

‘Ik zit mijn tijd wel uit...’

Forensisch psychiatrische pilotstudie naar recidive bij patiënten met een strafrechtelijke plaatsing¹

W.H.M. PEEK, M.A. NUGTER

ACHTERGROND Over patiënten met strafrechtelijke plaatsing is tot op heden weinig bekend, hoewel het aantal veroordelingen tot deze maatregel de laatste jaren is toegenomen. Er zijn aanwijzingen dat deze patiënten moeilijker begeleidbaar zijn en meer incidenten op de afdeling veroorzaken dan terbeschikkinggestelden. Dit zou kunnen samenhangen met de korte duur van de maatregel en zegt wellicht ook iets over de kans op recidive na ontslag.

DOEL Nagaan in welke mate patiënten met een strafrechtelijke plaatsing binnen 4 jaar na ontslag recidiveren en onderzoeken welke factoren daarbij een rol spelen.

METHODE Retrospectief dossieronderzoek bij 30 forensisch psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke plaatsing die in de periode 2002-2005 de behandeling op een forensisch psychiatrische afdeling beëindigden.

RESULTATEN Van de onderzoeksgroep bleek 50% relatief snel na ontslag te recidiveren met relatief ernstige delicten, hoewel zij hun behandeling na ontslag voortzetten, al dan niet binnen een civielrechtelijk kader. Recidivisten waren in de vijf jaar voor het uitgangsdelict vaker veroordeeld, hadden meer psychiatrische diagnoses en hogere scores op risicotaxatie-instrumenten en veroorzaakten meer incidenten tijdens behandeling.

CONCLUSIE Patiënten met een strafrechtelijke plaatsing lijken relatief vaak en snel na ontslag te recidiveren met ernstige delicten. De vraag dringt zich op of de maatregel wel het beoogde doel dient en of de ggz voldoende is toegerust om deze patiënten te begeleiden na afronding van behandeling binnen het strafrechtelijk kader.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)10, 715-725]

TREFWOORDEN incidenten, recidive, risicotaxatie, strafrechtelijke plaatsing

De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de termijn van één jaar (art. 37 lid 1, jo. 39 Wetboek van Strafrecht), kortweg strafrechtelijke plaatsing genoemd, is één van de behandelmaatregelen die ons strafrecht kent. Een strafrechtelijke plaatsing kan voor ieder bewezen verklaard delict worden opgelegd indien er sprake is van volledige ontoerekeningsvatbaarheid. Dat wil zeggen dat het delict niet kan worden

toegerekend op grond van een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling, en er gevaar dreigt voor de persoon zelf en anderen. Het gaat dan veelal om mensen met een psychotische stoornis. Een bekendere maatregel is de terbeschikkingstelling (tbs). Deze wordt opgelegd bij ernstige delicten met een strafdreiging van ten minste 4 jaar die de dader niet of verminderd kan worden toegerekend. Bij deze maatregel staat

voorop dat de maatschappij tegen de dader beschermd dient te worden. In tegenstelling tot de tbs kan de strafrechtelijke plaatsing niet worden verlengd binnen een strafrechtelijk kader. Wel kan de behandeling gedwongen worden voortgezet binnen een civielrechtelijk kader.

De strafrechtelijke plaatsing is al vanaf 1884 in het strafrecht opgenomen en wordt steeds vaker opgelegd. Het aantal veroordelingen tot deze maatregel benadert het aantal jaarlijks uitgesproken tbs'en (Openbaar Ministerie 2005). Desondanks is het aantal publicaties over deze patiëntenpopulatie beperkt. Het is nog onduidelijk hoe deze populatie in de praktijk kan worden beschreven en of de maatregel het beoogde effect heeft. De indruk bestaat dat patiënten met een strafrechtelijke plaatsing meer behandel- en beheersproblemen geven (Beekman & Koenraadt 2002; Peek & Nugter 2008; Van Gestel e.a. 2002). De vraag is nu in welke mate deze patiënten ook na ontslag hun gedrag niet aanpassen en wanneer en met welk delict zij recidiveren.

Patiënten met een strafrechtelijke plaatsing Patiënten met een strafrechtelijke plaatsing worden voor een behandeling vooral naar een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) of een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) verwezen (Beekman & Koenraadt 2002). FPK's en FPA's hebben een brugfunctie tussen het forensische circuit en de ggz, waarbij een FPK een hogere mate van beveiliging en zorgintensiteit heeft dan een FPA.

Wij lieten eerder zien dat het merendeel van deze patiënten mannen betreft van rond de 37 jaar, zonder werk of relatie (Peek & Nugter 2008). Vrijwel alle patiënten hebben meervoudige psychiatrische problemen, waarvan het grootste deel psychotische en aan middelen gerelateerde stoornissen betreft. De meeste patiënten zijn eerder in zorg geweest en waren ook in het jaar van het uitgangsdelict in behandeling van de ggz. Van Gestel e.a. (2002) vinden een aantal vergelijkbare kenmerken.

