gespecialiseerde behandeling en zorg waardoor FPC's die met deze patiënten werken, behandelmethoden en zorgprogramma's hebben ontwikkeld en alles in het werk stellen om deze methodieken wetenschappelijk te onderbouwen.²⁸ Bij deze groep is een breed palet van aandachtsgebieden noodzakelijk (zie Didden, 2010). Tevens blijkt uit onderzoek dat de perceptie van het sociaal klimaat door de patiënten in termen van positief of negatief samenhangt met behandeluitkomsten. Zo vonden Langdon en collega's (2006) in een kleine steekproef een positievere beoordeling van het sociale klimaat van de afdeling en van de dienstverlening door verstandelijk beperkte forensische patiënten die verbleven in een laag beveiligde afdeling dan door patiënten die verblijven op een medium beveiligde afdeling.

Onderzoek naar de behandel-effectiviteit van zorg- en behandelprogramma's voor forensische patiënten met verstandelijk beperkingen is schaars en de aandacht in het onderzoek gaat vooral uit naar het inzichtelijk maken van de psychopathologie. Zoals eerder opgemerkt, wordt nog sinds kort aandacht besteed aan de aanwezigheid van de antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie bij verstandelijk beperkten. Dit inzicht is belangrijk voor de effectiviteit van een behandeling en het voorkomen van recidive (Morrissey & Hollin, 2011; Bartol & Bartol, 2011).

4.3.5 Behandeling van verslaafden

Binnen de populatie tbs-gestelden heeft een groot deel op As-I van de DSM-IV meerdere stoornissen waaronder middelenmisbruik. Het samengaan van psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik heeft negatieve consequenties voor de behandeling. De combinatie van stoornissen betekent dikwijls dat patiënten lijden aan meer en ernstiger symptomen en dat er een grotere kans op terugval is (Trimbosinstituut, 2008). Behandeling van verslaving is bij voorkeur geïntegreerd in de behandeling van de

²⁸ Zie o.a. 'Vaardig en Veilig' voor een beschrijving van klinische behandelprogramma's (Ten Wolde e.a., 2006).

psychiatrische stoornis(sen) en staat in dienst van het doel van tbs-behandeling: recidivegevaar verminderen.

Behandeling van verslaving richt zich in eerste instantie op genezing (stabiele abstinentie). Gezien het chronische karakter en het mogelijke gevaar van gebruik, staan zorg en beheersing van middelengebruik steeds meer op de voorgrond. In het kader van 'harm reduction' wordt getracht de negatieve gevolgen van middelengebruik te verminderen voor de gebruiker, zijn/haar omgeving en de samenleving. Het belangrijkste uitgangspunt bij harm reduction is het nastreven van een daling van de druggerelateerde schade. Het succes van de aanpak is niet noodzakelijk afhankelijk van een daling van het gebruik.

In een beperkt aantal studies is het effect van interventies voor verslaafde justitiabelen op recidive onderzocht (Koeter & Van Maastricht, 2006).²⁹ Zo zijn er aanwijzingen dat deelname aan een therapeutische gemeenschap tot vermindering van recidive kan leiden (Bullock, 2003; Lipton e.a., 2002; McKenzie, 2002; Pearson & Lipton, 1999). Hetzelfde geldt voor het toedienen van methadon (ter ondersteuning van de detoxificatie) aan heroïneverslaafden die voorwaardelijk zijn vrijgelaten. 'Bootcamps' en groeps counseling blijken niet effectief. De ervaringen met cognitieve gedragstherapie en 12-stappenprogramma's zijn redelijk positief, al zijn veel van deze programma's tot dusver niet goed geëvalueerd (Bullock, 2003; Pearson & Lipton, 1999). Hough en Mitchell (2003) constateren dat een behandeling gecombineerd met urinecontroles bij drugverslaafde veelplegers tot minder recidive leidt dan een behandeling zonder urinecontroles. Verder zijn er aanwijzingen dat, als iemand na vrijlating een behandeling in een therapeutische gemeenschap doorloopt, het recidiverisico lager is dan na een behandeling die tot de detentieperiode beperkt blijft (Pearson & Lipton, 1999). Interessant is dat interventies die plaatsvinden onder dwang geen slechtere en soms zelfs betere resultaten geven dan behandeling op vrijwillige basis.

²⁹ De onderstaande alinea's betreffen een bewerking van tekst uit het zorgprogramma Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk (EFP, 2008b). Voor deze bewerking is toestemming gegeven door het EFP.

Recent hebben Koeter en collega's (2009), in het kader van een update van de interventiematrix Justitiële Verslavingszorg (JVZ), een overzicht gepubliceerd van interventies welke specifiek gericht zijn op justitiabele verslaafden. In beginsel berusten de JVZ-interventies op principes en methoden zoals cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en operante conditionering. Voor deze principes is de werkzaamheid in buitenlandse studies aangetoond. Helaas kunnen de uitkomsten uit deze studies niet gegeneraliseerd worden naar justitiabele Nederlandse verslaafden. De effectiviteit van de specifieke interventies bij Nederlandse justitiabele verslaafden is, voor zover bekend, ook nauwelijks onderzocht. Koeter en collega's (2009) trekken in hun rapport onder andere de volgende conclusies:

- Voor de meeste justitiële verslavingsinterventies is de wetenschappelijke evidentie beperkt en soms ook niet eenduidig;
- Langdurige klinische trajecten zijn het meest veelbelovend, gevolgd door nazorg, nazorgtrajecten onder drang en onderhoudsprogramma's voor opiaatverslaafden;
- Gezien de heterogeniteit van de verslaafde justitiabelen is een betere afstemming nodig van behandelingen en patiënten;
- Over het algemeen laten geïntegreerde programma's de beste resultaten zien wat betreft recidivevermindering en verslaving bij patiënten met een dubbele diagnose;
- De motivatie verbeteren en de therapietrouw vergroten zijn waarschijnlijk de beste strategieën om de effectiviteit van bestaande interventies te vergroten.

Hoewel er dus weinig eenduidige empirische steun is voor deze interventies, is wel duidelijk dat middelengebruik een belangrijke factor is in recidive. Meer systematisch onderzoek op dit terrein verdient daarom aanbeveling. Een interessante benadering voor het forensische veld is de Community Reinforcement Approach (CRA). Het is een van de best onderbouwde methodieken in de verslavingszorg en sluit aan bij de aanpak in de forensische sector. CRA berust op het idee dat een teveel aan druggerelateerde 'bekrachtigers' en een tekort aan andere 'bekrachtigers'

afhankelijkheid van middelen in stand houden (Meyers & Smith, 1995). Als de patiënt leert dat er meer belonende alternatieven zijn dan alcohol en drugs en zo zijn leven verrijkt, blijkt de recidive af te nemen. Dit sluit goed aan bij het gedachtegoed van het Good Lives Model welke binnen de forensische psychiatrie steeds meer belangstelling geniet (zie bijvoorbeeld Bouman, 2009; Ward e.a., 2007).

4.4 LANDELIJKE ZORGPROGRAMMA'S

In 2008 heeft het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), samen met het tbs-veld, vier forensische psychiatrische zorgprogramma's ontwikkeld en uitgebracht. Deze zorgprogramma's beschrijven de 'state of art' op het gebied van diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie. In de volgende paragrafen wordt de inhoud van drie van de vier zorgprogramma's samengevat, namelijk die van 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag', 'Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk' en 'Persoonlijkheidsstoornissen' (EFP, 2008a; EFP, 2008b; EFP, 2008c). Het vierde zorgprogramma 'Langdurige forensisch psychiatrische zorg' wordt buiten beschouwing gelaten, aangezien de longstay-status een exclusie criterium was in dit onderzoek.

4.4.1 Landelijk zorgprogramma Seksueel grensoverschrijdend gedrag

De doelgroep van dit zorgprogramma zijn patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag, waarbij het seksuele recidiverisico voornamelijk bepaald wordt door psychoseksuele problematiek en niet door bijvoorbeeld antisociale factoren.

Diagnostiek

Patiënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag laten zien vormen een uitzonderlijke groep, omdat diagnostiek en interventies niet zozeer gericht zijn op een bepaalde problematiek maar op bepaald delictgedrag. Daarnaast zijn deze patiënten minder open over hun eigen delictgedrag, zijn ze sneller geneigd om sociaal wenselijke antwoorden te geven en erkennen ze vaak de problemen waarvoor ze behandeld worden niet. Er is op dit moment nog

geen algemeen geaccepteerde standaardtestbatterij voor deze doelgroep en daarom is het wenselijk om gebruik te maken van verschillende methoden van informatieverzameling en van meerdere instrumenten. Om de problemen in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van het (straf) dossier, informatie van derden, gedragsobservaties, zelfrapportages en semi-gestructureerde interviews. Methoden die in Nederland nog weinig worden gebruikt, zijn het door psychofysiologische of neuropsychologische tests in kaart brengen van impliciete maten en zelfrapportage met het polygrafisch interview. Twee andere vormen die onder beschrijvende diagnostiek vallen, zijn de seksuele anamnese, waarin de seksuele voorgeschiedenis en het huidige seksuele functioneren beschreven wordt, en de delictanalyse en delictscenario, waarmee het delict gedetailleerder in kaart kan worden gebracht.

Behandeling

Het primaire doel van de behandeling van patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag is het verminderen van het risico op seksuele recidive door middel van het verminderen van de dynamische risicofactoren en het versterken van de beschermende factoren.

Voor behandelinterventies van patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag ontbreekt het op dit moment aan voldoende empirische evidentie en daarom worden de best evidence- en best practice-interventies besproken. De twee interventiemethodes die in een aantal studies als effectief naar voren komen (best evidence), zijn cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie. De cognitieve gedragstherapie begint vaak met psycho-educatie en specifieke seksuele voorlichting. Andere gangbare (cognitief) gedragstherapeutische interventies zijn conditioneringstechnieken, empathietraining, VRIS-training³⁰, sociale vaardigheidstraining, relaxatietraining, agressiehanteringstraining, stress-inoculatietherapie en terugvalpreventie. Farmacotherapie kan worden ingezet als beveiliging, maar kan ook als onderdeel van de behandeling gebruikt worden. In het

³⁰ 'Vriendschap Relaties Intimiteit Seksualiteit'-training.

zorgprogramma staat beschreven dat verschillende meta-analyses aantonen dat hormonale behandeling in combinatie met cognitieve gedragstherapie het meest effectief is. De best practice-interventies, de interventies die in het veld breed geaccepteerd zijn, die genoemd worden in dit zorgprogramma zijn gestructureerde psychodynamische therapie, schemagerichte therapie, sociotherapie en het dagprogramma (zie ook Tabel 1 in Bijlage 4).

4.4.2 Landelijk zorgprogramma Psychotische kwetsbaarheid

De doelgroep van dit zorgprogramma zijn patiënten vanaf achttien jaar met psychotische kwetsbaarheid en eventueel met comorbide stoornissen. Het programma is gericht op patiënten die een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen vanwege het plegen van één of meerdere delicten of waarbij sprake is van een verhoogd delict risico.

Diagnostiek

Het diagnostisch proces vindt in eerste instantie in het begin van de behandeling plaats, maar blijft gedurende de hele behandeling van belang in het kader van herhalingsonderzoek, de bijstelling van behandeldoelen en risicotaxatie. Een specifieke factor bij het uitvoeren van forensische diagnostiek is de diagnostiek die gericht is op het beschrijven en het analyseren van het delict en het recidiverisico. De psychiatrische diagnostiek bij patiënten met psychotische kwetsbaarheid bestaat idealiter uit een anamnese van de patiënt, een heteroanamnese bij de familie, medisch-somatische diagnostiek en diagnostische interviews. De psychologische diagnostiek bestaat uit (neuro)psychologisch onderzoek en persoonlijkheidsonderzoek. Aanvullend onderzoek kan gebeuren met behulp van milieuonderzoek, gedragsobservatie, interculturele diagnostiek, onderzoek naar de zorgvragen en zorgbehoeften van patiënten en een onderzoek naar suïciderisico. Risicotaxatie zou een vast onderdeel van de diagnostiek moeten zijn binnen de forensische setting.

Behandeling

De nadruk bij behandeling van schizofrenie en andere psychotische

stoornissen ligt op revalidatie en rehabilitatie omdat door het chronische en invaliderende aspect van deze ziekte handicaps en beperkingen een blijvend deel uit maken van het leven van patiënten met schizofrenie. Een veelbelovende variant van modules voor klinische revalidatie en rehabilitatie is het 'Recovery Model', wat uit drie fasen bestaat: stabilisatie, heroriëntatie en re-integratie. Dit zorgprogramma richt zich vooral op de behandeling van de specifieke stoornis en de specifieke risicofactoren van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid.

In het zorgprogramma staat een samenvatting van de aanbevelingen van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. De lijst met aanbevolen interventies bestaat uit cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, bewegingstherapieën en psychomotorische therapie. In dezelfde samenvatting staat een lange lijst van interventies die nader onderzoek behoeven, zoals de Libermanmodules die specifiek gericht zijn op de problemen van deze doelgroep en systeemtherapie. Interventies die afgeraden worden, zijn psychodynamische en psychoanalytische behandelingen en sociale vaardigheidstrainingen. Medicatie vormt, naast de genoemde behandelvormen, ook een belangrijke basis van de behandeling van psychotische stoornissen. Daarnaast speelt ook het milieu waarin de patiënt verblijft een belangrijke rol. Het milieu op de afdeling zal voornamelijk ondersteunend en individueel gericht moeten zijn (zie ook Tabel 2 in Bijlage 4).

Bij patiënten bij wie uit de delictanalyse blijkt dat er een relatie bestond tussen het gebruik van middelen, het gepleegde delict en/of een psychotische decompensatie, is het belangrijk dat er ook aandacht is voor de verslavingsproblematiek. Voorbeelden van behandeling hiervan zijn doelgroepspecifieke trainingen, abstinentie, actieve controle, geleidelijke exposure in vivo en medicamenteuze behandelvormen.

4.4.3 Landelijk zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen

Dit zorgprogramma is gericht op patiënten bij wie de persoonlijkheidsstoornis voorop staat. Er mag wel sprake zijn van comorbiditeit en het IQ moet hoger zijn dan 70.

Diagnostiek

Bij deze doelgroep is het raadzaam om zowel algemene als ook specifieke diagnostiek te verrichten, dat wil zeggen: diagnostiek die bij elke tbs-patiënt wordt verricht en diagnostiek die specifiek gericht is op persoonlijkheidsstoornissen. Het beoogde resultaat van het diagnostisch proces is een betrouwbare en valide inschatting van het recidiverisico, een overzicht van de dynamische risicofactoren en een beschrijving van de intellectuele/sociale capaciteiten en persoonlijkheid van de patiënt. De algemene diagnostiek bestaat idealiter uit psychodiagnostiek en uit psychiatrische, medisch-somatische en neuropsychologische diagnostiek. Daarnaast is het raadzaam om dit uit te breiden met dossieronderzoek, gedragsobservatie, risicotaxatie, delictanalyse, onderzoek naar zorgvragen en zorgbehoefte van de patiënt, milieu- en netwerkonderzoek en - indien van toepassing - interculturele diagnostiek. Specifieke diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen is onder te verdelen in categoriale en dimensionale diagnostiek. Categoriale diagnostiek kan bestaan uit een klinisch oordeel, semigestructureerde interviews (zoals de SCID-II) en zelfrapportagelijsten. Het gebruik maken van een dimensionale benadering (zoals het zevenfactoren-model) kan van toegevoegde waarde zijn bij de specifieke diagnostiek.

Behandeling

Het hoofddoel van de behandeling bij deze populatie is (a) het voorkomen van recidive door het minimaliseren van het risico van dynamische risicofactoren tot een aanvaardbaar risico en (b) het versterken van de beschermende factoren. Interventies richten zich voornamelijk op de keten van oorzaken en gevolgen in de persoon zelf en op de context die vroeger tot delicten heeft geleid en in de toekomst tot nieuwe delicten zou kunnen leiden. De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan het beste tot stand komen wanneer voldaan is aan bepaalde behandelvoorwaarden. Eén van die behandelvoorwaarden is het behandelmilieu. Zo is het belangrijk dat het milieu consistent en eenduidig georganiseerd is en dat er adequate begeleiding en een overzichtelijk

dagprogramma aanwezig zijn. Daarnaast is belangrijk dat aandacht wordt besteed aan de motivatie van patiënten, aan de therapeutische relatie en aan de verslavingsgevoeligheid. Naast deze behandelvoorwaarden is het belangrijk dat risicomanagement wordt uitgevoerd, zodat de risicofactoren behandeld kunnen worden. Vormen van risicomanagement zijn een delictscenario en signalerings- en terugvalpreventieplannen.

De enige evidence-based interventie bij forensische psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen is cognitieve gedragstherapie. In het zorgprogramma staan verschillende studies beschreven die een effect hebben gevonden van cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (EFP, 2008c). Zoblijkt cognitieve gedragstherapie onder andere effectief in het verbeteren van woedebeheersing bij daders van algemeen geweld. Schemagerichte therapie is een evidence-based behandeling voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in de reguliere psychiatrie en momenteel wordt onderzocht of dit ook geldt voor patiënten in de forensische psychiatrie. Interventies die in een aantal studies als effectief naar voren komen (best evidence), zijn dialectische gedragstherapie, systeemtherapie, schema focused therapie, farmacologische interventies en bepaalde vaktherapieën (beeldende therapie en dramatherapie). Een interventie die in het veld breed geaccepteerd is, en veel ingezet wordt, is de vaardigheidstraining. Vaak wordt een dergelijke training in groepsverband gegeven. Vaardigheidstrainingen die hun effectiviteit bewezen hebben, zijn: agressiehanteringstraining, stressinoculatietraining en de Goldsteintraining (zie ook Tabel 3 in Bijlage 4).

In dit hoofdstuk komen de onderzoeksvragen die betrekking hebben op de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel aan de orde en wordt tevens stilgestaan bij de onderzoeksvraag in hoeverre de behandeling van tbs-gestelden correspondeert met inzichten hierover in recente (wetenschappelijke) publicaties en zorgprogramma's van het EFP.

5.1 VORMGEVING VAN DE TENUITVOERLEGGING

In deze paragraaf worden de kenmerken van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel chronologisch besproken. De gegevens uit dit hoofdstuk zijn afkomstig uit drie verschillende bronnen, namelijk het dossieronderzoek, de interviews en de focusgroepen. De informatie uit de interviews en de focusgroepen staat beschreven in de tekstvakken. Op deze wijze is informatie duidelijk herleidbaar tot de gebruikte databron en beantwoordt het onderzoek aan de eisen van repliceerbaarheid. Bij sommige aspecten is gekeken naar het laatste half jaar, terwijl bij andere aspecten de gehele verblijfsduur in de huidige kliniek is meegenomen.

Tijdens het scoren van de dossiers kwam naar voren dat bij 23 van de 180 patiënten weinig informatie te vinden was over de behandeling en de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Dit is waarschijnlijk te wijten aan een gebrek aan of vertraagde informatieoverdracht tussen klinieken. Twaalf patiënten waren net overgeplaatst uit een penitentiaire inrichting of uit een eerdere FPC. De overige 11 patiënten waren met transmuraal of proefverlof.

5.1.1 Opnamefase, diagnostisch onderzoek en risicotaxatie

Opnamefase

Na oplegging van de tbs-maatregel verblijven patiënten gemiddeld 19.3 maanden in detentie voordat ze in een tbs-kliniek opgenomen worden (sd=12.5, range 0-71). De grootste groep (N=128) verblijft nog in de eerste tbs-kliniek na zijn of haar veroordeling en na een eventueel verblijf in

detentie. De gemiddelde duur in de eerste tbs-kliniek tot overplaatsing is 48.4 maanden (sd=30.6, range 3-142). Veertig van de 180 patiënten verblijven in een tweede tbs-kliniek en de overige 12 patiënten in hun derde, vierde, vijfde of zesde tbs-kliniek. De tbs-maatregel van de patiënten is gemiddeld 2.6 keer verlengd (sd=2.2, range 0-14) en bij 72 patiënten was sprake van een zesjaars-verlenging.

Uit de interviews komt naar voren dat de opnameperiode normaalgesproken begint met een intake in de instelling waar de patiënt op dat moment verblijft. Tijdens een overleg in de kliniek wordt besloten of de patiënt opgenomen wordt. In de meeste klinieken worden nieuwe patiënten op een aparte opname- en diagnostiekafdeling geplaatst, terwijl de andere klinieken de patiënt direct op de behandelafdeling plaatsen. Tijdens de eerste dagen volgt de patiënt een introductieprogramma en is er soms sprake van een kamerprogramma. In deze eerste periode probeert het behandelteam zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de patiënt. Zo wordt er informatie opgevraagd bij de vorige instelling, wordt de patiënt geobserveerd en vindt er diagnostiek plaats. De periode waarin het eerste behandelplan besproken wordt, vindt plaats tussen de eerste vier weken en de eerste drie maanden. Dit eerste behandelplan wordt onder andere gebruikt voor de indeling in de Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties (DBBC's), voor een inschatting van de draagkracht en voor het bepalen van uitstroomdoelen.

Als een patiënt wordt overgeplaatst vanuit een andere tbs-kliniek, is bij de helft van de klinieken het opnameproces vergelijkbaar met dat van een nieuwe opname. Bij de overige klinieken doorlopen patiënten die opgenomen worden in het kader van behandeling wel hetzelfde traject als nieuwe patiënten, terwijl patiënten die in het kader van herselectie of resocialisatie overgeplaatst worden, een aangepast traject volgen.

Opnamecriteria bij de verschillende tbs-klinieken zijn: leeftijd (minimaal 18 jaar), geslacht, DSM-classificaties en delict. Zes van de 13 klinieken nemen alleen mannelijke patiënten op. Met betrekking tot het indexdelict is er één kliniek die geen zedendelinquenten opneemt. Exclusiecriteria die bij sommige klinieken genoemd worden, zijn de hoogte van het IQ, de mate van beveiliging (extreem beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden) en de tbs-status (longstaypatiënten).

Diagnostisch onderzoek

Uit de dossiers blijkt dat bij 72.8% van de patiënten diagnostisch onderzoek in de huidige kliniek is uitgevoerd. Bij een kleiner aantal, namelijk 22 patiënten (12.2%), blijkt uit het dossier dat een delictanalyse is opgesteld. Bij het grootste deel van deze patiënten (N=16), is de huidige kliniek de eerste kliniek waar de patiënt in het kader van zijn tbs-maatregel is opgenomen. De overige zes patiënten zijn overgeplaatst naar een tweede tbs-kliniek.

Uit de interviews wordt duidelijk dat bij 11 klinieken richtlijnen bestaan over de termijn waarbinnen de eerste risicotaxatie klaar moet zijn. Deze termijn varieert van twee tot 12 maanden, waarbij de meeste klinieken een maximale termijn van drie maanden hanteren. Alle klinieken geven aan meerdere risicotaxatie-instrumenten te gebruiken en vullen de SVR-20 in bij zedendelinquenten. Negen klinieken vullen de HKT-30 en de PCL-R in. Twee klinieken vullen de HCR-20 en de PCL-R in. De overige twee klinieken vullen, behalve de HCR-20 en de PCL-R, ook negen items van de HKT-30 in.

Twaalf klinieken geven aan de risicotaxatie te gebruiken in de behandeling. Zo geeft een aantal klinieken aan de klinische/dynamische items te gebruiken voor het opstellen van de behandeldoelen, terwijl andere klinieken de risicotaxatie gebruiken voor de behandelprognose. Eén kliniek geeft aan de risicotaxatie niet systematisch in de behandeling te gebruiken.

Risicotaxatie

Uit het dossieronderzoek blijkt dat bij 105 patiënten (58.3%) verschillende instrumenten worden ingevuld tijdens de meest recente risicotaxatie, terwijl bij 57 patiënten één instrument wordt ingevuld. Bij 43.8% van de patiënten was de meest recente risicotaxatie maximaal een half jaar oud. Bij 11 patiënten was (nog) geen risicotaxatie ingevuld. Van deze 11 patiënten verbleven zes patiënten een half jaar of korter in de huidige tbs-kliniek en verbleven de overige vijf patiënten ongeveer een jaar in de huidige kliniek. Bij zeven patiënten werd uit het dossier niet duidelijk welke instrumenten tijdens de meest recente risicotaxatie waren gebruikt. Drie patiënten van deze zeven verbleven een half jaar of korter in de huidige kliniek, de overige vier patiënten verbleven langer dan een jaar in de huidige kliniek. In Tabel 5.1 is te zien dat de HKT-30, de HCR-20 en de PCL-R ongeveer evenveel worden gebruikt. Bij 95.2% van de risicotaxaties is gebruikt gemaakt van een consensusbeoordeling.

Tabel 5.1: Instrumenten van de meest recente risicotaxatie (N=173)

Instrument	N
Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30)	80
9-items van de HKT-30	25
Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20)	77
Hare's Psychopathie Checklist – Revised (PCL-R)	75
Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)	45

Noot: Aangezien voor één patiënt meerdere instrumenten gebruikt kunnen zijn, telt het totaal niet op tot 173.

Uit de interviews wordt duidelijk dat bij 11 klinieken richtlijnen bestaan over de termijn waarbinnen de eerste risicotaxatie klaar moet zijn. Deze termijn varieert van twee tot 12 maanden, waarbij de meeste klinieken een maximale termijn van drie maanden hanteren. Alle klinieken geven aan meerdere risicotaxatie-instrumenten te gebruiken en vullen de SVR-20 in bij zedendelinquenten. Negen klinieken vullen de HKT-30 en de PCL-R in. Twee klinieken vullen de HCR-20 en de PCL-R in. De overige twee klinieken vullen, behalve de HCR-20 en de PCL-R, ook negen items van de HKT-30 in.

Twaalf klinieken geven aan de risicotaxatie te gebruiken in de behandeling. Zo geeft een aantal klinieken aan de klinische/ dynamische items te gebruiken voor het opstellen van de behandeldoelen, terwijl andere klinieken de risicotaxatie gebruiken voor de behandelprognose. Eén kliniek geeft aan de risicotaxatie niet systematisch in de behandeling te gebruiken.

5.1.2 Sociotherapeutisch milieu en arbeid, vrije tijd en scholing

Sociotherapeutisch milieu

In 22 dossiers staan aanwijzingen over de vormgeving van het sociotherapeutisch milieu in het laatste half jaar. Kenmerken die hierbij naar voren komen zijn het aanbieden van een vaste week- en dagstructuur, het activeren en het ondersteunen van de patiënten bij de verzorging van zichzelf en hun omgeving, het stimuleren tot zinvolle activiteiten die bij de mogelijkheden aansluiten, een individuele benadering en bejegening en het stimuleren tot een drugsvrije woonafdeling. Daarnaast wordt bij 81 patiënten de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) beschreven in het dossier welke bij bijna 70% van de patiënten naar behoren is. Dit betekent dat de patiënt zelfredzaam is en voldoende ADL-verrichtingen, zoals eten en medicatie innemen, zonder hulp kan uitvoeren. In de meeste dossiers zijn wel de opgestelde en geëvalueerde doelen van de sociotherapie terug te vinden (zie Paragrafen 5.1.3 en 5.1.5).

De maximale grootte van de leefgroep in de klinieken wisselt van minimaal 8 plaatsen tot maximaal 14 plaatsen met een gemiddelde van 10.8 plaatsen. Bij zeven klinieken worden de groepen niet op basis van geslacht gescheiden, terwijl dit bij één kliniek wel het geval is. Zes klinieken nemen alleen mannen op. Bij acht klinieken worden de groepen op basis van psychopathologie samengesteld. In de andere klinieken wordt per individu gekeken in welke groep deze het beste past of worden de groepen ingedeeld op basis van de mate van zorg en beveiliging (volgens het cure care controlprincipe).

Als aandachtspunten binnen de sociotherapie worden door bijna alle klinieken het aanbieden van een vaste dagstructuur, het stimuleren tot zinvolle activiteiten binnen de mogelijkheden van een individu, een individuele benadering en bejegening en het methodisch en het doelgericht werken aan problematische gedragspatronen genoemd. Aandachtspunten die door enkele klinieken genoemd worden, zijn het stimuleren tot een zo groot mogelijke eigenwaarde en de hoogst haalbare vorm van autonomie, het activeren en het ondersteunen van de patiënten bij de verzorging van zichzelf en hun omgeving en het stimuleren van een drugsvrije woonafdeling.

