

‘Ik zit mijn tijd wel uit...’ II. Een replicatieonderzoek naar recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging

M.J. NOWAK, M.A. NUGTER

- ACHTERGROND** Een pilotonderzoek naar recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging liet zien dat het recidivepercentage bij deze groep relatief hoog is. Patiënten die recidiveerden, hadden hoge scores op de HCR-20 en veroorzaakten veel incidenten op de afdeling.
- DOEL** Uitkomsten van de pilotstudie repliceren en de recidivecijfers vergelijken met die van patiënten met een terbeschikkingstelling.
- METHODE** Het onderzoek betreft 95 patiënten met een psychotische stoornis die vanwege een strafrechtelijke machtiging of een terbeschikkingstelling zijn behandeld op een FPA. Op basis van dossierinformatie werden de HKT-30 en de PCL-R ingevuld en het aantal incidenten tijdens de behandeling vastgesteld. Recidivecijfers werden na afronding van het dossieronderzoek verkregen van de Justitiële Informatiedienst.
- RESULTATEN** Van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging recidiveerde 43,5% na ontslag en bij patiënten met een tbs was dat 23,1%. De ernst van de recidive ten opzichte van het indexdelict verschilde significant. De HKT-30 en factor 2 van de PCL-R voorspelden de kans op recidive; het aantal incidenten op de afdeling niet.
- CONCLUSIE** De kans op een recidive is relatief hoog bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging. Een verklaring wordt vooral gezocht in de tijdelijkheid van deze maatregel.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)4, 237-246

TREFWOORDEN HKT-30, incidenten, PCL-R, recidive, strafrechtelijke machtiging, terbeschikkingstelling



237

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 56 | APRIL 2014

In dit onderzoek staan twee patiëntpopulaties centraal: patiënten met een strafrechtelijke machtiging en patiënten met een terbeschikkingstelling (tbs).

TBS

Tbs kan worden opgelegd bij bewezen delicten indien een strafbaar feit niet of niet geheel kan worden toegerekend op basis van een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis van de geestvermogens en indien er gevaar dreigt voor anderen dan wel de algemene veiligheid van perso-

nen of goederen. Criterium voor een tbs-maatregel is dat zonder behandeling de kans op recidive onverantwoord groot is. De wettelijke strafdreiging passend bij het bewezen delict is ten minste 4 jaar (artikel 37a WvSr). Tbs wordt opgelegd voor de duur van 2 jaar en kan met één of twee jaar worden verlengd. Een tweede en volgende verlenging is slechts mogelijk wanneer een bevel tot verpleging in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) is gegeven (artikel 37a WvSr). Bij de oplegging is de expertise van een psychiater en een psycholoog verplicht. Bij verlenging dient een

advies van de FPC waar betrokkene wordt behandeld overlegd te worden.

Strafrechtelijke machtiging

De strafrechtelijke machtiging houdt in dat de strafrechter kan gelasten dat een persoon die een strafbaar feit heeft begaan voor de termijn van één jaar in een psychiatrisch ziekenhuis wordt geplaatst, indien het strafbare feit hem wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestesvermogens niet kan worden toegerekend (art. 37 lid 1, jo. 39 WvSr). De strafrechtelijke machtiging kan slechts worden opgelegd wanneer er sprake is van ontoerekeningsvatbaarheid en indien de persoon gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen of voor algemene veiligheid van personen of goederen. Een strafrechtelijke machtiging kan niet worden verlengd binnen een strafrechtelijk kader, het is een in de tijd gelimiteerde maatregel. Wel kan de civiele rechter op verzoek van de officier van justitie een machtiging tot voortgezet verblijf verlenen, ook wel een civielrechtelijke machtiging genoemd. De termijn van de strafrechtelijke machtiging start wanneer het vonnis is uitgesproken.

Problemen met strafrechtelijke machtiging

De strafrechtelijke machtiging is al vanaf 1884 in het strafrecht opgenomen. Desondanks is weinig onderzoek gedaan rondom patiënten die deze maatregel opgelegd krijgen (Peek & Nugter 2009).

Ontoerekeningsvatbaarheid wordt voornamelijk geadviseerd voor delicten die direct voortkomen uit psychotische belevingen (Kooijmans 2002). De theorie is dat bij deze stoornissen de kans op herhaling in voldoende mate binnen één jaar kan worden verlaagd via psychiatrische behandeling. In de praktijk zorgen wachtlijsten er soms voor dat patiënten langer in een penitentiare inrichting verblijven, terwijl de strafrechtelijke titel doorloopt. Dit betekent dat de behandeltime voor deze patiënten korter is dan voorgeschreven waardoor mogelijk onvoldoende verbetering plaatsvindt. Tevens bestaat de indruk dat patiënten met een strafrechtelijke machtiging meer behandel- en beheersproblemen geven dan patiënten met een tbs (Beekman & Koenraadt 2002; Peek & Nugter 2008; Van Gestel e.a. 2002). Daarvoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Allereerst is het zo dat de strafrechtelijke maatregel in tijd gelimiteerd is. Beëindiging van de maatregel is niet afhankelijk van het gedrag van de patiënten tijdens de behandeling (Peek & Nugter 2008; 2009).