Recidive Naar recidive onder patiënten met een strafrechtelijke plaatsing is tot op heden voor zover wij weten geen onderzoek gedaan. Bij tbs-gestelden ligt het percentage recidive na 10 jaar op 41, waarvan 34% een ernstige recidive betreft (Wartna e.a. 2005). In een studie naar recidive bij een deelpopulatie van ex-tbs-gestelden van de Dr. Henri van der Hoevenkliniek wordt een percentage van 52 gevonden voor enig misdrijf en 36 voor een geweldsmisdrijf (De Vogel e.a. 2004).

Voorspellers van recidive Uit het recidiveonderzoek bij tbs-gestelden komt een aantal factoren naar voren die voorspellend zijn voor recidive: behoren tot het mannelijk geslacht, jonge leeftijd, een lage sociaaleconomische status, het aantal eerdere justitiecontacten, ongeoorloofde afwezigheid tijdens proefverlof en het beëindigen van de tbs zonder periode van proefverlof (Wartna e.a. 2005). Van een aantal andere factoren is eveneens bekend dat ze de kans op geweld vergroten, maar deze zijn niet in de genoemde recidivestudies meegenomen. Het gaat daarbij om het aantal psychiatrische stoornissen en middelengebruik of een aan middelengebruik gerelateerde stoornis (Arseneault e.a. 2000; Coid e.a. 2006; Swanson e.a. 1990).

In de forensische psychiatrie worden verschillende methoden en instrumenten gebruikt om het risico van gewelddadige recidive in te schatten. In Nederland gebruikt men hiervoor onder andere de Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30), History Clinical Risk Assessment-20 (HCR-20) en de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Deze instrumenten blijken de kans op gewelddadige recidive redelijk tot goed te kunnen voorspellen (De Vogel & De Ruiters 2006; Hare e.a. 2000; Hildebrand e.a. 2005; Philipse e.a. 2002).

Naar (soorten van) incidenten op de afdeling als voorspeller voor recidive na ontslag bij forensisch psychiatrische patiënten is nauwelijks onderzoek gedaan. Wel is bekend dat de onttrekking als niet-gewelddadig incident (ongeorloofde afwezigheid tijdens proefverlof) een sterke

voorspeller is van recidive na ontslag, zoals wij reeds vermeldden (Wartna e.a. 2005).

Vraagstelling Onze pilotstudie was erop gericht om vast te stellen welk percentage van patiënten met een strafrechtelijke plaatsing na ontslag recidiveert en op welke factoren patiënten die recidiveren, verschillen van patiënten die niet recidiveren.

PATIËNTEN EN METHODEN

Patiënten Alle 30 patiënten met een strafrechtelijke plaatsing die in de periode 2002-2005 de behandeling op een FPA afsloten, werden geïnccludeerd. Bij enkele patiënten ontbraken in de dossiers een aantal gegevens, waardoor bij hen geen risicotaxatie kon worden uitgevoerd (zie tabellen). Het was onze bedoeling om ter vergelijking ook een groep tbs-gestelden bij het onderzoek te betrekken die in dezelfde periode op de FPA in behandeling was. Echter, door de relatief lange behandelduur voorafgaande aan behandeling op de FPA en het relatief geringe aantal dat in de genoemde periode met ontslag ging ($n = 11$), lieten wij deze groep in dit onderzoek buiten beschouwing.

Behandeling Op de FPA worden naast patiënten met een strafrechtelijke plaatsing onder anderen ook behandeld: patiënten met tbs met bevel tot verpleging, patiënten met transmuraal verlof, met tbs-voorwaarden, met schorsing van hun voorlopige hechtenis of met een Bopz-maatregel (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen).

De behandeling is gebaseerd op de ego-supportieve milieutherapie en het 4-factorenmodel. De ego-supportieve milieutherapie biedt een behandeling binnen een steunend milieu gericht op versterking of compensatie van aangetaste ego-functies. Bij het 4-factorenmodel wordt ervan uitgegaan dat delictgevaarlijkheid het resultaat is van onderling beïnvloedende factoren, namelijk psychiatrische problemen, situationeel bepaalde

factoren, maatschappelijke inbedding en sociaal-maatschappelijke vaardigheden. Binnen deze behandelcontext begint een patiënt de behandeling op een gesloten unit en stroomt, afhankelijk van het functioneren, door naar de resocialisatie-units, waarbij men toewerkt naar terugkeer in de maatschappij.

Procedure Voor dit retrospectieve dossieronderzoek selecteerden wij met toestemming van de Eerste Geneeskundige alle dossiers van patiënten met een strafrechtelijke plaatsing die in de genoemde periode de behandeling op de FPA beëindigden. Bij de verwerking van de gegevens werden eerst de demografische kenmerken en kenmerken rond justitiële en psychiatrische voorgeschiedenis verzameld. Om beïnvloeding door voorkennis te voorkomen verwerkten wij daarna de recidivegegevens die we met toestemming van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) bij de Dienst Justitiële Informatie (DJI) opvroegen.

Instrumenten Voor de verzameling van de demografische, justitiële en psychiatrische variabelen ontwikkelden wij speciaal voor dit doel een formulier. Voor de risicotaxatie gebruikten we de HCR-20 en de PCL-R.

