

Behandelduur tot eerste toekenning tbs-verlof in een Nederlandse forensische psychiatrische kliniek; dossieronderzoek naar invloed van patiëntkenmerken en delict

P. TER HORST, A. JESSEN, S. BOGAERTS, M. SPREEN

- ACHTERGROND** De toename in duur tot het moment van het eerste begeleide verlof bij terbeschikkingstelling (tbs) vertaalt zich in een langere behandelduur. Patiënten, behandelaren en kliniekdirecties streven ernaar deze duur, verantwoord, terug te brengen.
- DOEL** Onderzoeken in hoeverre sekse, psychiatrische stoornis of het soort delict van invloed was op de duur tot het eerste verlof.
- METHODE** Retrospectief dossieronderzoek binnen Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) De Woenselse Poort.
- RESULTATEN** Er werden 91 patiënten geïncludeerd in dit onderzoek. Hoewel mannen vaker fysiek agressief gedrag gebruikten, werd er geen verschil gevonden tussen de invloed van sekse, psychiatrische stoornis of het soort delict in relatie tot de behandelduur die voorafging aan het eerste, begeleide verlof.
- CONCLUSIE** Mede op basis van risicotaxaties beoordelen klinici of hun patiënt positief, niet of negatief veranderd is ten opzichte van zichzelf wat betreft delictgerelateerde risicofactoren. Bij een positieve verandering zou men sneller een aanvraag tot verlof verwachten. Om de besluitvorming rond het aanvragen van verlof te bespoedigen is het wenselijk om een klinische beslismethode voor risicogerelateerde behandel-evaluatie te ontwikkelen waarin delictgerelateerde risicofactoren onderscheiden worden en (positieve) veranderingen daarop periodiek gemeten en zichtbaar gemaakt worden. De behandelaar zou bij iedere behandel-evaluatie moeten beargumenteren waarom de patiënt (nog niet) op verlof kan.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 314-322

TREFWOORDEN forensisch, klinische besluitvorming, tbs, verloftoekenning



ARTIKEL



Een forensische psychiatrische kliniek (FPK) waar patiënten met een tbs-maatregel behandeld worden, heeft de opdracht de maatschappij te beveiligen tegen recidive. Een tbs-maatregel is een behandelmaatregel die de rechter kan opleggen aan mensen die ten tijde van het delict geheel of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar waren vanwege een psychiatrische stoornis. Naast de tbs-maatregel kan de

rechter de patiënt verplichten tot het betalen van een schadevergoeding aan het slachtoffer. Slachtoffers kunnen zich hiertoe ook wenden tot de commissie schadefonds geweldsmisdrijven (Kunst e.a. 2010).

Veiligheid en verlof

Een behandelende kliniek dient één- of tweejaarlijks aan

de rechter te verantwoorden welke gevaren er nog bestaan voor recidive en waarom behandeling nog nodig is. In theorie kan een tbs-maatregel levenslang voortduren. Tbs-behandeling dient zich te richten op veilige resocialisatie, rehabilitatie en herstel van de patiënt zodat deze weer zoveel mogelijk de regie krijgt over de invulling van zijn dag-, woon- en leerwensen, omgang met zijn sociale contacten en financiën (Swildens e.a. 2003). Bij rehabilitatie ondersteunen hulpverleners de patiënt in zijn herstelproces uitgaande van zijn wensen en zorgbehoeften, met oog voor het verbeteren van de kwaliteit van leven en het (opnieuw) succesvol vervullen van sociaal maatschappelijke rollen (www.rehabilitatie.nl, 28 maart 2014). Hierbij blijft leidend dat de patiënt geen risico meer vormt voor de maatschappij.

Behandelaren gaan vaak uit van de *risk-need-responsivity*- ofwel RNR-benadering (Andrews e.a. 1990). Bij het RNR-model gaat men ervan uit dat gewelddadig gedrag (*risk*) goed te analyseren en te voorspellen is waarbij patiënten met een hoog risico een intensievere behandeling dienen te krijgen dan patiënten met een laag risico. Behandeling dient gericht te worden op verandering van risicofactoren (*needs*) die in relatie staan tot recidive. *Responsivity* duidt op het aansluiten van de interventies bij de beperkingen en mogelijkheden van de behandelde patiënt. De RNR-benadering legt de basis voor maatschappelijke veiligheid (Schuringa e.a. 2014).

Voor een succesvolle behandeling is RNR echter ontoereikend (Ward e.a. 2007). Bij een strikte focus op het behandelen van risk en needs is er onvoldoende aandacht voor de wensen en behoeften van de patiënt, wat gevolgen kan hebben voor de behandelmotivatie (Ward & Maruma 2007). Voortijdig stoppen met de behandeling verhoogt de kans op recidive (Marques 2005), terwijl een afgeronde behandeling lijkt te beschermen. Spreen e.a. (2014) vonden in hun landelijke studie dat er bij 122 van de 283 patiënten bij wie de tbs-maatregel in de periode 2004-2008 onvoorwaardelijk opgeheven werd, sprake was van een onvolledig verloftraject. Bij deze groep was gewelddadige recidive hoger (31%) vergeleken met patiënten die hun verloftraject wel volledig doorliepen (19%). Door doelen te behandelen die ook voor de patiënt relevant zijn, kan verandering van risks en needs indirect plaatsvinden.