Een andere verklaring kan zijn dat agressief gedrag onder opgenomen psychiatrische patiënten relatief vroeg in de opname voorkomt (Nijman e.a. 1997). Dat geldt bij forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's) vooral voor patiënten met een strafrechtelijke maatregel. Patiënten met een

AUTEURS

MÉLINE NOWAK was junior onderzoeker bij GGZ Noord-Holland-Noord, vanaf 1 januari 2013 werkzaam als GZ-psycholoog in opleiding bij de ParnassiaGroep.

ANNET NUGTER is senior onderzoeker en hoofd van de afdeling Onderzoek en Monitoring van GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Annet Nugter, GGZ Noord-Holland-Noord, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.

E-mail: a.nugter@ggz-nhn.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-9-2013.

tbs worden in een FPA pas opgenomen na eerdere behandeling in een FPC en na afname van de kans op agressief gedrag. Hiernaast kunnen verschillende variabelen een rol spelen bij intramurale agressie, zoals patiëntvariabelen (waaronder psychopathie, scores op risicotaxatie-instrumenten en middelenmisbruik), situationele variabelen (agressie komt vaker voor als alle patiënten samen zijn) en personeelsvariabelen (Nijman 2002; 2011).

Risicotaxatie

De effectiviteit van een behandeling in een strafrechtelijk kader wordt uitgedrukt in afname van recidiverisico. Onder recidive wordt verstaan het opnieuw veroordeeld worden door de strafrechter. Voor de inschatting van het risico dat een patiënt in de toekomst gewelddadig gedrag zal vertonen, worden in de Nederlandse forensische psychiatrie verschillende instrumenten gebruikt; onder andere: de *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002), de *History Clinical Risk assessment-20* (HCR-20; vertaling: Philipse e.a. 2000; Webster e.a. 1997) en de *Psychopathy Checklist Revised-20* (PCL-R; Hare 1991; 2003). De PCL-R is geen risicotaxatie-instrument, maar een diagnostisch instrument voor de mate van psychopathie die voorspellende waarde heeft voor de kans op recidive (De Vogel 2005; Hildebrand 2004). Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten om te komen tot een gestructureerde klinische risicotaxatie is binnen de forensische psychiatrie de afgelopen 10 jaar in Nederland standaard geworden. Onderzoek naar de voorspellende waarde van de HKT-30, HCR-20 en PCL-R voor de kans op een recidive is in Nederland vooral gedaan onder de tbs-populatie.

Replicatie van eerder pilotonderzoek

In 2007 is een eerste pilotonderzoek verricht naar recidiven bij 30 patiënten met een strafrechtelijke machtiging die in de jaren 2002 tot en met 2005 hun behandeling afgerond hadden op een forensisch psychiatrische afdeling (FPA). Uit het onderzoek kwam naar voren dat van deze patiënten binnen 4 jaar 50% was gerecidiveerd. Dit percentage was relatief hoog vergeleken met het recidivepercentage dat landelijk bekend is van patiënten met een tbs (30%) en van de betrekkelijk kleine groep tbs-patiënten van dezelfde afdeling (27%) (Peek & Nugter 2008).

Verdere analyses van de groep met strafrechtelijke machtiging lieten zien dat patiënten die recidiveren zich onderscheiden van patiënten die niet recidiveren doordat zij vaker zijn veroordeeld, meer psychiatrische diagnoses hebben, hogere scores hebben op de HCR-20 en PCL-R en meer incidenten veroorzaken tijdens de behandeling. Een beperking van dit onderzoek was de geringe omvang van de patiëntenpopulatie.

Het huidige onderzoek is erop gericht de bevindingen van het eerdere pilotonderzoek te repliceren om met meer zekerheid conclusies te kunnen trekken over recidivepercentages van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging. De volgende vraagstellingen staan centraal:

- Welk percentage van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging recidiveert na ontslag en is dat vergelijkbaar met dat van patiënten met een terbeschikkingstelling?
- In welke mate zijn gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten en aantal en ernst van de incidenten op de afdeling voorspellend voor het al dan niet optreden van recidive bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging?
- Wat is de beste/sterkste voorspeller voor recidive bij deze groep?

METHODE

Populatie

Alle patiënten met een strafrechtelijke machtiging of een tbs die binnen de periode 2002-2009 de behandeling op één FPA-kliniek afsloten, werden geïncludeerd. Bij alle patiënten met een strafrechtelijke machtiging was een psychotische stoornis gediagnosticeerd, waaronder schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, waanstoornis en unipolaire stemmingsstoornissen met psychotische kenmerken. Van de tbs-populatie waren alleen patiënten met vergelijkbare psychotische stoornissen geïncludeerd.

