



Uitstel van behandeling?

Een verkennend onderzoek naar
TBS-gestelden met en zonder
een combinatievonnis en de
mogelijke effecten van detentie

Uitstel van behandeling?



Uitstel van behandeling?

Een verkennend onderzoek naar
TBS-gestelden met en zonder
een combinatievonnis en de
mogelijke effecten van detentie

In opdracht van

het WODC, Ministerie van Justitie

Begeleidingscommissie

prof. dr. B.C.M. Raes (voorzitter, VU)
dr. N.H. Tenneij (Ministerie van Justitie, WODC)
dr. P. Osinga (Ministerie van Justitie, DSP)
drs. A.W. Knol (PI Overijssel)
dr. S. Lammers (FPC Oldenkotte, RU Nijmegen)

Omslag en vormgeving

M. Grotens

A.Ph.van Wijk, E. de Vries-Robbé, A. Nieuwenhuis en A.J. Smulders

Uitstel van behandeling?

Een verkennend onderzoek naar TBS-gestelden met en zonder een combinatievonnissen en de mogelijke effecten van detentie

ISBN 978-90-75116-47-2

© 2008 – WODC, Ministerie van Justitie, Den Haag. Auteursrechten voorbehouden

Inhoud

Samenvatting	7
1. Inleiding en vraagstelling	11
2. Methode	15
2.1 Literatuurverkenning	15
2.2 Kwantitatieve gegevensanalyses	15
2.3 Aanvullende informatie over TBS-gestelden	16
2.4 Veldverkenkende onderzoeksactiviteiten	17
Context	
3. Gedetineerden in forensisch kader	21
3.1 Definities	21
3.2 Trajecten voor psychisch gestoorde gedetineerden in het gevangeniswezen	22
3.3 Het zorgaanbod binnen het gevangeniswezen	24
Resultaten	
4. Psychische stoornissen en effecten: een literatuurverkenning	35
4.1 Prevalentie psychische stoornissen gedetineerden en TBS-gestelden	35
4.2 Effecten van detentie op psychische gesteldheid	36
4.3 Effecten van detentie bij psychisch gestoorde gedetineerden	39
5. Algemeen profiel TBS-gestelden	45
5.1 Combinatievonnissen	45
5.2 Demografische kenmerken	47
5.3 IQ en psychopathologie	48
5.4 Delictkenmerken en veroordelingsgegevens	49
5.5 Eerdere veroordelingen	50
5.6 Verblijfshistorie	51
6. Profiel van TBS-gestelden: problematiek, zorg en effecten van detentie	55
6.1 Algemene gegevens	55
6.2 Problematiek	56
6.3 Effecten van detentie	61

Antwoorden en slotbeschouwing

7.	Beantwoording van de vraagstelling en slotbeschouwing	67
	Summary	73
	Literatuur	77
	Bijlage 1. Profiellijst combinatievonnissen	81
	Bijlage 2. Overzicht van de respondenten	89
	Bijlage 3. Vragenlijst telefonische interviewronde 10 PI's	91
	Bijlage 4. Lijst van afkortingen	93

Samenvatting

Inleiding

De minister van Justitie heeft op verzoek van de Tweede Kamer een onderzoek toegezegd naar de mogelijk schadelijke gevolgen van het ondergaan van een (langdurige) gevangenisstraf voorafgaand aan de TBS-behandeling op de psychische conditie van de TBS-gestelden. Dit zou met name gelden voor de TBS-gestelden die een zogenoemd combinatievonnis opgelegd hebben gekregen (naast de TBS-maatregel ook een gevangenisstraf).

Probleemstelling

De probleemstelling die aan onderhavig onderzoek ten grondslag ligt, is als volgt geformuleerd: wat is het profiel van de TBS-gestelden die een combinatievonnis krijgen opgelegd en welke (mogelijke) effecten zijn er te verwachten van de gevangenisstraf op de psychische conditie en de motivatie van de TBS-gestelden voor de behandeling in de kliniek?