Binnen het sociotherapeutisch milieu worden afspraken gemaakt over huishoudelijke taken, dagprogramma, rust- en eetmomenten en bezoek. Afspraken over huishoudelijke taken en dagprogramma ontvangen patiënten schriftelijk en worden in een gemeenschappelijke ruimte opgehangen. Elke kliniek hanteert een dagprogramma met daarin onder andere vaste eet-, koffie- en insluitmomenten. Het programma dat een patiënt volgt, hangt af van zijn of haar mogelijkheden en toestand. Klinieken stimuleren de patiënten om zo veel mogelijk van de afdeling te gaan en een programma te volgen. Er zijn vaste momenten dat patiënten in ieder geval op de afdeling en op hun kamer moeten zijn.

Arbeid, vrije tijd en scholing

In Tabel 5.2 is te zien dat driekwart van de patiënten (77.2%) tijdens het moment van het onderzoek betaalde dan wel onbetaalde arbeid verricht in de huidige kliniek. Het volgen van onderwijs staat bij 82 patiënten op het rooster (45.6%) en 128 patiënten hebben vrijetijdsbesteding (71.1%), zoals sport of muziekles. Van een klein aantal patiënten waren de activiteiten niet te achterhalen. De tijd die patiënten per week aan (betaalde) arbeid besteden is gemiddeld 14 uur met een brede range (sd=9.0, range 1.5-40). De gemiddelde tijd per week die op het rooster van een patiënt is ingedeeld voor scholing bedraagt 3 uur (sd=4.6, range 0.5-24) en voor vrijetijdsbesteding 3.5 uur (sd=2.2, range is 0.8-9). De precieze tijdsindeling was voor respectievelijk 51, 24 en 30 patiënten te vinden in het dossier.

Tabel 5.2: Arbeid, vrije tijd en scholing (N=180)

Aantal patiënten dat:	Ja	Nee	Onbekend
betaalde of onbetaalde arbeid verricht	139	17	24
onderwijs volgt	82	50	48
vrijtijdsbesteding heeft	128	15	37

Koppeling van de dagbesteding aan de classificaties op As-I en As-II laat zien dat patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen en zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid minder vaak onderwijs volgen. Arbeid en vrijetijdsbesteding komen bij alle groepen ongeveer evenveel voor (zie Tabel 1 in Bijlage 5A). Als gekeken wordt naar het traject over tijd, wordt een piek van activiteiten gezien in het tweede tot het vierde verblijfsjaar (zie Tabel 3 in Bijlage 5A).

Uit de interviews komt naar voren dat arbeid in principe voor iedereen beschikbaar is. Het werk is laagdrempelig en kan aangepast worden aan de draagkracht van een patiënt. Bij een beperkte draagkracht wordt getracht aangepast werk aan te bieden. Zo is arbeid zonder productiedruk of individuele arbeid op de eigen kamer mogelijk. Naast de draagkracht wordt ook rekening gehouden met de gevaarscriteria. Ditzelfde geldt voor het aanbieden van onderwijsmogelijkheden en vrijetijdsbesteding. Dit aanbod is afhankelijk van de wensen, draagkracht en uitstroombdoelen van een patiënt. Sommige klinieken hebben het streven om alle patiënten onderwijs te laten genieten, terwijl andere klinieken per patiënt bekijken of onderwijs in de lijn van de behandeling ligt. Onderwijsmogelijkheden zijn handvaardigheid, computerles en Nederlandse les. Wat betreft vrijetijdsbesteding is de keuze ruim, zo krijgen patiënten bijvoorbeeld de mogelijkheid om te sporten, om een bezoek te brengen aan de bibliotheek, videotheek of boerderij, om deel te nemen aan een band of kaartclub of om te winkelen in de interne winkel.

5.1.3 Opgestelde behandeldoelen

In het meest recente behandelplan zijn vooral doelen opgesteld met betrekking tot de sociotherapie (N=113) en de behandeling door psychologen, psychiaters en psychotherapeuten (N=126). Er wordt ook bij een groot aantal patiënten doelen opgesteld met betrekking tot dagbesteding (N=89), drugs/ alcoholbeleid (N=79), risicofactoren (N=58), systeemgerichte (N=77), non-verbale (N=60) en medicamenteuze behandeling (N=59). Doelen met betrekking tot het beleid ten aanzien van ongeoorloofde afwezigheid

komen niet voor (zie Tabel 1 in Bijlage 5B). Voorbeelden van doelen zijn opstarten van Nederlandse les (onderwijs), structureren van het leven op de afdeling (sociotherapie) en opstellen van een terugval preventieplan (beheersbaarheid van noodsituaties).

Wanneer de patiënten op basis van de totale verblijfsduur in vier groepen worden ingedeeld (<2 jaar, 2-4 jaar, 4-6 jaar, >6 jaar), valt op dat er vooral doelen met betrekking tot vrijheden en verlof worden opgesteld bij patiënten die 4 tot 6 jaar in een tbs-kliniek verblijven. Doelen met betrekking tot onderwijs, financiële en andere praktische regelingen en non-verbale behandeling, komen vooral in de eerste vier jaar voor. Doelen ten aanzien van resocialisatie worden in de loop van de verblijfsduur steeds vaker opgesteld met een piek na het zesde jaar (zie Tabel 2 in Bijlage 5B).

5.1.4 Behandelaanbod en fasering

Fase behandeling

In vier klinieken waar 48 van de 180 gescoorde casussen verblijven, wordt niet expliciet gebruikt gemaakt van behandelfasen. Van de overige 132 patiënten zit het grootste deel in de behandelfase (N=33). Een iets kleinere groep (N=28) zit in de resocialisatiefase. De patiënten in de diagnostiek- en observatiefase zijn in de minderheid (N=15). Bij de overige patiënten is uit het dossier niet duidelijk geworden in welke fase ze zitten (56 patiënten), ondanks hun verblijf in een kliniek die wel gebruik maakt van behandelfasen.

Uit de interviews wordt duidelijk dat vier van de 13 klinieken niet expliciet gebruik maken van behandelfasen. Deze klinieken geven aan dat de fasen niet duidelijk afgebakend zijn en dat ze direct vanaf de opname beginnen met resocialiseren. De klinieken die wel gebruik maken van fasen hebben deze ingedeeld in een instroomfase, waarin diagnostiek en observatie op de voorgrond staan, een doorstroomfase, waarin behandeld wordt en een uitstroomfase, die in het teken van resocialiseren staat.

Zorgprogramma's

Alle klinieken maken gebruik van zorgprogramma's. Vier van de 13 klinieken maken gebruik van de landelijke zorgprogramma's, terwijl de overige klinieken gebruik maken van eigen zorgprogramma's. De zorgprogramma's worden vooral gebruikt als uitgangspunt voor de behandeling en geven de kaders aan waarbinnen gewerkt wordt. De klinieken die geen gebruik maken van de landelijke zorgprogramma's, geven aan dat hun eigen zorgprogramma's hier wel (gedeeltelijk) op gebaseerd zijn. De modules psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijk beperkten en seksueel delictplegers worden veel gebruikt. Overige minder gebruikte modules zijn verslaving, agressie, risicomanagement-plan en autisme.

Behandelaanbod

Tijdens het dossieronderzoek is voor alle patiënten gekeken welke intramurale en resocialisatiebehandelingen de patiënt op dat moment volgt of gevolgd heeft. Hiervoor zijn alle documenten gebruikt die door de klinieken beschikbaar zijn gesteld, zoals behandelplannen, verlofaanvragen en verlengingsadviezen. Aangezien in de dossiers weinig beschreven stond over de behandelingen in een eventuele vorige kliniek, zijn alleen de behandelingen in de huidige kliniek gescoord. Desondanks werd uit de dossiers onvoldoende duidelijk op welke wijze de behandeling in de huidige kliniek werd vormgegeven. Vooral de behandelingen die door een psycholoog, een psychiater of een psychotherapeut gegeven worden, waren moeilijk terug te vinden in de dossiers. Wanneer deze informatie wel werd gevonden, was het in de meeste gevallen onduidelijk om welke soort behandeling dit ging (delictbehandeling, gedragstherapie, enzovoorts). Dit verklaart het aantal missende waarden in Tabel 5.3.

In Tabel 5.3 is te zien dat veel gebruik wordt gemaakt van (verschillende soorten) vaardigheidstrainingen. Uit de dossiers wordt ook duidelijk dat veel patiënten maatschappelijk werk krijgen. Psychomotorische therapie is de non-verbale therapie die het meeste gegeven wordt. Delictbehandeling is minder goed uit de dossiers te halen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de dossiers niet duidelijk beschreven staat dat de therapie die door een psycholoog, psychiater of psychotherapeut gegeven wordt, betrekking heeft op de delictbehandeling. In deze gevallen is dit – aangezien dit niet

duidelijk was beschreven - onder overige therapieën door psycholoog, psychiater of psychotherapeut weggeschreven.

Tabel 5.3: Beschreven behandelingen in de behandelplannen (N=180)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Behandeling in het kader van het delict:			
Delictketen/delictscenario/delictdynamiek	45	13	122
Dadergroepen	13	45	122
Terugvalpreventie	15	43	122
Psycho-educatie & therapieën:			
Psycho-educatie	41	40	99
(Cognitieve/dialectische) Gedragstherapie	25	54	101
Schemagerichte therapie	14	55	111
Overige therapie door psycholoog/psychiater/psychotherapeut	77	19	84
- Gesprekstherapie	39	33	108
- EMDR	10	64	106
- Overige therapieën	33	39	108
Gezin/systeemtherapie	36	53	91
- Relatietherapie	7	82	91
Vaardigheidstrainingen:			
m.b.t. middelengebruik	72	57	51
m.b.t. agressiehantering	34	81	65
m.b.t. sociale vaardigheden	39	77	64
m.b.t. psycho-educatie	37	76	67
m.b.t. seksueel en relationeel gedrag	24	89	67
m.b.t. arbeid, scholing en vrije tijd	12	98	70
Overige vaardigheidstrainingen	43	67	70
Non-verbale therapieën:			
Muziektherapie	38	67	75
Dramatherapie	50	75	55
Beeldende therapie	54	45	81
Psychomotorische therapie	86	51	43
Overige non-verbale therapieën	7	0	173
Maatschappelijk werk	137	0	43

De behandelingen in Tabel 5.3 zijn geclusterd in vijf hoofdcategorieën: behandeling in het kader van het delict, psycho-educatie en therapieën, vaardigheidstrainingen, non-verbale therapieën en maatschappelijk werk (zie Tabel 1 in Bijlage 5C). Als de geclusterde behandelingen worden afgezet tegen de DSM-classificaties, dan blijkt dat patiënten met seksuele en genderidentiteitsstoornissen vaker een delictbehandeling volgen dan patiënten met andere stoornissen. Non-verbale therapieën komen ook meer voor bij patiënten met seksuele en genderidentiteitsstoornissen en bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis NAO. De overige therapieën komen bij alle DSM-classificaties ongeveer evenveel voor (zie Tabel 2 in Bijlage 5C).

Wanneer de geclusterde behandelingen worden afgezet tegen de indexdelicten, blijkt dat zedendelinquenten vaker een delictbehandeling volgen dan patiënten met een ander indexdelict (zie Tabel 3 in Bijlage 5C). In de tabel met de uitsplitsingen naar verblijfsduur (zie Tabel 4 in Bijlage 5C) is te zien dat delictbehandelingen vooral voorkomen bij patiënten die langer dan vier jaar in de tbs-klinieken verblijven. Vaardigheidstrainingen, psychotherapie en overige therapieën komen voornamelijk voor bij patiënten met een verblijfsduur langer dan twee jaar. Om inzicht te krijgen in het eventueel afwijkende behandelaanbod bij allochtone patiënten, zijn deze patiënten met autochtone patiënten vergeleken. Hieruit komt naar voren dat allochtone patiënten vaker maatschappelijk werk en non-verbale therapieën volgen dan autochtone patiënten (zie Tabel 5 in Bijlage 5C). In de tabel met de gevolgde behandeling en de kliniek (zie Tabel 6 in Bijlage 5C) is te zien dat er vaker vaardigheidstrainingen en non-verbale therapieën gegeven worden in de 1e kliniek waar een patiënt verblijft. De overige behandelingen komen in de 1e kliniek evenveel voor als in latere klinieken.

Uit de interviews wordt duidelijk dat psycho-educatie, vaardigheidstrainingen en maatschappelijk werk bij elke kliniek beschikbaar zijn. Gedragstherapie, systeem/gezinstherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie worden bij één kliniek niet aangeboden, terwijl schema(focused) therapie en dramatherapie bij twee klinieken niet beschikbaar zijn.

In de focusgroep met de behandelaren is de oorzaak van de grote hoeveelheid missende variabelen besproken. De aanwezige behandelaren gaven aan dat gevolgde behandelingen niet standaard in het dossier terug te vinden zijn, omdat deze bijvoorbeeld als vanzelfsprekend worden beschouwd en hierdoor niet worden beschreven. Een andere reden waarom niet alle behandelingen beschreven staan in het dossier, is volgens de behandelaren de lopende discussie met psychologen en psychotherapeuten over openheid versus beroepsgeheim.

Volgens afspraak hebben de behandelaren die aanwezig waren tijdens de focusgroep getracht het behandelingsaanbod per patiënt aan te vullen. Eén kliniek deed dit door het opnieuw doorspitten van de dossiers, twee klinieken hebben naast het dossier ook collega's benaderd en één kliniek heeft daarnaast ook navraag gedaan bij de patiënten zelf. Als deze lijst met behandelingen vergeleken wordt met de eerder gescoorde behandelingen, dan blijkt dat 48% van de behandelingen van deze nieuwe lijst niet door de onderzoekers vanuit de dossiers gescoord was. Dit waren voornamelijk behandelingen in de categorieën 'Psychotherapie & therapieën', 'Delictbehandeling' en 'Vaardigheidstrainingen'. Daarnaast was er een overlap van behandelingen die door beiden gescoord waren (41.1%) en waren er behandelingen die wel in het dossier beschreven stonden, maar die bij collega's niet achterhaald werden (10.9%).

Groeps- versus individuele behandeling

Uit de dossiers komt naar voren dat psycho-educatie en andere therapieën, zoals gedragstherapie en schemagerichte therapie vooral op individueel niveau worden gegeven (89%). De vaardigheidstrainingen vinden voornamelijk in de groep plaats (86%), terwijl het bij de non-verbale therapieën en delictbehandeling ongeveer gelijk verdeeld is (zie Tabel 5.4). Een patiënt zit in de categorie 'beiden' als de behandeling groepsgewijs is gestart en later is omgezet in een individuele behandeling (of andersom). Bij 60.3% van de behandelingen was het onbekend of de behandeling individueel of groepsgewijs gevolgd wordt.

Tabel 5.4: Groeps- versus individuele behandeling (N=62-115)

	Groep	Individueel	Beiden
Behandeling in het kader van het delict	29	28	5
Psycho-educatie & therapieën	8	76	1
Vaardigheidstrainingen	99	10	6
Non-verbale therapieën	35	39	7

Noot: Met betrekking tot maatschappelijk werk werden de bovenstaande details onvoldoende duidelijk uit de dossiers, vandaar dat deze ontbreekt in de tabel.

Uit de interviews komt naar voren dat de meeste klinieken de behandeling zoveel mogelijk groepsgewijs willen geven. Hierbij wordt rekening gehouden met pathologie, intelligentie, gedrag op de groep, maar ook met economische redenen en aanbod. Eén kliniek geeft aan individuele behandeling te prefereren.

Behandelduur en -intensiteit

De duur en intensiteit van behandeling was moeilijk in de dossiers terug te vinden. De duur was bij 9% van alle behandelingen bekend, terwijl de intensiteit bij 13% te achterhalen was. In Tabel 1 in Bijlage 5D staan de behandelingen, waarbij de duur en/of intensiteit wel bekend was. In deze tabel is te zien dat de gemiddelde duur van de non-verbale therapieën en delictbehandelingen langer is dan die van de vaardigheidstrainingen en psycho-educatie en therapieën. Psycho-educatie en therapieën zijn meestal wekelijks of maandelijks. Non-verbale therapieën worden meestal één keer per week gegeven, terwijl vaardigheidstrainingen vaak één of meerdere keren per week zijn.

Het bepalen van de duur en de intensiteit van een bepaalde behandeling gebeurt in de klinieken op verschillende manieren. Uit de interviews komt naar voren dat dit bij verschillende klinieken gebeurt op basis van de 'What Works'-principes. De duur wordt daarnaast ook bepaald door motivatie, voortgang, risico-inschatting en de samenhang tussen delict en stoornis. De intensiteit wordt voornamelijk bepaald op basis van de draagkracht van een patiënt. Daarnaast geven de geïnterviewden aan dat sommige behandelingen (voornamelijk vaardigheidstrainingen) een standaard duur en intensiteit hebben. Een dergelijke training kan echter wel twee keer gegeven worden als het resultaat na afloop niet positief is. Bij andere behandelingen bepaalt de therapeut de duur en intensiteit vaak zelf onder leiding van de hoofdbehandelaar of wordt dit besproken tijdens een vergadering met een multidisciplinair team.

Afronding behandeling

Uit de dossiers wordt duidelijk dat één derde van de behandelingen is afgerond en dat één derde ten tijde van het onderzoek nog lopende is. Bij de overige behandelingen kon niet uit het dossier worden opgemaakt of de behandeling was afgerond. Een behandeling wordt gezien als afgerond, als uit het dossier duidelijk wordt dat desbetreffende behandeling op het moment van scoren niet meer gevolgd wordt. Van de afgeronde behandelingen zijn 37 behandelingen (10.6%) voortijdig afgebroken. Dit had in de meeste gevallen te maken met de ongemotiveerdheid of het onvermogen van de patiënt. Het aantal behandelingen dat niet voortijdig is afgebroken, staat in Tabel 5.5 samen met het behaalde resultaat. In deze tabel is te zien dat van 31.6% van alle behandelingen die afgerond zijn, bekend is met welk resultaat ze zijn afgerond. Bij de delictbehandelingen en vaardigheidstrainingen worden in verhouding de meeste resultaten beschreven in de dossiers. Bij alle therapiesoorten valt op dat als het resultaat beschreven wordt in de dossiers, dit bijna altijd een positief resultaat betreft.

Tabel 5.5: Resultaat afgeronde behandelingen

	Afgeronde behandelingen (N)	Behandelingen met beschreven resultaat (N)	Voldoende resultaat (N)
Behandeling in het kader van het delict	41	16	15
Vaardigheidstrainingen	153	56	50
Non-verbale therapieën	82	19	18
Psycho-educatie & therapieën	44	10	8

Noot: Maatschappelijk werk ontbreekt in verband met een te kleine N over deze details.

Farmacotherapie

Meer dan de helft van de patiënten krijgt ten tijde van het onderzoek farmacotherapie voor psychotische decompensatie (54.2%) en somatische aandoeningen, bijvoorbeeld voor diabetes (51.8%). Ook farmacotherapie voor stemmings-, depressie- en angstklachten komt veel voor (36.3%). Farmacotherapie voor impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit (10.7%), middelenafhankelijkheid/verslaving (7.1%) en de seksuele component (5.4%) komt bij minder patiënten voor (zie Tabel 5.6).

Tabel 5.6: Farmacotherapie (N=168)

Type	Ja	Nee
Farmacotherapie		
psychotische decompensatie (antipsychotica)	91	77
somatische aandoeningen	87	81
stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	61	107
impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	18	150
middelenafhankelijkheid / verslaving	12	156
seksuele component (hormonale libidoremmers)	9	159

Noot: Bij 12 patiënten was onbekend welke medicatie ze gebruikten ten tijde van scoring.

Als de patiënten vergeleken worden op basis van DSM-classificaties, wordt duidelijk dat het grootste deel van de patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen farmacotherapie ter voorkoming van psychotische

decompensatie krijgt toegediend (94.1%). Verder krijgt iets minder dan één derde van de patiënten met seksuele en genderidentiteitsstoornissen hormonale libidoremmers voorgeschreven (31.8%). Farmacotherapie voor stemmings-, depressie- en angstklachten en voor somatische aandoeningen lijkt op As-I en As-II stoornissen vergelijkbaar voorgeschreven te worden (zie Tabel 1 in Bijlage 5E). Als de patiënten op basis van hun indexdelict worden ingedeeld en vergeleken, dan is te zien dat alleen de patiënten die een zedendelict hebben gepleegd, hormonale libidoremmers toegediend krijgen. De overige farmacotherapie komen bij vrijwel alle indexdelicten voor (zie Tabel 2 in Bijlage 5E).

Bij de onderverdeling in verblijfsduur is te zien dat patiënten die korter dan twee jaar in een tbs-kliniek verblijven in verhouding meer stemmingsstabilisatoren gebruiken. Patiënten die langer dan zes jaar verblijven, gebruiken in verhouding juist meer farmacotherapie voor impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit en middelenafhankelijkheid/verslaving (zie Tabel 3 in Bijlage 5E).

5.1.5 Evaluatie

Evaluatie van behandeldoelen

Doelen die in het meest recente behandelplan van een groot aantal patiënten geëvalueerd worden, zijn de doelen met betrekking tot het dagelijkse leven en begeleiding op de groep (N=60), dagbesteding (N=51) en de psychologische/psychiatrische behandeling (N=69). Het grootste deel van deze doelen (78%) is gedeeltelijk of geheel behaald. Andere doelen die geëvalueerd worden, zijn doelen ten aanzien van drugs- en alcoholproblematiek (N=35) en systeemgerichte ondersteuning en begeleiding (N=35). Deze doelen zijn bij 80.8% van de patiënten geheel of gedeeltelijk behaald. Doelen met betrekking tot onderwijs en beheersbaarheid van noodsituaties worden weinig geëvalueerd (zie Tabel 1 in Bijlage 5F).

Indien de evaluatie van behandeldoelen bekeken wordt in het licht van de totale verblijfsduur dan blijkt dat bij patiënten die minder dan vier jaar in een tbs-kliniek verblijven vooral doelen met betrekking

tot de behandeling worden geëvalueerd. Bij de doelen ten aanzien van de verpleging worden weinig verschillen gezien in de totale verblijfsduur. Doelen met betrekking tot arbeid worden pas bij patiënten die langer dan twee jaar in een tbs-kliniek verblijven geëvalueerd, terwijl doelen met betrekking tot onderwijs juist meer geëvalueerd worden in de eerste vier jaar. Doelen met betrekking tot beveiliging en resocialisatie worden vaker geëvalueerd naarmate de verblijfsduur toeneemt, met als uitzondering de periode langer dan zes jaar waarbij deze doelen weer minder geëvalueerd worden (zie Tabel 2 in Bijlage 5F).

Behandelplanbesprekingen en evaluatie behandeling

Bij de meeste klinieken wordt de behandeling tijdens de behandelplanbespreking in een multidisciplinair team geëvalueerd. Bij tien van de 13 klinieken vinden deze behandelplanbesprekingen twee keer per jaar plaats. Bij twee klinieken vindt deze evaluatie drie á vier keer per jaar plaats en bij één kliniek één keer per jaar. Bij één kliniek is de evaluatie gestandaardiseerd door gebruik van het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (IFBE) dat zowel door de patiënt als door de behandela(r)en wordt ingevuld. Een andere kliniek evalueert de behandeling aan de hand van de klinische items van de HKT-30, waarbij de huidige score afgezet wordt tegen de doelscore.

5.1.6 Verlof, incidenten, dwang- en drangmaatregelen en klachten

Verlof

Uit Tabel 5.7 blijkt dat 70 patiënten ten tijde van het onderzoek geen verlof krijgen (39.1%). Iets meer dan een kwart van de patiënten hebben begeleid verlof (26.3%) en transmuraal verlof komt bij 38 patiënten voor (21.2%). Onbegeleid en proefverlof komen minder vaak voor (respectievelijk 10.1% en 3.4%). Van één patiënt kon niet worden achterhaald in welke fase van verlof hij zat, omdat deze patiënt net overgeplaatst was. Bij tien patiënten wordt uit het dossier duidelijk dat een verlofaanvraag in het laatste half jaar afgewezen werd. Aan 15 patiënten werd in eerste instantie wel een verlofstatus verleend maar deze werd later weer ingetrokken.

Tabel 5.7: Verlofstatus (N=179)

		N	%
Verlofstatus	Geen verlof	70	39.1
	Begeleid verlof met en zonder beveiligde fase	47	26.3
	Onbegeleid verlof	18	10.1
	Transmuraal verlof	38	21.2
	Proefverlof	6	3.4

Incidenten

Ongeoorloofde afwezigheid tijdens het laatste half jaar kwam bij één patiënt voor. Schendingen van individuele afspraken betreffende medicatiegebruik komen tijdens het laatste half jaar eveneens weinig voor. Uit de dossiers wordt duidelijk dat bij 13 patiënten sprake was van een dergelijke schending tijdens het laatste half jaar. Schendingen van individuele afspraken over druggebruik komen vaker voor: 24 patiënten schonden deze afspraken tijdens het laatste half jaar. Van deze 24 patiënten, hebben 17 patiënten het laatste half jaar softdrugs gebruikt, één patiënt heeft harddrugs gebruikt en zes patiënten hebben alcohol gebruikt. Schendingen van individuele afspraken over behandeling tijdens het laatste half jaar komen bij 47 patiënten voor. Een voorbeeld hiervan is dat patiënten therapie weigeren. In de periode van 2000 tot nu hebben twee patiënten in de onderzoekspopulatie gerecidiveerd tijdens hun tbs-maatregel. Dat wil zeggen dat deze twee patiënten een delict gepleegd hebben tijdens hun verblijf in de tbs-kliniek, waarvoor zij zijn veroordeeld. Twee andere patiënten hebben zich tijdens de tbs-maatregel schuldig gemaakt aan een (ernstig) incident waarbij ze wel schuldig werden geacht, maar waar geen veroordeling op volgde. Het betreft zowel recidive in de kliniek als tijdens het verlof.

Dwang- en drangmaatregelen

Uit de dossiers blijkt dat 67 patiënten wel eens in afzondering hebben gezeten en dat 48 patiënten wel eens zijn gesepareerd tijdens het verblijf in de huidige kliniek. Bij 52 patiënten zijn verlof of vrijheden ingetrokken als maatregel. Dwangmedicatie en brief- of telefonische censuur komt

minder voor (zie Tabel 5.8). Bij ongeveer de helft van de patiënten werd uit het dossier niet duidelijk welke maatregelen werden opgelegd tijdens het verblijf in de huidige kliniek.

Tabel 5.8: Dwang- en drangmaatregelen (N=118)

Gebruik maatregelen	Ooit	Nooit	Onbekend
Afzondering	67	44	69
Intrekken verloven/vrijheden	52	29	99
Separatie	48	63	69
Dwangmedicatie	10	31	139
Brief/telefonische censuur	6	26	148
Toedienen van vocht of voedsel	0	23	157
Fixatie	0	25	155

Uit de interviews wordt duidelijk dat alle klinieken de dwang- en drangmaatregelen gebruiken, zoals beschreven staan in de wetgeving (de Beginselenwet of de wet BOPZ). De maatregelen fixatie en het toedienen van vocht of voedsel worden bij de meeste klinieken zelden gebruikt. Ook wordt gesteld dat de maatregelen beklagwaardig zijn en volgens protocol ingezet worden.

Klachten

Ongeveer 30% van alle patiënten uit de onderzoekspopulatie heeft één of meerdere officiële klachten ingediend bij instanties tijdens verblijf in de huidige kliniek. Voorbeelden van klachten zijn onenigheid over dwangmedicatie, het openen van post en het niet mogen gaan zwemmen. Gemiddeld werd per patiënt 1.4 klacht ingediend met het maximale aantal van 21 klachten. Van de in totaal 196 ingediende klachten, werden er 43 gegrond verklaard, 97 ongegrond en 15 waren nog in behandeling. Van de overige 41 klachten is de beslissing niet teruggevonden in de dossiers.

5.1.7 Formele kader

Het formele kader dat het meest gevolgd wordt, is enkel de Beginselenwet (46%) of een combinatie van de Beginselenwet en de BOPZ (39%). Slechts eenmaal wordt de Beginselenwet in combinatie met de WGBO of de Beginselenwet in combinatie met zowel de WGBO als de BOPZ expliciet aangegeven. Het gevolgde formele kader is voor alle klinieken ook een richtlijn voor het aanbod van de drang- en dwangmaatregelen en voor hun beleid ten aanzien van ongeoorloofde afwezigheid.