Instrumenten

1 BIOGRAFISCHE GEGEVENS EN INCIDENTEN

Biografische gegevens waren afkomstig uit patiëntendos-

siers en werden verzameld volgens een vast format. Ook het aantal incidenten op de afdeling en de ernst ervan werden uit het dossier betrokken, met door de instelling gebruikte formulieren voor Meldingen Incidenten Patiënten (MIP) en Veilig Incident Melden (VIM). MIP en VIM zijn beide systemen in de ggz waarmee incidenten in de individuele patiëntenzorg worden geregistreerd en geanalyseerd ten behoeve van de kwaliteit en veiligheid. VIM heeft de plaats ingenomen van de MIP en wordt tegenwoordig digitaal gedaan.

2 RISICOTAXATIES

Voor het voorspellen van de kans op recidive werd gebruik gemaakt van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002) en de PCL-R (Hare 1991; 2003).

De HKT-30 bestaat uit 30 items die op een ordinale 5-puntschaal gescoord worden (0 = item is niet van toepassing en 4 = item is geheel van toepassing). Het instrument bestaat uit 11 items die de historische, statische indicatoren meten, zoals justitiële voorgeschiedenis, schending van voorwaarden omtrent behandeling en toezicht, hulpverleningsgeschiedenis. Twaalf items meten klinische en dynamische indicatoren, zoals probleeminzicht, psychotische symptomen, impulsiviteit en copingvaardigheden. Zes items meten de toekomstige situatie indicatoren, zoals overeenstemming over voorwaarden, materiële indicatoren en stresserende omstandigheden. De HKT-30 voorspelt rond de 0,75-0,80 recidive correct bij een tbs-populatie (Harte & Breukink 2010).

De PCL-R bestaat uit 20 criteria die gescoord kunnen worden op een ordinale driepuntschaal. Een inschatting wordt gemaakt of het betreffende item levenslang van toepassing is op de persoon in kwestie (0 = item is niet van toepassing; 1 = item is in een aantal opzichten van toepassing; 2 = item is van toepassing). Iemand kan een maximale score van 40 behalen.

Er zijn meerdere modellen voor de structuur van de PCL-R, die verschillen in het aantal factoren of facetten en in de manier waarop verschillende subsets van items met elkaar verband houden (Patrick e.a. 2012). Het 2-factorenmodel is tot op heden het meest onderzocht (Skeem e.a. 2011). Bij een totaalscore boven de 26 in Nederland (Hildebrand 2004) mag psychopathie worden verondersteld.

Binnen ons onderzoek kozen wij ervoor om te werken met het 2-factorenmodel aangezien er met een meerfactorenmodel teveel predictoren zouden zijn. Factor 1 bestaat uit affectieve en interpersoonlijke kenmerken; factor 2 bevat items die onverantwoordelijkheid, impulsiviteit en antisociaal gedrag weergeven (Hart & Hare 1989).

De PCL-R voorspelt rond de 0,72-0,75 recidive correct bij een tbs-populatie (De Vogel 2005; Hildebrand 2004).

3 RECIDIVE

Informatie over de recidive werd verkregen met uittreksels van de Justitiële Registers, die met toestemming van het wOdc (Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum) bij de Justitiële Informatiedienst (DJI) werden opgevraagd. Het totale aantal geldige strafzaken dat vanaf onherroepelijkverklaring van de maatregel van veroordeling werd geteld, alsmede de soort van eerste recidive en de tijdsduur vanaf ontslag. Er werd gebruikgemaakt van de criteria van geldige strafzaken, die volgens de wOdc-Recidivemonitor (Wartna e.a. 2004) werden gehanteerd (TABEL 1).

Procedure

De HKT-30 en PCL-R werden gescoord op basis van dossierinformatie. Dit gebeurde door twee gecertificeerde onderzoekers. In veel gevallen waren de HKT-30 en de PCL-R reeds gescoord gedurende de behandeling. Indien dat het geval was, werd er uitgegaan van deze scores. De definitieve scores werden na discussie in consensus vastgesteld (De Vogel 2005). Uitgegaan werd van de situatie bij ontslag. Recidivegegevens werden opgevraagd nadat alle gegevens uit de dossiers waren verzameld om bias in de beoordeling te voorkomen.

Statistische analyses

De patiëntengroepen werden vergeleken aan de hand van t-tests voor onafhankelijke groepen (leeftijd, leeftijd eerste delict) en een χ^2 -toets voor de overige variabelen. Aantallen recidiven in het eerste jaar na ontslag van beide populaties werden vergeleken met een χ^2 -toets. De ernst van de recidive ten opzichte van het indexdelict werd vergeleken met de mann-whitney-U-test. Omdat de ontslagperiode varieerde, werd een kaplan-meier-survivalana-

lyse uitgevoerd om verschillen in tijd tot eerste recidive te toetsen voor beide groepen.

Om de voorspellende waarde te bepalen van de scores op de risicotaxatie-instrumenten en het aantal incidenten werden receiver operating characteristic(ROC)-analyses uitgevoerd. Hierbij werden area under the curve (AUC)-waarden berekend. Deze nemen een waarde in tussen de 0 en 1. Bij een AUC van 0,5 wordt de uitkomst even vaak goed als fout voorspeld. Bij een AUC van 1,0 betreft het een perfecte voorspelling.