De HCR-20 (Philipse & De Ruiter 2000; Webster e.a.1997) telt 20 items die verdeeld zijn over drie subschalen. De historische subschaal (H) heeft betrekking op statische en onveranderbare factoren; met de klinische subschaal (C) en de subschaal van het risicomangement (R) worden de dynamische en veranderbare factoren verzameld. De items worden aan de hand van een driepuntschaal (0, 1 of 2) gescoord, waarna de totaalscore wordt bepaald. Daarnaast kan een gewogen oordeel worden gegeven over het risico op toekomstig geweld: 'laag', 'matig' of 'hoog'. Hierbij wordt rekening gehouden met de bestemming na ontslag.

De PCL-R (Hare 1991; Vertommen e.a. 2002) is een instrument dat gebaseerd is op het construct van psychopathie volgens Cleckley (1941). De

PCL-R heeft 20 items verdeeld over twee factoren: de affectieve en interpersoonlijke aspecten van psychopathie en de instabiele en antisociale levensstijl. Aan de hand van zoveel mogelijk verschillende informatiebronnen wordt op een driepuntsschaal (0, 1 of 2) een inschatting gemaakt of het betreffende item levenslang van toepassing is op de persoon in kwestie. Internationaal geldt een afkapscore van 30, maar in West-Europese landen, waaronder Nederland, houdt men vaak 26 aan (Hildebrand 2004). Uit verschillende studies komt naar voren dat de psychometrische kwaliteit van deze instrumenten goed is (De Vogel 2005; Hildebrand 2004). Beide auteurs geven tevens een uitgebreidere beschrijving van de instrumenten.

De incidenten op de afdeling werden verzameld aan de hand van een speciaal hiervoor ontwikkelde lijst. Als uitgangspunt namen we het onderzoek van Hildebrand e.a. (2005), waaraan we een aantal categorieën toevoegden op basis van de observaties van de FPA-behandelstaf rond de incidenten op de afdeling.

Bij de verwerking van de recidivegegevens hanteerden wij de criteria van de WODC-Recidivemonitor (Wartna e.a. 2004).

Statistische analyses De verzamelde gegevens verwerkten we met SPSS versie 14. Voor het vaststellen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de risicotaxaties en de incidenten werd de intraklassecorrelatiecoëfficiënt (ICC) berekend (Fleiss 1986); de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HCR-classificatie werd met Cohens kappa bepaald. Vanwege de geringe groepsgrootte was het niet mogelijk om een logistische regressieanalyse uit te voeren ter bepaling van voorspellers van recidive. In plaats daarvan toetsten we de verschillen tussen de groepen. Als bleek dat de data niet homogeen en/of niet normaal verdeeld waren, gebruikten we de U-toets van Mann-Whitney in plaats van een t-toets.

TABEL 1 Kenmerken van 30 patiënten met een strafrechtelijke plaatsing (%)

Geslacht	
Man	28 (93,3)
Vrouw	2 (6,7)
Leeftijd in jaren	
18-25	4 (13,3)
26-35	11 (36,7)
36-45	6 (20)
> 46	9 (30)
Hoogst genoten opleiding	
Hoogstens lo	13 (43,3)
Lbo en mo	9 (30)
Hbo/wo	5 (16,6)
Anders (zmok)	1 (3,3)
Onbekend	2 (6,7)
Aard uitgangsdelict	
Geweld	7 (23,3)
Poging of dreiging geweld	15 (50)
Geen geweld	8 (26,6)
Dadertype	
Geen eerdere delicten	8 (26,7)
Incidentele dader (1-2 x)	13 (43,4)
Lichte veelpleger (3-4 x)	1 (3,3)
Zware veelpleger (5-10 x)	7 (23,3)
Zeer zware veelpleger (> 10 x)	1 (3,3)
Diagnose as I*	
Psychotische stoornis	29 (96,7)
waarvan schizofrenie	19 (65,5)
Diagnose uitgesteld	1 (3,3)
Tevens diagnose middelen	13 (43,3)
Geen diagnose middelen, wel bekend met gebruik:	
Ja	22 (73,3)
Nee	8 (26,6)
Diagnose as II*	
Geen	8 (26,6)
Ja (cluster B/NAO)	10 (33,3)
Ja, zwakzinnigheid	2 (6,6)
Uitgesteld	10 (33,3)
Aantal diagnoses bij ontslag	
Eén diagnose	8 (26,7)
Twee diagnoses	16 (53,3)
Drie diagnoses	6 (20)