5.1.8 Knelpunten

Tijdens de interviews is de vraag gesteld welke knelpunten de kliniek ervaart tijdens de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. In Tabel 1 in Bijlage 5G staan behalve de genoemde knelpunten ook de frequentie van vernoeming. Knelpunten die het meeste genoemd worden, zijn het langdurige traject voorafgaande aan het verlof door de gewijzigde externe procedures, de moeizame doorstroom naar vervolginstellingen en de negatieve beeldvorming van de terbeschikkingstelling. Andere knelpunten die meerdere keren genoemd worden, zijn de leegloop, de grote nadruk op beveiliging in plaats van op behandeling en de toenemende werkdruk. Hoewel één kliniek juist aangeeft dat de werkdruk afneemt.

Wat in het interview bij alle klinieken terugkomt, is de aangescherpte wetgeving ten gevolge van de politieke gevoeligheid, de maatschappelijke onrust en de mediagevoeligheid. Dit resulteert, volgens de geïnterviewden, in een verminderd maatwerk op het gebied van behandeling en vrijheden. Geïnterviewden geven aan dat de patiënten hierdoor gefrustreerd en ongemotiveerd raken, wat volgens hen een negatief effect op de behandeling heeft. Ook zou dit een weerslag kunnen hebben op de kwaliteit van de behandeling en zou dit het behandelingstraject kunnen vertragen. Ten slotte zou de behandeling kunnen stagneren door de moeilijke uitstroom.

Kort samengevat lijken de klinieken in een spagaat te staan gezien de toenemende druk om efficiënt met steeds minder middelen te werken, terwijl de kwaliteitseisen steeds hoger worden. Het idee is dat de terbeschikkingstelling sneller doorlopen moet worden gezien de kosten, terwijl de tbs-maatregel steeds langer duurt.

5.2 KOPPELING MET WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR

In deze paragraaf wordt wat in de dossiers is gevonden over behandeling tijdens de tbs-oplegging bekeken in het licht van de wetenschappelijke literatuur; voor zover dit mogelijk is gezien het grote aantal missende gegevens. Dit is gedaan op basis van de drie landelijke zorgprogramma's (EFP, 2008a; EFP, 2008b; EFP, 2008c) die zijn samengevat in Paragraaf

4.3 van dit rapport. Om een vergelijking te kunnen maken met deze zorgprogramma's, zijn de 180 patiënten ingedeeld in één van de drie doelgroepen van de zorgprogramma's. De doelgroep van het zorgprogramma 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag' zijn patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag, waarbij het seksuele recidiverisico voornamelijk bepaald wordt door psychoseksuele problematiek en niet door bijvoorbeeld antisociale factoren (EFP, 2008a). Van de 180 patiënten zijn 25 patiënten ingedeeld in dit zorgprogramma: zij hebben zowel een zedendelict gepleegd als een seksuele stoornis. De doelgroep van het zorgprogramma 'Psychotische kwetsbaar en delictgevaarlijk' zijn patiënten vanaf 18 jaar met psychotische kwetsbaarheid en eventueel met comorbide stoornissen (EFP, 2008b). Van de 180 patiënten zijn 69 patiënten ingedeeld in dit zorgprogramma: patiënten met een psychotische kwetsbaarheid in combinatie met een seksuele stoornis en een zedendelict zijn daarbij niet meegenomen. Het zorgprogramma 'Persoonlijkheidsstoornissen' is gericht op patiënten bij wie de persoonlijkheidsstoornissen dominant zijn, waarbij sprake mag zijn van comorbiditeit en van wie het IQ hoger is dan 70 (EFP, 2008c). Van de 180 patiënten voldoen 72 patiënten aan de beschrijving van deze doelgroep. Veertien patiënten waren niet in één van de drie zorgprogramma's in te delen en zijn derhalve bij de beschrijving buiten beschouwing gelaten.³¹

De aangeboden behandeling aan de 180 patiënten is tevens vergeleken met hetgeen uit de (inter)nationale literatuur bekend is (zie Paragraaf 4.2). Bij deze vergelijking zijn eveneens de bovengenoemde drie doelgroepen als uitgangspunt genomen.

³¹ De overige 14 patiënten zijn patiënten met ontwikkelingsstoornissen, aan middelen gebonden stoornissen, stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met een IQ lager dan 70.

5.2.1 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

De interventiemethodes voor de doelgroep van het zorgprogramma 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag' met de best evidence³² zijn cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie. Gangbare (cognitief) gedragstherapeutische interventies zijn: psycho-educatie, specifieke seksuele voorlichting, conditioneringstechnieken, empathietraining, VRIS-training, sociale vaardigheidstraining, relaxatietraining, agressiehanteringstraining, stressinoculatietherapie en terugvalpreventie. Vergelijkbare interventiecategorieën die in dit onderzoek zijn gescoord, zijn: gedragstherapie, psycho-educatie door een psycholoog/psychiater/psychotherapeut, vaardigheidstrainingen met betrekking tot agressiehantering, sociale vaardigheden, psycho-educatie en seksueel en relationeel gedrag, terugvalpreventie/preventieketen en farmacotherapie in de vorm van hormonale libidoremmers. In Tabel 5.9 is te zien dat uit de dossiers niet het beeld naar voren komt dat de interventiemethodes met de best evidence veelvuldig worden gevolgd. De best evidence interventiemethodes die in verhouding het vaakst voorkomen, zijn vaardigheidstrainingen met betrekking tot sociale vaardigheden (28%), vaardigheidstrainingen met betrekking tot seksueel en relationeel gedrag (24%) en farmacotherapie in de vorm van hormonale libidoremmers (24%). De behandelingen die patiënten in dit zorgprogramma voornamelijk volgen zijn: therapieën die door een psycholoog, een psychiater of een psychotherapeut gegeven worden (48%; waarvan inhoudelijk geen details bekend zijn) en non-verbale therapieën (36-52%; zie Tabel 1 in Bijlage 5H voor een volledig overzicht).

³² Een best evidence interventie is een interventie die in een aantal onderzoeken als effectief naar voren is gekomen, maar nog niet de status van evidence-based heeft.

Tabel 5.9: Behandeling van patiënten ingedeeld bij de doelgroep ZP
Seksueel grensoverschrijdend gedrag, in absolute aantallen (N=25)

Type	Ja	Nee	Onbekend
(Cognitieve/ dialectische) Gedragstherapie	3	8	14
Psycho-educatie	1	10	14
Vaardigheidstrainingen m.b.t. agressiehantering	2	14	9
Vaardigheidstrainingen m.b.t. sociale vaardigheden	7	10	8
Vaardigheidstrainingen m.b.t. psycho-educatie	3	13	9
Vaardigheidstrainingen m.b.t. seksueel en relationeel gedrag	6	11	8
Terugvalpreventie/ preventieketen	3	10	12
Farmacotherapie			
Seksuele component (hormonale libidoremers)	6	16	3

In de wetenschappelijke literatuur (zie Paragraaf 4.2.1) komt, zoals gezegd, naar voren dat farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie de beste resultaten laten zien. Interventies die in de wetenschappelijke literatuur ook veel genoemd worden, hoewel betrouwbare cijfers ontbreken, zijn terugvalpreventie, psycho-educatie, systeemtherapie, groepspsychotherapie en client-centered therapie. Groepspsychotherapie en client-centered therapie zijn niet als zodanig herkenbaar in de dossiers teruggevonden. Systeemtherapie maakt bij 20% van de patiënten een onderdeel uit van de behandeling (zie Tabel 1 in Bijlage 5H).

5.2.2 Psychotische kwetsbaarheid

In het zorgprogramma “Psychotische kwetsbaarheid en delictgevaarlijk” staat een samenvatting van de aanbevelingen van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. De lijst met aanbevolen interventies bestaat uit cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, bewegingstherapieën en psychomotorische therapie. Daarnaast vormt medicatie een belangrijke basis in de behandeling. Vergelijkbare behandelingsvormen in dit onderzoek zijn: gedragstherapie, psycho-educatie door een psycholoog/ psychiater/ psychotherapeut, vaardigheidstrainingen met betrekking tot psycho-educatie, psychomotorische therapie en farmacotherapie. In Tabel

5.10 is te zien dat, met uitzondering van de cognitieve gedragstherapie, de aanbevolen interventies vaak aangeboden worden. Als gekeken wordt naar het totale behandelaanbod in Tabel 3 in Bijlage 5H, dan is te zien dat deze aanbevolen interventies ook vaker worden aangeboden dan andere behandelvormen. Behandelvormen die naast deze aanbevolen interventies vaak aangeboden worden, zijn maatschappelijk werk (77%) en therapieën door een psycholoog/psychiater/psychotherapeut (36%). Bij de laatst genoemde therapieën zijn in de dossiers geen verdere inhoudelijke details gevonden. Wat betreft medicatie gebruikt 92% van de onderzochte patiënten antipsychotica (zie Tabel 5.9).

Tabel 5.10: Behandeling van patiënten ingedeeld bij de doelgroep ZP psychotische kwetsbaarheid, in absolute aantallen (N=69)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Psychomotorische therapie	28	20	21
Vaardigheidstrainingen m.b.t. psycho-educatie	25	20	24
Psycho-educatie	25	12	32
(Cognitieve/ dialectische) Gedragstherapie	6	27	36
Farmacotherapie			
Antipsychotica	63	3	3

Uit de wetenschappelijke literatuur in Paragraaf 4.2.2 wordt duidelijk dat er nog weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van behandeling van forensische psychotische patiënten.

5.2.3 Persoonlijkheidsstoornissen

De enige evidence-based³³ interventie die in het zorgprogramma ‘Persoonlijkheidsstoornissen’ beschreven staat, is cognitieve gedragstherapie. Verder wordt schemagerichte therapie beschreven als een evidence-based interventie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen

³³ Evidence-based interventies zijn interventies waarvan in empirisch onderzoek is aangetoond dat zij effectief zijn in het verminderen van het recidiverisico.

in de reguliere gezondheidszorg.³⁴ Interventies die in een aantal studies als effectief naar voren komen (best evidence), zijn dialectische gedragstherapie, systeemtherapie, schema focused therapie, farmacologische interventies en bepaalde vaktherapieën (beeldende therapie en dramatherapie). Een interventie die in het veld breed geaccepteerd is, is de vaardigheidstraining. Vaardigheidstrainingen die hun effectiviteit bewezen hebben, zijn: agressiehanteringstraining, stressinoculatietraining en de Goldsteintraining. In Tabel 5.11 is te zien dat het toepassen van deze interventies minder vaak gebeurt dan verwacht zou mogen worden op grond van de aanbevelingen in het zorgprogramma. Interventies die het vaakst aangeboden worden, zijn maatschappelijk werk (74%), psychomotorische therapie (50%) en therapie door een psycholoog, psychiater of psychotherapeut, waarvan verdere inhoudelijke details ontbreken (46%; zie Tabel 5 in Bijlage 5H). Deze interventies worden niet beschreven in het zorgprogramma. Wat betreft de farmacotherapie, die bij een aantal studies als effectief naar voren komt, wordt gevonden dat de patiënten voornamelijk medicatie ontvangen voor somatische aandoeningen (44%) en voor stemming, depressie en angst (40; zie Tabel 6 in Bijlage 5H).

³⁴ Vanaf 2006 loopt er een onderzoek naar Schema Focused Therapy (SFT) waar verschillende FPC's aan deelnemen.
Zie <http://www.efp.nl/project/schema-focus-therapy-sft>.

Tabel 5.11: Behandeling van patiënten ingedeeld bij de doelgroep ZP
persoonlijkheidsstoornissen, in absolute aantallen (N=72)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Vaardigheidstrainingen m.b.t. agressiehantering	24	22	26
Dramatherapie	23	28	21
Beeldende therapie	21	19	32
Systeemtherapie	18	19	35
Vaardigheidstrainingen m.b.t. sociale vaardigheden	14	31	27
(Cognitieve/ dialectische) Gedragstherapie	14	14	44
Schemagerichte therapie	9	21	42
Farmacotherapie			
Antipsychotica	18	50	4
Stemmingsstabilisatoren	29	39	4

Op basis van de recente wetenschappelijke literatuur (zie Paragraaf 4.2.3) is de conclusie dat de effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie en medicamenteuze behandeling voor een deel bewezen is. Dit laatste dient verder onderzocht te worden. Specifiek voor de forensische psychiatrie is dat het accent van de behandeling sinds de jaren negentig sterk op de 'What Works'-principes ligt, waarbij het delictscenarioprogramma en het terugvalpreventieprogramma goed lijken te passen. In Tabel 5 in Bijlage 5H is te zien dat het delictscenarioprogramma door 29% van de patiënten gevolgd wordt, terwijl het terugvalpreventieprogramma door 14% van de patiënten gevolgd wordt.

5.3 SAMENVATTENDE PARAGRAAF

In dit hoofdstuk zijn vijf onderzoeksvragen aan de orde gekomen, die in de onderstaande alinea's beantwoord worden: 'In welke fase van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel bevinden de geselecteerde casussen zich?', 'Op welke wijze is de tenuitvoerlegging vormgegeven in de periode van het volledige verblijf in de huidige kliniek?', 'Wat is het formele kader waarmee de geselecteerde casus tijdens de tenuitvoerlegging te maken

krijgt?', 'Tegen welke knelpunten lopen de bij de casus betrokkenen aan? Welke gevolgen heeft dit voor tenuitvoerlegging (behandeling/ behandeltraject)?' en 'In hoeverre correspondeert de behandeling van tbs-gestelden met inzichten hierover in recente (wetenschappelijke) publicaties en zorgprogramma's van het EFP?'.

Het beantwoorden van de onderzoeksvraag over de fase van de behandeling waarin de casussen zich bevinden, wordt bemoeilijkt doordat vier klinieken niet expliciet gebruik maken van behandel fasen. Wel is te zeggen dat het grootste deel van de patiënten in de behandel fase zit en wat betreft verlofstatus hebben de meeste geen of begeleid verlof.

Het antwoord op de onderzoeksvraag hoe de tenuitvoerlegging vormgegeven wordt, is veelomvattend. Bij ongeveer driekwart van alle patiënten is de opname in de kliniek gestart met een diagnostisch onderzoek en bij bijna alle patiënten is één of meerdere keren een risicotaxatie ingevuld. Uit de dossiers wordt weinig duidelijk over het sociotherapeutisch milieu waarin de patiënten zich bevinden, terwijl uit de behandelplannen wel blijkt dat de meeste doelen betrekking hebben op de sociotherapie en op de behandeling door psychologen, psychiaters en psychotherapeuten. Ongeveer driekwart van de patiënten verricht betaalde of onbetaalde arbeid en/of heeft vrijetijdsbesteding. Iets minder dan de helft van de patiënten volgt ook onderwijs. Wat betreft behandelingen volgen de meeste patiënten vaardigheidstrainingen en maatschappelijk werk. Delictbehandeling en de inhoudelijke details van behandeling door een psycholoog, psychiater of psychotherapeut zijn minder goed terug te vinden in de dossiers. Een groot aantal patiënten binnen de onderzoekspopulatie (83%) gebruikt medicatie. Schendingen van individuele afspraken over de behandeling komen vaker voor dan schendingen van individuele afspraken betreffende medicatiegebruik en druggebruik.

Het formele kader waarmee de geselecteerde casussen tijdens de tenuitvoerlegging te maken krijgt, is niet af te leiden uit de dossiers. Uit de interviews komt naar voren dat alle klinieken de Beginselenwet gebruiken als formele kader. Een aantal klinieken combineert dit met het gebruik van de BOPZ en/of de WGBO voor de interne rechtspositie.

Uit de interviews blijkt dat betrokkenen bij de casussen tegen verschillende knelpunten aanlopen. Veel genoemde knelpunten zijn het langdurige traject voorafgaand aan het verlof door de gewijzigde externe procedures, de moeizame doorstroom naar vervolginstellingen en de negatieve beeldvorming van de terbeschikkingstelling. Een knelpunt dat alle respondenten noemen, is de aangescherpte wetgeving ten gevolge van de politieke gevoeligheid, de maatschappelijke onrust en de mediagevoeligheid. Gevolgen van deze knelpunten zijn, volgens de respondenten, een verminderd maatwerk op het gebied van behandeling en vrijheid, een aantasting van de kwaliteit van behandeling en een vertraging - of zelfs stagnatie - van het behandelingstraject.

Als gekeken wordt naar de mate waarin behandeling van tbs-gestelden overeenkomt met de inzichten in zorgprogramma's van het EFP en de wetenschappelijke literatuur, dan is te zien dat het zorgprogramma voor patiënten met psychotische kwetsbaarheid het meeste in de praktijk wordt gebruikt. De aanbevolen interventies uit dit zorgprogramma komen overeen met de gevolgde behandelingen door de onderzoekspopulatie. Bij de zorgprogramma's met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag en persoonlijkheidsstoornissen komen de aanbevolen interventies iets minder vaak voor bij de patiënten in dit onderzoek en worden ook interventies gevolgd die niet staan beschreven in de zorgprogramma's. Een belangrijke kanttekening bij de beantwoording van deze onderzoeksvraag is dat niet alle (details over de) behandelvormen in de dossiers gevonden zijn. Een behandelvorm die bijvoorbeeld bij alle drie de groepen veel is gevonden, zijn therapieën door een psycholoog, psychiater of psychotherapeut waarvan de verdere inhoudelijke details onbekend zijn. Door de ontbrekende details is onbekend wat deze behandelingen precies inhielden. Bij meer informatie zou het dus heel goed mogelijk kunnen zijn dat de aanbevolen interventies wel degelijk worden toegepast.

6 KLINISCHE PROFIELEN OP BASIS VAN DSM-IV CRITERIA EN TYPE INDEXDELICT

In dit hoofdstuk komen de volgende onderzoeksvragen aan de orde: 'Zijn er onderscheidbare profielen op te stellen van tbs-gestelden?', 'Zijn de behandeling en het formele kader afhankelijk van de opgestelde profielen?', 'Is hetgeen gebeurt tijdens de behandeling afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden?' en 'Zijn de profielen (beter) geschikt voor behandelindicatie en zijn ze replicabel?'. Allereerst wordt de gehanteerde analysemethode inhoudelijk nader toegelicht en vervolgens worden de resultaten in statistische zin besproken. Voor de herkenbaarheid en interpretatie wordt daarna een meer op de klinische praktijk gerichte beschrijving gegeven van de klassen.

6.1 LATENTE KLASSE ANALYSE: TOELICHTING VAN DE METHODE

In Hoofdstuk 3 zijn de kenmerken van de tbs-gestelden uitgebreid beschreven. Uit hoofdstuk 3 komt naar voren dat de groep tbs-gestelden, zoals verondersteld mag worden, verschillen op het vlak van psychopathologie en type delict. Deze heterogeniteit heeft gevolgen voor indicatiestelling, behandeling en resocialisatie. Om differentiaties en individuele patronen van factoren te detecteren binnen de groep tbs-gestelden zijn, met behulp van een latente klasse analyse (LCA), de casussen gecategoriseerd in onderscheidbare groepen. In dit onderzoek is ervoor gekozen om op basis van twee variabelen, namelijk psychopathologie en het indexdelict, de onderzochte casussen te categoriseren in klassen. Door gebruik te maken van deze variabelen wordt aangesloten bij (a) de gebruikte indeling van de zorgprogramma's welke primair op psychopathologie zijn gebaseerd en (b) de redenen voor tbs-oplegging: De rechter legt een tbs-maatregel op aan mensen die een ernstig misdrijf hebben gepleegd (waar een minimale gevangenisstraf van 4 jaar op staat) en waar na onderzoek blijkt dat zij een psychiatrische ziekte of een ontwikkelingsstoornis hebben.

Voor het vaststellen van de klassen zijn de hoofddiagnoses op As-I en As-II en het indexdelict opgenomen in het model (zie Hoofdstuk 2, Paragraaf 2.2.4 voor de indeling van de indexdelicten). Hiervoor is gebruik gemaakt van de informatie uit het dossieronderzoek. Hoofddiagnoses die bij 5% of meer van de tbs-gestelden voorkwamen, zijn meegenomen in de analyse. Zwakbegaafd/zwakzinnigheid is niet meegenomen in de LCA aangezien deze niet primair is beschouwd als een psychiatrische ziekte of stoornis doch als een beperking die betrekking heeft op meerdere levensgebieden.

Het uiteindelijke model bestaat uit de volgende variabelen: (A) hoofddiagnose op As-I, te weten schizofrenie of een andere psychotische stoornis, een aan middelen gebonden stoornis, een seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis en een pervasieve ontwikkelingsstoornis, (B) twee hoofddiagnoses op As-II, te weten persoonlijkheidsstoornis cluster B en persoonlijkheidsstoornis NAO en (C) zeven groepen indexdelicten, te weten (poging tot) moord/doodslag, seksueel grensoverschrijdend gedrag bij minderjarigen, seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen, brandstichting (zowel met als zonder gevaar voor personen), ernstig geweld (inclusief zware mishandeling), bedreiging (met en zonder geweld, inclusief vrijheidsberoving en/of afpersing) en diefstal (met en zonder geweld). Om de interpretatie van de LCA te vereenvoudigen zijn alle variabelen categoriaal gecodeerd te weten 0 = hoofddiagnose of indexdelict afwezig; 1 = hoofddiagnose of indexdelict aanwezig. Wellicht ten overvloede: binnen elke variabele (hoofddiagnose op As-I, hoofddiagnose op As-II en indexdelicten) kan per tbs-gestelde steeds maar één diagnose of indexdelict aanwezig zijn.

De beste klassenoplossing van de latente klasse analyse is bepaald aan de hand van drie toetsgegevens (zie Paragraaf 2.5 voor een toelichting van de drie toetsgegevens) en de interpretatie van de klasse. Uit Tabel 6.1 blijkt dat de BIC-waarde van de vijf klassen oplossing 1706.56 is. Het is daarmee niet de laagste BIC-waarde want de BIC-waarde van de zes klassen oplossing is lager (1688.64). De Vuong-Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test geeft echter aan dat een oplossing met vijf klassen beter bij de data past dan de vier klassen oplossing ($p=.002$). De Vuong-Lo-Mendell-Rubin likelihood

ratio test geeft bovendien aan dat, met de toevoeging van een extra klasse aan het vijf klassen model, de oplossing niet beter wordt (p-waarde van Vuong-Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test van de zes klassen oplossing is .01). Bij een oplossing met vijf klassen is de kans dat een tbs-gestelde in de juiste klasse is ingedeeld (entropy) 97%; bij de andere klassen oplossingen is de gemiddelde classificatie in de juiste klasse – uitgaande van de entropy - iets beter of gelijk. De klassen van het zes klassen model zijn vergelijkbaar met de klassen uit het vijf klassen model, met uitzondering van één klasse uit het vijf klassen model dat wordt opgesplitst in twee kleinere klassen. Deze opsplitsing is inhoudelijk niet relevant en daarom is gekozen voor het vijf klassen model als beste oplossing. De oplossing van het vijf klassen model levert bovendien goed te interpreteren profielen op welke belangrijk zijn voor de klinische praktijk (zie Paragraaf 6.2.1 en verder).

Tabel 6.1 Toetsgegevens van de klassenoplossingen van één t/m zeven klassen

Klassen-oplossing	BIC-waarde	p-waarde Vuong-Lo-Mendell-Rubin LRT	Entropy
1	1996.13		
2	1859.72	.000	1.00
3	1780.76	.000	1.00
4	1738.73	.000	0.98
5	1706.56	.002	0.97
6	1688.64	.01	0.97
7	1688.61	.76	0.99

6.2 LATENTE KLASSE ANALYSE: TOELICHTING VAN DE RESULTATEN

In Tabel 6.2 zijn de percentages van de tbs-gestelden in de verschillende klassen weergegeven. In deze tabel is tevens de beschrijvende statistiek weergegeven. Alle variabelen zijn significant met uitzondering van diefstal (met of zonder geweld).

Tabel 6.2 Beschrijvende statistiek behorende bij de vijf klassen (N=176)

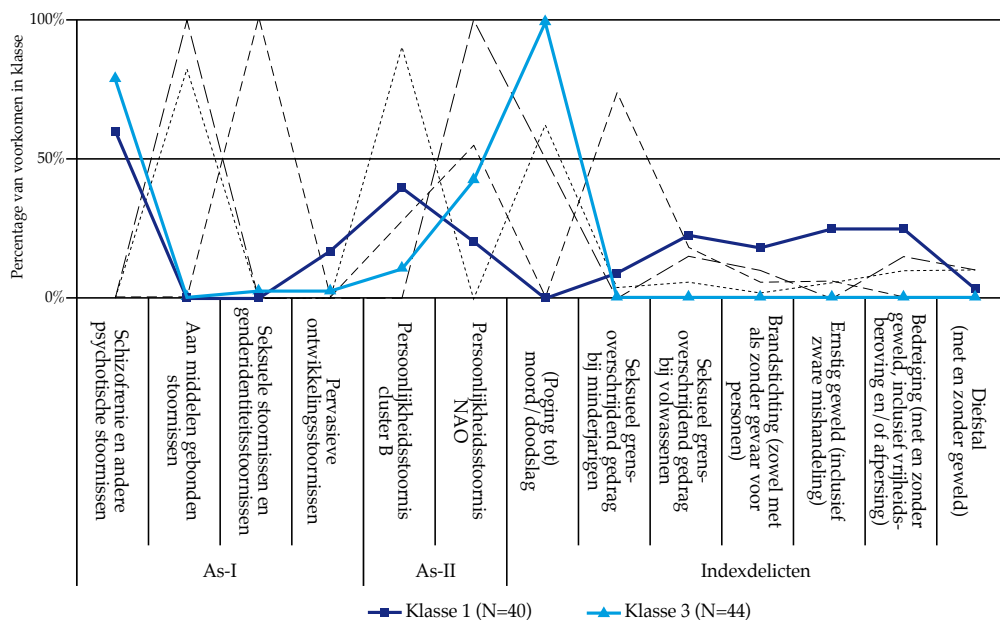
		Klasse 1 (N=40)	Klasse 3 (N=44)	Klasse 2 (N=50)	Klasse 5 (N=20)	Klasse 4 (N=22)	F-toets	Post hoc
As-I	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	60.0	79.5	-	-	-	57.3	1>2,4,5 3>1,2,4,5
	Aan middelen gebonden stoornissen	-	-	82.0	100.0	-	188.1	2>1,3,4 5>1,2,3,4
	Seksuele en genderidentiteitsstoornissen	-	2.3	-	-	100.0	831.9	4>1,2,3,5
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	17.5	2.3	-	-	-	5.6	1>2,3,4,5
As-II	Persoonlijkheidsstoornis Cluster B	40.0	11.4	90.0	-	27.3	36.7	1>3,5 2>1,3,4,5
	Persoonlijkheidsstoornis NAO	20.0	43.2	-	100.0	54.5	31.3	3>1,2 4>1,2 5>1,2,3,4
Index delict	(Poging tot) moord/ doodslag	-	100.0	62.0	50.0	-	69.2	2>1,4 3>1,2,4,5 5>1,4
	Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij minderjarigen	7.5	-	4.0	-	72.7	44.5	4>1,2,3,5
	Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen	22.5	-	6.0	15.0	18.2	3.6	1>3
	Brandstichting (zowel met als zonder gevaar voor personen)	17.5	-	2.0	10.0	4.5	3.6	1>2,3
	Ernstig geweld (inclusief zware mishandeling)	25.0	-	6.0	-	4.5	6.1	1>2,3,4,5
	Bedreiging (met en zonder geweld, inclusief vrijheidsberoving en/of afpersing)	25.0	-	10.0	15.0	-	4.7	1>3,4
	Diefstal (met en zonder geweld)	2.5	-	10.0	10.0	-	2.1n.s.	

Noot: Bij vier van de 180 casussen ontbrak de As-I en/of As-II classificatie.

De vijf onderscheidbare klassen zijn visueel weergegeven in de Figuren 6.1 t/m 6.3. Uit deze vijf klassen zijn, uitgaande van de hoofddiagnose op As-I, drie inhoudelijk relevante groepen te distilleren: twee klassen met als hoofddiagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis, twee klassen met als hoofddiagnose aan middelen gebonden stoornissen en één klasse met als hoofddiagnose een seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis. Deze drie inhoudelijk relevante groepen worden hieronder besproken.