Om te bezien welke van de variabelen de beste voorspellers waren, werden multiële logistische- en lineaireregressieanalyses uitgevoerd. Aangezien de onderzoeksgroep met een strafrechtelijke machtiging bestond uit 69 proefpersonen (zie verderop) konden er drie predictoren in het model worden opgenomen. Predictoren voor recidive waren de scores op de PCL-R, de HKT-30 en het aantal/ernst incidenten op de afdeling. Uit de bivariate correlatiematrix bleek geen multicollineariteit. Ook was er aan de voorwaarde van lineariteit voldaan. De analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 20.0.

Ethische aspecten

Toestemming voor het dossieronderzoek werd verkregen bij de geneesheer-directeur van de instelling, met inachtneming van de Wet bescherming persoonsgegevens. Er werd op toegezien dat bij de uitvoering de gegevens werden geanonimiseerd. Deze werkwijze werd beoordeeld door het wOdc van het ministerie van Veiligheid en Justitie, waar uiteindelijk ook toestemming werd verleend voor publicatie van de onderzoeksbevindingen. Gegevens over recidive werden per aangetekende post via een met een wachtwoord beveiligde USB-stick verstrekt door het DJI.

TABEL 1 Criteria volgens WODC-Recidivemonitor (Wartna e.a. 2004)

Criterium	Omschrijving
Algemene recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten
Ernstige recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens 4 jaar.**
Zeernstige recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens 8 jaar.
Speciale recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: eenzelfde soort misdrijf als in de uitgangszaak.
Specifieke recidive	Nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van: eenzelfde misdrijf als in de uitgangszaak.

*Recidive: zaken die zijn afgedaan door het OM (exclusief technische septs en zaken die zijn overgedragen naar een ander arrondissementsparket), zaken die zijn geëindigd in een schuldigverklaring door de rechter en zaken die nog niet zijn afgedaan.

**Delicten met een lagere strafdreiging, maar waarvoor wel voorlopige hechtenis kan worden opgelegd, vallen ook in deze categorie (Wartna e.a., 2004).

TABEL 2 Kenmerken patiënten

	Strafrechtelijke machtiging (n = 69)		Tbs (n = 26)	
Hoogst genoten schoolopleiding				
– ≤ LO	19	(27,5%)	11	(42,3%)
– Lager beroeps en MO	29	(42%)	13	(50%)
– Hbo/wo	12	(17,4%)	1	(3,8%)
– Anders (ZMOK)	3	(4,3%)	1	(3,8%)
– Onbekend	6	(8,7%)	0	(0%)
	52	(75,4%)	25	(96,2%)
Nederlandse nationaliteit				
Diagnose as II				
– Ja	14	(20,3%)	16	(61,5%)
– Nee	15	(21,7%)	2	(7,7%)
– Uitgesteld	39	(56,5%)	2	(7,7%)
Alcoholgebruik	28	(40,6%)	13	(50%)
Softdrugsgebruik	46	(66,7%)	18	(69,2%)
Harddrugsgebruik	39	(56,5%)	12	(46,2%)
Leeftijd eerste veroordeling:				
– 0-18 jaar	18	(26,1%)	8	(30,8%)
– 18-25 jaar	14	(20,3%)	9	(34,6%)
– 26-35 jaar	20	(29,4%)	6	(23,1%)
– 36-45 jaar	8	(11,6%)	2	(7,7%)
– > 46 jaar	7	(10,1%)	0	(0%)
Soort indexdelict				
– Geweld	30	(43,5%)	18	(69,2%)
– Poging tot geweld en dreiging	22	(31,9%)	7	(26,9%)
– Geen geweld	17	(24,6%)	1	(3,8%)
Middelengebruik tijdens indexdelict				
– Ja	42	(60,9%)	20	(76,9%)
– Nee	16	(23,2%)	3	(11,5%)
– Onbekend	11	(15,9%)	3	(11,5%)
Overtredingen begaan tijdens behandeling	45	(65,2%)	10	(38,5%)
Type overtredingen				
– Overtreding van huisregels	41	(59,4%)	9	(34,6%)
– Verbale dreigingen tijdens opname	22	(31,9%)	4	(15,4%)
– Agressie/geweld tijdens opname	40	(58,0%)	8	(30,8%)
– Onbedoelde afwezigheid	18	(26,1%)	4	(15,4%)
– Isolatie tijdens opname	8	(11,6%)	1	(3,8%)
– Seksuele intimidatie	2	(2,9%)	2	(7,7%)
Bestemming na ontslag				
– Naar huis	33	(47,8%)	11	(42,3%)
– Intra-/semimuraal	11	(15,9%)	7	(26,9%)
– Forensische instelling	14	(20,3%)	7	(26,9%)
– Anders	11	(15,9%)	1	(3,8%)