Opzet en uitvoering van het onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn diverse informatiebronnen geraadpleegd, te weten:

- Literatuurverkenning: zorgbehoeften, psychische stoornissen bij gedetineerden en effecten van detentie
- Kwantitatieve gegevensanalyses: MITS-gegevens (Monitor Informatie Terbeschikking Stelling) van alle personen die in 2005 en 2006 een TBS-vonnis opgelegd hebben gekregen, al dan niet in combinatie met een gevangenisstraf (hierna aangeduid als 'TBS-gestelden')
- Aanvullende informatie over 35 van de 68 TBS-gestelden die op 1 maart 2008 nog verbleven in de PI's: problemen, zorg en effecten van detentie
- Veldverkenkende onderzoeksactiviteiten: interviews met deskundigen en vertegenwoordigers van penitentiaire inrichtingen, en werkbezoeken

Beperkingen van de informatiebronnen

De literatuurverkenning kent als beperking dat er zeer weinig, goed vergelijkbare empirische studies voorhanden zijn die ingaan op de effecten van gevangenisstraf op de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling van gedetineerden in het algemeen en TBS-gestelden in het bijzonder. Er kan worden gesproken van een kennislacune. De keuze voor de groep die in 2005 en 2006 volgens MITS-gegevens een TBS-maatregel opgelegd

heeft gekregen, heeft als beperking dat er geen informatie is over de groep langgestraften die tevens een TBS-maatregel hebben. Bovendien is het MITS niet primair aangelegd voor wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden, waardoor de keuze voor de variabelen beperkt was en deze niet altijd goed toepasbaar waren op het doel van dit onderzoek. De opgevraagde aanvullende informatie over de 68 TBS-gestelden die per maart 2008 nog in de PI verbleven, heeft betrekking op een selecte groep; de resultaten zijn indicatief en niet generaliseerbaar naar de gehele TBS-populatie. Datzelfde geldt voor de veldverkenkende onderzoeksactiviteiten.

Resultaten

Onderhavig onderzoek heeft een verkennend karakter. Hieronder volgen de belangrijkste resultaten uit de voornoemde informatiebronnen.

Algemeen profiel

In 2005 en 2006 is aan 383 personen een TBS-maatregel opgelegd. Hiervan hebben er 333 (87%) ook een detentiestraf opgelegd gekregen (TBS-plusgroep), een zogenoemd combinatievonnis. Bij de overige 50 personen is naast de TBS-maatregel geen detentiestraf opgelegd (TBS-zondergroep). De opgelegde detentiestraf bedraagt in veel gevallen (212/333; 64%) een periode van maximaal twee jaar. Een relatief klein deel (37/333; 11%) van de TBS-gestelden met een combinatievonnis krijgt een lange gevangenisstraf opgelegd (meer dan 6 jaar). Voor het resterende deel (25%) geldt een opgelegde gevangenisstraf van twee tot zes jaar.

Op het moment van onderzoek (maart 2008) is 79% van de gehele groep doorgestroomd naar de kliniek: 262 van de 333 personen met een combinatievonnis en 41 van de 50 personen zonder combinatievonnis. De TBS-zondergroep heeft bij plaatsing naar de kliniek gemiddeld 25 maanden gedetineerd gezeten (inclusief preventieve hechtenis); de TBS-plusgroep (met detentiestraf) bijna 29 maanden. Opmerkelijk is dat voor een grote groep TBS-plussers de lengte van de opgelegde en uitgezeten gevangenisstraf vergelijkbaar is met de periode die de TBS-zondergroep in detentie doorbrengt alvorens zij wordt geplaatst in een kliniek. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de duur van de eventuele beroepsprocedure en de wachttijd voor plaatsing in een FPC.