TABEL 1	Vervolg
Gem. aantal incidenten op de afdeling (SD)**	
Totaal aantal incidenten***	1,13 (1,23)
Overtreding huisregels	0,67 (0,89)
Provocaties	0,23 (0,22)
Verbaal geweld	0,02 (0,03)
Verbale bedreiging	0,07 (0,08)
Fysiek geweld	0,02 (0,04)
Isolatie	0,01 (0,03)
Ontsnapping	0,05 (0,08)
Overige incidenten	0,06 (0,07)
Gem. HCR-20 (SD)(n = 28)	
Totaalscore	26 (7,0)
H-score	14 (3,6)
C-score	5 (2,5)
R-score	8 (2,5)
Gewogen HCR-20-classificatie (buiten)	
Laag	6 (21,4)
Matig	11 (39,3)
Hoog	11 (39,3)
Gem. PCL-R (SD)(n = 26)	
Totaalscore	15,5 (3,1)
Factor 1	6 (3,0)
Factor 2	7,8 (3,1)
Gem. duur wachttijd voor opname in mnd. (SD)	3,1 (3,1)
Gem. opnameduur in mnd. (SD)	8,9 (4,2)
Vorm van ontslag	
Conform	25 (83,3)
Contrair	0
Heropname	1 (3,3)
Anders	4 (13,3)
Voortzetting Bopz bij ontslag FPA	
Ja	13 (43,3)
Nee	8 (26,7)
N.v.t. (maatregel loopt nog)	9 (30)
	*DSM-IV-diagnosen.
	**Op basis van aantal incidenten per patiënt per week.
	***Som van verschillende soorten incidenten.

RESULTATEN

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid Vanwege praktische redenen werden niet alle dossiers door een tweede beoordelaar gezien, maar een at random bepaalde selectie van 6 dossiers. Van deze dossiers werden door een tweede beoordelaar opnieuw de incidenten geteld en werd nogmaals de risicotaxatie uitgevoerd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de gescoorde incidenten was matig voor 'overige incidenten' ($n = 6$; ICC = 0,51), goed tot uitstekend voor de overige categorieën van incidenten en het totale aantal incidenten ($n = 6$; ICC: 0,65-1,00).

De ICC van de HCR-totaalscore, de H-schaal en de PCL-R-factor 1 was zwak ($n = 6$; resp. ICC = 0,21, 0,26, en 0,35), van de PCL-R-factor 2 was de ICC matig ($n = 6$; ICC = 0,44), van de C-schaal was deze goed ($n = 6$; ICC = 0,63) en van de R-schaal en de PCL-R-totaalscore was de ICC uitstekend ($n = 6$; resp. ICC = 0,87 en 0,73). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HCR-20-classificatie was matig (Cohens K = 0,48; $p = 0,006$).

Onderzoeksgroep Uit tabel 1 blijkt dat de onderzoekspopulatie bestond uit overwegend mannelijke, laag opgeleide patiënten met een gemiddelde leeftijd van 37 jaar. Zij hadden meer-voudige psychiatrische stoornissen, met in ieder geval een psychotische stoornis. De meesten van hen waren bekend met middelengebruik.

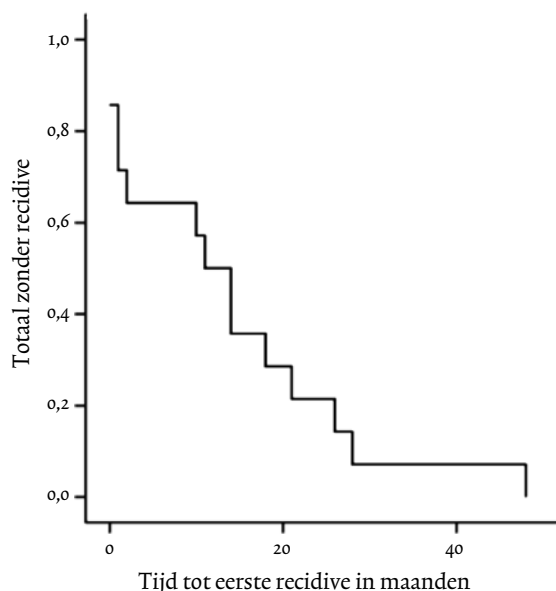
Recidive Op de peildatum (6 maart 2007) was de helft van de onderzoekspopulatie gerecidiveerd (tabel 2). Van deze 15 patiënten recidiveerden 5 patiënten met een ernstige recidive waarvoor een strafdreiging van minimaal 4 jaar gold en 1 patiënt met een zeer ernstige recidive waarvoor minimaal 8 jaar kon worden opgelegd. Beide vormen van recidive waren tbs-waardig. Bij 3 patiënten betrof de recidive hetzelfde soort delict als het uitgangsdeldict.

TABEL 2 Recidive bij 30 patiënten met een strafrechtelijke plaatsing (%)