RESULTATEN

Patiëntenpopulatie

De onderzoekspopulatie ($n = 104$) bestond uit 100 mannen en 4 vrouwen. Van hen werden 9 patiënten geëxcludeerd (8,65%): 6 hadden geen psychotische stoornis, 1 patiënt was nog in behandeling, 1 patiënt had zijn dossier laten vernietigen en van 1 patiënt stond er onvoldoende informatie in de dossiers. De uiteindelijke analyses werden gebaseerd op de gegevens van 95 patiënten, 4 vrouwen en 91 mannen ($M: 1,04$; $SD: 0,20$). De gemiddelde leeftijd was ruim 36 jaar (uitersten: 19-55). De overige kenmerken van beide patiëntengroepen staan beschreven in **TABEL 2**.

Beide populaties verschilden in een aantal opzichten van elkaar. Patiënten met een tbs waren vaker Nederlands ($\chi^2(1) = 4,92$; $p = 0,020$) en hadden vaker geweld gepleegd tijdens het indexdelict ($\chi^2(2) = 6,94$; $p = 0,031$). Patiënten met een strafrechtelijke machtiging hadden relatief vaak een uitgestelde diagnose op as II van DSM-IV-TR ($\chi^2(2) = 24,60$; $p = 0,000$) en pleegden vaker een overtreding van de huisregels dan patiënten met een tbs ($\chi^2(1) = 5,55$; $p = 0,017$). Voor de overige factoren werden geen significante verschillen gevonden.

Aantal recidiven en tijd tot recidive

Uit de resultaten bleek dat 43,5% van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging binnen een jaar recidiveerde na ontslag. Van de tbs-populatie recidiveerde 23,1% na ontslag. Dit verschil was statistisch niet significant ($\chi^2(1) = 3,34$; $p = 0,054$). De ernst van de recidive ten opzichte van

het indexdelict was significant verschillend ($U = 689,00$; $Z = -1,99$; $p = 0,046$ (tweezijdig getoetst)).

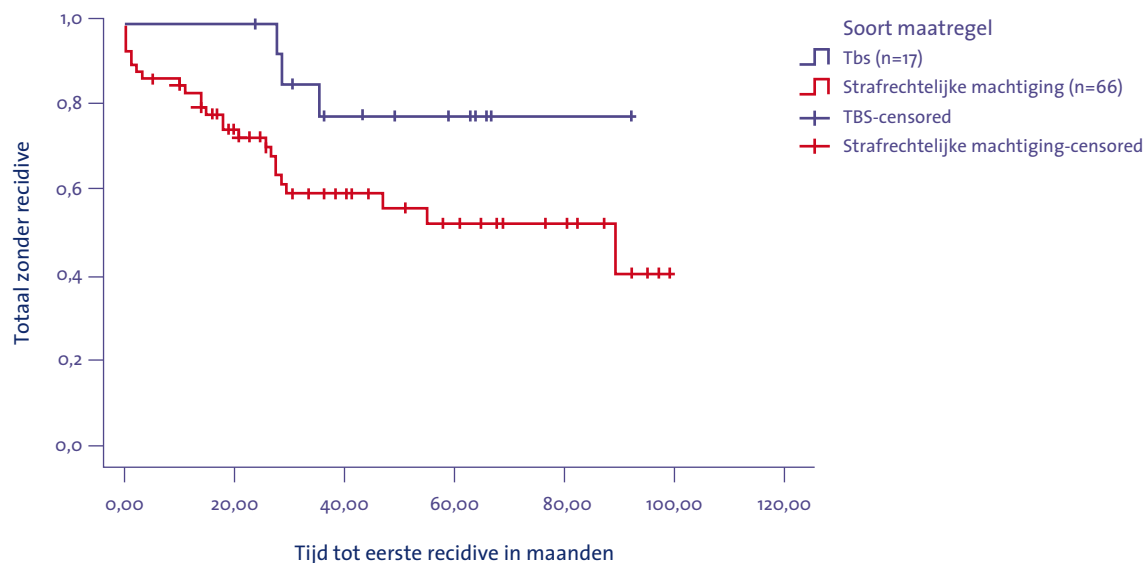
TABEL 3 beschrijft het type recidive voor beide groepen in aantal en percentages. De tabel laat zien dat patiënten met een strafrechtelijke machtiging in vergelijking met patiënten met een tbs meer specifieke en speciale recidiven hadden.

TABEL 3 Soort recidive

	Strafrechtelijke machtiging ($n = 69$)		Tbs ($n = 26$)	
Geen	39	(56,5%)	20	(76,9%)
Algemeen	11	(15,9%)	3	(11,5%)
Ernstig	7	(10,1%)	2	(7,7%)
Zeer ernstig	3	(4,3%)	1	(3,8%)
Speciaal	7	(10,1%)	0	
Specifiek	2	(2,9%)	0	

FIGUUR 1 laat de survivalanalyse van Kaplan-Meier zien met de tijd tot recidive voor beide maatregelen. De tijd is uitgedrukt in maanden tussen het ontslag en de recidivedatum. Om te toetsen of de patiënten met een strafrechtelijke machtiging verschilden van de tbs-populatie werd een log-ranktest gebruikt. Geen significant verschil werd

FIGUUR 1 Kaplan-meiercurve van 83 patiënten met een tbs of een strafrechtelijke machtiging.



gevonden ($\chi^2(1) = 3,44$; $p = 0,063$). Dit betekent dat beide groepen even snel recideerden na ontslag.