De problematiek van de TBS-gestelden - zoals die naar voren komt in dit onderzoek - komt in grote lijnen overeen met eerdere bevindingen van Van Emmerik (2001). Ruim tweede derde heeft een persoonlijkheidsstoornis (vaak Cluster B) en de rest een psychotische stoornis (meestal schizofrenie). Het merendeel van de TBS-gestelden is man, van autochtone afkomst en tussen de 25 en 40 jaar. Een op de zes TBS-gestelden heeft een IQ lager dan 80. De helft van de totale groep is vanaf het moment van preventieve hechtenis geplaatst op een of meer differentiaties binnen het gevangeniswezen (bijzondere zorgvoorzieningen als Individuele Begeleidingsafdeling).

Het profiel van de TBS-zondergroep wijkt op verschillende punten af van de TBS-plusgroep. Logischerwijze verschilt de mate van toerekeningsvatbaarheid tussen beide groepen. De TBS-plusgroep wordt gekenmerkt door persoonlijkheidsstoornissen (78% versus 22% psychotische stoornissen) en eerdere vrijheidsveroordelingen (66%).

In de TBS-zondergroep komen echter vaker psychotische problemen voor (80% versus 20% persoonlijkheidsstoornis) en is er minder vaak sprake van eerdere vrijheidsveroordelingen (48%). Daarnaast wordt TBS-plusgroep in vergelijking met de TBS-zondergroep minder vaak geplaatst op een differentiatie. Dit zou als indicatie kunnen worden beschouwd van het op de voorgrond staan van de aanwezige psychische en gedragsproblematiek tijdens detentie in de TBS-zondergroep. Uit dit onderzoek kan de conclusie worden getrokken dat bij de TBS-plusgroep antisociale kenmerken op de voorgrond staan en dat bij de TBS-zondergroep de psychiatrische problematiek een (meer) prominente rol speelt.

Plaatsingsbeleid in PI en zorgaanbod

Uit de telefonische interviews met de PI's blijkt dat een specifiek plaatsingsbeleid ten aanzien van TBS-gestelden in een penitentiaire inrichting ontbreekt. Er zijn algemeen geldende criteria voor plaatsing (geslacht en juridische titel, in de zin van voorlopig gehechten, kortgestraften en anders afgestraften). Het feit of een gedetineerde al dan niet een TBS-maatregel opgelegd heeft gekregen, is in het algemeen niet van belang voor plaatsing in een PI. Uit de vragenlijst die de psychologen hebben ingevuld over 35 TBS-gestelden die in maart 2008 nog in een PI verbleven, blijkt echter dat de TBS-gestelden vaak op een Bijzondere Zorgafdeling (BZA) verblijven. In dit onderzoek is geen vergelijking gemaakt met plaatsingen op een BZA van niet-TBS-gestelden, maar dat laat onverlet dat geconcludeerd kan worden dat TBS-gestelden in de PI blijkbaar zorg nodig hebben. De psychologen die de vragenlijst hebben ingevuld, kwalificeren de geboden zorg over het algemeen als toereikend. In sommige gevallen overstijgt de zorgvraag de mogelijkheid van de PI om een adequaat aanbod te doen.

Problemen voor en tijdens detentie

Vanuit de literatuur wordt duidelijk dat gedetineerden al voor hun detentie problemen kunnen ondervinden (importmodel) en dat tijdens detentie problemen kunnen ontstaan (deprivatiehypothese). Bij TBS-gestelden is in ieder geval sprake van psychische en gedragsproblematiek voor aanvang van detentie. Dit wordt ook in het vragenlijstgedeelte van het onderzoek bevestigd, hoewel de onderzoeksgroep waarover informatie bekend is (35 personen) klein is. De psychologen zijn van mening dat het merendeel van de problemen (op het gebied van stoornissen, verslaving, suïcidaliteit en gedrag) al voor de detentie aanwezig was. De groep waarover de psychologen zich in de vragenlijst uitspreken, bestaat vrijwel geheel uit TBS-gestelden met een combinatievonnis (TBS-plusgroep). Volgens de psychologen blijven hun problemen aanwezig tijdens detentie of worden soms minder.