Dit is ook het principe achter de individuele rehabilitatiebenadering (IRB). Deze gaat uit van de capaciteiten van de patiënt, het vergroten van de autonomie en het aanleren van vaardigheden, en minder vanuit beperkingen, hetgeen de behandelmotivatie ten goede komt.

De responsiviteitsbenadering gaat uit van hetzelfde principe, echter zonder concessies te doen aan de behandeling van risicofactoren die de patiënt zelf niet onderkent. Bij IRB draagt de hulpverlener bij aan herstel door de patiënt te

AUTEURS

PAUL TER HORST, senior wetenschappelijk onderzoeker, De Woenselse Poort, Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen.

AMBER JESSEN, forensisch psycholoog, ten tijde van het onderzoek stagiaire, De Woenselse Poort.

STEFAN BOGAERTS, hoogleraar Forensische psychologie en victimologie, Universiteit Tilburg, FPC de Kijvelanden/DOK Rotterdam en FPC Mesdag Groningen.

MARINUS SPREEN, lector Social Work & Arts Therapies, Stenden Hogeschool Leeuwarden, hoofd afd. Onderzoek, FPC Mesdag, Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Paul ter Horst, De Woenselse Poort, Postbus 909, 5626AB, Eindhoven.

E mail: prm.ter.horst@dewoenselsepoort.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-10-2014.

ondersteunen bij het opbouwen van een positieve identiteit (Wilken & den Hollander 2012), of het aandragen van externe hulpbronnen als de capaciteiten van de patiënt tekortschieten. IRB en RNR vinden we terug in het *good lives model* (GLM), dat het risico indirect behandelt door aan te sluiten op interesses, mogelijkheden en ambities van de patiënt (Fortune e.a. 2012; Ward & Fortune 2013; Ward 2010).

Verlof in de tbs-behandeling

Veel patiënten ambiëren terugkeer in de maatschappij in zelfstandigheid. Om duurzame succeservaringen op te doen op het gebied van wonen, werken, dag- en vrijetijdsbesteding, leren, sociale contacten en financieel beheer, is het noodzakelijk om vanuit een nieuwe situatie (buiten de kliniek) te onderzoeken wat haalbare doelen zijn. Behandeling interventies (zoals verlof) dienen erop gericht te zijn de patiënt vaardigheden aan te leren die het hem mogelijk maken tot andere gedachten te komen, zich anders te voelen, anders te reageren en hem of haar in staat te stellen deze kennis te gebruiken om toekomstige (hoog)risicosituaties te vermijden danwel adequaat te hanteren (Porporino 2010). Gefaseerd verlof biedt de mogelijkheid om wat erin de behandeling geleerd is in de maatschappij te toetsen zonder terug te vallen in delictgedrag (Ooyen-Houben e.a. 2009). Bij uitbreiding van verlof krijgt de patiënt steeds meer eigen regie en verantwoordelijkheid.

Maatschappelijke discussie

In 2005 vonden er enkele recidives plaats tijdens verlof wat resulteerde in maatschappelijke onrust. De politiek reageerde hierop door de klinieken te verplichten om verlof-aanvragen te voorzien van een risicotaxatie (Adviescollege Verloftoetsing TBS 2011; Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) 2007). Hildebrand e.a. (2006) berekenden dat er jaarlijks rond de 50.000 verlofbewegingen plaatsvinden waarbij er in de periode 1 januari 2000 tot 8 december 2005 107 maal sprake was van onttrekking (de patiënt onttrekt zich aan het toezicht van de kliniek, maar is binnen 24 uur weer terug) en 381 maal van ontvluchting (de patiënt onttrekt zich langer dan 24 uur aan het toezicht van de kliniek). In totaal recidiveerden 62 patiënten.

Naar aanleiding van nieuwe incidenten vroeg politiek Den Haag om opheldering aan de Inspectie voor de Sanctietoepassing (Ist). Deze lichtte in 2008 en 2009 de acht forensisch psychiatrische centra (de Kijvelanden, Oldenkotte, De Rooyse Wissel, Veldzicht, Dr. S. van Mesdag, Oostvaarderskliniek, de Van der Hoeven Kliniek en de Pompekliniek) door op onttrekkingen en ontvluchtingen tijdens verlof. De Ist concludeerde dat de in 2005 ingestelde maatregelen zoals het instellen van verplichte risicotaxatie bij het aanvragen van verlof en de verplichting tot jaarlijkse evaluatie van verlof (Staatsblad 2005, 400) hadden geleid tot een sterke daling in het aantal onttrekkingen en ontvluchtingen tijdens verlof. In de periode 2008-2012 was er 3 maal sprake van ontvluchting en 184 maal van onttrekking (Forensische zorg in getal DJI 2013).