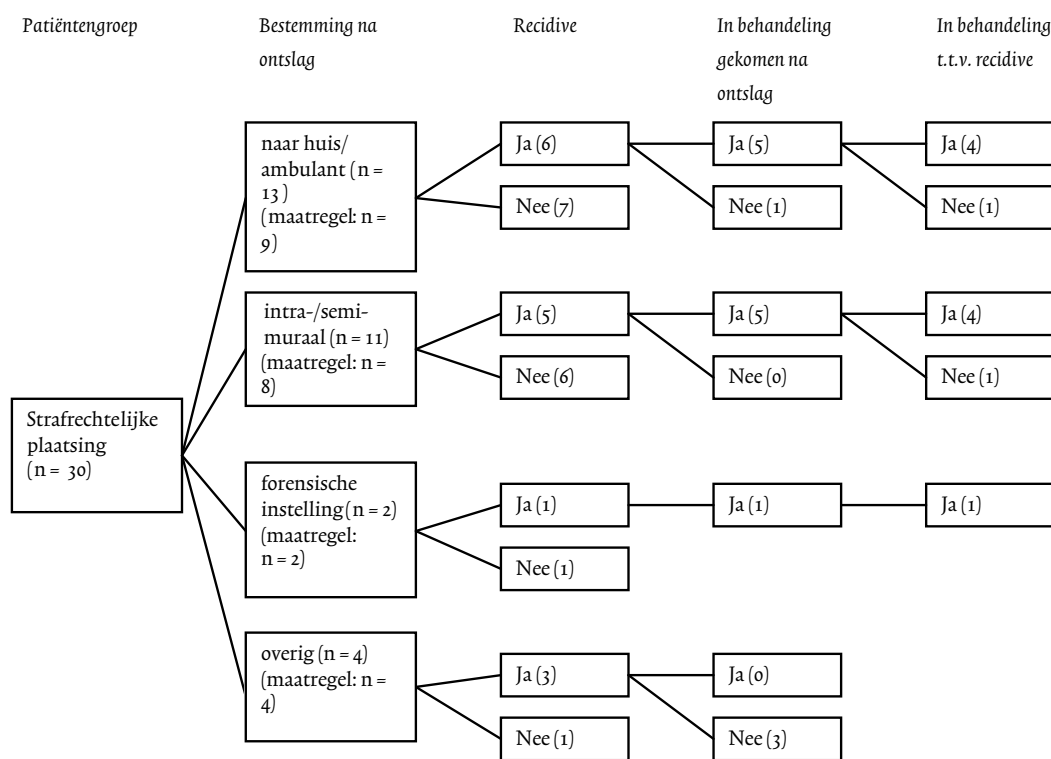
Recidive	
Ja	15 (50)
Nee	15 (50)
Aard recidive	
Ernstig	5 (33,3)
Zeer ernstig	1 (6,7)
Speciale type	3 (20)
In behandeling tijdens recidive	
Ja	9 (60)
Nee	6 (40)

Uit figuur 1 blijkt voorts dat de meeste recidiven in het eerste jaar na behandeling op de FPA plaatsvonden: 7 patiënten recidiveerden in het eerste jaar na ontslag uit de FPA, in het tweede jaar waren dat er nog eens 4, in het derde jaar 2 en in het vierde jaar 1. Tijdens de behandelperiode recidiveerde 1 patiënt. Door de verschillende ontslagdata van de patiënten en de vaste peildatum varieerde de tijd tot de recidive. Van de patiënten die op de peildatum niet waren gericidiveerd, bevonden 4 patiën-

FIGUUR 1 Kaplan-meiercurve van 30 onderzochte patiënten met een strafrechtelijke plaatsing



FIGUUR 2 Patiënten at risk bij onderzoek naar 30 patiënten met een strafrechtelijke plaatsing



TABEL 3 Recidive onder patiënten die behandeling met een Bopz-maatregel voortzetten

Recidive	Behandeling voortgezet onder Bopz			Totaal
	Nee	Ja	n.v.t.	
Nee	6	6	3	15
Ja	2	7	6	15
Totaal	8	13	9	30

ten zich in het tweede jaar, 4 in het derde en 3 in het vierde jaar na ontslag. Vier patiënten waren langer dan vier jaar met ontslag uit de FPA.

Van belang bij het bestuderen van recidive is welke patiënten risico liepen, anders gezegd: of zij in de gelegenheid waren om te recidiveren. Voor een ambulante patiënt is dat risico groter dan voor een opgenomen patiënt. In het stroomschema in figuur 2 wordt duidelijk dat de patiënten van de onderzoeksgroep na ontslag uit de FPA door-

stroomden naar 4 bestemmingen. Van een substantieel deel van hen ging het ontslag gepaard met een Bopz-maatregel of was de strafrechtelijke maatregel nog van kracht, maar zij zetten de behandeling elders voort. Per bestemming recidiveerde ongeveer de helft van de patiënten. Van degenen die recidiveerden, was het merendeel in behandeling. Hoewel onbekend was of een maatregel op het moment van recidive van kracht was, geeft tabel 3 aan dat het bij de meeste patiënten die recidiveerden, ging om degenen die met een maatregel uit de kliniek waren ontslagen.

Voorspellers van recidive Op basis van de literatuur en de ervaringen op de afdeling bepalen we een aantal factoren waarvan we verwachtten dat ze verband hielden met recidive.