Effecten van detentie

Over de effecten van detentie op de psychische gesteldheid van (psychische gestoorde) gedetineerden zijn geen eenduidige conclusies mogelijk. Een belangrijke reden is dat er weinig empirisch onderzoek over dat onderwerp voorhanden is. Er zijn aanwijzingen dat gevangenisstraf zowel negatieve als positieve effecten kan hebben voor psychisch gestoorde gedetineerden. Uit de schaarse literatuur is op te maken dat met name de eerste periode van detentie (meer) psychische klachten kan genereren bij de gedetineerden. De psychologen die de vragenlijsten hebben ingevuld, noemen de lange wachttijden,

verveling en verharding als factoren die mogelijk negatieve effecten kunnen hebben op de psychische gesteldheid van TBS-gestelden. De indruk op basis van de literatuur en gesprekken met de geïnterviewde deskundigen is dat gedetineerden met een psychotische stoornis het meest te lijden hebben onder een lange detentieduur zonder adequate behandeling.

Uit de literatuur kan de voorzichtige conclusie worden getrokken dat niet altijd sprake hoeft te zijn van schadelijke gevolgen, maar dat voor sommige gedetineerden detentie ook een goede uitwerking kan hebben (meer structuur, beter dagritme, gezondere eetgewoonten et cetera). Dit lijkt te worden bevestigd door de gegevens vanuit de vragenlijsten. De positieve effecten van detentie zouden volgens de psychologen (zeker aanvankelijk) het gevolg kunnen zijn van een duidelijke structuur, regelmaat en geen gebruik van verslavende middelen.

Evenmin is een eenduidige conclusie te trekken wat betreft de effecten van gevangenisstraf op de motivatie voor de latere behandeling in de kliniek. In zijn algemeenheid geldt dat met name de gedetineerden met een antisociale persoonlijkheidsstoornis niet of nauwelijks gemotiveerd zijn voor behandeling. Dit zou mogelijk versterkt kunnen worden door (een lange) detentie. Lange detentie zou volgens de bevroagde psychologen van het PMO per definitie voor alle TBS-gestelden negatieve consequenties hebben voor de motivatie.

Vervolgonderzoek

Onderhavig onderzoek heeft een verkennend karakter. Om de effecten van detentie op de psychische conditie en de motivatie voor behandeling te kunnen onderzoeken, zou bij aanvang van detentie een adequate psychologische en psychiatrische screening dienen plaats te vinden. Vervolgens zou door middel van langlopend onderzoek de groep TBS-gestelden gedurende de gehele duur van de detentie periodiek moeten worden onderzocht op hun psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling. Er zou hierbij tevens aandacht dienen te zijn voor de omgeving(svariabelen) van de PI in kwestie (aard regime, aantal maanden opgelegde en uitgezeten gevangenisstraf, geboden zorg et cetera).

1 Inleiding en vraagstelling

In 1928 is de TBR-maatregel in het Wetboek van Strafrecht opgenomen: de ter beschikkingstelling van de regering (TBR). De TBR was bedoeld voor "den toerekeningsvatbare psychopaath" en men sprak daarom ook wel van de "Psychopathenwetten". De TBR-regeling bood de rechter de mogelijkheid een gecombineerd vonnis uit te spreken. De verdachte kreeg een gevangenisstraf voor het deel waaraan hij schuldig was en voor het "onschuldige" deel kreeg hij TBR. TBR kon voor elk misdrijf voor een periode van twee jaar worden opgelegd en steeds verlengd worden met een periode van één of twee jaar. De TBR kon zodoende levenslang duren. In 1988 werd de TBR vervangen door TBS: ter beschikking stelling. Wanneer iemand volledig ontoerekeningsvatbaar wordt geacht gedurende het plegen van het delict heeft de rechter de mogelijkheid om uitsluitend een TBS-maatregel op te leggen. De TBS kan – zoals de oude TBR – ook in combinatie met een gevangenisstraf worden opgelegd indien de rechter bepaalt dat een deel van het misdrijf de dader wel kan worden aangerekend. De opname in de TBS-kliniek vindt bij een combinatievonnis na het (gedeeltelijk) uitzitten van de gevangenisstraf plaats.