De Ist (2009) concludeerde echter ook dat het moment waarop het eerste verlof wordt toegestaan, naar een steeds later tijdstip verschoven was. In 1996 had 53% van de patiënten binnen 3 jaar begeleid verlof; in 2007 was dit nog maar 25% (Nagtegaal e.a. 2011). Daarnaast daalde het aantal patiënten met een verlofmachtiging van 58,3% in 2000 naar 43,7% in 2008 (AVT 2009), wat resulteerde in een stijging van de gemiddelde intramurale verblijfsduur tot bijna tien jaar (Parlementair onderzoek tbs 2005-2006). Nagtegaal e.a. schatten deze duur in 2011 op 9 jaar.

In het Masterplan DJI van 2013 geeft staatssecretaris Teeven aan met de brancheorganisaties overeengekomen te zijn dat de gemiddelde tbs-behandelduur per jaar met een half jaar zal worden teruggebracht. Een tbs-behandeling zou in 2017 gemiddeld 8 jaar in beslag mogen nemen. Dit betekent dat patiënten sneller zullen moeten doorstromen naar lager beveiligde en minder zorgintensieve voorzieningen. In het Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014-2017 wordt expliciet gesproken over een budgetkorting voor klinieken die de 8 jaar overschreden. Anticiperend op het bekorten van de behandelduur worden er 528

tbs-plaatsen afgestoten in de periode tot 2017 (Masterplan DJI 2013).

Historie van tbs-verlofpraktijk

Tot 1994 was het gebruikelijk dat de geneesheer-directeur op voorspraak van de behandelaar al dan niet instemde met verlof. Bij toestemming werd goedkeuring gevraagd aan het toenmalige Ministerie van Justitie. Vanaf 2000 moest een melding onderbouwd worden met een gestandaardiseerd verlofplan dat de kans op recidive tijdens verlof beter inzichtelijk zou maken. Het verlofplan diende te worden toegeschreven op een van de zes vormen van verlof: begeleid, semi-begeleid, groepsverlof, onbegeleid zonder overnachtingen, onbegeleid met één of twee overnachtingen en onbegeleid verlof met meer dan twee overnachtingen. In het verlofplan dienden het verlofdoel en de concrete invulling van het verlof beschreven te worden. Bij de melding diende er ook een aantal vragen beantwoord te worden rond de delict-, behandel- en verlofhistorie. Tot slot diende de behandelaar een schatting te maken over het risico op recidive en/of onttrekking (Nagtegaal e.a. 2011). Naar aanleiding van incidenten (ontvoering en misbruik van een minderjarige door een patiënt in 2004 en moord door een andere patiënt in 2005) tijdens verlof, besloot de Tweede Kamer in 2005 om een parlementaire onderzoekscommissie, de commissie-Visser, in te stellen. Deze commissie kreeg de opdracht het tbs-systeem grondig door te lichten omdat het 'in zijn huidige vorm onvoldoende in staat is om de maatschappij te beschermen' (TK 2004-2005, 29 452, nr. 25). De commissie constateerde in haar eindrapport onder andere dat verlof steeds meer een onderdeel van de behandeling uitmaakt, maar dat er zowel door de overheid als door de klinieken steeds kritischer gekeken wordt naar verlofverlening waardoor de aanvang van verlof vertraagd wordt.

Rapport commissie-Visser

De commissie-Visser kwam met 17 aanbevelingen waarvan er een aantal betrekking heeft op het bespoedigen van verlof, het verbeteren (en verlengen) van het voor- en nazorgtraject en het inzetten van risicotaxatie ter verdere professionalisering van de forensische psychiatrie (TK 2005-2006, 30 250, nrs. 4-5). De 6 verlofmodaliteiten werden teruggebracht naar 4: begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof met een geldigheid van één jaar. Jaarlijkse verlofevaluaties werden verplicht gesteld en om het verlof te behouden dienden deze te zijn voorzien van een actuele risicotaxatie (Staatsblad 2005, 400, DJI 2007). Om landelijke uniformiteit in aanvragen, evaluaties en procedures te bewerkstelligen, werd besloten om een onafhankelijk Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT) in te

stellen (TK 2006-2007, 29 452 / 30 250, nr. 48). Het AVT werd op 1 januari 2008 ingesteld en toetst alle verlofaanvragen en evaluaties op inhoud alvorens advies uit te brengen aan de Verlofunit van het Ministerie van Justitie. In 2010 honoreerde het AVT 89% van de verlofaanvragen. Het resterende deel werd afgewezen of teruggezonden met vragen om verduidelijking waardoor deze patiënten langer dienen te wachten op hun verlof.