6.2.1 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

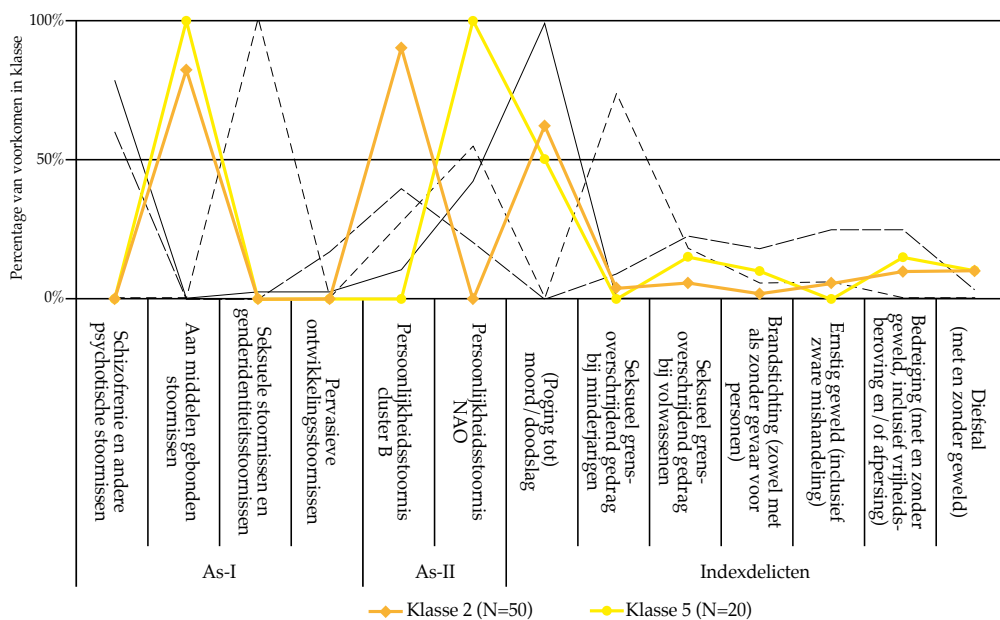
De eerste klasse (Klasse 1) is gevuld met 22.7% van de tbs-gestelden (N=40). Deze klasse wordt gekenmerkt door tbs-gestelden met schizofrenie of een andere psychotische stoornis (60%), pervasieve ontwikkelingsstoornissen (17.5%), op As-II (een cluster B persoonlijkheidsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis NAO respectievelijk 40% en 20%), en zonder eenduidig indexdelict (zie Figuur 6.1). Een overeenkomstig kenmerk van deze verschillende indexdelicten is het geweldsaspect bij deze delicten. Klasse 3 bestaat eveneens uit tbs-gestelden met schizofrenie of een andere psychotische stoornis (79.5%) met daarbij een (poging tot) moord of doodslag (100%). Klasse 3 bestaat uit 25% van de tbs-gestelden (N=44).



Figuur 6.1 Visuele weergave van Klasse 1 en Klasse 3

6.2.2 Aan middelen gebonden stoornissen

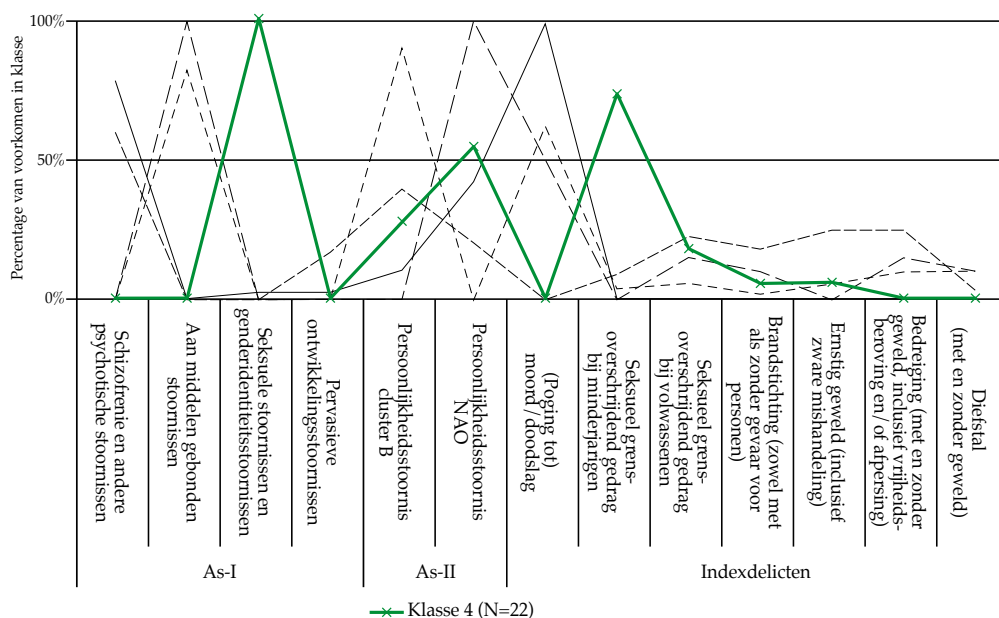
Klasse 2 en Klasse 5 worden beide gekenmerkt door de sterke aanwezigheid van een aan middelen gebonden stoornis op As-I (82% en 100%). Respectievelijk 62% en 50% van de tbs-gestelden in deze twee klassen hebben een (poging tot) moord of doodslag als indexdelict. In Klasse 2 zijn 28.4% (N=50) van de tbs-gestelden geclassificeerd (zie Figuur 6.2). Een aan middelen gebonden stoornis op As-I komt veel voor in deze klasse (82%) in combinatie met een cluster B persoonlijkheidsstoornis op As-II (90%). In Klasse 5 (met 11.4% van de tbs-gestelden de kleinste klasse) wordt, naast de aan middelen gebonden stoornis (100%), primair de persoonlijkheidsstoornis NAO aangetroffen (100%).



Figuur 6.2 Visuele weergave van Klasse 2 en Klasse 5

6.2.3 Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen

In Klasse 4 (N=22) vinden we seksuele stoornissen of genderidentiteitsstoornissen op As-I (100%) en een seksueel delict met een minderjarige (73%) als indexdelict. Op As-II heeft 55% een persoonlijkheidsstoornis NAO en 27% een persoonlijkheidsstoornis cluster B. Bijna 13 procent van de tbs-gestelden is in deze klasse 4 geclassificeerd (zie Figuur 6.3).



Figuur 6.3 Visuele weergave van Klasse 4

6.2.4 De vijf klassen in beschrijvende zin

In bovenstaande tekst staan de klassen vooral in feitelijke, en min of meer statistische zin, beschreven zonder verwijzing naar de klinische relevantie en bruikbaarheid. Voor de interpretatie wordt aan de klassen hierna een meer klinische inhoud gegeven. Daarbij worden eerst de klassen besproken met een psychotisch beeld, daarna de klassen waar het middelengebruik voorop staat, gevolgd door de klasse met tbs-gestelden met seksuele problematiek.

‘De psychotische patiënt met meervoudige problematiek’ (Klasse 1)

In Klasse 1 zit de tbs-gestelde met een dubbele diagnose. Hij³⁵ lijdt aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis en heeft een persoonlijkheidstoornis cluster B en in mindere mate NAO. Het type gepleegde delict is divers waardoor hij eerder een generalist dan een specialist is. Dit kan mogelijk verband houden met een (eerdere) antisociale levensstijl. Als er al een lijn is te trekken in het type delict, dan springt het gebruik van (seksueel) geweld het meest in het oog. Opvallend is dat dit de enige klasse is waar - relatief gezien - ontwikkelingsstoornissen een rol lijken te spelen. In hypothetische zin sluit dit aan bij de antisociale levensstijl die bij een aantal van de tbs-gestelden in deze klasse mogelijk al op jonge leeftijd begint.

‘De typisch psychotische patiënt’ (Klasse 3)

In Klasse 3 zit ‘de’ psychotische tbs-gestelde: hij lijdt primair aan schizofrenie of aan een andere psychotische stoornis. Wanneer er bij hem al sprake is van een persoonlijkheidsstoornis dan is deze minder geprononceerd dan bij een tbs-gestelde in de andere klassen. Hij heeft een zeer ernstig delict gepleegd: (poging tot) moord en (poging tot) doodslag. Hypothetisch gesteld heeft hij dit delict gepleegd als gevolg van een psychotische waan of onder invloed van hallucinaties.

³⁵ Daar waar hij staat, kan ook zij worden gelezen.

‘De antisociale patiënt’ (Klasse 2)

De tbs-gestelde in Klasse 2 heeft een duidelijke signatuur: hij heeft vooral een persoonlijkheidsstoornis cluster B en lijkt antisociaal gedrag te vertonen in relatie met ernstig middelenmisbruik. In de meerderheid van de gevallen heeft hij een ernstig levensfeit gepleegd maar ook andere delicten komen voor in deze klasse. Vergeleken met de patiënt in Klasse 3 pleegt de patiënt uit deze klasse een verscheidenheid aan delicten en is hij eerder een generalist dan specialist. Vergeleken met de patiënt in Klasse 3 pleegt de patiënt uit deze klasse een verscheidenheid aan delicten en is hij eerder een generalist dan specialist.

‘De onder invloed verkerende patiënt’ (Klasse 5)

De tbs-gestelde in Klasse 5 is een patiënt die niet gemakkelijk te typeren is. Hij heeft een aan middelen gebonden stoornis en heeft een persoonlijkheidsstoornis NAO. Het type delict dat hij heeft gepleegd is divers hoewel de helft van de patiënten een zeer ernstig delict gepleegd heeft ((poging tot) moord/doodslag). Toch lijkt hij eerder een generalist dan een specialist en zijn de delicten mogelijk vooral druggerelateerde misdrijven.

‘De patiënt met seksuele problematiek & delictgedrag’ (Klasse 4)

Klasse 4 laat een congruent beeld zien tussen de As-I stoornis en het delict. De tbs-gestelde lijdt aan een seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis en heeft vooral seksueel grensoverschrijdend gedrag gepleegd bij minderjarigen en, in mindere mate, seksueel grensoverschrijdend gedrag bij meerderjarigen. Hij is vooral specialist, maar een klein aantal tbs-gestelden maakt zich schuldig aan brandstichting en gewelddadig gedrag.

6.3 TOETSING VAN ACHTERGRONDGEGEVENS

In deze paragraaf wordt onderzocht of de klassen verschillen op variabelen zoals beschreven in Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 5. Hierbij is zoveel mogelijk uitgegaan van de opbouw en de volgorde van de beschrijvende gedeeltes in beide hoofdstukken. Kenmerkend aan de verschillende variabelen is

dat sommige meer dynamisch of juist meer statisch zijn. Achtereenvolgens worden de belangrijkste bevindingen beschreven. Deze zijn ook in Tabel 1 en 2 in Bijlage 6A terug te vinden.

6.3.1 Toetsing van kenmerken onderzoekspopulatie

Persoonsgegevens

In de totale tbs-populatie is sprake van een oververtegenwoordiging van mannen en dit geldt ook voor de vijf gevonden klassen. De vijf klassen verschillen niet significant in de verdeling mannen en vrouwen ($\chi^2=5.0$; $p=.29$). Er worden echter geen vrouwen gevonden in Klasse 5. In vergelijking met de algemene bevolking zijn allochtonen licht oververtegenwoordigd in de tbs-populatie. Deze (lichte) oververtegenwoordiging geldt niet voor elke klasse ($\chi^2=13.5$; $p=.01$). In Klasse 3 blijken significant meer allochtone tbs-gestelden voor te komen dan in Klasse 4 ($F(4,166)=3.57$, $p=.01$). De leeftijd van de patiënten in Klasse 4 op het moment van de scoring ($m=44.4$, $sd=10.2$) ligt hoger dan dat van de patiënten in Klasse 1 ($m=36.5$, $sd=8.5$) ($F(4,175)=2.60$, $p=0.04$).

Persoonlijke voorgeschiedenis

Uit Hoofdstuk 3 over de onderzoekspopulatie blijkt dat het grootste deel van de onderzoekspopulatie het voortgezet onderwijs heeft gevolgd (zie Paragraaf 3.2.2). Gemiddeld hebben de patiënten in Klasse 3 een hogere opleiding gevolgd dan patiënten in Klasse 1 en 2 ($F(4,175)=5.17$; $p=.001$). Dit hogere gemiddelde wordt veroorzaakt door een uitschieter van zeven patiënten uit deze klasse die hoger onderwijs heeft gevolgd. Twee van deze patiënten hebben het hoger onderwijs ook daadwerkelijk afgerond met een diploma.

Verder bleek uit het dossieronderzoek dat 17.2% van de onderzoekspopulatie werk had ten tijde van het indexdelict. De dagbesteding ten tijde van het indexdelict is niet gelijk verdeeld over de vijf klassen ($\chi^2=26.57$; $p=.001$). Patiënten in Klasse 4 hadden gemiddeld vaker werk (55%) dan patiënten in Klasse 1 en 5 (respectievelijk 5% en 10%) ($F(4,168)=4.83$; $p=.001$). Er zijn geen significante verschillen gevonden

tussen de klassen met betrekking tot de burgerlijke staat van de patiënten. Wel is er een significant verschil wat betreft het hebben van kinderen: de patiënten in Klasse 2 hebben gemiddeld vaker één of meerdere kinderen dan de patiënten in Klasse 1 ($F(4,173)=2.84, p=.03$).

In Paragraaf 3.2.2 staat beschreven dat de patiënten in de onderzoekpopulatie gemiddeld negen negatieve life-events hebben meegemaakt. Het blijkt dat er geen verschillen tussen de vijf klassen zijn in het aantal negatieve life-events. Van de life-events die bij meer dan 5% van de patiënten voorkwamen, zijn bij vijf life-events significante verschillen tussen de klassen gevonden. Zo zijn patiënten in Klasse 4 vaker seksueel misbruikt (52%) dan patiënten uit Klasse 1 en 5 (respectievelijk 13% en 5%) ($F(4,169)=3.40, p=.01$). Patiënten in Klasse 4 zijn ook vaker gepest (71%) dan patiënten uit Klasse 2 en 3 (respectievelijk 29% en 26%) ($F(4,170)=2.75, p=.03$). Problemen met alcohol en/of drugs komt vaker voor bij patiënten in Klasse 1, 2 en 5 (respectievelijk 83%, 86% en 95%) dan bij patiënten in Klasse 4 (50%) ($F(4,175)=4.80, p=.001$). Patiënten in Klasse 3 zijn voor hun 18e levensjaar vaker gemigreerd of drie keer of vaker verhuisd (57%) dan patiënten in Klasse 4 (14%) ($F(4,170)=3.08, p=.02$). Ten slotte hebben patiënten in Klasse 1 en Klasse 5 vaker zelf problemen met huisvesting (respectievelijk 55% en 65%) dan patiënten uit Klasse 4 (18%) ($F(4,170)=3.21, p=.01$).

Wat betreft de traumatische ervaringen die een patiënt in de eerste drie levensjaren meegemaakt heeft, is alleen het middelengebruik van ouders in deze periode significant verschillend tussen de klassen: dit komt bij Klasse 5 (35%) vaker voor dan bij Klasse 4 (0%) ($F(4,150)=2.68, p=.03$).

Hulpverlenings- en justitiële voorgeschiedenis

In Paragraaf 3.2.3 is aangegeven dat de meerderheid van de onderzochte patiënten voor de huidige tbs-oplegging één of meerdere keren met een hulpverlenende instantie in aanraking is geweest. In elke klasse, met uitzondering van Klasse 4, is het percentage patiënten dat zowel ooit eerder opgenomen is geweest als eerder ambulante hulpverlening heeft gehad, het grootst. Het grootste en het enige significante verschil bevindt zich tussen Klasse 1 en Klasse 4: patiënten in Klasse 1 hebben vaker in hun verleden

een opname en ambulante hulp gehad (58%) dan patiënten in Klasse 4 die vaker alleen ambulante hulp hebben gekregen (32%) of helemaal geen eerdere hulpverleningservaringen hebben (32%) ($F(4,173)=2.41$, $p=.05$). Het vóórkomen van suïcidepogingen verschilt niet significant tussen de patiënten van de verschillende klassen.

In Paragraaf 3.2.3 staan ook de gegevens van de eerdere veroordelingen, maatregelen en straffen van recidivisten genoemd. De gemiddelde leeftijd bij de eerste veroordeling van de groep recidivisten is 22.1 jaar. Patiënten in Klasse 4 zijn gemiddeld ouder ($m=29.2$, $sd=12.7$) dan patiënten in Klasse 1 ($m=21.2$, $sd=7.1$) ($F(4,173)=4.33$, $p=.001$). Verder hebben patiënten uit deze klasse vaker een eerder zedendelict gepleegd dan patiënten uit de andere klassen ($F(4,142)=9.88$, $p=.001$). Bedreiging komt vaker voor bij patiënten uit Klasse 2 dan bij patiënten uit Klasse 4 ($F(4,142)=3.09$, $p=.02$). Diefstal komt vaker voor bij patiënten uit Klasse 2 dan bij patiënten uit Klasse 4 ($F(4,142)=3.21$, $p=.02$). Bij andere eerdere delicten zijn geen significante verschillen gevonden. Wat betreft de eerdere maatregelen, is een significant verschil gevonden bij IBS en RM. De maatregel IBS en RM komen vaker voor bij patiënten uit Klasse 3 (respectievelijk 49% en 41%) vergeleken met patiënten uit Klasse 2, 4 en 5 (IBS: respectievelijk 10%, 0% en 0%, RM: respectievelijk 6%, 0% en 5%) ($F(4,171)=3.86$, $p=.01$; $F(4,174)=3.71$, $p=.01$).

Kenmerken van het huidige traject van tenuitvoerlegging

De gemiddelde leeftijd van de totale onderzoekspopulatie tijdens de oplegging van de tbs-maatregel is 32.1 jaar (zie Paragraaf 3.2.4). Deze leeftijd verschilt tussen de vijf gevonden klassen ($F(4,173)=2.52$; $p=.04$). Patiënten in Klasse 4 zijn gemiddeld ouder ($m=37.1$, $sd=12.1$) tijdens de oplegging van de tbs-maatregel dan patiënten in Klasse 1 ($m=30.0$, $sd=8.9$). De gemiddelde verblijfsduur en het aantal klinieken waarin de patiënten hebben verbleven, verschillen niet tussen de vijf klassen. Ook verschillen de vijf klassen niet in de verhouding tussen first offenders en recidivisten. Het plegen van een delict uit één categorie met een strafdreiging van meer dan vier jaar komt het meeste voor in alle klassen met uitzondering van Klasse 4 ($\chi^2=42.5$;

p=.001). In Klasse 4 hebben de meeste patiënten meerdere delicten uit één categorie met een strafdreiging van meer dan vier jaar gepleegd.

Als gekeken wordt naar de DSM-classificaties³⁶ zoals ze gebruikt worden in de FPC's dan blijkt dat de hoofddiagnoses significant verschillend zijn, wat te verwachten was aangezien de LCA daarop is gebaseerd. Alle overige classificaties, waaronder zwakbegaafdheid/zwakzinnigheid, zijn niet significant verschillend tussen de klassen.³⁷ Patiënten in Klasse 3 hebben wel vaker geen diagnose op As-II dan patiënten in Klasse 5 ($F(4,175)=3.2$, $p=.02$). Daarnaast is de gemiddelde GAF-score lager bij patiënten uit Klasse 1 vergeleken met Klasse 2, 4 en 5 en hoger bij patiënten uit Klasse 5 vergeleken met Klasse 3 ($F(4,171)=5.4$, $p=.001$).

6.3.2 Toetsing van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel

Opnamefase, diagnostisch onderzoek en risicotaxatie

Na oplegging van de tbs-maatregel verblijven patiënten meestal eerst in detentie voordat ze in een tbs-kliniek opgenomen worden. Patiënten in Klasse 2 ($m=23.2$, $sd=14.9$) verblijven gemiddeld langer in detentie dan patiënten in Klasse 1 ($m=15.2$, $sd=7.6$) ($F(4,171)=3.5$, $p=.01$). Het aantal klinieken waar de patiënten verbleven en het voorkomen van een zesjaarsverlenging zijn niet significant verschillend tussen de klassen.

De uitvoering van de diagnostiek en de afname van de delictanalyse is niet significant verschillend gebleken tussen de vijf klassen met uitzondering van de SVR-20.³⁸ De SVR-20 verschilt tussen de klassen ($F(4,169)=14.9$, $p=.001$): de SVR-20 is – uiteraard – het frequents ingevuld bij patiënten uit Klasse 4 (81%) vergeleken met alle andere klassen (5-33%). Daarnaast is er ook een significant verschil gevonden tussen Klasse 1 (33%) ten opzichte van Klasse 3 (5%), waarbij in Klasse 1 vaker de SVR-20 werd ingevuld.

³⁶ Het gaat hierbij over alle DSM-classificaties en niet alleen over de hoofddiagnoses.

³⁷ Binnen elke klasse moet men wel alert zijn op de verschillen tussen zwakbegaafde en normaalbegaafde patiënten, omdat dit niet onderscheidend is als variabele.

³⁸ SVR-20: Sexual Violence Risk-20.

Sociotherapeutisch milieu en arbeid, vrije tijd en scholing

Het sociotherapeutisch milieu kan, door een tekort aan informatie uit de dossiers, helaas niet worden getoetst. Deelname aan arbeid, vrije tijdsbesteding en scholing zijn niet significant verschillend tussen de klassen. Met betrekking tot scholing zijn er wel significante verschillen binnen de klassen ($\chi^2=10.7$; $p=.03$). Binnen Klasse 1 en 3 is het percentage patiënten dat wel of geen onderwijs volgt gelijk. Bij de overige klassen is het percentage patiënten dat onderwijs volgt groter dan het percentage dat geen onderwijs volgt.

Opgestelde behandeldoelen

Tijdens het scoren van de dossiers zijn de opgestelde doelen uit de meest recente behandelplannen genoteerd. Doelen met betrekking tot medicatie en onderwijs blijken de enige doelen die significant verschillen tussen de verschillende klassen. Doelen met betrekking tot onderwijs zijn vaker opgesteld bij patiënten uit Klasse 2 (38%) dan bij patiënten uit Klasse 1, 3 of 4 (respectievelijk 8%, 10% en 0%) ($F(4,168)=6.5$, $p=.001$). Doelen met betrekking tot medicatie komen juist vaker voor bij patiënten uit Klasse 3 (56%) dan bij patiënten uit Klasse 2 en 5 (17% en 16%) ($F(4,168)=5.3$, $p=.001$).

Behandelaanbod en fasering

De fase van behandeling waar de patiënten zich in bevinden op het moment van het scoren van de dossiers is niet significant verschillend tussen de klassen. Er zijn wel significante verschillen tussen enkele behandelinterventies. Zo wordt schemagerichte therapie vaker gevolgd door patiënten uit klasse 5 (67%) dan door patiënten uit één van de andere klassen (0-20%) ($F(4,67)=4.6$, $p=.001$). Dadergroepen komen volgens de dossiers vaker voor bij patiënten in Klasse 4 (55%) dan bij patiënten uit Klasse 5 (0%) ($F(4,56)=3.0$, $p=.03$). Vaardigheidstrainingen met betrekking tot agressiehantering worden vaker gegeven aan patiënten uit Klasse 2 (57%) dan aan patiënten uit Klasse 1, 3 en 4 (respectievelijk 14%, 21% en 13%) ($F(4,113)=4.8$, $p=.001$), terwijl vaardigheidstrainingen met betrekking tot psycho-educatie vaker voorkomen bij patiënten uit Klasse 3 (54%) dan

bij patiënten uit Klasse 2 en 5 (respectievelijk 7 en 8%) ($F(4,111)=5.3$, $p=.001$). Als de behandelingen geclusterd worden in vijf hoofdcategorieën dan is alleen het aanbod van delictbehandeling nog significant verschillend tussen de klassen. Deze behandeling komt vaker voor bij patiënten uit Klasse 4 (59%) dan bij patiënten uit Klasse 1 (23%) ($F(4,175)=2.6$, $p=.04$). Wat betreft de farmacotherapie zijn er ook enkele significante verschillen. Zo gebruiken patiënten uit Klasse 1 en 3 vaker antipsychotica (respectievelijk 77% en 76%) dan patiënten uit de andere klassen (21-36%) ($F(4,164)=11.0$, $p=.001$). Hormonale libidoremmers worden voornamelijk gebruikt door patiënten uit Klasse 4 (35%) ($F(4,164)=12.8$, $p=.001$).

6.4 VALIDERING EN REPLICERBAARHEID VAN DE VIJF KLASSEN

Op basis van deze gegevens is de vraag of deze profielen (beter) geschikt voor behandelindicatie niet goed te beantwoorden. Een aantal bevindingen bieden onzes inziens wel aanknopingspunten dat de profielen een meerwaarde kunnen hebben. Zo zijn de vijf klassen (in drie separate focusgroepen) besproken met de leden van het LBHIV (Landelijke Beraad Inhoudelijk Hoogst Verantwoordelijken), een groep behandelaren vanuit verschillende FPC's en een groep onderzoekers vanuit de Onderzoekers Taskforce (OTF; zie Bijlage 1B voor de data en deelnemers). De vijf klassen waren voor de deelnemers van twee van de drie focusgroepen zeer herkenbaar voor de forensische praktijk. Daarnaast blijkt dat de verdeling van de klassen over de klinieken significant verschilt: niet alle klinieken hebben bijvoorbeeld patiënten uit Klasse 5 en sommige klinieken hebben relatief gezien meer patiënten uit Klasse 2 (zie Bijlage 6C voor een nadere uitwerking).

Wat betreft replicerbaarheid van de gevonden profielen zijn de uitkomsten van een zeer recent onderzoek van Bogaerts & Spreen (2011) van belang. In dit onderzoek hebben Bogaerts en Spreen (2011) 234 psychotisch tbs-gestelden en 348 persoonlijkheidsgestoorden onderzocht. Zij vonden drie profielen die overeenkomen met respectievelijk Klasse 3, Klasse 1 en Klasse 2 van het huidige onderzoek. Het eerste profiel noemden zij het 'zuivere psychotische profiel' omdat de patiënten in deze groep nauwelijks een

gerechtelijk verleden hebben, weinig temaken hadden met middelen misbruik, hulpverlening en gedragsproblemen voor het 12e levensjaar. Er is in deze groep geen sprake van een 'antisociale driehoek', namelijk de combinatie van cluster B persoonlijkheidsstoornissen, impulsiviteit en vijandigheid. Het tweede profiel noemden zij het 'gemengde profiel' dat gekenmerkt is door een combinatie van schizofrenie en een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Criminele antecedenten, gedragsproblemen vóór het 12e levensjaar, contacten met hulpverlening en middelenmisbruik komen vaker voor. Bij deze groep is er wel sprake van een antisociale driehoek (combinatie van cluster B persoonlijkheidsstoornissen, impulsiviteit en vijandigheid) maar in veel mindere mate dan in het derde profiel. Het derde profiel komt zeer sterk overeen met de antisociale patiënt. Deze groep scoort zeer problematisch op cluster B persoonlijkheidsstoornissen, impulsiviteit en vijandigheid. In het verleden vertoonde deze groep ernstige gedragsproblemen vóór het 12e levensjaar, kwam geregeld in contact met hulpverlening en had veel problemen met middelenmisbruik. De groep zedendelinquenten werd in deze studie niet onderzocht (Bogaerts & Spreen, 2011).

6.5 SAMENVATTENDE PARAGRAAF

In dit hoofdstuk zijn vijf onderzoeksvragen aan de orde gekomen, die in de onderstaande alinea's beantwoord worden: 'Zijn er onderscheidbare profielen op te stellen van tbs-gestelden uitgaande van psychopathologie, delictkenmerken, risicofactoren en achtergrondkenmerken?', 'Zijn de behandeling en het formele kader afhankelijk van de opgestelde profielen?', 'Is hetgeen gebeurt tijdens de behandeling afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden?', 'Zijn de gevonden profielen (beter) geschikt voor behandelindicatie?' en 'Zijn de gevonden profielen repliceerbaar?'

De onderzoeksvraag of er onderscheidbare profielen op te stellen zijn van tbs-gestelden kan bevestigend worden beantwoord. Er zijn vijf onderscheidbare profielen gevonden op basis van de meest voorkomende hoofddiagnoses op As-I en As-II en het indexdelict. In Klasse 1 zitten psychotische patiënten met meervoudige problematiek.