Voorspellen van recidiven

De HKT-30, de PCL-R totaal en Factor 2 (antisociaal gedrag) bleken goede predictoren voor het voorspellen van recidiven in de groep met een strafrechtelijke machtiging. AUC's waren tussen de 0,70 en 0,80, wat een gemiddelde tot hoge effectgrootte is (TABEL 4). Factor 1 van de PCL-R en incidenten op de afdeling hadden een AUC van iets meer dan 0,50 en dit betekent dat de voorspellende waarde niet boven het toeval uitkwam.

TABEL 4 AUC-waarden van verschillende instrumenten

Instrument	Wel versus geen recidive AUC
HKT totaalscore	0,719
Historische items	0,715
Klinische items	0,667
Risico in de toekomst	0,713
PCL-R	0,713
Factor 1	0,546
Factor 2	0,751
Incidenten	0,564

Beste voorspeller van recidive

Uit de logistischer regressieanalyse met wel of niet recideerden als afhankelijke variabele, kwam naar voren dat de drie predictoren in totaal 20,8% (Nagelkerke R^2) van de variantie verklaarden. In totaal werd 71,2% correct voorspeld door de HKT-30, de PCL-R en de incidenten op de afdeling. De totaalscore van de HKT-30 voorspelde significant de kans op recidive ($\text{EXP}(0,040) = 1,041$; $p = 0,050$). De totaalscore op de PCL-R en het aantal incidenten op de afdelingen hadden geen significante voorspellende waarde ($\text{EXP}(0,052) = 1,053$; $p = 0,391$ en $\text{EXP}(0,548) = 1,729$; $p = 0,261$).

Uit een lineair regressieanalyse met de entermethode bleek dat de HKT-30 en de PCL-R gezamenlijk 7,2% (Nagelkerke R^2) van de verklaarde variantie voorspelden voor het soort recidive. Dit percentage was statistisch significant ($F(1) = 7,50$; $p = 0,008$).

De totaalscore van de HKT-30, de PCL-R en het aantal incidenten op de afdeling hadden geen significante voorspellende waarde.

DISCUSSIE

In dit onderzoek recideerden patiënten met een strafrechtelijke machtiging na ontslag uit een FPA bijna twee keer zo vaak als patiënten met een tbs. Hoewel statistisch

niet significant, is dit een aanzienlijk verschil. Als de ernst van de recidive ten opzichte van het indexdelict wordt meegenomen in de analyses, is het verschil statistisch significant. Een deel van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging had een ernstige of zeer ernstige recidive en werd wat betreft de ernst van het delict vergelijkbaar met de tbs-populatie.

Verklaring bevindingen

Een mogelijke verklaring voor deze bevindingen is dat de strafrechtelijke machtiging een tijdgelimiteerde maatregel is. Verlenging van gedwongen zorg bij deze groep is aangewezen, maar kan alleen via het civielrecht, waar andere criteria worden gehanteerd. Door de civiele rechter wordt vooral gekeken naar het toestandbeeld en minder naar de kans op recidive. Ook betekent het veelal dat de behandeling in de reguliere ggz moet worden voortgezet. In de praktijk komt deze toeleiding van de patiënten naar de reguliere ggz niet altijd goed van de grond, waardoor patiënten op het moment van ontslag nog onvoldoende behandeling hebben gehad.

Specifieke en speciale recidiven zijn recidiven die vergelijkbaar zijn met het uitgangsdeldict. Deze recidiven kwamen alleen voor bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging. Het gaat bij hen om de minder ernstige delicten van de uitgangszaak. Dat patiënten met een tbs dit type recidive niet hadden, komt waarschijnlijk omdat zij pas vrijkomen als de kans op recidive van het uitgangsdeldict door de gedragsdeskundigen als laag wordt ingeschat.

De recidivecijfers van tbs-patiënten zijn vergelijkbaar met de landelijke gegevens (Bregman & Wartna 2010). De vraag is of dat ook geldt voor de recidivecijfers van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging. De landelijke recidivemonitor van het woc zou daarover uitsluitsel kunnen geven. De resultaten van dit onderzoek, met een relatief hoog recidivepercentage bij patiënten met een strafrechtelijk machtiging, geven aanleiding om dat verder te onderzoeken, om zo de generaliseerbaarheid te toetsen.

Voorspellende waarde

De HKT-30 en de PCL-R blijken de kans op recidive goed te kunnen voorspellen bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging. De voorspellende waarde voor recidive van de PCL-R lijkt vooral te worden bepaald door Factor 2, die de hoogste AUC had. Dit is in overeenstemming met wat elders wordt gevonden (Skeem e.a. 2011).