Het instellen van de AVT leidde ertoe dat de gemiddelde doorlooptijd van een verlofaanvraag of -evaluatie (en daarmee de duur van de behandeling) toenam tot 60 dagen ten opzichte van de 26 dagen in de periode vóór instelling van de AVT (AVT 2011). Daarnaast schrijft het regeerakkoord van VVD-CDA (2010) voor, dat verlofmachtigingen na 1 januari 2011 automatisch voor minimaal een jaar vervallen als een patiënt een strafbaar feit pleegt, zich (aan een begeleider) onttrekt of langer dan 24 uur ongeoorloofd afwezig is. Ook deze maatregel leidt tot een langere verblijfsduur. Onderzoek naar de kenmerken van deze groep is gewenst, maar valt buiten het doel van deze bijdrage. Niet alleen de doorlooptijden van aanvragen en evaluaties nemen toe, ook de behandelduur en de duur tot de aanvang van het eerste verlof nemen landelijk gezien toe, al is er na 2007 sprake van een positieve kentering (DJI 2013).

Dit feit vormde voor FPK De Woenselse Poort aanleiding om te onderzoeken of er groepen patiënten zijn die na aanvang van de tbs-behandeling sneller dan andere groepen een akkoord voor begeleid verlof krijgen van het AVT. Met het oog op het bekorten van de behandelduur tot het eerste begeleide verlof hebben wij de duur tot het eerste verlof binnen FPK De Woenselse Poort onderzocht. Hierbij hebben we gekeken naar invloed van verschillen in sekse, psychiatrische stoornis en delictgegevens, de aangeboden zorgprogramma's, de gemengde populatie en het verschil in maatschappelijke impact van verschillende delicten.

DOEL

Om te onderzoeken of er patiëntgroepen zijn die sneller op verlof gaan dan andere, werden de patiënten onderscheiden op basis van sekse, psychiatrische stoornis (psychose, persoonlijkheidsproblematiek of een ontwikkelingsstoornis, inclusief verstandelijke beperking) en delict. Er werden vier delictgroepen onderscheiden: levensdelicten, geweldsdelicten, brandstichting en zedendelicten. Aanvullend werd er gezocht naar de mogelijke invloed van combinaties van sekse, psychiatrische stoornis en delict op het toekennen van het eerste verlof.

METHODE

Het onderzoek was explorierend en retrospectief naar verschillen in het tijdstip waarop de eerste stap in het verloftraject gezet werd. 'Tijdstip' werd gedefinieerd als de peri-

ode in jaren en maanden vanaf de aanvang van de tbs-behandeling tot aan het verkrijgen van de machtiging voor begeleid verlof. Deze behandeling kon mogelijk al in een andere kliniek gestart zijn. Om de genoemde onderzoeksgroepen te onderscheiden zochten wij bij alle patiënten met een tbs die op 1 september 2010 onder de verantwoordelijkheid van FPK De Woenselse Poort vielen retrospectief naar afgifedata van verlofmachtigingen, sociodemografische kenmerken, psychiatrische stoornis en indexdelicten. Hierbij maakten wij gebruik van het algemeen landelijke Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling (MITS), USER (elektronisch patiëntendossier van De Woenselse Poort) en databases van de 1ste auteur.

Statistische analyse

Statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS 19. De verschillen in duur tot het eerste begeleide verlof werden getoetst op basis van drie exploratief (tweezijdig) gestelde hypothesen. De drie hypothesen waren als volgt.

Hypothese 1: Er is geen verschil in behandelduur tot toekenning van het eerste verlof tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten met een tbs-maatregel.

Hypothese 2: Er is geen verschil in behandelduur tot toekenning van het eerste verlof tussen patiënten bij wie psychose, persoonlijkheidsproblematiek of een ontwikkelingsstoornis inclusief verstandelijke beperking werd gediagnosticeerd.

Hypothese 3: Er is geen verschil in behandelduur tot toekenning van het eerste verlof tussen patiënten veroordeeld voor levensdelicten, geweldsdelicten, brandstichting of zedendelicten.

De 1ste hypothese werd onderzocht met een t-toets voor onafhankelijke groepen. Hypothese 2 en 3 werden onderzocht door middel van variantieanalyses (ANOVA's) waarbij de tijdsduur tot aan het begeleid verlof de afhankelijke variabele was; psychiatrische stoornis en delictscategorieën waren de onafhankelijke variabelen. Er werd getoetst met $\alpha = 0,05$.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Van de 103 patiënten met een tbs-maatregel die op 1 september 2010 onder de verantwoordelijkheid van FPK De Woenselse Poort vielen, konden van 91 patiënten die in de periode september 1990 tot en met november 2009 instroomden de dossiers geïnccludeerd worden voor onderzoek. De gegevens van 12 patiënten werden uitgesloten wegens een uitzonderlijk ziektebeeld, intrekking of het laten verlopen van verlof wegens het plegen van strafbare feiten of het overtreden van voorwaarden in de periode vóór 1 september 2010.