Zij lijden aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis, hebben een persoonlijkheidsstoornis cluster B en in mindere mate een persoonlijkheidsstoornis NAO. Het type gepleegde delict is divers waardoor patiënten in deze klasse eerder generalisten dan specialisten lijken te zijn. Patiënten in Klasse 1 zijn in het verleden vaak opgenomen of hebben ambulante hulp ontvangen. De tijd welke zij in detentie zitten vóór opname in een tbs-kliniek is het kortst voor patiënten in deze klasse. De meeste van hen krijgen antipsychotica voorgeschreven en zij scoren gemiddeld het laagst op de meest recente GAF-score van de DSM-IV.

De patiënten in Klasse 3 lijden ook aan schizofrenie of aan een andere psychotische stoornis. Patiënten in deze klasse worden ‘de typisch psychotische patiënt’ genoemd. Wanneer er bij hen al sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, dan is deze minder geprononceerd dan bij tbs-gestelden in de andere klassen. Zij hebben in de meeste gevallen een zeer ernstig delict gepleegd: (poging tot) moord en (poging tot) doodslag. In deze klasse hebben patiënten gemiddeld een hogere opleiding en hebben ze in het verleden vaak een IBS en/of een RM gehad. De meeste van de patiënten in Klasse 3 krijgen antipsychotica voorgeschreven en in hun behandelplan staat medicatie vaak als expliciet behandeldoel genoemd. Patiënten in Klasse 3 volgen vaak een vaardigheidstraining gericht op psycho-educatie.

De tbs-gestelden in Klasse 2 hebben een duidelijke signatuur: zij hebben vooral een persoonlijkheidsstoornis cluster B en het antisociale gedrag dat zij vertonen, lijkt in relatie te staan met ernstig middelenmisbruik. In de meerderheid van de gevallen hebben patiënten in Klasse 2 een ernstig levensfeit gepleegd maar andere delicten komen eveneens in deze klasse voor. Patiënten in deze klasse hebben vaker kinderen. Behandeldoelen hebben vaak betrekking op onderwijs en zij volgen dikwijls een vaardigheidstraining ten behoeve van agressiehantering.

De tbs-gestelden in klasse 5 zijn niet gemakkelijk te typeren en deze klasse heeft de naam ‘de onder invloed verkerende patiënt’ gekregen. Patiënten in deze klasse hebben een aan middelen gebonden stoornis en een persoonlijkheidsstoornis NAO. Het type delict dat zij hebben gepleegd is divers. Wel heeft de helft van de patiënten een zeer ernstig delict

gepleegd: (poging tot) moord/doodslag. Deze patiënten lijken eerder generalisten dan specialisten en de delicten kunnen worden gezien als druggerelateerde misdrijven. In deze klasse komen geen vrouwen voor en het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van deze patiënten is het hoogste vergeleken met de andere klassen. Bij patiënten in Klasse 5 worden individuele afspraken omtrent druggebruik met enige regelmaat geschonden.

In Klasse 4 zitten patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag en is een congruent beeld te zien tussen de As-I stoornis en het type delict. De tbs-gestelden in deze klasse hebben een seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis en hebben vooral seksueel grensoverschrijdend gedrag gepleegd bij minderjarigen en, in mindere mate, seksueel grensoverschrijdend gedrag bij meerderjarigen. Zij zijn vooral specialisten al maakt een klein aantal van hen zich (mede) schuldig aan brandstichting en gewelddadig gedrag. In deze klasse komen in verhouding meer autochtonen voor en de gemiddelde leeftijd - ten tijde van het onderzoek - ligt hoger. Deze patiënten zijn in het verleden vaak gepest en seksueel misbruikt, maar hebben in verhouding minder problemen met middelen. Patiënten in Klasse 4 zijn in het verleden minder vaak in contact geweest met eerdere hulpverlening en hadden vaker werk ten tijde van het indexdelict. Als indexdelict plegen zij dikwijls meerdere delicten uit één categorie met een strafdreiging van meer dan vier jaar.

Wat betreft de onderzoeksvragen 'Zijn de behandeling en het formele kader afhankelijk van de opgestelde profielen?' en 'Is hetgeen gebeurt tijdens de behandeling afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden?' is het antwoord minder eenduidig. Het formele kader lijkt niet afhankelijk te zijn van het profiel van de tbs-gestelden. Patiënten met een psychotische meervoudige problematiek verblijven gemiddeld korter in detentie voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek. Wat betreft de behandeling zijn er wel bepaalde patronen te herkennen. Zo verblijven patiënten uit Klasse 1, voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek, gemiddeld korter in detentie en gebruiken ze vaker antipsychotica. De patiënten uit Klasse 3 gebruiken ook vaker antipsychotica en hebben ook vaker doelen

met betrekking tot medicatiegebruik in hun behandelplan staan. Ze volgen vaker vaardigheidstrainingen met betrekking tot psycho-educatie. Patiënten uit Klasse 2 hebben vaker doelen met betrekking tot onderwijs in hun behandelplan en volgen vaker vaardigheidstrainingen met betrekking tot agressiehantering. Patiënten uit Klasse 5 volgen vaker schemagerichte therapieën bij hen is vaker sprake van schendingen van individuele afspraken over druggebruik. Daarnaast krijgen deze patiënten in verhouding vaker delictbehandeling en krijgen zij libidoremmende medicatie voorgeschreven.

De onderzoeksvraag of de gevonden profielen (beter) geschikt zijn voor behandelindicatie is op basis van de huidige gegevens niet goed te beantwoorden. De onderzoeksvraag of de gevonden profielen replicerbaar zijn, kan bevestigend beantwoord worden. Voor de drie groepen typisch psychotische patiënten, patiënten met meervoudige problematiek en antisociale patiënten zijn overeenkomsten gevonden in ander onderzoek (Bogaerts & Spreen, 2011).

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie-Visser die op 10 oktober 2006 door de toenmalige minister van Justitie aan de Tweede Kamer zijn voorgelegd. Een belangrijke aanbeveling was het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek in de tbs-sector waaronder “het uitvoeren van een inventariserend, beschrijvend onderzoek naar de huidige tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel”. In dit onderzoek is de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel beschreven. Daarnaast zijn profielen van tbs-gestelden opgesteld op basis van delictkenmerken, psychopathologie en achtergrondkenmerken.

Aan het onderzoek lagen vier probleemstellingen ten grondslag:

- (1) Het is onduidelijk wat er gebeurt met de tbs-gestelden tijdens het traject van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel;
- (2) Het is niet duidelijk wie en met welke reden betrokken is bij de tenuitvoerlegging en op welke wijze het formele kader een rol speelt;
- (3) Het is onduidelijk hoe de wijze van daadwerkelijke tenuitvoerlegging zich verhoudt ten opzichte van wat bekend is uit de wetenschappelijk literatuur;
- (4) Het is onduidelijk of de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel afhankelijk is van kenmerken van de tbs-gestelden en of er groepen tbs-gestelden zijn die beter passen binnen de gestelde zorgprogramma's dan anderen.

Het onderzoek bestond uit twee delen. In het eerste deel zijn de kenmerken van de onderzoekspopulatie, de vormgeving van de tenuitvoerlegging, het formele wettelijk kader en de knelpunten beschreven. Evenals de vraag over hoe de tenuitvoerlegging - en dan met name de behandeling - aansluit bij het wetenschappelijk onderzoek. In het tweede deel zijn, op basis van relaties tussen individuen en individuenkenmerken, homogene profielen van de groep onderzochte tbs-gestelden opgesteld.

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van

verschillende onderzoeksmethoden (multi-method): literatuursynthese, dossieronderzoek, interviews en focusgroepen. In de 13 FPC's zijn 180 casussen aselekt getrokken uit de populatie die op dat moment in de kliniek aanwezig was om een representatief beeld te geven van de tbs-populatie. De patiënten van na 1 februari 2000 maakten deel uit van de steekproef. De representativiteit is op zes kenmerken (geslacht, leeftijd, delictcategorie, primaire stoornis, nationaliteit en IQ) onderzocht en kwam overeen met de persoons- en delictkenmerken van de totale tbs-populatie. Hierna worden de belangrijkste conclusies per onderzoeksvraag weergegeven.

Onderzoeksvraag 1:

Wat zijn de kenmerken van de geselecteerde casussen uitgaande van bestaande gegevens?

De overgrote meerderheid van de patiënten in de steekproef is man en heeft de Nederlandse nationaliteit. Bijna 29% van de populatie heeft een allochtone achtergrond. De gemiddelde leeftijd op het moment van de oplegging van de tbs-maatregel is 32 jaar. Het grootste deel van de onderzoekspopulatie heeft voortgezet onderwijs gevolgd (74.4%). Ten tijde van het delict had meer dan 80% geen dagbesteding, zoals werk of opleiding. Bij de oplegging van de tbs-maatregel had ongeveer 15% van de onderzoekspopulatie een relatie; negen van deze 28 patiënten waren gehuwd. Vijftig patiënten (28%) hebben één of meerdere kinderen.

Bij een grote groep patiënten is sprake van negatieve life-events, zoals problemen met school, werk, geld en huisvesting, verslaving, echtscheiding en overlijden van ouders en opname in een tehuis voor het 18e levensjaar. Bijna één derde van de onderzoekspopulatie werd vóór het derde levensjaar verwaarloosd. De meerderheid van de patiënten is voor de tbs-oplegging in contact gekomen met een of meerdere hulpverlenende instanties. Meer dan 80% van de onderzoekspopulatie heeft een justitiële voorgeschiedenis. Bij de civielrechtelijke maatregelen komt de (V)OTS het meeste voor (19%) en bij de strafrechtelijke maatregelen zijn de voorwaarden jeugdreclassering het vaakst voorkomend (19%). Daarnaast was meer dan 60% eerder gedetineerd en heeft 35% in het verleden een taakstraf gekregen.

Inzake het indexdelict is (poging tot) moord of doodslag het meest frequent, gevolgd door zedendelicten, delicten in de categorie 'bedreiging, afpersing en vrijheidsberoving' en geweldsdelicten. Een kleine groep heeft als indexdelict brandstichting of diefstal (met en zonder geweld). De aan middelen gebonden stoornis (70.2%) en schizofrenie of een andere psychotische stoornis (39%) zijn de meest voorkomende classificaties op As-I. In afnemende zin komen ontwikkelingsstoornissen, seksuele en genderidentiteitsstoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen voor. Op As-II is 40% van de patiënten geclassificeerd met een cluster B persoonlijkheidsstoornis en 35% met een persoonlijkheid NAO. Zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid komt in 23% van de gevallen voor. De meest voorkomende dubbeldiagnose is een cluster B persoonlijkheidsstoornis met een aan middelen gebonden stoornis. Andere dubbeldiagnoses die vaker voorkomen, zijn een persoonlijkheidsstoornis NAO met een aan middelen gebonden stoornis en schizofrenie of een andere psychotische stoornis met een aan middelen gebonden stoornis.

Onderzoeksvraag 2:

In welke fase van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel bevinden de geselecteerde casussen zich?

Het beantwoorden van deze onderzoeksvraag wordt bemoeilijkt doordat vier klinieken niet expliciet gebruik maken van behandelfasen. Klinieken die wel gebruik maken van fasen, onderscheiden drie fasen: instroomfase (diagnostiek en observatie), doorstroomfase (behandeling) en uitstroomfase (resocialisatie). Het grootste deel van de patiënten zit in de behandelfase en wat betreft verlofstatus hebben de meeste geen of begeleid verlof.

Onderzoeksvraag 3:

Op welke wijze is de tenuitvoerlegging vormgegeven in de periode van het volledige verblijf in de huidige kliniek?

De tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel kent verschillende onderdelen. In de meeste klinieken komen nieuwe patiënten terecht op een aparte opname- en diagnostiekafdeling. Tijdens deze eerste fase wordt informatie

over de patiënten verzameld, vinden gesprekken plaats en wordt diagnostisch onderzoek verricht. Bij meer dan 70% van de patiënten heeft diagnostisch onderzoek plaatsgevonden in de kliniek waar ze ten tijde van het onderzoek verblijven. Zeven van de 13 klinieken maken gebruik van een standaardtestbatterij voor diagnostiek bij opname, al dan niet aangevuld met verdiepende diagnostiek. Op basis van de meest recente risicotaxatie wordt duidelijk dat bij 58% van de patiënten meerdere instrumenten wordt afgenomen zoals de HCR-20 aangevuld met negen items van de HKT-30, de HKT-30, de SVR-20 en/of de PCL-R. De eerste risicotaxatie na opname vindt, volgens richtlijnen, bij 11 klinieken plaats tussen de tweede en de twaalfde maand, waarbij een meerderheid van de klinieken een maximale termijn van drie maanden in acht neemt.

Over de vormgeving van het sociotherapeutisch milieu wordt in slechts 22 dossiers expliciet geschreven. De vormgeving ligt vooral op het bieden van structuur, het ondersteunen van patiënten bij de verzorging en het zoeken van geschikte activiteiten die passen bij de mogelijkheden van de patiënt. Wel wordt in de dossiers veel informatie over behandeldoelen met betrekking tot psychotherapie gevonden.

Wat betreft arbeid, scholing en vrijetijdsbesteding: meer dan 75% van de patiënten had tijdens het onderzoek betaalde of onbetaalde arbeid, ongeveer 46% volgde onderwijs en meer dan 70% had een vrijetijdsbesteding. Patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen en zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid volgden minder onderwijs. Tussen het tweede en vierde verblijfsjaar vinden de meeste activiteiten plaats.

Informatie over behandeldoelen zijn veelvuldig terug te vinden in de meest recente behandelplannen en hebben vooral betrekking op de psychotherapie, de behandeling door psychologen, psychiaters en psychotherapeuten, dagbesteding, drugs- en alcoholbeleid, risicofactoren en systeemgerichte, non-verbale en farmacologische behandeling. Doelen met betrekking tot onderwijs, financiële en andere praktische regelingen en non-verbale behandeling, komen vooral in de eerste vier jaar voor. Doelen met betrekking tot vrijheden en verlof worden vooral opgesteld bij patiënten die 4 tot 6 jaar in een tbs-kliniek verblijven. Doelen met betrekking tot de

resocialisatie worden tijdens het gehele traject opgesteld met een piek na het zesde jaar.

Alle klinieken maken gebruik van zorgprogramma's: vier klinieken maken gebruik van de landelijke zorgprogramma's en de andere klinieken gebruiken eigen zorgprogramma's. De programma's geven de kaders aan van waaruit wordt gewerkt. Het behandelaanbod is uiteenlopend doch kan in vijf categorieën worden geclusterd: behandeling in het kader van het delict, psycho-educatie en therapieën, vaardigheidstrainingen, non-verbale therapieën en maatschappelijk werk. Het blijkt dat patiënten met seksuele en genderidentiteitsstoornissen die een zedendelict hebben gepleegd, vaker een delictbehandeling volgen dan patiënten met andere stoornissen. Opvallend is dat allochtone patiënten vaker maatschappelijk werk en non-verbale therapieën volgen dan autochtone patiënten. Psycho-educatie en andere therapieën worden vooral individueel gegeven. Vaardigheidstrainingen vinden vooral groepsgewijs plaats en non-verbale therapieën en delictbehandeling zijn ongeveer gelijk verdeeld. Over behandelduur en -intensiteit is weinig informatie beschikbaar. Uit de dossiers blijkt dat één derde van de behandelingen is afgerond (of voortijdig afgebroken) en dat één derde ten tijde van het onderzoek nog lopende is. Bij de overige behandelingen ontbrak de informatie.

Ongeveer de helft van de patiënten krijgt farmacotherapie voor psychotische decompensatie en somatische aandoeningen en ongeveer één derde van de patiënten krijgt stemmingsstabilisatoren. Farmacotherapie voor middelenafhankelijkheid/verslaving, impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit of de seksuele component komt minder vaak voor. Bijna 95% van de patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen krijgt antipsychotica toegediend en ongeveer 32% van de patiënten met seksuele en genderidentiteitsstoornissen krijgt hormonale libidoremmers voorgeschreven.

Behandeldoelen worden regelmatig opgesteld, aangepast en geëvalueerd tijdens behandelplanbesprekingen. Bij 10 van de 13 klinieken vinden behandelplanbesprekingen twee keer per jaar plaats, bij twee klinieken vindt deze evaluatie drie of vier keer per jaar plaats en bij één

kliniek één keer per jaar. Ongeoorloofde afwezigheid tijdens het laatste half jaar komt bij één patiënt voor en twee patiënten uit de onderzoekspopulatie zijn tijdens hun tbs-maatregel gerecidiveerd. Ongeveer 13% van de patiënten heeft tijdens het laatste half jaar drugs of alcohol gebruikt en 26% heeft individuele afspraken over behandeling geschonden. Het gebruik van dwang- en drangmiddelen komt voor zoals beschreven in de Beginselenwet, vooral in de vorm van afzondering, separatie of het intrekken van verloven en vrijheden. Dwangmedicatie en brief- of telefonische censuur komen weinig voor.

Onderzoeksvraag 4:

Wat is het formele kader waarmee de geselecteerde casus tijdens de tenuitvoerlegging te maken krijgt?

Het meest gevolgde formele kader is de Beginselenwet of een combinatie van de Beginselenwet en de BOPZ. Slechts eenmaal wordt de Beginselenwet in combinatie met de WGBO en eveneens eenmaal de Beginselenwet in combinatie met zowel de WGBO als de BOPZ opgegeven. Het formele kader is voor alle klinieken ook een richtlijn voor het aanbod van de drang- en dwangmaatregelen en voor hun beleid ten aanzien van ongeoorloofde afwezigheid.

Onderzoeksvraag 5:

Tegen welke knelpunten lopen de bij de casus betrokkenen aan? Welke gevolgen heeft dit voor de tenuitvoerlegging (behandeling, behandeltraject)?

Knelpunten zijn niet teruggevonden in de dossiers. Tijdens de interviews is specifiek gevraagd naar knelpunten tijdens de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Knelpunten die het meeste genoemd zijn, zijn het langdurige traject voorafgaande aan het verlof door de gewijzigde externe procedures, de moeizame doorstroom naar vervolginstellingen en de negatieve beeldvorming van de terbeschikkingstelling. Andere knelpunten die meerdere keren genoemd zijn, zijn de leegloop, de grote nadruk op beveiliging in plaats van op behandeling en de verhoogde werkdruk.

Hoewel de geïnterviewden uit één kliniek juist hebben aangegeven dat de werkdruk afneemt. Deze knelpunten komen grotendeels overeen met die door Mevis en Raes (2009) eerder zijn genoemd (zie ook Nagtegaal e.a., 2011). Wat bij alle klinieken terugkomt, is de aangescherpte wetgeving ten gevolge van de politieke gevoeligheid, de maatschappelijke onrust en de mediagevoeligheid. Dit leidt volgens de geïnterviewden tot een verminderd maatwerk op het gebied van behandeling en vrijheden wat aanleiding geeft tot frustraties en ongemotiveerdheid bij patiënten wat een negatief effect heeft op de behandeling. Dit zou ook het behandeltraject vertragen en invloed hebben op de kwaliteit van de behandeling. Een laatste knelpunt heeft betrekking op het gevaar van behandelstagnatie als gevolg van de moeilijke uitstroom.

Onderzoeksvraag 6:

In hoeverre correspondeert de behandeling van tbs-gestelden met inzichten hierover in recente (wetenschappelijke) publicaties en zorgprogramma's van het EFP?

Bij de beantwoording van deze vraag dient rekening gehouden te worden met het feit dat in de dossiers niet alle benodigde informatie ten aanzien van de behandelingen is teruggevonden. Met deze opmerking in het achterhoofd kan voorzichtig geconcludeerd worden dat het zorgprogramma voor patiënten met psychotische kwetsbaarheid het vaakst in de praktijk wordt gebruikt. Behandelingsvormen die in dit onderzoek gevonden zijn in de dossiers zijn: gedragstherapie, psycho-educatie, vaardigheidstrainingen met betrekking tot psycho-educatie, psychomotorische therapie en farmacotherapie. De aanbevolen interventies uit dit zorgprogramma komen goed overeen met de gevolgde behandelingen door de onderzoekspopulatie. Cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie zijn de aanbevolen interventies voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze aanbevolen interventies kwamen iets minder vaak voor bij de onderzoekspopulatie. De best evidence interventiemethodes die het vaakst voorkwamen waren vaardigheidstrainingen gericht op sociale vaardigheden, seksueel en relationeel gedrag en farmacotherapie in de

vorm van hormonale libidoremmers.

De enige evidence-based interventie die in het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen beschreven staat, is cognitieve gedragstherapie en (bij patiënten in de reguliere gezondheidszorg) schemagerichte therapie. Interventies die onder de noemer best evidence geplaatst zijn, zijn dialectische gedragstherapie, systeemtherapie, schema focused therapie, farmacologische interventies en vaktherapieën zoals beeldende therapie en dramatherapie en bepaalde non-verbale therapieën. Vaardigheidstrainingen die hun effectiviteit bewezen hebben, zijn: agressiehanteringstraining, stressinoculatietraining en de Goldsteintraining. De evidence-based en best evidence interventies worden in mindere mate toegepast bij deze doelgroep. Maatschappelijk werk, psychomotorische therapie en therapie door een psycholoog, psychiater of psychotherapeut worden het vaakst aangeboden. Medicatie wordt vooral voorgeschreven bij somatische aandoeningen en bij problemen met stemming en angst.

Het is nogmaals belangrijk te melden dat niet alle details over de behandelvormen in de dossiers gevonden zijn. In het geval van volledige informatie zou dus kunnen blijken dat de aanbevolen interventies wel degelijk worden toegepast.

Onderzoeksvraag 7:

Zijn er onderscheidbare profielen op te stellen van tbs-gestelden uitgaande van psychopathologie, delictkenmerken, risicofactoren en achtergrondkenmerken?

Op grond van latente klasse analyse zijn vijf profielen te onderscheiden: de psychotische patiënt met meervoudige problematiek (Klasse 1), de typisch psychotische patiënt (Klasse 3), de antisociale patiënt (Klasse 2), de onder invloed verkerende patiënt (Klasse 5) en de patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4). Deze profielen kunnen als volgt worden geduid.

‘De psychotische patiënt met meervoudige problematiek’ lijdt aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis, heeft een persoonlijkheidstoornis cluster B en in mindere mate NAO. Het type

gepleegde delict is divers waardoor patiënten in deze klasse eerder generalisten dan specialisten lijken te zijn. Patiënten in deze klasse zijn in het verleden vaak opgenomen of hebben ambulante hulp ontvangen. De tijd welke zij in detentie zitten vóór opname in een tbs-kliniek is het kortst voor patiënten in deze klasse. De meeste van hen krijgen antipsychotica en zij scoren gemiddeld het laagst op de meest recente GAF-score van de DSM-IV. 'De typisch psychotische patiënt' lijdt primair aan schizofrenie of aan een andere psychotische stoornis. Als er al sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, dan is deze minder geprononceerd dan bij tbs-gestelden in andere klassen. Hij heeft een zeer ernstig delict gepleegd mogelijk als gevolg van een psychotische waan of hallucinaties. In deze klasse hebben patiënten gemiddeld een hogere opleiding en hebben ze in het verleden vaak een IBS en/of een RM gehad. De meeste van de patiënten krijgen antipsychotica voorgeschreven en in hun behandelplan staat medicatie vaak als expliciet behandeldoel genoemd. Deze patiënten volgen vaak een vaardigheidstraining gericht op psycho-educatie.

'De antisociale patiënt' heeft een duidelijke signatuur. Hij heeft vooral een persoonlijkheidsstoornis cluster B en het antisociale gedrag dat zij vertonen, lijkt in relatie te staan met ernstig middelenmisbruik. In de meerderheid van de gevallen heeft hij een ernstig levensfeit gepleegd. Patiënten in deze klasse hebben vaker kinderen. Behandeldoelen hebben vaak betrekking op onderwijs en zij volgen dikwijls een vaardigheidstraining ten behoeve van agressiehantering.

'De onder invloed verkerende patiënt' is moeilijker te typeren. Hij heeft een aan middelen gebonden stoornis en heeft een persoonlijkheidsstoornis NAO. Het type delict dat zij hebben gepleegd is divers. Wel heeft de helft van de patiënten een zeer ernstig delict gepleegd: (poging tot) moord/doodslag. Deze patiënten lijken eerder generalisten dan specialisten en de delicten kunnen worden gezien als druggerelateerde misdrijven. In deze klasse komen geen vrouwen voor en het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van deze patiënten is het hoogste vergeleken met de andere klassen. Bij deze patiënten worden individuele afspraken over druggebruik met enige regelmaat geschonden.

‘De patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag’ vertoont een congruent beeld tussen de As-I stoornis en het delict. De tbs-gestelde lijdt aan een seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis en heeft vooral seksueel grensoverschrijdend gedrag gepleegd bij minderjarigen en, in mindere mate, seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen. Zij zijn vooral specialisten, al maakt een klein aantal van hen zich (mede) schuldig aan brandstichting en gewelddadig gedrag. In deze klasse komen in verhouding meer autochtonen voor en de gemiddelde leeftijd – ten tijde van het onderzoek - ligt hoger. Deze patiënten zijn in het verleden vaak gepest en seksueel misbruikt, maar hadden in verhouding minder problemen met middelen. De patiënten in deze klasse zijn in het verleden minder vaak in aanraking gekomen met eerdere hulpverlening en hadden vaker werk ten tijde van het indexdelict. Als indexdelict plegen zij dikwijls meerdere delicten uit één categorie met een strafdreiging van meer dan vier jaar.

Onderzoeksvragen 8 en 9:

Zijn de behandeling en het formele kader afhankelijk van de opgestelde profielen? Is hetgeen gebeurt tijdens de behandeling afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden?

Het formele kader lijkt niet afhankelijk van het profiel van de tbs-gestelden. Wel verblijven psychotische patiënten met meervoudige problematiek gemiddeld korter in detentie voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek. Wat betreft de behandeling zijn er wel bepaalde patronen te herkennen. Door een gebrek aan informatie kon het sociotherapeutisch milieu niet worden getoetst. Deelname aan arbeid, scholing en vrije tijdsbesteding verschilde nauwelijks tussen de klassen.

Doelen met betrekking tot medicatie en onderwijs verschillen significant tussen de verschillende klassen. Doelen met betrekking tot onderwijs zijn vaker opgesteld bij antisociale patiënten (Klasse 2) dan bij psychotische patiënten (Klasse 1 en 3) en patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4). Doelen met betrekking tot medicatie komen juist vaker voor bij typisch psychotische patiënten (Klasse 3) en minder bij antisociale patiënten en onder invloed verkerende patiënten

(Klasse 2 en 5). Er zijn ook significante verschillen te vinden tussen enkele behandelinterventies. Schemagerichte therapie wordt veel vaker gevolgd door onder invloed verkerende patiënten (Klasse 5) dan door patiënten uit één van de andere klassen. Dadergroepen komen volgens de dossiers vaker voor bij patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4) dan bij onder invloed verkerende patiënten (Klasse 5) en ook de overkoepelende categorie delictbehandeling komt vaker voor bij patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4) dan bij patiënten met psychotische meervoudige problematiek (Klasse 1). Antisociale patiënten (Klasse 2) krijgen vaker training voor agressiehantering en psycho-educatie wordt vaker gegeven aan typische psychotische patiënten (Klasse 3). Wat medicatiegebruik betreft, zijn er enkele voor de handliggende verschillen. Psychotische patiënten met meervoudige problematiek en typisch psychotische patiënten (Klasse 1 en 3) gebruiken veel vaker antipsychotica dan patiënten uit de andere klassen. Hormonale libidoremmers worden voornamelijk gebruikt door patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4).

Onderzoeksvragen 10 en 11:

Zijn deze profielen (beter) geschikt voor behandelindicatie en zijn de profielen repliceerbaar?

Op basis van de huidige gegevens is deze vraag niet goed te beantwoorden. Wat wel duidelijk is geworden uit het onderzoek is dat (a) de vijf profielen inhoudelijk worden herkend door deelnemers van twee van de drie focusgroepen, (b) er verschillen zijn tussen de FPC's wat betreft het voorkomen van de profielen en (c) overeenkomstige profielen zijn gevonden in een onderzoek van Bogaerts & Spreen (2011). De indruk bestaat dat patiënten met een verschillend profiel nu binnen één zorgprogramma vallen en dat het daarmee moeilijk is om een geïndividualiseerd behandelprogramma aan te bieden. Mogelijk dat de gevonden indeling in profielen hierbij behulpzaam kan zijn.