In 1992 is de commissie 'TBS en sanctietoepassing geestelijk gestoorde delinquenten' (kortweg de commissie Fokkens) ingesteld om onder andere de uitvoeringspraktijk ten aanzien van de gecombineerde tenuitvoerlegging van gevangenisstraf en TBS onder de loep te nemen. De commissie Fokkens veronderstelde dat er van een behandeling na de tenuitvoerlegging van een gevangenisstraf een verslechtering van de geestestoestand van de betrokkene is te verwachten.

De commissie Fokkens heeft naar aanleiding van de veronderstelde negatieve effecten van detentie op TBS-gestelden voorgesteld om de executievolgorde van gevangenisstraf en TBS-behandeling om te keren: in alle gevallen waarin een combinatie van gevangenisstraf en TBS met bevel tot verpleging door de rechter wordt bevolen, zou begonnen moeten worden met de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel. Dit voorstel heeft niet geleid tot een wijziging in de wettelijke regeling van de executievolgorde van gevangenisstraf en TBS, maar wel tot de onderkenning van de noodzaak van een zo spoedig mogelijke aanvang van de TBS-behandeling door de duur van het verblijf in een penitentiaire inrichting te begrenzen (Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994).¹

In het parlementaire onderzoek naar het TBS-stelsel dat in 2006 is uitgevoerd door de Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS (kortweg de commissie Visser) wordt opnieuw het vraagstuk aangesneden met betrekking tot de veronderstelde negatieve gevolgen van detentie op de psychische conditie van TBS-gestelden en op het behandeltraject in de TBS-kliniek (Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006). De capaciteitsproblematiek waar de TBS-sector mee te maken heeft en de langere wachttijden voor

TBS-gestelden in penitentiaire inrichtingen die daarmee gepaard gaan, zouden daaraan niet ten goede komen. Deze situatie zou de gezondheid en behandelingsmogelijkheden van de patiënt schaden (zie Boone & Moerings, 2007).

De commissie Visser beveelt in het verlengde van deze veronderstelling aan om al tijdens de detentieperiode - voorafgaand aan de startdatum van de TBS-maatregel - na te gaan of een vorm van behandeling wenselijk en noodzakelijk is. Hiermee zou volgens de commissie worden voorkomen dat bij het ingaan van de TBS-maatregel zelf onnodige achterstand wordt opgelopen die het eventuele succes van de TBS-behandeling verkleint of frustreert, of dat de stoornis zich verder ontwikkelt. In een reactie op het parlementaire onderzoek TBS is de vraag van de Tweede Kamer of het ondergaan van een (lange) gevangenisstraf voorafgaand aan de TBS-behandeling inderdaad schadelijke gevolgen heeft voor de psychische conditie van TBS-gestelden (Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007a). De vraag naar mogelijk negatieve effecten van detentie is relevant gezien het feit dat bij een groot aantal TBS-gestelden een combinatievonnissen wordt opgelegd.

De Minister van Justitie heeft de Tweede Kamer een onderzoek toegezegd naar de mogelijk schadelijke gevolgen van het ondergaan van een (langdurige) gevangenisstraf voorafgaand aan de TBS-behandeling (Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007b). Onderhavige publicatie doet verslag van een verkennend onderzoek hiernaar.

Probleemstelling en onderzoeksvragen

Om inzicht te krijgen in de mogelijke effecten van gevangenisstraf op de psychische conditie van TBS-gestelden en de motivatie voor behandeling is het van belang dat enkele relevante aspecten van combinatievonnissen en de doelgroep in kaart worden gebracht. Het gaat daarbij om factoren die bepalend kunnen zijn voor de invloed van gevangenisstraf zoals de invulling en duur van de detentie, de zorg en behandeling tijdens detentie, de achtergronden van TBS-gestelden en de psychische en andersoortige problematiek van de TBS-gestelden (bijvoorbeeld een verstandelijke beperking). Voorts is het belangrijk om na te gaan wat de mogelijke invloed is van de uitvoerings- en toepassingspraktijk van combinatievonnissen op TBS-gestelden.