TABEL 1 Kenmerken van patiënten met een tbs-maatregel in De Woenselse Poort (n = 91) en duur tot eerste verlot

Kenmerken	M	V	Totaal
Onderzoekspopulatie	61 (67%)	30 (33%)	91 (100%)
Gem. leeftijd	41,44 (SD 10,57)	42,77 (SD 10,86)	41,88 (22-74); SD 10,63
Nationaliteiten			11
Geboren in Nederland			66%
Gem. intramurale verblijfsduur tot 1-9-2010			4,2 jaar (63 dagen-15,3 j); SD 2,9 j
Verlof			
Rechtsgeldig verlot			68%
Begeleid verlot			20%
Onbegeleid verlot			11%
Transmuraal verlot			25%
Proefverlot			12%
Geen verlot	16 (26%)	13 (43%)	32%
Psychotische stoornis	33 (54%)	8 (27%)	41 (45%)
Schizofrenie			36 (40%)
Schizoaffectieve stoornis			2 (2%)
Psychose NAO			3 (3%)
Persoonlijkheidsstoornis	19 (63%)	9 (15%)	28 (31%)
Antisociale persoonlijkheidsstoornis			4 (4%)
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis			18 (20%)
Persoonlijkheidsstoornis NAO			6 (7%)
Ontwikkelingsstoornis/verstandelijke beperking	19 (31%)	3 (10%)	22 (24%)
Autisme			7 (8%)
Pervasieve ontwikkelingsstoornis			1 (1%)
Verstandelijke beperking			14 (15%)
Levensdelict	28 (46%)	13 (43%)	41 (45%)
Geweldsdelict	22 (36%)	2 (7%)	24 (26%)
Brandstichting	13 (8%)	15 (50%)	23 (25%)
Zedendelict	3 (5%)	0 (0%)	3 (3%)

Van de patiënten was 66% in Nederland geboren. Landelijk gezien ligt dit percentage gemiddeld rond de 72% in 2005 en 2009 (DJI 2010). Patiënten met een psychotische stoornis hadden relatief meer levensdelicten gepleegd (n = 23) dan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (n = 10) of een ontwikkelingsstoornis dan wel een verstandelijke beperking (n = 8). Patiënten met een ontwikkelingsstoornis of een verstandelijke beperking pleegden naar verhouding meer geweldsdelicten (n = 11; 50%) dan patiënten met een psychotische stoornis (n = 10; 24%) of met een persoonlijkheidsproblematiek (n = 3; 11%). Hierbij ging het met name om patiënten met de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Brandstichting werd, naar verhouding, vaker door vrouwen gepleegd. In ons onderzoek kwamen persoonlijk-

heidsproblematiek en de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis vaker voor bij vrouwen. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek gingen naar verhouding vaker over tot brandstichting (n = 15; 54%) dan patiënten met psychoseproblematiek (n = 7; 17%) of met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking (n = 1; 5%). Binnen de groep zedendelinquenten was er in 1 geval (33%) sprake van psychoseproblematiek. In 2 (66%) gevallen was er sprake van een ontwikkelingsstoornis of een verstandelijke beperking. Gezien dit kleine aantal (n = 3) werd deze groep alsnog uitgesloten van toetsing.

Uitkomsttoetsing van hypothesen

Hypothese 1. Er is geen verschil in behandelduur tot aan toekenning van het eerste verlot tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten met een tbs-maatregel. De 33 man-

nen die op de peildatum minimaal begeleid verlof hadden, moesten gemiddeld 4 jaar (sd 2,8) op begeleid verlof wachten. De 17 vrouwen moesten iets langer wachten (gemiddeld 4,4 jaar; sd 3,2). Het verschil bleek echter niet significant te zijn ($t = -0,38$; $df = 48$; $p = 0,71$).

Hypothese 2. Er is geen verschil in behandelduur tot toekenning van het eerste verlof tussen patiënten met psychose, persoonlijkheidsproblematiek of een ontwikkelingsstoornis inclusief verstandelijke beperking. Aan patiënten met een psychosegerelateerde stoornis ($n = 20$) werd gemiddeld genomen het snelst begeleid verlof toegekend (gemiddeld 3,8 jaar; sd 2,7). Daarop volgden patiënten met aan persoonlijkheid gerelateerde problematiek ($n = 20$; gemiddeld 4,2 jaar; sd 2,9). Tot slot volgden patiënten met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking ($n = 10$; gemiddeld 4,7 jaar; sd 3,5). Uit de ANOVA bleek geen significant verschil ($F = 0,33$; $df = 2$; $p = 0,72$).