Wat betreft de repliceerbaarheid: in het onderzoek van Bogaerts en Spreen (2011) werden sterke overeenkomsten gevonden met drie van de vijf

klassen in dit onderzoek: de typisch psychotische patiënt, de psychotische patiënt met meervoudige problematiek en de antisociale patiënt. Op basis van deze overeenkomsten menen we te mogen stellen dat de door ons gevonden profielen repliceerbaar zijn in een andere steekproef tbs-gestelden en lijkt het de moeite waard om het behandelaanbod meer af te stemmen op patiëntenprofielen die op basis van As-I, As-II en indexdelict zijn verkregen. Dit vraagt om een geïntegreerde behandeling waar rekening wordt gehouden met de comorbiditeit binnen de tbs-populatie.

In de laatste twee decennia zijn in de forensische psychiatrie op basis van wetenschappelijk en klinisch onderzoek, belangrijke stappen gezet in het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling van forensische doelgroepen (Wright e.a., 2009; Waldram, 2008; Krakowski e.a., 2006; Svarthberg e.a., 2004). In hoeverre empirische evidenties uit (internationale) studies ook daadwerkelijk worden toegepast bij de behandeling van tbs-gestelden in Nederland, was tot op heden weinig over bekend. Ten behoeve van de tbs-onderzoeksprogrammering naar aanleiding van de commissie-Visser was onder meer behoefte aan een inventariserend, beschrijvend onderzoek naar de huidige tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Het onderzoek in dit rapport voorziet in deze behoefte. Naast een gedetailleerde en gestructureerde beschrijving van een representatieve steekproef van tbs-gestelden, heeft er een kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de data plaatsgevonden. De kwantitatieve analyse op basis van dossierinformatie biedt onzes inziens de mogelijkheid om de diagnostiek, risicotaxatie en behandeling van tbs-gestelden in een ander licht te bezien. De kwalitatieve analyse via semi-gestructureerde interviews en focusgroepen geeft een verdieping en verdere aanvulling van de informatie over diagnostiek, risicotaxatie en behandeling. Op basis van de resultaten gepresenteerd in de hoofdstukken 3, 5 en 6 en de conclusies in hoofdstuk 7 is er een viertal discussiepunten waar wij bij stil willen staan. Deze punten bespreken we hieronder puntsgewijs waarbij steeds aansluitend aanbevelingen worden gedaan. Deze aanbevelingen worden cursief weergegeven.

8.1 DOSSIERVORMING

Uit dit onderzoek blijkt dat de dossiers, en andere stukken waar toegang toe is gegeven, niet altijd voldoende informatie opleverden om gegevens volledig te scoren. Op basis van de stukken is een redelijk beeld gekregen ten aanzien van het aanbod van vaardigheidstrainingen, maatschappelijk werk en vaktherapieën zoals psychomotorische therapie en dramatherapie.

Een minder goed beeld is gekregen van wat de psycholoog, psychiater en psychotherapeut aan specifieke behandeling geeft. Tijdens interviews en focusgroepen kwam naar voren dat wat de psycholoog, psychotherapeut en psychiater doen, niet altijd expliciet wordt opgeschreven in de dossiers. Er worden wel aantekeningen bijgehouden maar deze worden tot de persoonlijke werkaantekeningen van deze disciplines gerekend en komen daarom minder vaak in de dossiers voor. Wat betreft DSM-classificaties was vanuit de dossiers niet altijd duidelijk wat de hoofddiagnose was en wat de nevendiagnoses waren. Tevens is het een opvallende bevinding dat volgens de dossiers niet bij alle patiënten een delictanalyse is gedaan wat geheel tegengesteld is aan wat vanuit de klinische praktijk wordt genoemd en hetgeen expliciet in de interviews is aangegeven.³⁹

Voor het ontbreken van dergelijke gegevens is een aantal verklaringen te geven welke onder andere in de focusgroepen zijn geopperd: (1) de aandacht van medewerkers is in de afgelopen jaren vooral uitgegaan naar (tijdrovende) zaken zoals de implementatie van de risicotaxatie-instrumenten en het vernieuwde format van verlofaanvragen, (2) het feit dat, in tegenstelling tot de andere disciplines, het in de meeste klinieken nog niet gebruikelijk is dat de psychologische en medische staf systematische verslaglegging aanleveren voor evaluatie- en behandelplanbesprekingen, en (3) er wordt niet altijd expliciet bij het kopje 'therapie' aangegeven welke behandeling wordt gegeven waardoor de kans bestaat dat er een grote onderschatting is van interventies als cognitieve gedragstherapie, schemagerichte therapie en delictanalyse. Desalniettemin is er ruimte voor verbetering van de dossiervoering.

Vanuit het onderzoek is de aanbeveling om behandelvoortgang en -evaluaties (nog) meer systematisch en gestructureerd vorm te geven en daarbij expliciet aan te geven welke patiënt, welke behandeling (en door wie)

³⁹ Dit punt is tijdens de focusgroepen met behandelaren en leden van het LBHIV uitgebreid besproken. Er bestond niet zozeer twijfel over het feit dat de gegevens over delictanalyses niet zijn teruggevonden in de stukken, maar wel of het daarmee gerechtvaardigd is om te concluderen dat er geen delictanalyses worden gedaan.

heeft ontvangen en wanneer deze is gestart en is beëindigd.⁴⁰ In lijn met deze aanbeveling is het advies om niet alleen in het kader van onderzoek gebruik te maken van gestructureerde diagnostiek voor As-I en AS-II problematiek doch dit een standaardonderdeel te laten zijn van het professionele handelen. Niet alleen om daarmee de diagnosestelling te verfijnen doch vooral om de informatie concreet te kunnen gebruiken in de behandeling (cf. Kamphuis, 2011).

8.2 BEHANDELING IN BREDE ZIN

Uit dit onderzoek wordt ook duidelijk dat, hoewel het werken met sociotherapeutische milieus wordt gezien als de core business van de tbs-behandeling, de gehanteerde werkwijze en methode erg summier worden aangegeven in de dossiers. In de meeste dossiers zijn wel de concreet opgestelde en geëvalueerde doelen van de sociotherapie terug te vinden. Hetgeen uit de dossieronderzoek en interviews naar voren komt, is dat het bieden van structuur, het ondersteunen van patiënten bij de verzorging en het zoeken van geschikte activiteiten passend bij de mogelijkheden van de patiënt binnen de sociotherapie voorop staan. Ten aanzien van werk, scholing en vrijetijdsbesteding komt uit de stukken een veel duidelijker beeld naar voren. Deze bevinding sluit goed aan bij de wetenschappelijke evidentie van het belang van zinvolle vrijetijdsbesteding en waardevolle contacten op het werk in het terugdringen van recidive (Bouman, 2009).

Aangezien uit recente studies van Bartak en collega's (2011a, 2011b) blijkt dat een klinische behandeling, die plaatsvindt binnen een ondersteunend sociotherapeutisch milieu, over de gehele linie de beste papieren heeft voor zowel cluster A als cluster B persoonlijkheidstoornissen verdient het aanbeveling dat de forensische psychiatrische centra in gezamenlijkheid een concrete en methodische uitwerking nastreven van sociotherapeutische behandelmilieus.

⁴⁰ De vraag is in welke zin de kwaliteit van dossiervorming binnen de forensische psychiatrie echt afwijkt van hetgeen binnen de algemene psychiatrie/GGz gebeurt. Deze vraag kan alleen goed beantwoord worden door een vergelijkbaar onderzoek te doen binnen GGz-instellingen.

8.3 TOEPASSING WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE

De vergelijking van de huidige behandeling van tbs-gestelden met de inzichten in de landelijke zorgprogramma's en de wetenschappelijke literatuur laat zien dat de toepassing van evidence-based interventies verschilt voor het type psychiatrische problematiek. Patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen worden over de gehele lijn behandeld conform de voor hen aanbevolen interventies zoals cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en farmacotherapie.⁴¹ Dit geldt in mindere mate voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag en patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Bij seksueel delictplegers wordt, naast farmacotherapie, wel gewerkt met best evidence interventiemethodes zoals sociale vaardigheidstrainingen en trainingen gericht op seksueel en relationeel gedrag. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis worden vooral maatschappelijk werk, psychomotorische therapie en therapie door een psycholoog, psychiater of psychotherapeut als interventies gehanteerd. De toepassing van aanbevolen interventies lijkt minder groot bij deze doelgroep. Zoals in de voorgaande paragraaf (dossiervorming) aangegeven, zijn niet alle details over de behandelinterventies in de dossiers teruggevonden. Bij meer informatie zou dus kunnen blijken dat de aanbevolen interventies wel degelijk worden toegepast.

De toepassing van de wetenschappelijke evidentie in de behandeling van forensische psychiatrische patiënten lijkt gelijk op te gaan met hoeveel er over een specifieke patiëntengroep bekend is in termen van effectiviteit. Het verdient aanbeveling om - gezien de prevalentie van middelenmisbruik bij tbs-gestelden - de wetenschappelijke evidentie ten aanzien van verslaving (zie Paragraaf 4.3.5) meer te integreren in het huidige behandelaanbod. Tevens dienen de ontwikkelingen binnen het forensisch netwerk met betrekking tot Routine Outcome Monitoring (ROM),

⁴¹ Dit is in vergelijking met de Verenigde Staten een opvallende bevinding. Drake en Essock (2009) hebben daarover recent het volgende gezegd: 'One overwhelming, regrettable, and disheartening fact about the treatment of schizophrenia in the United States is that few people with this disorder receive well-recognized and highly effective treatments'.

waaronder het initiatief van de Onderzoekers Task Force, gesteund te worden en dient men draagvlak te vinden om te bezien of dit een serieus en waardevol alternatief is om effecten in de klinische praktijk te meten.

8.4 PROFIELEN IN RELATIE TOT BEHANDELWIJZE

Op grond van latente klasse analyse zijn vijf profielen onderscheiden: de psychotische patiënt met meervoudige problematiek (Klasse 1), de typisch psychotische patiënt (Klasse 3), de antisociale patiënt (Klasse 2), de onder invloed verkerende patiënt (Klasse 5) en de patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag (Klasse 4). De gevonden profielen worden herkend in de klinische praktijk. Tevens laten de verschillende profielen zien dat rekening wordt gehouden met de draagkracht en draaglast van patiënten afhankelijk van het profiel, denk aan het op maat gemaakte aanbod van onderwijs en arbeid. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat de behandeling bij bepaalde patiënten specifiek gekoppeld wordt aan combinaties van problematiek, denk aan agressiebehandeling (zie Paragraaf 6.3.2). Onze indruk is echter dat deze werkwijze nog niet ten volle wordt benut (zie ook Hummelen, 2011; Hornsveld, 2007).

De profielen maken ook duidelijk dat aannames die in de praktijk worden gemaakt soms enige nuancering behoeven. Zo is eerder opgemerkt in Paragraaf 4.3.2 dat uit de praktijk blijkt dat psychotische tbs-patiënten voorafgaand aan hun delict minder behandelingsbemoeienis hebben gehad dan de gemiddelde psychotische patiënt en dat dit deel van de tbs-populatie zich in zijn voorgeschiedenis heeft laten kennen als 'zorgwekkende zorgvermijders' (Goethals, 2008). Uit dit onderzoek blijkt dat dit zeker niet het geval is voor de psychotische patiënten (Klasse 3): zij hadden in het verleden vaker een IBS- of RM-maatregel dan patiënten uit Klasse 2, 4 en 5. De psychotische patiënten in Klasse 1 hadden bovendien in bijna zestig procent van de gevallen een opname of ambulante behandeling achter de rug en de vraag is of dit als 'minder behandelingsbemoeienis' opgevat kan worden.

De gehanteerde person-centered benadering in dit onderzoek sluit aan bij het dimensioneel denken in plaats van strikt categoriaal denken. We hebben een aanzet gegeven door op basis hoofddiagnoses op As-I en As-II en het indexdelict, verschillende profielen te onderscheiden. Het denken in termen van clusters en profielen betekent dat de behandeling ook specifiek kan worden bepaald. Onzes inziens dient nog nader worden bekeken wat de profielen betekenen voor de vormgeving en uitvoering van de huidige zorgprogramma's. Tevens vraagt de bevinding dat de persoonlijkheidsstoornis NAO een relatief grote invloed heeft op de profielen op reflectie van de totstandkoming en waarde van deze As-II classificatie.

Ten slotte een aantal algemene opmerkingen ten aanzien van de uitvoering en uitkomsten van dit onderzoek. Ten eerste: Voor zover we weten, is dit het eerste onderzoek in Nederland waar alle FPC's aan hebben meegewerkt. Daar waar er vragen en opmerkingen waren over de opzet en de inhoud van het onderzoek, hebben we deze naar beste kunnen beantwoord. Door het geven van presentaties en de bereidwilligheid van alle betrokken partijen, is het gelukt om alle klinieken deel te laten nemen aan het onderzoek. Ten tweede: We weten niet met zekerheid of alle benodigde informatie is geleverd. Zo was in de ene kliniek alle mogelijke informatie beschikbaar, terwijl in de andere kliniek een medewerker bepaalde welke informatiebronnen gebruikt mochten worden. Daarbij komt dat elke instelling een eigen format en wijze van rapporteren hanteert waardoor er door ons zaken gemist kunnen zijn. Een groot deel is wel via interviews en focusgroepen ondervangen. Mede in het kader van Routine Outcome Monitoring is het verstandig dat de FPC's streven naar een eenduidig gebruik van terminologie. Ten derde: Wat betreft de profielen zijn wij er ons wel degelijk van bewust dat het aantal tbs-gestelden per profiel voldoende, maar niet spectaculair groot is. Bij meer casussen hadden we meer As-I/As-II en delictkenmerken kunnen meenemen in de analyse om nog verder te differentiëren. Dit zien we niet als beperking maar eerder als uitdaging om in de toekomst via ondersteuning van ROM-activiteiten en door middel van multi-center onderzoek verder uit te voeren. Door de grootte van de

steekproef hebben we ook niet op details kunnen differentiëren tussen bijvoorbeeld oude en jonge tbs-gestelden en allochtone en autochtone tbs-gestelden. Op voorwaarde dat patiënteninformatie gestandaardiseerd gescoord wordt in de 13 FPC's (bijvoorbeeld via ROM) is dit iets dat in de toekomst door de centra zelf kan worden uitgevoerd.

REFERENTIELIJST

- Aegisdottir, S.M.J.W., Spengler, P.M., Maugherman, A.S., Anderson, L.A., Cook, R.S., Nichols, C.N., Lampropoulos, G.K., Walker, B.S., Cohen, G., & Rush, J.D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341 - 382.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 1, 39-55.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M.D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Van Rossum, B., Hamers, E.F.M., Meerman, A.M.M.A., Aerts, J., Busschbach, J.J.V., Verheul, R., Stijnen, T., & Emmelkamp, P.M.G. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: Results of a large prospective multicentre study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 20-30.
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M.D., Ziegler, U.M., Dekker, J., Van Rossum, B., Hamers, E.F.M., Scholte, W., Aerts, J., Busschbach, J.J.V., Verheul, R., Stijnen, T., & Emmelkamp, P.M.G. (2011a). Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 28-38.
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M.D., Thunissen, M., Ziegler, U.M., Dekker, J., Bouvy, F., Hamers, E.F.M., Meerman, A.M.M.A., Busschbach, J.J.V., Verheul, R., Stijnen, T., & Emmelkamp, P.M.G. (2011b). Patients with cluster A personality disorders in psychotherapy: An effectiveness study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 88-99.
- Bartol, C.R., & Bartol, A.M. (2011). *Introduction to forensic psychology: Research and application*. Los Angeles: Sage.

- Bernstein, D.P., Arntz, A., & De Vos, M.E. (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting - Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 120-139.
- Blok, G.T., De Beurs, E., De Ranitz, A.G.S., & Rinne, T. (2010). Psychometrische stand van zaken risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 331-341.
- Bogaerts, S., Goethals, J., & Vervaeke, G. (2001). Risicotaxatie bij seksuele delinquenten. In J. Goethals, F. Goossens, F. Hutsebaut, G. Vervaeke, L. Walgrave & J. Casselman (Eds.), *Veiligheid, een illusie? Theorie, onderzoek en praktijk* (pp. 195-204). Brussel: Politeia.
- Bogaerts, S., Poiesz, T.B.C., & Van der Knaap, L.M. (2007). Voorkoming en reductie van criminaliteit: Te weinig aandacht voor gedragscomponenten. *Tijdschrift Voor Veiligheid*, 6, 51-53.
- Bogaerts, S., & Nagtegaal, M. (2008). Risk Assessment, risk management en nieuwe ontwikkelingen binnen het forensische landschap. In O.T. & K.L. (Eds.), *Forensische psychiatrie onderweg: In de spiegel kijken naar het verleden en koersen naar de toekomst* (pp. 349-357). Nijmegen: Wolf Legal Publisher.
- Bogaerts, S. (2010). Emerging international perspectives in forensic psychology: Individual level analysis. *The Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(4), 263-266.
- Bogaerts, S., & Spreen, M. (2011). *Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap vóór het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delictinformatie in een klinische groep terbeschikkinggestelden*. Onderzoek in opdracht van het WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Den Haag.
- Bouman, Y.H.A. (2009). *Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders - A good lives approach*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Brand, E.F., & Van Emmerik, J.L. (2006). *FP40 - Handleiding v2006 Forensische profiellijsten*. Den Haag/Utrecht: DJI/Oostvaarderkliniek.
- Brandes, B., & Cheung, M. (2009). Supervision and Treatment of Juveniles with Sexual Behavior Problems. *Child Adolescent Social Work Journal*, 26, 179-196.
- Bullock, T. (2003). Key findings from the literature on the effectiveness of

- drug treatment in prison. In M. Ramsay (Ed.), *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies* (pp. 71-96). London: Home Office research and statistics directorate.
- CBS (2011). *Begrippen: Niet-westerse allochtonen*. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=1013>.
- Clarke, A.Y., Cullen, A.E., Walwyn, R., & Fahy, T. (2010). A quasi-experimental pilot of the Reasoning and Rehabilitation programma with mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 490-500.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- De Ruiter, C., & Veen, V. (2005). *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos instituut.
- De Ruiter, C., & Veen, V. (2006). *De effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and human behaviour*, 28(3), 235-251.
- De Vogel, V. (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patient*. West Lafayette: Dutch University Press/Purdue University Press.
- Didden, R. (2010). *Tussen wal en schip. Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Verstandelijk beperkingen, leren en gedrag*. Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op donderdag 25 maart 2010.
- DJI (2003a). *Handleiding HKT-30 versie 2002*. Den Haag: Ministerie van Justitie Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2003b). *Protocol afname HKT-30. Historische, Klinische en Toekomstige Risicofactoren in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2009). *Jaarbericht 2008*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.

- DJI (2010). *Gevangeniswezen in getal 2005-2009*. Den Haag: DJI.
- Drake, R.E., & Essock, S.M. (2009). The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: The 95% problem. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 677-678.
- EFP (2008a). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag - Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- EFP (2008b). *Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk - Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- EFP (2008c). *Persoonlijkheidsstoornissen - Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- EFP (2009). *Langdurige forensisch psychiatrische zorg - Versie 1*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Farrington, D.P., & Welsh, B.C. (2005). Randomized experiments in criminology: What have we learned in the last two decades? *Journal of Experimental Criminology*, 1, 9-38.
- Firth, H., Balogh, R., Berney, T., Bretherton, K., Graham, S., & Whibley, S. (2001). Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 244-252.
- Goethals, K.R. (2008). *Diagnostic comorbidity and circumstantial risks in psychotic offenders: An exploratory study*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Goethals, K.R., Gaertner, W.J.P., Buitelaar, J.K., & Van Marle, H.J.L. (2008). Targets of violence and psychosocial problems in psychotic offenders detained under the Dutch Entrustment Act. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 1-15.
- Goodyer, I.M. (1996). Recent undesirable life events: Their influence on subsequent psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 33-37.
- Greeven, P., & De Ruiter, C. (2004). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: Changes with treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 280-290.

- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity*. Canada: Public Safety.
- Harte, J.M. (2008). *De effectiviteit van behandelinterventies voor forensische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid - Een literatuurstudie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie - Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-r*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hobson, B., & Rose, J.L. (2008). The mental health of people with intellectual disabilities who offend. *The Open Criminology Journal*, 1, 12-18.
- Hoeben, E., Spreen, M., Van Den Berg, M., & Bogaerts, S. (2011). Informeel toezicht tijdens de resocialisatie in een tbs-behandeling: Toepassing van FSNA als sociale interventie in de forensische psychiatrie - Proces. *Tijdschrift voor strafrechtspiegeling*, 90, 26-41.
- Hornsveld, R.H.J., & Nijman, H.L.I. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral program for chronically psychotic forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 246-254.
- Hornsveld, R.H.J. (2007). *Assessment and treatment of violent forensic psychiatric patients with a conduct or an antisocial personality disorder in the Netherlands - Een wetenschappelijke proeve op het gebied van Medische Wetenschappen - Proefschrift*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Hough, M., & Mitchell, D. (2003). *Drug-dependent offenders and Justice for All*. Portland, OR: Willan Publishing.
- Hummelen, J.W. (2011). *Over grenzen en open vensters - Inaugurale rede*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Jansen, A. (1997). Milieu therapy on the basis of learning theoretical principles in a forensic psychiatric clinic. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 34-47.

- Janzing, C., & Kerstens, J. (1997). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2009). *Werken in een therapeutisch milieu* (5 ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jones, J. (2007). Persons with intellectual disabilities in the criminal justice system: Review of issues. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51, 723-733.
- Kaiser, L.H.W.M., & Van der Werf, B. (2008). Heeft het medicijn van zorgvernieuwing niet dringend behoefte aan een bijsluiter? In T.I. Oei & L.H.W.M. Kaiser (Eds.), *Forensische psychiatrie onderweg* (pp. 27-35). Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Kamphuis, J.H. (2011). *Therapeutische psychodiagnostiek - Inaugurele rede*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Keulen-de-Vos, M., Bernstein, D.P., Clark, L.A., Arntz, A., Lucker, T.P.C., & De Spa, E. (2010). Patient versus informant reports of personality disorders in forensic patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 52-71.
- Knabb, J.J., Welsh, R.L., & Graham-Howard, M.L. (2011). Treatment alternatives for mentally disordered offenders: A literature review. *Psychology*, 2(2), 122-131.
- Koeter, M.W.J., Campen, M.W., & Langeland, W. (2009). *Interventiematrix justitiële verslavingszorg: update: wat werkt anno 2009?* Amersfoort: GGZ Nederland.
- Koeter, M.W.J., & Van Maastricht, A.S. (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZonMw.
- Krakowski, M.I., Czobor, P., Citrome, L., Bark, N., & Cooper, T.B. (2006). Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 622-629.
- Langdon, P.E., Swift, A., & Budd, R. (2006). Social climate secure inpatient services for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 828-836.

- Leeuw, F.L., Van der Knaap, L.M., & Bogaerts, S. (2007). Reducing the knowledge-practice gap - an example of an evaluation synthesis in criminal policy. *Public Money and Management*, June, 245-250.
- Lindsay, W.R., Neilson, C.Q., Morrison, F., & Smith, A.H.W. (1998). The treatment of six men with a learning disability convicted of sex offences with children. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 83-98.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lipsey, M.W. (2001). Unsolved problems and unfinished business. *American Journal of Evaluation*, 22, 325-328.
- Lipton, D.S., Pearson, F.S., Cleland, C.M., & Yee, D. (2002). The effects of therapeutic communities and milieu therapy on recidivism: Meta analytic findings from the correctional drug abuse treatment effectiveness (CDATE) study. In J. McGuire (Ed.), *Offender rehabilitation and treatment / effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. 39-77). Chichester: John Wiley and Sons.
- Lösel, F., & Schmuckel, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Lunsky, Y., Gracey, C., Koegi, C., Bradley, E., Durbin, J., & Raina, P. (2011). The clinical profile and service needs of psychiatric inpatients with intellectual disabilities and forensic involvement. *Psychology, Crime & Law*, 17, 1-9.
- Mannynsalo, L., Putkonen, H., Lindberg, N., & Kotilainen, I. (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *Journal of intellectual disability research*, 53, 279-288.
- McInerny, T. (2000). Dutch TBS forensic services - a personal view. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 213-228.
- McKenzie, D.L. (2002). Reducing the criminal activities of known offenders and delinquents: crime prevention in the court and corrections. In L.W. Sherman (Ed.), *Evidence-based crime prevention* (pp. 330-404). New York: Routledge.

- McNeal, C., & Amato, P.R. (1998). Marital discord. *Journal of Family Issues*, 19, 123-139.
- McCutcheon, A.L. (1987). *Latent Class Analysis*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G., & Prendergast, M. (2004). One year return to custody rates among co-disordered offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 503-518.
- Mevis, P.A.M., & Raes, B.C.M. (2009). Spitsroeden lopen bij de tenuitvoerlegging van de maatregel van tbs. *Delikt en Delinkwent*, 2.
- Meyers, R.J., & Smith, J.E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Moerings, M. (2003). *Straffen met het oog op veiligheid: een onderneming vol risico's*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Morrissey, C., Cooke, D., Michie, C., Hollin, C., Hogue, T., Lindsay, W.R., & Taylor, J.L. (2010). Structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist-Revised to offenders with intellectual disabilities. *Assessment*, 17, 16-29.
- Morrissey, C., & Hollin, C. (2011). Antisocial and psychopathic personality disorders in a forensic intellectual disability populations: what do we know so far. *Psychology, Crime & Law*, 17, 133-149.
- Mos, M.C., & Van Weeghel, J. (1999). *Zorg in de samenleving: een basisprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Muthén, L.K. & Muthén, B. (1998-2008). *Mplus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nagtegaal, M.H., Van der Horst, R.P., & Schönberger, H.J.M. (2011). *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden - Cijfers en mogelijke verklaringen*. Meppel: Boom Juridische uitgevers.
- Nederlandse Gezondheidsraad. (2006). *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Nicolaas, H., Wobma, E., & Ooijevaar, J. (2010). Demografie van (niet-westerse) allochtonen in Nederland. In R. Van der Vliet, J. Ooijevaar & A. Boerdam (Eds.), *Bevolkingstrends* (pp. 33-59). Den Haag: CBS.