TABEL 4 Verschillen tussen recidivisten en niet-recidivisten

Variabele	Niet-recidivisten (n = 15) gemiddelde rangscore (n = 14)	Recidivisten (n = 15) gemiddelde rangscore (n = 14)	Z (U-toets van Mann-Whitney)
HCR-classificatie bestemming	11,29	17,71	-2,319*
HCR-score bestemming	8,71	20,87	-3,843**
Subschaal H	10,07	18,93	-2,857**
Subschaal C	10,71	18,29	-2,452*
Subschaal R bestemming	9,39	19,61	-3,310**
PCL-R-totaal	8,88	18,12	-3,081**
Factor 1	12,81	14,19	-0,464
Factor 2	7,96	19,04	-3,711**
Middelengebruik	13,82 (n = 14)	16,10	-0,930
Middelen gebruikt t.t.v. delict	9,00 (n = 9)	10,00 (n = 9)	-0,470
Type dader	10,13	20,87	-3,544**
Aantal diagnoses	12,37	18,63	-2,150*
Incidenten totaal	8,31	18,69	-3,462**
Overtredingen	8,31	18,69	-3,462**
Provocaties	10,81	16,19	-1,798
Verbaal geweld	12,08	14,92	-1,214
Bedreiging	11,54	15,46	-1,346
Fysiek geweld	11,85	15,15	-1,298
Isolatie	13,31	13,69	-0,164
Ontsnapping	8,08	18,92	-3,934**
Overige incidenten	9,38	17,62	-2,770**

*Significantieniveau (éénzijdig): < 0,05.
**Significantieniveau (éénzijdig): < 0,01.

Binnen de onderzoekspopulatie werd gekeken of recidivisten en niet-recidivisten op deze factoren verschilden. Tabel 4 laat zien dat dit het geval was op de diverse schalen en subschalen van de risicotaxatie-instrumenten, met uitzondering van factor 1 van de PCL-R. Ook het type dader en het aantal psychiatrische diagnoses bij ontslag verschilden significant in beide groepen. Geen onderscheid was er tussen beide groepen voor middelengebruik. Het totale aantal incidenten verschilde significant tussen beide groepen en ook binnen de soort van incidenten verschilden ze op 'overtredingen', 'provocaties', 'ontsnapping' en 'overige incidenten'.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Bevindingen Uit ons onderzoek komt naar voren dat van de onderzoeksgroep 50% recidiveert tussen het moment van ontslag en de peildatum. Van alle recidiven vindt ongeveer de helft al plaats in het eerste jaar na ontslag uit de FPA. Eén patiënt recidiveerde nog tijdens de behandeling op de FPA. Een substantieel deel van hen krijgt na ontslag een behandeling elders met een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel. Na 4 jaar waren 15 patiënten gerecidiveerd, van wie er 9 in zorg waren ten tijde van het recidivedelict. Onbekend is of op dat moment één van de maatregelen van kracht was. De soort recidive is in 6 gevallen tbs-waardig, 3 patiënten recidiveren met hetzelfde delict als het uitgangsdelict.

Het landelijke percentage ex-tbs-gestelden dat na 4 jaar is gerecidiveerd, ligt op 30 (Wartna e.a. 2005), en een vergelijkbaar percentage (27%) wordt ook gevonden bij tbs-gestelden die op de FPA in behandeling waren. Opgemerkt dient te worden dat in ons onderzoek de tijd tussen ontslag uit de FPA en de peildatum varieert en maximaal 4 jaar bedraagt. Dit kan betekenen dat het aantal recidiven kan toenemen wanneer voor elke proefpersoon een termijn van 4 jaar wordt aangehouden. In onze studie waren namelijk op de peildatum slechts 4 van de 15 niet-gerecidiveerde patiënten langer dan 4 jaar met ontslag.

Voorspellende factoren Uit ons onderzoek blijkt voorts dat recidivisten en niet-recidivisten op meerdere factoren significant van elkaar verschillen. Recidivisten zijn vaker veroordeeld in de jaren voor het uitgangsdelict, hebben meer psychiatrische diagnoses, scoren hoger op de HCR-20 en PCL-R en veroorzaken vaker incidenten op de afdeling. Er zijn geen verschillen tussen beide groepen voor middelengebruik. Hieruit zou men kunnen afleiden dat deze factoren voorspellend zijn voor recidive. Maar omdat de factoren onderling correleren, kunnen we niet stellen dat deze factoren voldoende onafhankelijke voorspellers zijn. Vanwege de geringe groepsgrootte was het niet mogelijk om dit na te gaan met een logistisch regressieanalyse, een kaplan-meier-analyse of een cox-regressieanalyse. Wel komen de gevonden factoren overeen met die welke in de literatuur worden gevonden.

Zorgelijk beeld Indien deze bevindingen kenmerkend zijn voor het beloop na ontslag van patiënten met een strafrechtelijke plaatsing, is er reden tot zorg. Deze patiënten recidiveren ondanks dat zij een behandeling hebben gekregen en ondanks dat de meesten van hen na ontslag in zorg zijn genomen en bovendien in zorg waren vóór opname op de FPA (Peek & Nugter 2008). Ook lijkt van een civiel- of strafrechtelijke machtiging bij ontslag onvoldoende bescherming uit te gaan, al is onbekend of deze van kracht was ten tijde van de recidive, en is de soort van het vervoltraject niet van invloed op het recidivepercentage.