De voorspellende waarde van het model, met HKT-30, PCL-R en incidenten, voor de soort recidive was wel significant, maar de verklaarde variantie gering. Kennelijk gaat de voorspellende waarde van de risicotaxatie-instrumenten niet zo ver dat ook het type recidive goed voorspeld kan worden.

Vergelijking met eerder onderzoek

Conform eerdere bevindingen (Nijman 1997; Peek & Nugter 2008) blijken patiënten met een strafrechtelijke machtiging vaker overtredingen van de huisregels te begaan dan patiënten met een tbs. Dit is in lijn met eerdere bevindingen dat agressief gedrag onder opgenomen psychiatrische patiënten relatief vroeg in de opname voorkomt (Nijman 1997). Patiënten met een tbs worden op een FPA pas opgenomen nadat zij eerdere behandelingen bij andere instellingen hebben gehad en na afname van de kans op agressief gedrag. Patiënten met een strafrechtelijke machtiging staan juist aan het begin van het behandeltraject. Hiermee zou een FPA rekening kunnen houden, bijvoorbeeld door bij aanvang van behandeling deze patiënten in een rustige omgeving te plaatsen zodat zij niet gestresseerd raken bij overprikkeling, wat tot agressie kan leiden (Dongen 2012; Goethals 2010).

In tegenstelling tot de bevindingen bij de pilotstudie (Peek & Nugter 2009) was het aantal incidenten tijdens de opname niet voorspellend voor de kans op recidive. Een reden zou kunnen zijn dat de populatie in het eerdere onderzoek te klein was, waardoor resultaten teveel bepaald kunnen zijn geweest door enkele patiënten. Ook kan het een gevolg zijn van de verschillen in registratie van de systemen die zijn gebruikt. In dit onderzoek zijn de latere registraties gedaan via het nieuwere VIM-systeem.

Beperkingen en sterke punten

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de resultaten betrekking hebben op één FPA, waarmee ze niet generaliseerbaar zijn naar andere FPA's. Wel bevestigt dit onderzoek de hoge recidivecijfers van de pilotstudie.

Een andere beperking is dat het om een dossierstudie ging waarbij er retrospectief is gescoord. Uitgebreid prospectief onderzoek met grotere groepen en op verschillende FPA's zal meer inzicht geven in de algemene geldigheid van de resultaten.

Een sterke kant van het onderzoek is dat getracht is de klinische indruk die er bestond met systematisch onderzoek te bevestigen. Tevens zijn alle patiënten bij dit onderzoek geïnccludeerd waardoor de bevindingen een reëel beeld geven. De scoring is blind en in consensus gedaan.

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat patiënten met een strafrechtelijke machtiging een grotere kans op een recidive hebben na ontslag uit een FPA dan patiënten met een tbs. De HKT-30 en de PCL-R, afgenomen door een gecertificeerde specialist, blijken een goede bijdrage te kunnen leveren aan het voorspellen van recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging. Bij deze maatregel is het echter niet altijd mogelijk het recidiverisico als uitgangspunt te nemen voor een beslissing over verdere behandeling, hetgeen op grond van deze bevindingen wel het advies zou zijn. Bij de strafrechtelijke machtiging kan de behandeling bij een hoog ingeschat risico niet worden voortgezet, als de titel afloopt, de patiënt geen behandeling meer wil en verdere (dwang)behandeling niet mogelijk is. Omgekeerd komt het ook voor dat patiënten met een laag ingeschat risico langer worden doorbehandeld als de titel nog niet is afgelopen.

Uit analyses op detailniveau kwam naar voren dat geen van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging, die na ontslag de behandeling voortzetten bij een voorziening voor begeleid wonen, recidiveerde na ontslag. Het betrof slechts een zeer kleine groep ($n = 4$). Dit kan er echter wel op duiden dat bij betere nazorg en meer continuïteit van zorg het recidivecijfer kan verminderen.

De invoering van de wet Forensische zorg (Wfz) en de wet verplichte ggz (Wvggz) heeft tot doel de aansluiting van forensische zorg en de reguliere ggz-zorg te verbeteren, waardoor de continuïteit van zorg zou kunnen verbeteren. Hiermee zou de beëindiging van de behandeling beter afgestemd kunnen worden op de hoogte van het ingeschatte recidiverisico, met mogelijk een minder grote kans op recidive. De uitkomsten van dit onderzoek zouden kunnen worden gebruikt als baseline om te bezien of deze aansluiting inderdaad leidt tot een afname van recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging.

 Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door een subsidie van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie, in het kader van het 'Innovatieplan 2009-2010' van de directie Forensische Zorg.