- Nieuwbeerta, P., & Blokland, A. (2006). Voorspellen van criminele carrières is moeilijk: Zeker waar het de verre toekomst betreft. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48(6), 361-377.
- Nijman, H.L.I. (2005). *Kunnen we delinquenten niet beter behandelen? Inaugurale rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Oei, T.I. (1985). Life-events en de betekenis ervan voor psychische stoornissen. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 23, 102-105.
- Olver, M.E., Wong, S.C.P., & Nicholaichuk, T.P. (2009). Outcome evaluation of a high-intensity inpatient sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 3, 522-536.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy - A realist perspective*. London: Sage.
- Pearson, F.S., & Lipton, D.S. (1999). A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79, 384-410.
- Peters, R., LeVasseur, M., & Chandler, R. (2004). Correctional treatment for co-occurring disorder: Results of a national survey. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 563-584.
- Philipse, M. (2004). *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. Amsterdam: University Press.
- Polak, M., & Nijman, H. (2005). Pharmacological treatment of sexually aggressive forensic psychiatric patients. *Psychology Crime & Law*, 11(4), 457-465.
- Pomp, L., Spreen, M., Bogaerts, S., & Völker, B. (2010). The role of personal social networks in risk assessment and management of forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(4), 267-284.
- Rovers, B. (2007). What Works: kanttekeningen bij een populair programma. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 6, 7-22.
- RSJ (2007). Advies: *Als niemand begrijpt wat ik bedoel - omgaan met allochtonen in de TBS*. Den Haag: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
- Schönberger, H.J.M., Hildebrand, M., Spreen, M., & Bloem, O. (2008). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie*

- bij seksuele delinquenten: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de SVR-20, Static-99, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Shuker, R. (2010). Forensic therapeutic communities: a critique of treatment model and evidence based. *The Howard Journal*, 49(5), 463-477.
- Spreen, M., Ter Horst, P.R.M., Bogaerts, S., Lammers, S.M.M., Hochstenbach, J., Soe-Agnie, S.E., & Reubsat, R.J. (2009). Risicotaxatie aan de hand van de HCR-20 en de HKT-30: Een vergelijking tussen beide instrumenten. In T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (Eds.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden: Actualiteit, geschiedenis en toekomst* (pp. 459-476). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Spreen, M., Timmerman, M.E., Ter Horst, P., & Schuringa, E. (2010). Formalizing clinical decisions in individual treatment: Some first steps. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 4, 285-299.
- Suchman, N.E., McMahon, T.J., Zhang, H., Mayes, L.C., & Luthar, S. (2006). Substance-abusing mothers and disruptions in child custody: An attachment perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(30), 197-204.
- Svartberg, M., Stiles, T.C., & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.
- Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2006). Functioning and emotional and behavioural problems: Related to or predictive of aggressive incidents? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 234.
- The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (2010). *Antisocial personality disorder - The nice guideline on treatment, management and prevention*.
- Trimbosinstituut (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Van Beek, D.J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten: een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Van Binsbergen, M.H., Keune, L.H., Gerrits, J., & Wiertsema, H.L. (2007). *Organising forensic psychiatry - Clinical practice at the Van der Hoeven Kliniek*. Utrecht: Forum Educatief.
- Van den Bosch, L.M.C. (2003). *Borderline personality disorder, substance abuse, and dialectical behavior therapy*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Van den Hurk, A.A., & Nelissen, P.P. (2004). What works - Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van der Knaap, L.M., Leeuw, F.L., Bogaerts, S., & Nijssen, L.T.J. (2008). Evaluating programs preventing violence: What works and why? Combining Campbell Standards and the Realist Evaluation approach. *American Journal of Evaluation*, 29, 48-57.
- Van Dooren, S., Duivenvoorden, H.J., & Trijsburg, R.W. (2006). *Een meta-analyse van de effecten van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Van Emmerik, J.L. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal: Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode van 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Van Marle, H. (2000). Forensic psychiatric services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 515-531.
- Van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A.H., & Koeter, M.W.J. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: an unreclaimed territory? *International Review of Psychiatry*, 14, 198-202.
- Van Nieuwenhuizen, Ch. (2005). A treatment programme for sexually violent forensic psychiatric inpatients - development and first results. *Psychology, Crime and Law*, 11, 467-477.
- Veen, V.C., & De Ruiter, C. (2005). De effectiviteit van behandelingen bij seksuele delinquenten - Een overzicht van de internationale literatuur. *Justitiële verkenningen*, 31(1), 75-94.
- Waij, E.M., Canton, W.J., & Embley, I. (2008). *Onderzoek naar TBS-populatie over 2008*. AVT.
- Waldram, J.B. (2008). The narrative challenge to cognitive behavioral treatment of sexual offenders. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32, 421-439.

- Ward, T., Melser, J., & Yates, P.M. (2007). Reconstructing the risk need responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 208-228.
- Wartna, B., Tollenaar, N., & Bogaerts, S. (2009). Statrec: inschatting van het recidiverisico van verdachten van een misdrijf. *Tijdschrift voor Criminologie, 53*(3), 277-292.
- Wright, J.M., Day, A., & Howells, K. (2009). Mindfulness and the treatment of anger problems. *Aggression and Violent Behavior, 14*, 396-401.

BIJLAGEN

BIJLAGEN BIJ HOOFDSTUK 1

BIJLAGE 1A: LEDEN BEGELEIDINGSCOMMISSIE

BIJLAGE 1B: DEELNEMERS FOCUSGROEPEN

BIJLAGE 1A: LEDEN BEGELEIDINGSCOMMISSIE

PROF. MR. P.A.M. MEVIS

Hoogleraar straf(proces)recht Erasmus Universiteit Rotterdam
EUR – Faculteit der Rechtsgeleerdheid (voorzitter)

DR. D.J. VAN BEEK

Hoofd afdeling Psychodiagnostiek en Psychotherapie
Van der Hoeven Kliniek

DRS. I. CORNELIS

Beleidsmedewerker Sanctie- en Reclasseringsbeleid, Directie Sanctie- en
Preventiebeleid, Ministerie van Veiligheid en Justitie

DRS. E.M.H. VAN DIJK

Projectbegeleider Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
(WODC), Afdeling Extern Wetenschappelijke Betrekkingen

PROF. DR. EM. B.C.M. RAES

Raad bij de Penitentiaire Kamer, Gerechtshof Arnhem
Emeritus hoogleraar Forensische Psychiatrie

DR. N.H. TENNEIJ

Beleidsadviseur, afdeling Kwaliteit, Directie Forensische Zorg, DJI

DRS. N. TOLLENAAR

Junior onderzoeker Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum
(WODC), onderzoeksafdeling Criminaliteit Rechtshandhaving en Sancties

DR. M.H. NAGTEGAAL

Onderzoeker Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum
(WODC), Onderzoeksafdeling Criminaliteit Rechtshandhaving en Sancties
(agendalid)

BIJLAGE 1B: DEELNEMERS FOCUSGROEPEN

Focusgroep Landelijke Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV), 27 januari 2011

S. Verwaaijen	FPC de Rooyse Wissel, voorzitter LBHIV
H. Beintema	FPC Dr. S. van Mesdag
B. de Jager	FPK Assen
M. Kossen	Van der Hoeven Kliniek
T. Kuipers	Pompekliniek
J. Lucieer	FPC de Kijvelanden, FPC 2landen
B. Simons	FPC Oldenkotte
M. Storms	Hoeve Boschoord
S. Bogaerts	
R. Meijers	
Ch. van Nieuwenhuizen	

Focusgroep Behandelaren, 8 februari 2011

J. Bakker	FPK Assen
M. Kossen	Van der Hoeven Kliniek
S. Linsen	Pompekliniek
Y. Lotz-Van de Berg	FPC de Oostvaarderskliniek
A. Posthuma	FPC de Oostvaarderskliniek
J. Schetters	FPC de Kijvelanden
J. van der Veen	FPK Assen
A. Vissers	Pompekliniek
B. Warnaar	FPK Assen
Ch. van Nieuwenhuizen	
L. de Ruijter	

Focusgroep Onderzoekers Taskforce, 16 februari 2011

G. Bloemsaat	FPC Oldenkotte
E. Bulten	Pompekliniek
I. Embly-Smit	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)
A. Löbbes	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)
P. ter Horst	De Woenselse Poort
T. Lücker	FPC de Oostervaarderskliniek
N. Oosterbos	FPK Assen
L. van Rooy	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)
W. Smid	Van der Hoeven Kliniek
E. de Spa	Van der Hoeven Kliniek
I. Bongers	
M. Coppens	

BIJLAGEN BIJ HOOFDSTUK 2

BIJLAGE 2A: ZOEKTERMEN LITERATUURSEARCH

BIJLAGE 2B: INDELING CATEGORIEËN INDEXDELICTEN

BIJLAGE 2C: INDELING CATEGORIEËN BEHANDELINGEN

BIJLAGE 2D: INTERVIEWGEGEVENS

BIJLAGE 2A: ZOEKTERMEN LITERATUURSEARCH

Tabel 1: Engelse zoektermen literatuursynthese

24 hours environment	Goldstein	Sexual delinquents
Addiction therapy	Hospital order detainees	Social work
Addicts	Intramural treatment	Socio therapeutic environment
Agression therapy	Liberman	Sociotherapy
Behavioral therapy	Mental retardation	State of the art treatment
Best practice	Mentally disordered offenders	Substance abuse
Cognitive therapy	Music therapy	Therapeutic community
Crime analysis	Non-verbal therapy	Therapeutic environment
Delinquency mental illness	Offender therapy	Therapeutic milieu
Dialectic therapy	Personality disorder	Treatment environment
Drama therapy	Psycho education	Treatment evaluation
Effectiveness	Psychomotor therapy	Violent delinquents
EMDR	Psychotic disorder	Violent risk appraisal
Evidence-based treatment	Recidivism	Ward milieu
Forensic psychiatric patients	Relationship therapy	Women
Forensic psychiatry	Schema focused therapy	

Tabel 2: Nederlandse zoektermen literatuursynthese

24 uren milieu	Gedragsgestoord	Relatietherapie
Aan middelen gebonden stoornis	Gedragstherapie	Risicotaxatie
Agressiehanteringstherapie	Gesprekstherapie	Schemafocused therapie
Beeldende therapie	Gewelddelinquenten	Schematherapie
Behandelevaluaties	Gezinstherapie	Seksuele delinquenten
Behandelmilieu	Goldstein	Sociotherapeutisch milieu
Beheersgevaarlijkheid	Intramurale behandeling	State of the art behandeling
Best practice	Liberman	Systeemtherapie
Cognitieve gedragstherapie	Maatschappelijk werk	TBS
Dadergroepen	Middelenmisbruik	Tbs-behandeling
Delictanalyse	Multi-treatment behandeling	Terbeschikkinggestelden
Delictdynamiek	Muziektherapie	Terugvalpreventieplan
Delictpreventieplan	Non-verbale therapie	Therapeutisch milieu
Delictscenario's	Ontoerekeningsvatbaar	Vaardigheidstrainingen
Dialectische therapie	Persoonlijkheidsstoornissen	Verslaafden
Dramatherapie	Psycho-educatie	Verslavingstherapie
EMDR	Psychomotorische therapie	Vrouwen
Evidence-based behandeling	Psychotische stoornissen	Zorgprogramma
Forensisch psychiatrische patiënten	Recidivisme	Zwakbegaafdheid

BIJLAGE 2B: INDELING CATEGORIEËN INDEXDELICTEN

Tabel 1: Indeling in categorieën indexdelicten

Categorie indexdelict	Indexdelicten
(Poging tot) moord/doodslag	(Poging tot) Doodslag (Art. 287 Sr) (Poging tot) Moord (Art. 289 Sr)
Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij minderjarigen	Met iemand beneden de leeftijd van zestien jaren buiten echt ontuchtige handelingen plegen/Poging tot feitelijke aanranding van de eerbaarheid (Art. 247 Sr) Verkrachting van een kind onder de 12 jaar (Art. 244 Sr) Verkrachting van een kind tussen de 12 en 16 jaar (Art. 245 Sr)
Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen	Aanranding (Art. 246 Sr) (Poging tot) Verkrachting (Art. 242 Sr)
Brandstichting, zowel met als zonder gevaar voor personen	Brandstichting met gevaar voor goederen of voor personen (Art. 157 Sr)
Ernstig geweld (inclusief zware mishandeling)	Mishandeling (Art. 300 Sr) (Poging tot) Zware mishandeling (Art. 302 Sr)
Bedreiging (met en zonder geweld, inclusief vrijheidsberoving en/of afpersing)	Afpersing (Art. 317 Sr) Bedreiging (Art. 285 Sr) Vrijheidsberoving (Art. 282 Sr)
Diefstal (met en zonder geweld)	Diefstal (Art. 310 en 311 Sr) Diefstal met geweld (Art. 312 Sr)

BIJLAGE 2C: INDELING CATEGORIEËN BEHANDELINGEN

- **(Dialectische/cognitieve) gedragstherapie**
- **Schemagerichte therapie**
- **Psycho-educatie**
- **Behandeling in het kader van het delict**
 - **Delictketen/-scenario/-dynamiek**
(Delictketen, Delictketenmodule, Delictketengroep, Delictketentherapie, Delictscenario, Delictscenariomodule, Delictscenarioprocedure, Delictscenarioplan, Delictdynamiek)
 - **Dadergroepen** (Dadergroep 'Relationeel Geweld', Dadergroep 'Seksueel delinquenten', Dadergroep 'Seksueel geweld tegen minderjaren', Dadergroep 'Seksueel geweld tegen vrouwen', Dadertherapie, Behandelgroep voor mensen met een verstandelijke beperking die seksueel grensoverschrijdende delicten hebben gepleegd, Themagroep voor plegers van een seksueel delict, Zorgprogramma 'Seksueel delictplegers')
 - **Terugvalpreventie** ((Delict)Terugvalpreventieplan, Terugvalpreventiegroep (Vervolg), Terugvalpreventiemodule, Preventieketengroep)
- **Overige therapie door psycholoog/psychiater/psychotherapeut**
 - **Gesprekstherapie/psychotherapie**
 - **EMDR**
 - **Overige therapieën** (Rationeel-Emotieve Therapie, Rouwverwerking, Traumaverwerking)
- **Vaardigheidstrainingen**
 - **Mbt middelengebruik** (Liebermanmodule 'Omgaan met verslaving', Module 'Mijn gebruik', Module 'Middelengebruik en verslaving', Module 'Middelen en coping', Verslavingsprotocol 'MATE', Themagroep 'Verslaving')
 - **Mbt agressiehantering** (Module 'Omgaan met agressie deel I en II', Module 'Held zonder geweld', Impulscontroletraining, Basismodule 'Agressie', Module 'Relationeel geweld', Module 'Conflicthantering', Module 'Omgaan met spanning', Module 'Agressie de baas', Agressiehanteringsgroep, Agressiehanteringstherapie, Agressieregulatietraining 'Houd je hoofd koel', Agressiegroep, Therapiegroep 'Agressie', Emotieregulatietraining, Zorgprogramma 'Agressiehantering')
 - **Mbt sociale vaardigheden** (Goldsteinmodules 'Sociale vaardigheden', Module 'Effectief communiceren', Sociotherapeutische module 'Sociale vaardigheden', Sociale vaardigheidstraining, Sociaal cognitieve vaardigheidstraining, SOVA-training, Leergroep 'Sociaal cognitieve vaardigheden')
 - **Mbt psycho-educatie** (Liebermanmodule 'Omgaan met psychotische symptomen', Liebermanmodule 'Omgaan met anti-psychotische medicatie', Module 'Omgaan met psychoses', Module 'Schizofrenie', Module 'Waarschuwingssignalen psychose', Module 'Ik ben speciaal', Module 'Ik ben uniek', Groepstherapie autismegroep, Groepsbehandeling ASS)
 - **Mbt seksueel en relationeel gedrag** (Liebermanmodule 'Sociale relaties en intimiteit deel I en II, Module 'Seksueel agressief gedrag', Module 'Seksuele educatie', Seksualiteitgroep, Training basale levensvaardigheden 'Vriendschap Relaties Intimiteit Seksualiteit (VRIS)', Zorgprogramma 'Seksueel en grensoverschrijdend gedrag')

- **Mbt arbeid, scholing en vrije tijd** (Libermanmodule 'Omgaan met werk', Libermanmodule 'Omgaan met vrije tijd', Sollicitatietraining, Budgetteringstraining, Intaketraining)
- **Overige vaardigheidstrainingen** (Sociotherapeutische module 'Praktische vaardigheden', Sociotherapeutische module 'Lief en Lijf', Module 'Zelfbeeld', Diagnostische module, Module 'Probleemoplossing', Risicomanagementtraining, Training 'Copingstijlen', Waarnemingstraining, Motivatietraining, Leefstijltraining, Acceptatiegroep, niet nader gespecificeerde Libermanmodules)
- **Gezin/systeemtherapie**
 - **Relatietherapie**
- **Maatschappelijk werk**
- **Non-verbale therapieën**
 - **Muziektherapie**
 - **Dramatherapie**
 - **Beeldende therapie**
 - **Psychomotorische therapie**
 - **Overige non-verbale therapieën** (Runningtherapie, Bewegingsagogiek, Paardentherapie)

BIJLAGE 2D: INTERVIEWGEGEVENS

Tabel 1: Functies deelnemers interview

Deelnemers interview	Aantal
Overkoepelend t.a.v. behandeling	13
Directeur behandelzaken	3
Behandelcoördinator	1
Behandelverantwoordelijke	1
Hoofd behandeling	8
Behandelaar	12
Klinisch psycholoog (i.o.)	2
Psychiater	2
Psychomotorische therapeut	1
GZ-psycholoog (i.o.)	5
Psychotherapeut	1
Orthopedagoog	1
Overkoepelend t.a.v. sociotherapie	13
Teamleider / Teammanager / Teamcoördinator	5
Afdelingshoofd / Afdelingsmanager	3
Unithoofd / Unitcoördinator	2
Hoofd sociotherapie	1
Zorgmanager	1
Groepsleider	1

Tabel 2: Afdelingen deelnemers interview

Afdelingen deelnemers interview		Aantal
Overkoepelend/niet gebonden aan een bepaalde afdeling		10
Instroomafdeling		
	Opname/instroomafdeling voor psychotische en autistische patiënten	3
Behandelafdeling		
	Behandelafdeling voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek	5
	Behandelafdeling voor verstandelijk beperkten	5
	Behandelafdeling voor verstandelijk beperkten, vreemdelingen en autistische patiënten	1
	Behandelafdeling voor zedendelinquenten	2
	Behandelafdeling met zeer intensieve zorg	1
	Extra beveiligde behandelafdeling voor psychotische patiënten	2
	Behandelafdeling, niet nader gespecificeerd	4
Resocialisatieafdeling		
	Transmurale afdeling	1
	Resocialisatieafdeling	3

BIJLAGEN BIJ HOOFDSTUK 3

BIJLAGE 3A: LIFE-EVENTS

BIJLAGE 3B: INDEXDELICTEN

BIJLAGE 3C: DUBBELDIAGNOSES

BIJLAGE 3A: LIFE-EVENTS

Tabel 1: Overzicht life-events (N=180)

	N	%
Problemen met school, werk en/of werkeloosheid van de patiënt zelf	154	86.0
Problemen met verslaving drank/drugs van de patiënt zelf	138	76.7
Problemen met geld/inkomen van de patiënt zelf	96	53.9
Woonproblemen/problemen met huisvesting of verblijf in Nederland	78	44.6
Echtscheiding van de ouders	75	42.6
Tehuisopname voor het 18e jaar	74	42.0
Overlijden van vader of moeder	70	39.3
Verhuizing of migratie voor het 18e jaar	66	37.7
Mishandeld door (een van de) ouders	65	37.1
Regelmatische ruzies tussen ouders onderling	63	36.6
Problemen met verslaving drank/drugs van de ouders	55	31.8
Zelf gepest worden	54	30.9
Psychische ziekte van vader of moeder	42	24.4
Geweld of mishandeling tussen de ouders	42	24.4
Suïcidepogingen	39	21.8
Langdurige of levensbedreigende ziekte van vader of moeder	39	21.8
Langdurige of levensbedreigende ziekte van patiënt zelf	39	21.8
Seksueel misbruik	36	20.7
Problemen met de nieuwe ouder	33	19.0
Problemen met werk en/of werkeloosheid van de ouders	31	18.0
Scheiding van patiënt zelf	29	16.3
Problemen met geld/inkomen van de ouders	27	15.6
Zelf een ongeval gehad	26	14.9
Overlijden van een ander belangrijk persoon	24	13.8
Overlijden van een broer of zus	21	11.9
Psychische ziekte van broer of zus	17	9.9
Mishandeld door andere volwassenen	17	9.8
Zelf gepest hebben	13	7.5
Vlucht vanuit een ander land naar Nederland	9	5.1
Voor mannelijke patiënten: iemand zwanger gemaakt voor 18e levensjaar	5	2.9
Langdurige of levensbedreigende ziekte broer of zus	4	2.3
Adoptie	4	2.3
Gediscrimineerd worden	3	1.7
Voor vrouwelijke patiënten: zwanger voor 18e levensjaar	1	0.6
Overig	77	43.8

BIJLAGE 3B: INDEXDELICTEN

Tabel 1: Indexdelicten (N=180)

	First offenders (N=33)	Recidivist (N=147)
(Poging tot) moord/doodslag	63.6%	43.5%
Ontucht/aanranding/verkrachting minderjarige	15.2%	11.6%
Ontucht/aanranding/verkrachting volwassene	6.1%	11.6%
Brandstichting met gevaar voor personen en goederen	6.1%	6.8%
Bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving	6.1%	11.6%
Ernstig geweld incl. zware mishandeling	3.0%	9.5%
Diefstal met en zonder geweld	0%	5.4%

Noot: Het zedendelict is gespecificeerd als 'Ontucht/aanranding/verkrachting minderjarige' als tenminste 1 van de slachtoffers jonger dan 16 jaar was en het leeftijdsverschil tussen dader en slachtoffer minimaal 5 jaar was.

Noot: Overige delicten zijn vernieling, weerspannigheid, schending van de wapenwet, schending van de Opiumwet, belediging van een ambtenaar in functie, heling.

BIJLAGE 3C: DUBBELDIAGNOSES

Tabel 1: Overzicht dubbeldiagnoses (N=178)

	N	Waarvan IQ<85
Aan middelen gebonden stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	34	3
Aan middelen gebonden stoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	19	1
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Aan middelen gebonden stoornis	18	6
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	15	2
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	11	3
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	6	0
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	5	1
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis	4	1
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	3	0
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	3	2
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	2	0
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	2	0
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis	2	0
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	2	0
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	2	2
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Aan middelen gebonden stoornis	2	1

	N	Waarvan IQ<85
Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	1	0
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	1	0
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	1	0
Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	1	0
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	1	0
Seksuele stoornis of genderidentiteitsstoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	1	0
Psychotische stoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	1	0
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Persoonlijkheidsstoornis NAO	1	0
Schizofrenie of een andere psychotische stoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1	1
Pervasieve ontwikkelingsstoornis & Aan middelen gebonden stoornis & Cluster B persoonlijkheidsstoornis	1	1

BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 4

BIJLAGE 4: ZORGPROGRAMMA'S

BIJLAGE 4: ZORGPROGRAMMA'S: EFFECTIVITEIT UITGAANDE VAN EFP-UITGAVES

Tabel 1: Effectiviteit van behandelinterventies bij behandeling van patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag (EFP, 2008a)

Evidence-based	Best evidence	Best practice
Geen	• Cognitieve gedrags-therapie (CGT) • Farmacotherapie	• Gestructureerde psycho-dynamische therapie • Schematherapie • Sociotherapie • Dagprogramma

Tabel 2: Effectiviteit van behandelinterventies bij behandeling van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (EFP, 2008b)

Evidence-based	Best evidence	Best practice
Geen	• Cognitieve gedrags-therapie (CGT) • Psycho-educatie • Bewegingstherapieën • Psychomotorische therapie • Farmacotherapie • Systeemtherapie • Vaardigheidstrainingen	• Sociotherapie

Tabel 3: Effectiviteit van behandelinterventies bij behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (EFP, 2008c)

Evidence-based	Best evidence	Best practice
• Cognitieve gedrags-therapie (CGT)	• Dialectische gedrags-therapie (DGT) • Schema focused therapy (SFT) • Systeemtherapie • Farmacotherapie • Vaktherapieën (beeldende therapie, dramatherapie) • Vaardigheidstrainingen (agressiehanterings-training, stressinoculatie-training, Goldsteintraining)	• Overige vaardigheids-trainingen

BIJLAGEN BIJ HOOFDSTUK 5

BIJLAGE 5A: ARBEID VRIJE TIJD SCHOLING

BIJLAGE 5B: OPGESTELDE BEHANDELDOELEN

BIJLAGE 5C: BEHANDELINGEN

BIJLAGE 5D: DUUR EN INTENSITEIT BEHANDELING

BIJLAGE 5E: FARMACOTHERAPIE

BIJLAGE 5F: GEËVALUEERDE BEHANDELDOELEN

BIJLAGE 5G: ERVAREN KNELPUNTEN TIJDENS DE
TENUITVOERLEGGING

BIJLAGE 5H: KOPPELING BEHANDELING AAN LITERATUUR

BIJLAGE 5A: ARBEID, VRIJE TIJD & SCHOLING

Tabel 1: Arbeid Vrije tijd Scholing en AS I en AS II

Type	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen (N=51-62)	Aan middelen gebonden stoornis (N=91-107)	Seksuele en genderidentiteits- stoornissen (N=20-21)	Cluster B persoonlijkheids- stoornis (N=55-63)	Persoonlijkheids- stoornis NAO (N=49-58)	Zwakbegaaid- heid / zwakzinnigheid (N=18-29)
Arbeid	71.8%	77.6%	83.3%	74.6%	87.9%	82.4%
Onderwijs	35.2%	48.0%	62.5%	56.3%	59.2%	35.3%
Vrije tijd	69.0%	67.2%	79.2%	69.0%	88.9%	64.7%

Tabel 2: Arbeid Vrije tijd Scholing en indexdelict

Type	(Poging tot) moord of doodslag (N=63-72)	Zedendelict slachtoffer <16 jaar (N=16-20)	Zedendelict, slachtoffer >16 jaar (N=14-15)	Brandstichting met gevaar voor personen (N=8-10)	Bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving (N=14-17)	Diefstal met en zonder geweld (N=6-7)	Eerstig geweld inclusief zware mishandeling (N=9-15)
Arbeid	76.5%	85.7%	73.7%	83.3%	72.2%	75.0%	86.7%
Onderwijs	47.1%	61.9%	36.8%	33.3%	38.9%	62.5%	40.0%
Vrije tijd	70.6%	66.7%	57.9%	75.0%	83.3%	62.5%	86.7%

Tabel 3: Arbeid Vrije tijd Scholing en totale verblijfsduur

Type	<2 jaar (N=25-30)	2-4 jaar (N=26-28)	4-6 jaar (N=28-35)	>6 jaar (N=52-63)
Arbeid	78.1%	93.3%	77.5%	70.5%
Onderwijs	56.3%	70.0%	45.0%	32.1%
Vrije tijd	71.9%	90.0%	72.5%	62.8%

BIJLAGE 5B: OPGESTELDE BEHANDELDOELEN

Tabel 1: Opgestelde behandeldoelen uit meest recente behandelplan (N=172)

Opgestelde doelen m.b.t.	Aantal Opgesteld N
Doelen t.a.v. beveiliging:	
Vrijheden / verlof	43
Beheersbaarheid van noodsituaties	29
Beleid t.a.v. ontvluchting / onttrekking aan de verpleging	0
Doelen t.a.v. verpleging:	
Dagelijkse leven en begeleiding op de groep (sociotherapie)	113
Dagbesteding	89
Beleid t.a.v. drugs / alcoholproblematiek	79
Arbeidstrajecten	63
Onderwijs	28
Doelen t.a.v. behandeling:	
Psychologische / psychiatrische behandeling	126
Systeemgerichte ondersteuning en begeleiding	77
Non-verbale behandeling	60
Medicamenteuze ondersteuning zowel regulier als bij calamiteiten	59
Financiële en andere praktische regelingen	42
Doelen t.a.v. resocialisatie:	
Natraject	51
Doelen t.a.v. risicotaxatie:	
Risicofactoren / probleemgebieden	58
Protectieve factoren	34

Tabel 2: Opgestelde behandeldoelen uit meest recente behandelplan gekoppeld aan verblijfsduur (N=172)

	<2 jaar (N=31)	2-4 jaar (N=29)	4-6 jaar (N=39)	>6 jaar (N=73)
Doelen t.a.v. beveiliging:				
Vrijheden / verlof	21.9%	13.3%	37.5%	21.8%
Beheersbaarheid van noodsituaties	18.8%	3.3%	20.0%	19.2%
Beleid t.a.v. ontvluchting / onttrekking aan de verpleging	0%	0%	0%	0%
Doelen t.a.v. verpleging:				
Dagelijkse leven en begeleiding op de groep (sociotherapie)	56.3%	56.7%	70.0%	64.1%
Dagbesteding	43.8%	40.0%	55.0%	52.6%
Beleid t.a.v. drugs / alcoholproblematiek	43.8%	46.7%	51.3%	39.7%
Arbeidstrajecten	37.5%	40.0%	32.5%	33.0%
Onderwijs	21.9%	33.3%	10.0%	9.0%
Doelen t.a.v. behandeling:				
Psychologische / Psychiatische behandeling	75.0%	83.3%	65.0%	65.4%
Systeemgerichte ondersteuning en begeleiding	43.8%	40.0%	52.5%	38.5%
Non-verbale behandeling	53.1%	53.3%	25.0%	21.8%
Medicamenteuze ondersteuning zowel regulier als bij calamiteiten	34.4%	26.7%	37.5%	32.1%
Financiële en andere praktische regelingen	34.4%	43.3%	10.3%	17.9%
Doelen t.a.v. resocialisatie:				
Nataraject	15.6%	20.0%	25.0%	38.5%
Doelen t.a.v. risicotaxatie:				
Risicofactoren / probleemgebieden	46.9%	30.0%	35.0%	25.6%
Protectieve factoren	12.5%	23.3%	22.5%	17.9%