Hoe komt het dat deze patiënten tot een delict komen terwijl ze praktisch voortdurend in zorg zijn? Heeft de (reguliere) ggz wel voldoende kennis, middelen en mogelijkheden om deze categorie patiënten te motiveren en te behandelen zodat recidive wordt voorkomen of onttrekt een patiënt zich na aanmelding aan de hulpverlening? Houden hulpverleners voldoende rekening met factoren die bijdragen tot vergroting van het delict risico of kijken zij onvoldoende met de forensisch psychiatrische bril naar deze patiënten? Het

op brede schaal toepassen van risicomangement aan de hand van risicotaxatie-instrumenten en de inzet van een speciale forensische *assertive community treatment* kunnen aan een deel van deze problemen het hoofd bieden (Van Veldhuizen e.a. 2006).

Twijfel bij nut maatregel Ten slotte is het de vraag of de maatregel bevel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van een jaar in de huidige vorm wel uitvoerbaar is en aan het doel beantwoordt, namelijk het zodanig behandelen van de patiënt dat gevaar wordt voorkomen en dat deze weer kan terugkeren in de maatschappij. Ten eerste blijkt dat patiënten vaak moeten wachten voordat zij voor behandeling kunnen worden geplaatst en deze wachttijd gaat af van de behandelingsduur binnen het strafrechtelijk kader. Ten tweede blijkt dat in de beschikbare periode de stoornis en het daaruit voortvloeiende gevaar niet voldoende zijn afgenomen en dat de behandeling bij het aflopen van de maatregel veelal civielrechtelijk wordt verlengd (Peek & Nugter 2008). Ten derde lijkt ons onderzoek aan te geven dat een substantieel deel recidiveert, mogelijk ook ondanks dat een maatregel van kracht is. Wellicht dat van de aard van de maatregel onvoldoende impuls uitgaat om het gedrag aan te passen. Immers, de patiënten weten dat de strafrechtelijke maatregel na 12 maanden wordt opgeheven; zij hoeven slechts hun tijd uit te zitten. De met deze pilotstudie bevestigde knelpunten werden al door Beekman & Koenraadt (2002) gesignaleerd. Zij suggereerden dat meer bemoeienis vanuit justitie bij verlenging, ontslag en verlof, en een verplicht reclasseringscontact na afloop van de maatregel meer impact aan de uitvoering van de maatregel zouden kunnen geven.

Beperkingen van dit onderzoek Bij de conclusies uit dit onderzoek moeten we uiteraard voorzichtigheid betrachten. Ten eerste is de gevonden interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet over de hele lijn voldoende. Dit heeft mogelijk te maken met het beperkte aantal dossiers dat voor de in-

terbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd gebruikt en de relatieve onervarenheid met en onbekendheid van de instrumenten op de afdeling. Desondanks kwamen de scores van de onderzoeksgroepen op deze instrumenten overeen met die in andere studies (De Vogel e.a. 2004; Douglas e.a. 2003).


Ten tweede blijkt dat niet voor de hele onderzoeksgroep dezelfde periode na ontslag geldt, waardoor het recidivepercentage kan toenemen en de verdeling naar de aard van de recidive kan veranderen als men dezelfde termijn voor alle patiënten zou aanhouden. Het herhalen van de analyses op het moment dat alle patiënten de termijn van 4 jaar na ontslag hebben bereikt, geeft meer duidelijkheid over het exacte recidivepercentage. Overigens kan dan de samenstelling van de groep van wel en niet gerecidiveerde patiënten zodanig veranderen dat dit van invloed is op de gevonden verschillen tussen beide groepen. Tegelijkertijd geldt dat de verschillen die wij in onze studie vonden, overeenkomen met die in de literatuur.

Ten derde is het onderzoek uitgevoerd op één FPA en met een relatief kleine onderzoeksgroep. Uitgebreid (prospectief) onderzoek met grotere groepen en op verschillende FPA's zal meer fundament kunnen geven aan de resultaten die wij met deze pilotstudie hebben gevonden. Dan kan men beter beoordelen of de uitkomst wat betreft recidive kenmerkend is voor patiënten met een strafrechtelijke plaatsing of dat de gevonden resultaten samenhangen met specifieke situationele factoren en/of patiëntfactoren. Ook zou men dan nader kunnen kijken naar de aard en de inhoud van de zorg vóór en ná de maatregel en de invloed ervan op recidive. Daarbij zou men tevens kunnen onderzoeken of een maatregel van kracht was op het moment van recidive; zo kan men beoordelen of van een gedwongen kader toch enige bescherming uitgaat.

Ten slotte kan men bij vervolgonderzoek met grotere aantallen patiënten beter voorspellers van recidive bepalen. Wellicht is het dan mogelijk om met meer zekerheid vast te stellen of patiënten met een strafrechtelijke plaatsing slechts 'hun tijd uitzitten'.