Hypothese 3. Er is geen verschil in behandelduur tot toekenning van het eerste verlof tussen patiënten veroordeeld voor levensdelicten, geweldsdelicten, brandstichting of zedendelicten. Patiënten met brandstichting als indexdelict ($n = 16$; gemiddeld 3,6 jaar; sd 1,5) gingen het snelste op begeleid verlof. Daarna volgden patiënten met een levensdelict (gemiddeld 4,3 jaar; sd 3,8). Tot slot volgden de patiënten die een geweldsdelict pleegden (gemiddeld 4,5 jaar; sd 2,7). Uit de ANOVA bleek geen significant verschil ($F = 0,36$; $df = 2$; $p = 0,70$).

DISCUSSIE

In verhouding tot de landelijke gemiddelde duur van 5 jaar en bijna 5 maanden behandeling tot aan de verloftoekenning van het AVT (Nagtegaal e.a. 2011), kunnen we stellen dat de patiënten van FPK De Woenselse Poort relatief snel het eerste verlof kregen (mannen na 4 jaar, vrouwen na 4 jaar en 4 maanden). Wel dient in acht genomen te worden dat er landelijk gezien in de praktijk sprake is van selectieve plaatsing van patiënten naar voorzieningen en specialisten. Daarnaast is het mogelijk dat het verlofbeleid in andere FPK's en forensisch psychiatrische centra op een andere wijze wordt toegepast.

De onderzoeksgroep was onvoldoende gelijkmatig verdeeld en de psychiatrische stoornis werd vastgesteld op basis van de prominentste, recentste hoofddiagnose terwijl er bij verscheidene patiënten sprake was van comorbiditeit. De onderzoeksgroepen werden niet nog nader gespecificeerd wegens de beperkte groepsgrootte nadat indeling naar psychiatrische stoornis had plaatsgevonden.

Wanneer een tbs-maatregel wordt opgelegd in combinatie met een gevangenisstraf, kan er pas verlof worden aangevraagd nadat de voorwaardelijke invrijheidsstelling is ingegaan.

Mogelijk werd de duur tot het eerste verlof positief beïn-

vloed door patiënten die al konden profiteren van een tbs-behandeling in de periode waarin er op hen nog een detentiemaatregel van toepassing was. In het huidige onderzoek is er geen rekening gehouden met de invloed van eventuele periodes voor de voorwaardelijke invrijheidsstelling. Mogelijk heeft dit ertoe bijgedragen dat de periode tot aan het eerste verlof voor een aantal patiënten langer geworden is dan in werkelijkheid het geval zou moeten zijn.

Het aandeel vrouwen is met 33% relatief hoog ten opzichte van het landelijk totaal aantal vrouwen (7%) die in 2010 in het kader van tbs behandeld werden (DJI 2011). De resultaten laten zien dat iets meer mannen dan vrouwen geweldsdelicten hebben gepleegd. Dit beeld komt overeen met eerdere bevindingen. Zo vond Archer (2004) dat mannen bij het plegen van delicten agressiever zijn dan vrouwen. Daly en Wilson 1988 beschreven dat moord vaker werd gepleegd door mannen dan door vrouwen; hetzelfde gold voor het gebruik van geweld.

Opvallend is dat patiënten met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking, in verhouding tot de andere groepen patiënten, langer moeten wachten op verlof. Deze groep patiënten stroomt in de regel, na behandeling in het kader van tbs, uit naar andersoortige 24-uurszorgvoorzieningen waarbij er sprake blijft van toezicht. Gezien de genoemde beperkingen in onze groepssamenstelling dient er bij eventuele extrapolatie naar de Nederlandse tbs-populatie de nodige voorzichtigheid in acht genomen te worden.

Ook moeten wij opmerken dat het merendeel van de vrouwen op het peilmoment pas recentelijk ingestroomd was. Ten tijde van het peilmoment waren er nog vier aanvragen voor begeleid verlof in behandeling bij de interne verlofcommissie.

CONCLUSIE

Patiënten met psychoseproblematiek lijken iets sneller op begeleid verlof te kunnen gaan dan patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, een ontwikkelingsstoornis of een verstandelijke beperking. Sekse, psychiatrische stoornis of het delict blijken niet van invloed te zijn op de duur tot het praktiseren van het eerste verlof in de onderzochte kliniekpopulatie.

Nader onderzoek naar andere factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn op de verstreken tijd voor de eerste verlofaanvraag is gewenst. Te denken valt aan het monitoren van veranderingen op individuspecifieke risico-indicatoren. Het onderzoek van Bogaerts en Spreen (2011) laat bijvoorbeeld zien dat er een groep patiënten met een tbs-maatregel met psychotische stoornis en in het verleden een cluster B-persoonlijkheidsstoornis te onderscheiden is die zeer laag scoort op de risico-indicatoren impulsiviteit

en vijandigheid op basis van het risicotaxatie-instrument Historisch-Klinisch-Toekomst-30 (HKT-30). In het onttrekkingenonderzoek van Hildebrand (2006) kwamen deze HKT-30-indicatoren eveneens naar voren als goede voor spellers van succesvol verlot.