BIJLAGE 5C: BEHANDELINGEN

Tabel 1: Behandelingen onderverdeeld in 5 categorieën

Categorie	
Behandeling in het kader van het delict	Delictketen/delictscenario/delictdynamiek, dadergroepen, terugvalpreventie en niet nader gespecificeerde behandeling in het kader van het delict
Psychotherapie & therapieën	Psycho-educatie, (cognitieve/dialectische) gedragstherapie, schemagerichte therapie, gezin/systeemtherapie inclusief relatietherapie, gesprekstherapie, EMDR en overige therapieën door psycholoog/psychiater/psychotherapeut
Vaardigheidstrainingen	Alle vaardigheidstrainingen (Vaardigheidstrainingen m.b.t. middelengebruik, agressiehantering, sociale vaardigheden, psycho-educatie, seksueel en relationeel gedrag, arbeid, scholing en vrije tijd en overige vaardigheidstrainingen)
Non-verbale therapieën	Muziektherapie, dramatherapie, beeldende therapie, psychomotorische therapie en overige non-verbale therapieën
Maatschappelijk werk	Maatschappelijk werk

Tabel 2: Gevolgde behandeling en AS I en AS II (N=180)

Type	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen (N=71)	Aan middelen gebonden stoornis (N=125)	Seksuele en gender- identiteits- stoornissen (N=24)	Cluster B persoonlijk- heids- stoornis (N=71)	Persoonlijk- heids- stoornis NAO (N=66)	Zwakbe- gaardheid/ zwakzinnig- heid (N=34)
Behandeling in het kader van het delict	25.4%	35.2%	58.3%	36.6%	39.4%	23.5%
Psychotherapie & therapieën	63.4%	68.8%	66.7%	69.0%	68.2%	55.9%
Vaardigheidstrainingen	67.6%	79.2%	66.7%	80.3%	72.7%	73.5%
Non-verbale therapieën	53.5%	62.4%	75.0%	57.7%	75.8%	50.0%
Maatschappelijk werk	77.5%	76.8%	75.0%	73.2%	83.3%	76.5%

Tabel 3: Gevolgde behandeling en indexdelict (N=180)

Type	(Poging tot) moord of doodslag (N=85)	Zedendelict, slachtoffer <16 jaar (N=21)	Zedendelict, slachtoffer >16 jaar (N=19)	Brand- stichting met gevaar voor personen (N=12)	Bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheids- beroving (N=18)	Diefstal met en zonder geweld (N=8)	Ernstig geweld inclusief zware mis- handeling (N=15)
Behandeling in het kader van het delict	30.6%	57.1%	52.6%	16.7%	38.9%	50.0%	26.7%
Psychotherapie & therapieën	64.7%	61.9%	63.2%	75.0%	77.8%	62.5%	73.3%
Vaardigheidstrainingen	69.4%	61.9%	73.7%	75.0%	83.3%	100.0%	80.0%
Non-verbale therapieën	63.5%	66.7%	57.9%	66.7%	77.8%	37.5%	46.7%
Maatschappelijk werk	75.3%	76.2%	68.4%	100.0%	66.7%	62.5%	93.3%

Tabel 4: Gevolgde behandeling en totale verblijfsduur (N=180)

Type	<2 jaar (N=32)	2-4 jaar (N=30)	4-6 jaar (N=40)	>6 jaar (N=78)
Behandeling in het kader van het delict	12.5%	26.7%	47.5%	43.6%
Psychotherapie & therapieën	53.1%	70.0%	67.5%	70.5%
Vaardigheidstrainingen	50.0%	76.7%	80.0%	76.9%
Non-verbale therapieën	50.0%	70.0%	72.5%	59.0%
Maatschappelijk werk	68.8%	76.7%	75.0%	79.5%

Tabel 5: Gevolgde behandeling en nationaliteit (N=171)

Type	Autochtoon (N=119)	Allochtoon (N=52)
Behandeling in het kader van het delict	38.7%	26.9%
Psychotherapie & therapieën	63.9%	73.1%
Vaardigheidstrainingen	73.1%	75.0%
Non-verbale therapieën	58.8%	76.9%
Maatschappelijk werk	71.4%	86.5%

Tabel 6: Gevolgde behandeling en kliniek (N=180)

Type	1e kliniek (N=128)	2e kliniek (N=40)	3e-6e kliniek (N=12)
Behandeling in het kader van het delict	38%	35%	25%
Psychotherapie & therapieën	68%	68%	50%
Vaardigheidstrainingen	78%	68%	33%
Non-verbale therapieën	68%	55%	25%
Maatschappelijk werk	75%	83%	67%

BIJLAGE 5D: DUUR EN INTENSITEIT BEHANDELING

Tabel 1: Duur en intensiteit behandeling

	Gemiddelde (sd)	Range
Duur		
Behandeling in het kader van het delict	12.6 (8.9)	2-29
Vaardigheidstrainingen	8.9 (1.5)	0-43
Non-verbale therapieën	13.9 (1.9)	3-42
Psycho-educatie & therapieën	7.5 (4.6)	1-13
Intensiteit		
		Frequentie
Behandeling in het kader van het delict	>1x per week	2
	1x per week	4
	2x per maand	5
	<2x per maand	0
Psycho-educatie & therapieën	>1x per week	0
	1x per week	10
	2x per maand	5
	<2x per maand	16
Vaardigheidstrainingen	>1x per week	20
	1x per week	19
	2x per maand	0
	<2x per maand	0
Non-verbale therapieën	>1x per week	8
	1x per week	36
	2x per maand	2
	<2x per maand	0

Noot: Met betrekking tot maatschappelijk werk werden de bovenstaande details onvoldoende duidelijk uit de dossiers, vandaar dat deze ontbreekt in de tabel.

BIJLAGE 5E: FARMACOTHERAPIE

Tabel 1: Farmacotherapie en ASI en AS II (N-168)

Type	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen (N=68)	Aan middelen gebonden stoornis (N=117)	Seksuele en gender- identiteits- stoornissen (N=22)	Cluster B persoon- lijkheids- stoornis (N=66)	Persoon- lijkheids- stoornis NAO (N=63)	Zwak- begaafd- heid/ zwak- zinnigheid (N=30)
psychotische decompensatie (antipsychotica)	94.1%	54.7%	13.6%	51.5%	39.7%	66.7%
stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	30.9%	37.6%	22.7%	42.4%	30.2%	36.7%
impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	4.4%	9.4%	9.1%	12.1%	11.1%	10.0%
seksuele component (hormonale libidoremmers)	0%	4.3%	31.8%	4.5%	6.3%	6.7%
middele afhankelijkheid / verslaving	5.0%	10.3%	0%	9.1%	6.3%	3.3%
somatische aandoeningen	52.9%	52.1%	68.2%	54.5%	46.0%	56.7%

Noot: Bij 12 patiënten was onbekend welke medicatie ze gebruikten ten tijde van scoring.

Tabel 2: Farmacotherapie en indexdelict (N=168)

Type	(Poging tot) moord of doodslag (N=77)	Zeden-delict, slachtoffer <16 jaar (N=17)	Zeden-delict, slachtoffer >16 jaar (N=19)	Brand-stichting met gevaar voor personen (N=12)	Bedreiging met en zonder geweld, afpersing en vrijheidsberoving (N=18)	Diefstal met en zonder geweld (N=8)	Eerstig geweld inclusief zware mishandeling (N=15)
psychotische decompensatie (antipsychotica)	54.5%	29.4%	42.1%	66.7%	72.2%	37.5%	73.3%
stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	39.0%	23.5%	36.8%	41.7%	50.0%	25.0%	26.7%
impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	11.7%	5.9%	15.8%	16.7%	11.1%	0%	6.7%
seksuele component (hormonale libidoremmers)	0%	29.4%	10.6%	0%	0%	0%	6.7%
middeleafhankelijkheid / verslaving	6.5%	0%	15.8%	8.3%	16.7%	0%	0%
somatische aandoeningen	50.6%	64.7%	36.8%	50.0%	50.0%	50.0%	66.7%

Noot: Bij 12 patiënten was onbekend welke medicatie ze gebruikten ten tijde van scoring.

Tabel 3: Farmacotherapie en totale verblijfsduur (N=168)

Type	<2 jaar (N=25)	2-4 jaar (N=30)	4-6 jaar (N=39)	>6 jaar (N=74)
psychotische decompensatie (antipsychotica)	52.0%	56.7%	53.8%	54.1%
stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	52.0%	36.7%	33.3%	32.4%
impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	4.0%	10.0%	10.3%	13.5%
seksuele component (hormonale libidoremmers)	0%	0%	10.3%	6.8%
middeleafhankelijkheid/ verslaving	0%	3.3%	5.1%	12.2%
somatische aandoeningen	52.0%	56.7%	48.7%	51.4%

Noot: Bij 12 patiënten was onbekend welke medicatie ze gebruikten ten tijde van scoring.

BIJLAGE 5F: GEËVALUEERDE BEHANDELDOELEN

Tabel 1: Geëvalueerde behandeldoelen uit meest recente behandelplan

Geëvalueerde doelen m.b.t.	Niet behaald N	Geheel behaald N	Gedeel- telijk behaald N	Totaal geëva- lueerd N
Doelen t.a.v. beveiliging:				
Vrijheden/ verlof	1	16	9	26
Beheersbaarheid van noodsituaties	1	9	3	13
Beleid t.a.v. ontvluchting/ onttrekking	0	0	0	0
Doelen t.a.v. verpleging:				
Dagelijkse leven en begeleiding op de groep	13	15	32	60
Dagbesteding	11	22	18	51
Beleid t.a.v. drugs/ alcoholproblematiek	7	22	6	35
Arbeidstrajecten	6	13	6	25
Onderwijs	3	4	4	11
Doelen t.a.v. behandeling:				
Psychologische/ psychiatrische behandeling	15	20	34	69
Systeemgerichte ondersteuning en begeleiding	6	13	16	35
Non-verbale behandeling	4	9	11	24
Medicamenteuze ondersteuning (regulier en bij calamiteiten)	1	14	5	20
Financiële en andere praktische regelingen	1	9	7	17
Doelen t.a.v. resocialisatie:				
Natraject	9	4	7	20

Tabel 2: Geëvalueerde behandeldoelen uit meest recente behandelplan gekoppeld aan verblijfsduur (N=172)

Opgestelde doelen m.b.t.	<2 jaar (N=28-29)	2-4 jaar (N=28-30)	4-6 jaar (N=35-36)	>6 jaar (N=69-71)
Doelen t.a.v. beveiliging:				
Vrijheden/ verlof	9.4%	10.0%	17.5%	16.7%
Beheersbaarheid van noodsituaties	9.4%	6.7%	7.5%	6.4%
Beleid t.a.v. ontvluchting / onttrekking aan de verpleging	0%	0%	0%	0%
Doelen t.a.v. verpleging:				
Dagelijkse leven en begeleiding op de groep (sociotherapie)	25.0%	30.0%	37.5%	35.8%
Dagbesteding	28.2%	16.7%	35.0%	29.5%
Beleid t.a.v. drugs / alcoholproblematiek	21.8%	13.3%	27.5%	16.7%
Arbeidstrajecten	0%	20.0%	12.5%	17.9%
Onderwijs	9.4%	9.9%	2.5%	5.1%
Doelen t.a.v. behandeling:				
Psychologische / Psychiatrische behandeling	34.5%	49.9%	32.5%	38.5%
Systeemgerichte ondersteuning en begeleiding	25.1%	23.3%	17.5%	16.6%
Non-verbale behandeling	25.1%	23.3%	10.0%	6.4%
Medicamenteuze ondersteuning zowel regulier als bij calamiteiten	15.6%	10.0%	10.0%	10.3%
Financiële en andere praktische regelingen	18.8%	10.0%	2.5%	8.9%
Doelen t.a.v. resocialisatie:				
Natraject	6.2%	3.3%	17.5%	12.7%

BIJLAGE 5G: ERVAREN KNELPUNTEN TIJDENS DE TENUITVOERLEGGING

Tabel 1: Ervaren knelpunten tijdens de tenuitvoerlegging (N=11)

Knelpunten	Aantal keer genoemd
Mbt (werkwijze) personeel	
Gebrek aan goed geschoold personeel	1
Gebrek aan mannen in het personeel	1
Gebrek aan goede communicatie binnen de instelling	1
Administratieve druk/werkdruk	4
Verschuiving taken personeel (meer achter de computer)	1
Mbt (aanbod) patiënten	
Te weinig nieuwe aanmeldingen/leegloop	4
A select toewijzingsbeleid	1
Ongemotiveerde patiënten die zich slecht aan afspraken houden	1
Medicamenteuze therapieresistentie	1
Toename gemaximeerde tbs	1
Mbt (veranderingen) wetgeving	
Invoering DBBC's	1
Langdurend/moeizaam traject voor verkrijgen verlof	7
Invoering beveiligde fase begeleid verlof	2
Te grote nadruk (vanuit ministerie) op beveiliging in plaats van op behandeling	3
Te algemene richtlijnen voor alle patiënten die niet bij alle individuen passen/weinig ruimte om zelf uit te proberen	2
Overige knelpunten	
Maatschappelijke onrust/negatieve beeldvorming tbs/mediagevoeligheid	6
Consequenties voor alle tbs-gestelden op basis van een actie van één persoon	1
Moeizame aansluiting met en doorstroom naar andere instellingen/reguliere GGz	7
Samenwerking tussen klinieken onderling door financiering	1

BIJLAGE 5H: KOPPELING BEHANDELING AAN LITERATUUR

Tabel 1: Beschreven behandelingen bij seksueel grensoverschrijdend gedrag (N=25)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Maatschappelijk werk	76%	0%	24%
Psychomotorische therapie	52%	20%	28%
Therapie door psycholoog/psychiater/psychotherapeut	48%	8%	44%
Beeldende therapie	48%	20%	32%
Dramatherapie	36%	40%	24%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. sociale vaardigheden	28%	40%	32%
Delictketen, delictscenario en delictdynamiek	28%	24%	48%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. seksueel en relationeel gedrag	24%	44%	32%
Dadergroepen	24%	28%	48%
Systeemtherapie	20%	44%	36%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. middelengebruik	16%	56%	28%
Muziektherapie	16%	52%	32%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. psycho-educatie	12%	52%	36%
(Cognitieve / dialectische) Gedragstherapie	12%	32%	56%
Terugvalpreventie, preventieketen	12%	40%	48%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. agressiehantering	8%	56%	36%
Schemagerichte therapie	8%	40%	52%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. arbeid, scholing en vrije tijd	4%	60%	36%
Psycho-educatie	4%	40%	56%

Noot: Onder therapie door psycholoog/psychiater/psychotherapeut valt alle therapie waarvan verdere details ontbreken

Tabel 2: Farmacotherapie bij seksueel grensoverschrijdend gedrag (N=25)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Farmacotherapie			
somatische aandoeningen	52%	36%	12%
seksuele component (hormonale libidoremmers)	24%	64%	12%
stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	24%	64%	12%
psychotische decompensatie (antipsychotica)	20%	68%	12%
impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	12%	76%	12%
middelenafhankelijkheid / verslaving	0%	88%	12%

Tabel 3: Beschreven behandelingen bij psychotische kwetsbaarheid (N=69)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Maatschappelijk werk	77%	1%	22%
Psychomotorische therapie	41%	29%	30%
Therapie door psycholoog/psychiater/psychotherapeut	36%	15%	49%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. psycho-educatie	36%	29%	35%
Psycho-educatie	36%	17%	47%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. middelengebruik	30%	39%	31%
Beeldende therapie	22%	26%	52%
Muziektherapie	22%	32%	46%
Dramatherapie	20%	44%	36%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. sociale vaardigheden	20%	44%	36%
Delictketen, delictscenario en delictdynamiek	19%	3%	78%
Systeemtherapie	12%	27%	61%
(Cognitieve/ dialectische) Gedragstherapie	9%	39%	52%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. seksueel en relationeel gedrag	6%	54%	40%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. arbeid, scholing en vrije tijd	6%	54%	40%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. agressiehantering	4%	60%	36%
Schemagerichte therapie	4%	29%	67%
Dadergroepen	3%	19%	78%
Terugvalpreventie, preventieketen	2%	20%	78%

Noot: Onder therapie door psycholoog/psychiater/psychotherapeut valt alle therapie waarvan verdere details ontbreken

Tabel 4: Farmacotherapie bij psychotische kwetsbaarheid (N=69)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Farmacotherapie			
psychotische decompensatie (antipsychotica)	92%	4%	4%
somatische aandoeningen	52%	44%	4%
stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	29%	67%	4%
middelenafhankelijkheid/verslaving	6%	90%	4%
impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	4%	92%	4%
seksuele component (hormonale libidoremmers)	0%	96%	4%

Tabel 5: Beschreven behandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen (N=72)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Maatschappelijk werk	74%	0%	26%
Psychomotorische therapie	50%	31%	19%
Therapie door psycholoog / psychiater / psychotherapeut	46%	8%	46%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. middelengebruik	42%	29%	29%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. agressiehantering	33%	31%	36%
Dramatherapie	32%	39%	29%
Beeldende therapie	29%	26%	45%
Delictketen, delictscenario en delictdynamiek	29%	10%	61%
Systeemtherapie	25%	26%	49%
Muziektherapie	22%	33%	45%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. sociale vaardigheden	19%	43%	38%
(Cognitieve / dialectische) Gedragstherapie	19%	19%	62%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. seksueel en relationeel gedrag	19%	46%	35%
Psycho-educatie	17%	23%	60%
Terugvalpreventie, preventieketen	14%	25%	61%
Schemagerichte therapie	13%	29%	58%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. arbeid, scholing en vrije tijd	11%	51%	38%
Dadergroepen	6%	33%	61%
Vaardigheidstrainingen m.b.t. psycho-educatie	0%	61%	39%

Noot: Onder therapie door psycholoog / psychiater / psychotherapeut valt alle therapie waarvan verdere details ontbreken

Tabel 6: Farmacotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen (N=72)

Type	Ja	Nee	Onbekend
Farmacotherapie			
somatische aandoeningen	44%	50%	6%
stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)	40%	54%	6%
psychotische decompensatie (antipsychotica)	25%	69%	6%
impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit	12%	82%	6%
middelenafhankelijkheid / verslaving	11%	83%	6%
seksuele component (hormonale libidoremmers)	4%	90%	6%

BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 6

BIJLAGE 6A: BESCHRIJVENDE SIGNIFICANTE STATISTIEK

BEHORENDE BIJ DE VIJF KLASSEN

BIJLAGE 6B: VISUELE WEERGAVE VAN DE 5 KLASSEN

BIJLAGE 6C: VERDELING PROFIELEN OVER FPC'S

BIJLAGE 6A: BESCHRIJVENDE SIGNIFICANTE STATISTIEK
BEHORENDE BIJ DE VIJF KLASSEN

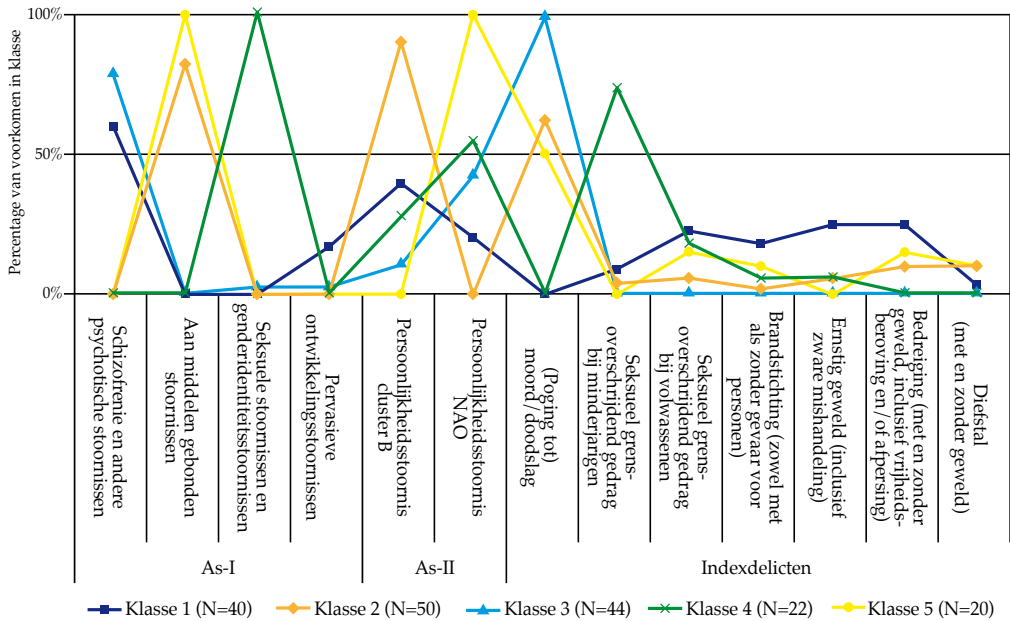
Tabel 1 Beschrijvende significante statistiek behorende bij de vijf klassen (N=176)

	Klasse 1 (N=40)	Klasse 3 (N=44)	Klasse 2 (N=50)	Klasse 5 (N=20)	Klasse 4 (N=22)
Kenmerken onderzoekspopulatie:					
Allochtonen		+			-
Huidige leeftijd	-				+
Gevolgde opleiding	-	+	-		
Werk als dagbesteding ten tijde van indexdelict	-			-	+
Kinderen	-		+		
Life events					
Seksueel misbruikt	-			-	+
Gepest		-	-		+
Alcohol/drugsproblemen	+		+	+	-
Verhuizing/migratie		+			-
Problemen huisvesting	+			+	-
1e drie levensjaren					
Middelengebruik ouders				+	-
Eerdere hulpverlening	+				-
Leeftijd bij 1e veroordeling	-				+
Eerdere delicten					
Zedendelict	-	-	-	-	+
Bedreiging			+		-
Diefstal				+	-
Eerdere maatregelen					
IBS		+	-	-	-
RM		+	-	-	-
Tenuitvoerlegging tbs-maatregel:					
Leeftijd oplegging tbs-maatregel	-				+
Psychopathologie:					
Geen diagnose op As-II		+		-	
GAF-score	-	-	+	+	+
Tijd in de detentie voor opname	-		+		
Opgestelde doelen:					
Doelen mbt medicatie		+	-	-	
Doelen mbt onderwijs	-	-	+		-
Behandelinterventies:					
Schemagerichte therapie	-	-	-	+	-
Dadergroepen				-	+
Vaardigheidstrainingen mbt agressiehantering	-	-	+		-
Vaardigheidstrainingen mbt psycho- educatie		+	-	-	
Delictbehandeling totaal	-				+
Farmacotherapie:					
Antipsychotica	+	+	-	-	-
Hormonale libidoremmers	-	-	-	-	+
Incidenten:					
Schendingen druggebruik			-	+	

Tabel 2 Beschrijvende significante statistiek behorende bij de vijf klassen (N=176)

	Klasse 1 (N=40)	Klasse 3 (N=44)	Klasse 2 (N=50)	Klasse 5 (N=20)	Klasse 4 (N=22)	F-toets	Post hoc
Kenmerken onderzoekspopulatie:							
Allochtonen	33%	45%	33%	16%	5%	3.57	3>4
Huidige leeftijd	36.53	38.36	39.34	37.85	44.41	2.60	4>1
Gevolgd opleiding	3.10	3.68	3.02	3.20	3.27	5.17	3>1,2
Werk als dagbesteding ten tijde van indexdelict	5%	22%	27%	10%	55%	4.83	4>1,5
Kinderen	10%	27%	42%	30%	29%	2.84	2>1
Life events							
Seksueel misbruikt	13%	21%	27%	5%	52%	3.40	4>1,5
Gepest	36%	26%	29%	35%	71%	2.75	4>2,3
Alcohol / drugsproblemen	83%	68%	86%	95%	50%	4.80	1,2,5>4
Verhuizing / migratie	34%	57%	36%	40%	14%	3.08	3>4
Problemen huisvesting	55%	46%	38%	65%	18%	3.21	1,5>4
1e drie levensjaren							
Middelengebruik ouder	27%	14%	15%	35%	0%	2.68	5>4
Eerdere hulpverlening	2.3	2.02	2.04	1.90	1.32	2.41	1>4
Leeftijd bij 1e veroordeling	21.2	26.75	22.63	20.65	29.18	4.33	4>1
Eerdere delicten							
Zedendelict	25%	10%	16%	13%	76%	9.88	4>1,2,3,5
Bedreiging	36%	30%	48%	19%	6%	3.09	2>4
Diefstal	81%	77%	64%	94%	47%	3.21	5>4
Eerdere maatregelen							
IBS	31%	49%	10%	0%	0%	3.86	3>2,4,5
RM	28%	41%	6%	5%	0%	3.71	3>2,4,5
Tenuitvoerlegging tbs-maatregel:							
Leeftijd oplegging tbs-maatregel	30.0	31.9	32.5	29.1	37.1	2.52	4>1
Psychopathologie:							
Geen diagnose op As-II	20%	27%	8%	0%	9%	3.18	3>5
GAF-score	40.0	43.5	46.3	51.7	47.5	5.43	2,4,5>1 5>3
Tijd in de detentie voor opname	15.2	17.3	23.2	24.5	17.8	3.55	2>1
Risicotaxatie: gebruik SVR-20	33%	5%	21%	16%	81%	14.88	4>1,2,3,5 1>3
Opgestelde doelen:							
Doelen mbt medicatie	38%	56%	17%	16%	45%	5.34	3>2,5
Doelen mbt onderwijs	8%	10%	38%	16%	0%	6.52	2>1,3,4
Behandelinterventies:							
Schemagerichte therapie	15%	0%	20%	67%	17%	4.57	5>1,2,3,4
Dadergroepen	17%	9%	19%	0%	55%	2.98	4>5
Vaardigheidstrainingen mbt agressiehantering	14%	21%	57%	36%	13%	4.75	2>1,3,4
Vaardigheidstrainingen mbt psycho-educatie	33%	54%	7%	8%	20%	5.34	3>2,5
Delictbehandeling totaal	23%	30%	40%	45%	59%	2.59	4>1
Farmacotherapie:							
Antipsychotica	77%	76%	36%	21%	30%	11.00	1,3>2,4,5
Hormonale libidoremmers	5%	0%	0%	0%	35%	12.79	4>1,2,3,5
Incidenten:							
Schendingen druggebruik	28%	12%	7%	44%	9%	2.88	5>2

BIJLAGE 6B: VISUELE WEERGAVE VAN DE VIJF KLASSEN



Figuur 1: De 5 klassen uit de latente klasse analyse

BIJLAGE 6C: VERDELING PROFIELEN OVER FPC'S

Tabel 1 Verdeling van de vijf profielen over de FPC's

	N	Klasse 1 (N=40)	Klasse 3 (N=44)	Klasse 2 (N=50)	Klasse 5 (N=20)	Klasse 4 (N=22)
Rijksinrichtingen						
FPC de Oostvaarderskliniek	18	22.2	44.4	27.8	5.6	-
FPC Veldzicht	16	-	13.3	53.3	6.7	26.7
Particuliere instellingen						
FPC de Rooyse Wissel	29	20.7	13.8	27.6	31.0	6.9
FPC Dr. S. van Mesdag	20	30.0	40.0	15.0	5.0	10.0
Pompekliniek	20	15.0	30.0	30.0	10.0	15.0
Van der Hoeven Kliniek	19	5.6	22.2	50.0	11.1	11.1
FPC de Kijvelanden	17	12.5	12.5	37.4	18.8	18.8
FPC Oldenkotte	13	30.8	23.0	30.8	7.7	7.7
FPC 2Landen	5	40.0	-	20.0	-	40.0
Niet-justitiële inrichtingen						
Hoeve Boschoord	9	75.0	-	-	-	25.0
De Woenselse Poort	9	44.4	55.6	-	-	-
Inforsa	3	-	66.7	-	-	33.3
FPK Assen	2	100.0	-	-	-	-

Noot: De verdeling van de klassen over de klinieken verschilt ($\chi^2(48)=85.9$; $p=.001$).



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

LinC
LEUVENS INSTITUUT
VOOR CRIMINOLOGIE

© 2011 WODC, Ministerie van Veiligheid
en Justitie. Auteursrechten voorbehouden.
Voor deze publicatie is licentie verleend
aan GGzE.