De probleemstelling die aan onderhavig onderzoek ten grondslag ligt, is als volgt geformuleerd: wat is het profiel van de TBS-gestelden die een combinatievonnissen krijgen opgelegd en welke (mogelijke) effecten zijn er te verwachten van de gevangenisstraf op de psychische gesteldheid en de motivatie van de TBS-gestelden voor de behandeling in de kliniek? Het onderzoek dat, gelet op de korte looptijd, primair een verkennend karakter heeft, moet antwoord geven op de hierna volgende onderzoeksvragen.

Deze vragen zijn uitgesplitst naar twee aspecten van het onderwerp van onderzoek:

1. Combinatievonnissen en profiel TBS-gestelden;
2. Mogelijke effecten.

Combinatievonnissen en profiel

1. Hoe ziet de praktijk van combinatievonnissen eruit?
 - 1a. Hoeveel combinatievonnissen zijn in 2005-2006 opgelegd en hoe groot is de groep die uitsluitend de TBS-maatregel krijgt?
 - 1b. Wat is de opgelegde duur van de gevangenisstraf?
 - 1c. Wat is of zijn profielen van TBS-gestelden die wel en die geen combinatievonnis krijgen opgelegd (achtergrondkenmerken, psychische problematiek, andersoortige problematiek, type misdrijf, justitieel verleden)?
 - 1d. Hoe ziet het plaatsingsbeleid en de plaatsingspraktijk t.a.v. TBS-gestelden met een combinatievonnis in penitentiaire inrichtingen eruit en in hoeverre wordt rekening gehouden met eventuele psychische problematiek?

Mogelijke effecten

2. Welke effecten van detentie zijn er mogelijk te verwachten bij TBS-gestelden ten aanzien van de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling?

Noten

1. In navolging van de overweging dat behandeling meer kans op succes heeft na een niet al te langdurige detentie is in 1997 de Wet Fokkens in werking getreden. Daarin is de bepaling opgenomen dat de TBS-behandeling bij een combinatievonnis moet aanvangen na beëindiging van eenderde van de gevangenisstraf (zie o.a. Leuw & Mertens, 2001; DJI, 2006a).

2 Methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. De eerste onderzoeksmethode betreft een literatuurstudie om zicht te krijgen op de achtergronden en kenmerken van gedetineerden c.q. TBS-gestelden en het beleid rondom TBS-gestelden in de Penitentiaire Inrichting (PI). Ook is de literatuur gebruikt om de effecten van detentie op de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling in beeld te brengen. De tweede onderzoeksactiviteit behelst kwantitatieve gegevensanalyses die zijn uitgevoerd op basis van de database Monitor Informatie Terbeschikking Stelling (MITS) van het ministerie van Justitie met het doel profielen te construeren van TBS-gestelden met en zonder een combinatievonnis. Over een groep TBS-gestelden, die op het moment van onderzoek nog in een penitentiaire inrichting verbleef (maart 2008), is bij de betreffende PI's aanvullende informatie opgevraagd, de derde bron van het onderzoek. Tot slot zijn er enkele veldverkenkende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd, bedoeld om het onderzoek goed te kunnen uitvoeren en zicht te krijgen op de relevante actoren, processen en ontwikkelingen in het TBS-veld. In dat kader zijn er gesprekken gevoerd met Nederlandse en buitenlandse deskundigen. Daarnaast hebben we een aantal PI's telefonisch benaderd voor vragen in verband met hun zorgbeleid rond TBS-gestelden. Ook zijn er werkbezoeken gebracht aan twee PI's om meer inzicht te krijgen in de praktijksituatie.