Het is wenselijk te zoeken naar combinaties van succesfactoren voor verlot en resocialisatie als klinische toetssteen. Te denken valt aan patiënten met enkel psychotische problematiek waarbij na medicamenteuze behandeling vooral ingezet wordt op revalidatie en rehabilitatie (Van Nieuwenhuizen e.a. 2011). Om dit te kunnen toetsen is het wenselijk om naast sekse, psychiatrische stoornis en delict, ook risico-indicatoren en schendingen bij deze groepen te monitoren. Het bespreken van veranderingen in risicovolle en beschermende factoren zou prominenter deel uit moeten gaan maken van de behandel-evaluatiecyclus.

Klinische besluitvorming rond het (niet) aanvragen van verlot dient hier een prominent deel van uit te gaan maken. De ontwikkeling van een klinische beslismethode voor risicogerelateerde behandel-evaluatie die rekening houdt met veranderingen op risico-indicatoren, sekse, psychiatrische stoornis en het delict, zou ertoe kunnen bijdragen dat er bij patiënten met een laag risicoprofiel sneller resocialisatie overwogen kan worden (Ter Horst e.a. 2014).

Op basis van ons onderzoek zou men nu bijna concluderen dat het enkel een kwestie van tijd is vooraleer er verlot aangevraagd wordt. Daarmee wordt patiënten die goed reageren op de behandeling geen recht gedaan. Collega's in het forensische veld roepen wij dan ook dringend op om ook de hand in eigen boezem te steken en het eigen verlot-beleid kritisch te beschouwen, om zo te voorkomen dat de praktijk nog langer voeding blijft geven aan impopulaire politieke maatregelen.

LITERATUUR

- Adviescollege Verloftoetsing TBS. Behandeluur en verlot in de tbs. Verslag seminar 5 november. Utrecht: Adviescollege; 2009.
- Adviescollege Verloftoetsing TBS. Nieuwsbrief 6. Utrecht: Adviescollege; 2011.
- Andrews DA, Bonta J, Hoge RD. Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. *Crim Just Behav* 1990; 17: 19-52.
- Archer J. Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Rev Gen Psychol* 2004; 8: 291-322.
- Bogaerts S, Spreen M. Persoonlijkheids-pathologie, slachtofferschap vóór het 18^e levensjaar, huiselijk geweld en delict informatie in een klinische groep ter beschikking gestelden [Factsheet]. 2011. https://www.wodc.nl/images/factsheet-3_tcm44-378016.pdf
- Daly M, Wilson M. *Homocide*. Hawthorne: Aldine De Gruyter; 1988.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Circulaire Toetsingskader verlot ter beschikking gestelden. Den Haag: Ministerie van Justitie; 2007. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/circulaires/2007/03/06/circulaire-toetsingskader-verlot-ter-beschikking-gestelden.html>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Tbs in getal: 2005-2009. Den Haag: DJI; 2010.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Forensische zorg in getal: 2006-2010. Den Haag: DJI; 2011.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Forensische zorg in getal: 2008-2012. Den Haag: DJI; 2013.
- Fortune CA, Ward T, Willis GM. The Rehabilitation of offenders: Reducing risk and promoting better lives. *Psychiatry, Psychology and Law* 2012; 19: 646-61.
- Inspectie voor de Sanctietoepassing. De tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel: Acht forensisch psychiatrische centra doorgelicht. Den Haag: Ist; 2009.
- Harte JM, Kalmthout van WD, Knappe JJMC. Forensisch psychiatrisch toezicht: Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op TBS-gestelden. Reeks Criminologie deel 7. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2010.
- Hildebrand M, Spreen M, Schonberger HJM, Augustines F, Hesper BL. Onttrekkingen tijdens verlot, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2006.
- Horst P ter, van Ham M, Spreen M, Bogaerts S. Behandel-evaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 228-36.
- Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, Van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse* 2005; 17: 79-107.
- Directoraat-Generaal Jeugd en Sanctietoepassing. Masterplan DJI 22 maart, kenmerk 367994. Den Haag: 2013.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Circulaire Toetsingskader verlot ter beschikking gestelden [circulaire Tweede Kamer kamerstuk 29452-67]. Den Haag: DJI; 2007.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Meerjar-beleid inkoop forensische zorg 2014 – 2017 [kenmerk 5751698/13]. Den Haag: DJI; 2013.
- Kunst MJ, Winkel FW, Bogaerts S. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among victims of violence applying for state compensation. *J Interpers Violence* 2010; 25: 1631-54.
- Ministerie van Justitie. Besluit van 23 juli 2005 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden in verband met een wijziging van de regels met betrekking tot verlot en proefverlot en enige andere bepalingen. *Staatsblad* 2005; 400.