J.S. van Bokkem gaf kritisch commentaar op eerdere versies van dit artikel.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de herz. versie). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Blansjaar B. Schizofrenie en andere psychotische stoornissen. In Blansjaar BA, Beukers MM, van Kordelaar WF, red. Stoornis en delict: handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken. Utrecht: De Tijdstroom; 2008. pp. 43-56.
- Bregman IM, Wartna BJS. Recidive TBS 1974-2006. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden: een tussenverslag. Den Haag: Wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum; 2010.
- Dongen JDM, Buck NML, van Marle HJC. Positive symptoms, substance use, and psychopathic traits as predictors of aggression in persons with a schizophrenia disorder. In: Dongen JDM. Pathways to violence in schizophrenia: The role of antisocial personality, substance misuse, delusions and delusional distress. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2012. pp. 125-51.
- Gestel CJ van, van Nieuwenhuizen Ch, Achilles RA. Vormen 'artikel-37-patiënten' een zware last? Tijdschr Psychiatr 2002; 44: 627-631.
- Goethals KR, Buitelaar JK, van Marle HJC. 2010. Psychotic symptoms and prior use of psychiatric services in psychotic offenders detained under the Dutch Entrustment Act (TBS): An exploratory study. International Journal of Forensic Mental Health 2010; 9: 324-33.
- Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist Revised. Toronto: Multi-Health Systems 1991.
- Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist Revised (2de editie). Toronto: Multi-Health Systems 2003.
- Harte J, Breukink M. Objectiviteit of schijnzekerheid? Tijdschrift voor criminologie 2010; 52: 52-72.
- Hildebrand M, de Ruiter C. Ontwikkelingen in het onderzoek naar psychopathie: Hare's Psychopathy Checklist-Revised. De Psycholoog 1998; 7/8: 314-20.
- Ministerie van justitie, Dienst Justitiële Inrichting, Sectordirectie TBS. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: bevindingen van een landelijke Pilotstudie. Den Haag: DUBA: Publicaties & Drukwerk 2002.
- Mudde N, Nijman H, van der Hulst W, van den Bout J. Het voorspellen van agressie tijdens de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten aan de hand van de HCR-20. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 705-13.
- Peek WHM, Nugter A. Patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing: een vergeten populatie? In Oei TI, Kaiser LHWM, red. Forensische psychiatrie onderweg, Nijmegen: Wolf Legal Publishers; 2008. pp. 173-84.
- Peek WHM, Nugter MA. 'Ik zit mijn tijd wel uit...' Forensisch psychiatrische pilotstudie naar recidive bij patiënten met een strafrechtelijke plaatsing. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 715-25.
- Philipse M, de Ruiter C, Hildebrand M, Bouwman Y. HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/van der Hoeven Stichting 2002.
- Skeem, JL, Polaschek, CJ, Patrick CJ, Lilienfeld SO. Psychopathic personality: bridging the gap between scientific evidence and public policy. Psychological Science in the Public Interest 2011; 12: 95-162.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20: Assessing risk for violence (version 2). Vancouver: Mental Health, Law, & Policy Institute. Simon Fraser University 1997.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30 2002
- Swanson JW, Swartz MS, van Dom RA, Elbogen EB, Wagner R, Rosenheck RA, e.a. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 490-9.

SUMMARY

'I'll serve my time...' II. A replication study of recidivism in patients with a one-year hospital order

M.J. NOWAK, M.A. NUGTER

BACKGROUND In the Netherlands a one-year hospital order is often imposed on forensic patients with a psychotic disorder. The purpose of the order is to reduce the patient's violence behaviour by forcing him/her to receive medical treatment for a year. A pilot study showed that the recidivism rate for this group, following discharge, was relatively high. Patients who re-offended had relatively high HCR-20 scores and were more often involved in incidents during treatment than patients who had not re-offended.

AIM To replicate the findings of the pilot study and to compare the recidivism rate of this group to the recidivism rate of patients who had been given a detention order for a longer time with possibilities for prolongation ('tbs').

METHOD The study involved 95 patients with a psychotic disorder who had been treated in an FPA (Forensic Psychiatric Clinic) by reason of a one-year hospital order or a detention order for an unspecified time. Hospital records were consulted in order to complete the HKT-30 and the PCL-R and to check how many incidents had occurred during each patient's treatment. The HKT-30 is a dutch version of the HCR-20. The results were counted at a later date by persons not informed about the outcome. After the hospital records had been checked, the recidivism figures were obtained from the Information Service of the Ministry of Justice.

RESULTS Of the patients subject to the one-year hospital order 43.5% reoffended following discharge. Recidivism by patients who had been given the longer-term detention order was significantly lower, namely 23.1%. The seriousness of the offences committed following discharge differed significantly from the offence for which they were originally charged/convicted. The HKT-30 and factor 2 of the PCL-R predicted the possibility of recidivism, but the number of violent incidents that occurred on the ward did not.

CONCLUSION Our findings indicate that the recidivism among patients subject to a one-year hospital order is relatively high compared to the rate among patients who had received a longer-term detention order. The most likely explanation for this difference is that the hospital order was imposed for a shorter period.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)4, 237-246

KEY WORDS HCR-20, HKT-30, incidents, PCL-R, recidivism, one year hospital order