NOOT

1 Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als uitgebreid onderzoek ter beschrijving van patiënten met een strafrechtelijke plaatsing, recidive en voorspellers van recidive: Peek, W.H.M., & Nugter, A. (2008). Patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing: een vergeten populatie? In T.I. Oei & L.H.W.M. Kaiser (Red.), *Forensische psychiatrie onderweg* (pp. 173-184). Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

 Zonder de medewerking van de staf en het personeel van de betreffende FPA zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

LITERATUUR

- Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., e.a. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
- Beekman, J.E., & Koenraadt, F. (2002). De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. *Delict en Delinquent*, 32, 828-854.
- Cleckley, H.J. (1941). *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.
- Coid, J., Yang, M., Roberts, A., e.a. (2006). Violence and psychiatric morbidity in a household population - a report from the British Household Survey. *American Journal of Epidemiology*, 164, 1199-1208.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R., & Hart, S.D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley & Sons.
- Gestel, C.J. van, van Nieuwenhuizen, Ch., & Achilles, R.A. (2002). Vóómen 'artikel-37-patiënten' een zware last? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 627-631.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multihealth Systems.
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., e.a. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behaviour Sciences and the Law*, 18, 623-645.
- Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy and the treatment of forensic psychiatric patients. Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*, (Proefschrift). Amsterdam: Dutch University Press.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., e.a. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie; een onderzoek naar betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Openbaar Ministerie (2005). *Jaarbericht 2005*. Den Haag: Voorlichtingsdienst Openbaar Ministerie.
- Peek, W.H.M., & Nugter, A. (2008). Patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing: een vergeten populatie? In T.I. Oei & L.H.W.M. Kaiser (Red.), *Forensische psychiatrie onderweg* (pp. 173-184). Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Philipse, M.W.G., & de Ruiter, C. (2000). *HCR-20: beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen: Pompestichting.
- Philipse, M.W.G., van Erven, T., & Peters, J. (2002). Risicotaxatie in de tbs. Van geloof naar empirie. *Justitiële Verkenningen*, 28, 77-93.
- Swanson, J.E., Holzer, C.E., 3rd, Ganju, V.K., e.a. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Veldhuizen, J.R. van, Berkhout, J.J., & Horsman, L.Th. (2006). Forensische psychiatrische patiënten en de maatschappij. Check, check, double check. *Proces*, 85, 170-179.
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., e.a. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice*. (Proefschrift). Amsterdam: Dutch University Press.
- Vogel, V. de, de Ruiter, C., Hildebrand, M., e.a. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: a retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- Vogel, V. de, & de Ruiter, C. (2006). Structured professional judgement of violence risk in forensic psychiatric practise: a prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime and Law*, 12, 321-336.
- Wartna, B.S.J., Blom, M., & Tollenaar, N. (2004). *De WODC-Recidivemonitor*. Den Haag: WODC.
- Wartna, B.S.J., el Harbachi, S., & van der Knaap, L.M. (2005). *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., e.a. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Vancouver: Simon Fraser University.

AUTEURS

W.H.M. PEEK is als klinisch psycholoog werkzaam bij FPA Roosenburg, onderdeel van de divisie Ortho- en Forensische Psychiatrie van Altrecht, en was ten tijde van dit onderzoek werkzaam bij GGZ Noord-Holland-Noord als klinisch psycholoog in opleiding.

M.A. NUGTER is hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek bij GGZ Noord-Holland-Noord in Heiloo.

Correspondentieadres: drs. W.H.M. Peek, FPA Roosenburg, Dolderseweg 164, 3734 BN Den Dolder.

E-mail: w.peek@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-3-2009.

SUMMARY

'I'll serve my time...' A pilot study on recidivism in forensic psychiatric patients forcibly hospitalized and treated for one year and on factors that affect recidivism – W.H.M. Peek, M.A. Nugter –

BACKGROUND So far little is known about psychiatric patients who, on committing a crime, are ordered to undergo one year of inpatient treatment due to a hospital order. Such patients seem to be more difficult to treat and cause more incidents on the ward than forensic patients for whom duration of treatment is not set in advance. This may have something to do with the time-limited nature of the hospital order and may also predict the risk of recidivism following discharge.

AIM To assess to what extent patients with a one-year hospital order relapse upon discharge and to discover the factors that influence the risk of recidivism.

METHOD Retrospective study based on a Dutch sample of 30 forensic psychiatric patients who had received a one-year hospital order and had completed their treatment in a forensic psychiatric hospital between 2002 and 2005.

RESULTS Within four years of their discharge 50% of the research group had relapsed into relatively serious crime, some of them fairly soon after discharge. The recidivism occurred even if the patients continued their treatment upon discharge. This treatment was sometimes provided by the regular psychiatric care services. Recidivists had been sentenced more often in the five years preceding the crime committed upon discharge, had received more psychiatric diagnoses, had obtained higher scores on risk-assessment instruments and had been involved in more incidents during treatment.

CONCLUSION Patients who have received a one-year hospital order often relapse into serious crime, relatively soon after their discharge. One wonders whether the hospital order of one year actually achieves its purpose and whether the mental health services are adequately equipped to supervise these patients after they have completed their compulsory course of hospital treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)10, 715-725]

KEY WORDS incidents, one year hospital order, recidivism, risk assessment