- Nagtegaal M, Van Der Horst R, Schönberger H. Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden: Cijfers en mogelijke verklaringen. Meppel: Boom Juridische Uitgevers; 2011.
- Nieuwenhuizen van C, Bogaerts S, Ruijter de E, Bongers I, Coppens, M, Meijers R. TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse. WODC 2011.
- Ooyen-Houben van M, Philipse M, Mos K, Dijkman L. Hulpverlening en justitie: twee werelden. Tijdschrift voor Verslaving 2009; 3: 51-59.
- Porporino FJ. Bringing sense and sensitivity to corrections: From programmes to 'fix' offenders to services to support desistance. What Else Works? Creative Work With Offenders 2010: 61-85.
- Regeerakkoord VVD-CDA. Vrijheid en verantwoordelijkheid. Den Haag; 2010. p 41.
- Schuringa E, Spreen M, Bogaerts S. Interrater and test-retest reliability, internal consistency and factorial structure of the Dutch Instrument for Forensic Treatment Evaluation. J Forensic Psychol Practice 2014; 14: 127-44.
- Spreen M, Brand E, Ter Horst P, Bogaerts S. Handleiding HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige - Revisie. Groningen: Dr. van Mesdag kliniek; 2014.
- Swildens WE, Van Keijzerswaard AJ, Van Wel TF, De Valk GJJ, Valenkamp MW. Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: Een open onderzoek. Tijdschr Psychiatr 2003; 45: 15-26.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Interdepartementaal beleidsonderzoek 1995: Financieringssystemen van de forensisch psychiatrische hulpverlening [kenmerk 24 561, 1]. Den Haag: SDU; 1996-1997.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Zorg voor vóórtdurend delictgevaarlijke tbs-verpleegden [kenmerk 24 587, 33]. Den Haag: SDU; 1997-1998.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Interdepartementaal beleidsonderzoek: Tbs [kenmerk 26 562, 1]. Den Haag: SDU; 1998-1999.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Veilig en wel [kenmerk 24 587, 75]. Den Haag: SDU; 2001-2002.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Motie van de leden Wolfsen en Weekers [kenmerk 29 452, 25]. Den Haag: SDU; 2004-2005.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Parlementair onderzoek tbs [kenmerk 30 250, 4-6]. Den Haag: SDU; 2005-2006.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Parlementair onderzoek tbs: Plan van aanpak [kenmerk 29 452 / 30 250, 48]. Den Haag: SDU; 2006-2007.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30: risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2002.
- Ward T, Maruna S. Rehabilitation: Beyond the risk assessment paradigm. Londen: Routledge; 2007.
- Ward T, Fortune C. The good lives model: Aligning risk reduction with promoting offenders' personal goals. European Journal of Probation 2013; 5: 29-46.
- Ward T. The good lives model of offender rehabilitation: Basic assumptions, aetiological commitments and practice implications. Offender Supervision: New Directions In Theory, Research and Practice 2010: 41-64.
- Wilken FP, Den Hollander D. Handboek Integrale Rehabilitatiebenadering: Theorie en praktijk van het systematische rehabilitatiegericht handelen. Amsterdam: SWP Uitgeverij; 2012.

SUMMARY

Clinical decision making with regard to the granting of escorted leave for forensic patients detained by court order in a Dutch psychiatric clinic. Role of gender, disorder and the type of offence in the procedure

P. TER HORST, A. JESSEN, S. BOGAERTS, M. SPREEN

BACKGROUND An increase in the length of time until the first escorted leave is granted to a patient detained by court order (TBS) results in a longer period of treatment. Physicians involved in the treatment and clinic managers are striving to reduce, in a responsible manner, the length of the period of treatment preceding the patient's first escorted leave.

AIM Forensic Psychiatric Clinic (FPK) 'De Woenselse Poort' aims to find out to what extent gender, pathology and the type of offence committed by the detainee influence the length of time that elapses before the patient's first leave is granted.

METHOD We conducted a retrospective study based on patients' records.

RESULTS Although men use physical aggression more often than women, we found that gender, pathology and the type of offence had no influence on the length of the treatment period that preceded the granting of the patient's first escorted leave.

CONCLUSION Partly on the basis of risk management scales, clinicians judge whether the patient has adopted a more positive or a more negative attitude to risk factors relating to his or her offence. If the risk factors have become more positive, one would expect the application for leave to be made earlier. Surprisingly, this was not the case. In order to speed up the decision-making process regarding the application for leave, a clinical method for evaluating risk related treatment needs to be developed in which offence related risk factors are identified and the patient's positive or negative attitude to these risks are measured and monitored. At each treatment evaluation practitioners should be required to produce arguments that determine whether or not the patient is to be granted permission to go on leave at a particular moment.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 314-322

KEY WORDS clinical decision making, detention by court-order (TBS), forensic