

## Onbehandelbaar?

B. C. M. RAES

In het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw werd in de Nederlandse forensische psychiatrie een taboe doorbroken. Er waren wel een aantal ingewijden, maar er werd tot dan toe nauwelijks openlijk over gesproken, laat staan gepubliceerd. Het betrof een kleine groep (waarschijnlijk 15-20 personen) terbeschikkinggestelden (tbs-gestelden), de meesten opgenomen in de Rijksinrichting Veldzicht, die tot hun dood daar verbleven omdat ze geacht werden blijvend delictgevaarlijk te zijn. Veldzicht had voor hen zelfs een eigen kerkhof ingericht. Onder hen was een klein aantal van wie de tbs was opgeheven, maar die zo gehospitaliseerd waren dat het Ministerie van Justitie toestemming gaf tot voortgezet verblijf zonder dat de maatregel tbs nog van toepassing was. Onder druk van de capaciteitsproblemen in de tbs-sector kwam deze groep beter in beeld, mede op grond van de overweging dat behandelingsinspanningen kennelijk niet tot enig effect geleid hadden en dat deze groep (dure) tbs-plaatsen bezet hield die aldus niet beschikbaar waren voor tbs-gestelden met een wellicht betere behandelingsprognose.

Uit onderzoek bleek dat in 1992/1993 ongeveer 114 tbs-gestelden langer dan 6 jaar en 84 tbs-gestelden langer dan 8 jaar intramuraal verbleven.

Vervolgens vonden er twee ontwikkelingen min of meer gelijktijdig plaats. Een door het Ministerie van Justitie ingestelde adviescommissie 'Voortdurend delictgevaarlijken' kwam tot de vaststelling dat van voortdurende delictgevaarlijkheid sprake was indien een tbs-gestelde gedurende twee maal vier jaar in twee verschillende klinieken behandeld was zonder dat het gevaar voor herhaling van een ernstig delict in voldoende mate verminderd was, daarbij aangevend dat er voor deze groep een differentiatie nodig was in de mate van benodigde beveiliging, beheersing en zorg. De regering nam in algemene zin dit advies over zij het dat zij gebleken blijvende delictgevaarlijkheid beperkte tot twee ineffectieve behandelingspogingen in twee verschillende klinieken gedurende twee maal drie jaar.

Ongeveer tezelfdertijd stelde een interdepartementale beleidscommissie voor om, ter stimulering van de uitstroom van tbs-gestelden, de dagprijs voor de verpleging van tbs-gestelden na zes jaar intramuraal verblijf drastisch te reduceren (outputfinanciering). Dit als prikkel voor de klinieken om de intramurale verblijfsduur te bekorten. Ook dit advies werd door de regering overgenomen.

In 1999 werd de eerste tbs-longstay-afdeling geopend binnen de beveiliging van Veldzicht (20 plaatsen), na enkele jaren gevolgd door een longstay-afdeling in de Pompekliniek (40 plaatsen).

Is het denkbaar dat beide maatregelen ertoe bijgedragen hebben dat het aantal als blijvend delictgevaarlijk beschouwde tbs-gestelden sindsdien aanzienlijk is toegenomen? Uiteraard speelden hierbij ook een rol de veranderde kenmerken van de tbs-populatie

(o.m. ernst van de indexdelicten, toename van het aantal psychotici, afhankelijkheid van psychoactieve stoffen) en het sinds 1993 het sterk toegenomen aantal tbs-vonnissen.

Het is opvallend dat daarna de term 'blijvend delictgevaarlijk' steeds meer plaats maakte voor het begrip 'onbehandelbaar' en er gaan stemmen op om iemand al als onbehandelbaar te bestempelen eerder dan na twee maal drie jaar vruchteloos behandelen.

Opmerkelijk genoeg ontbreken wetenschappelijke behandel-effectonderzoeken vrijwel geheel in de forensische psychiatrie. Het belangrijkste houvast in deze zin vormen de verschillende recidiveonderzoeken die in de loop der jaren zijn verricht. Maar het belang hiervan voor de evaluatie van de behandeling tijdens de tenuitvoering van de tbs is zeer betrekkelijk. Immers, recidivepercentages geven geen informatie over de tijdens de behandeling gepleegde interventies. Bovendien is de samenstelling van de tbs-populatie in velerlei opzicht zeer heterogeen. Dit brengt met zich mee dat men onderzoek zou moeten verrichten bij zo homogeen mogelijk samengestelde subgroepen tbs-gestelden met duidelijk omschreven behandel doelstellingen, interventies en effectmetingen. Daarnaast zijn de uitgangspunten waarop de behandeling berust voortdurend onderhevig geweest aan veranderingen. Bovendien zijn er nog steeds aanzienlijke cultuurverschillen tussen de tbs-instellingen, ondanks het in 1999 ingevoerde aselechte toewijzingsbeleid dat als doel had vergelijkbare populaties in alle instellingen te krijgen. Deze verschillen hebben zich als het ware in de loop der tijden in de muren van de klinieken genesteld. Dit maakt multi-center-interventieonderzoek bij homogene subgroepen van voldoende omvang methodologisch gecompliceerd en vergt een nauwe samenwerking tussen de forensisch psychiatrische instituten.

Onbehandelbaarheid is in de forensische psychiatrie een nauwelijks bruikbare term omdat geprotocolleerd effectonderzoek vrijwel ontbreekt op grond waarvan men zou kunnen besluiten tot een dergelijke conclusie. Bovendien is onbehandelbaarheid niet identiek met bijvoorbeeld het begrip therapieresistentie uit de farmacotherapie. Delictgevaarlijkheid is nu eenmaal geen medische diagnose en de beïnvloedbaarheid ervan hangt onder meer af van de kenmerken van de individuele tbs-gestelde, de kwaliteit en consistentie van de behandelorganisatie en van externe beïnvloedbare factoren die de kans op recidive significant verminderen. Daarnaast suggereert de term onbehandelbaarheid een ontoelaatbare dichotomie tussen behandelbaar en onbehandelbaar. Een dergelijke dichotomie is evenmin van toepassing op een groot aantal aandoeningen uit bijvoorbeeld de interne geneeskunde, waar men tracht de ernst van symptomen te verminderen en complicaties en exacerbaties te voorkomen.

De maatregel tbs zou haar aanzien kunnen vergroten indien er meer consistentie en samenwerking bereikt wordt op bestuurlijk, beleidsmatig en professioneel/wetenschappelijk niveau. Daarbij zou de term onbehandelbaar plaats moeten maken voor uit systematisch evaluatief onderzoek gebleken onvoldoende beïnvloedbaarheid van (ernstig) recidivegevaar.