2.1 Literatuurverkenning

Ten behoeve van een literatuuroverzicht is enerzijds gezocht naar empirische studies waarin kenmerken en achtergronden worden beschreven van de doelgroep, in casu TBS-gestelden. In het bijzonder is daarbij relevant door welke problematiek de TBS-gestelden worden gekenmerkt.

Daarnaast is gezocht naar empirische studies (Nederlandse en buitenlandse) waarin de relatie tussen detentie en psychische gesteldheid en de eventuele effecten is onderzocht. De beschikbaarheid van dergelijke studies bleek echter zeer beperkt. Er zijn wel publicaties beschikbaar die betrekking hebben op genoemde onderwerpen, maar vaak ontbreekt de empirische basis en is de strekking vooral van beschouwende aard. De resultaten van de literatuurstudie zijn beschreven in hoofdstuk vier.

2.2 Kwantitatieve gegevensanalyses

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie beheert het Monitor Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS), een database waarin tal van gegevens over de TBS-gestelden worden geregistreerd. In overleg met de opdrachtgever is besloten om informatie op te vragen van de TBS-gestelden die 2005 en 2006 een TBS-maatregel

opgelegd hebben gekregen. De reden om voor de jaren 2005 en 2006 te kiezen, is dat het om recente data moest gaan aan de hand waarvan de huidige praktijk rondom de combinatievonnissen zou kunnen worden geschetst. Op grond van het onderhavige onderzoek willen we uitspraken kunnen doen over de (huidige) praktijk van het combinatievonnis. Wanneer te recente gegevens zouden worden gebruikt, zou er naar verwachting weinig te zeggen zijn over het vervolg en de effecten.¹

Op basis van de MITS-gegevens is een profiel geschetst van TBS-gestelden met en zonder een combinatievonnis. Het MITS is primair bedoeld voor het verzamelen van beleidsgerichte informatie ten behoeve van de toewijzing van personen met een TBS-vonnis aan de klinieken. Dit heeft diverse consequenties gehad voor het onderzoek die als beperking kunnen gelden bij het beschrijven van het profiel van de TBS-gestelde. In de eerste plaats vindt er geen kwaliteitscontrole plaats op de invoer van de data.² Uitzondering zijn die onderwerpen die bepalend zijn voor de selectie van TBS-gestelden: NAW-gegevens (via GBA)³, geslacht, stoornis (psychose of persoonlijkheidsstoornis) en IQ (onder of boven de 80). Of andere onderwerpen worden geregistreerd, is afhankelijk van het feit of die (duidelijk) in het pro Justitia rapport staan en mogelijk ook van de beschikbare tijd en/of prioriteit van degene die verantwoordelijk is voor de registratie.

Een belangrijke beperking, gelet op de onderzoekspopulatie, is verder, dat het MITS geen gedifferentieerde informatie bevat aangaande de diagnostiek. Het MITS bevat alleen gegevens met betrekking tot (de aanwezigheid van een) psychotische of persoonlijkheidsstoornis (hoofddiagnose).⁴ Overigens zijn niet alle gegevens uit het MITS in dit hoofdstuk beschreven; gegevens over het signalement en bijvoorbeeld bezoek zijn achterwege gelaten. Verder bleken sommige variabelen niet (geheel) de werkelijkheid te weerspiegelen. Zo bleek uit analyses dat slechts een klein aantal personen een hulpverleningsgeschiedenis zou hebben, terwijl uit ander onderzoek (Van Emmerik, 2001) bekend is dat 70% van de TBS-gestelden eerder te maken heeft gehad met hulpverlening. Deze onvolledige informatie is in overleg met de begeleidingscommissie buiten beschouwing gelaten.

Voor de variabelen die op schaalniveau gemeten zijn, werden verschillen in gemiddelden getoetst met behulp van een variantieanalyse (ANOVA). Voor de overige variabelen werden chi-kwadraattoetsen uitgevoerd. We spreken van verschillen tussen de TBS-zondergroep en TBS-plusgroep wanneer de tabel als geheel een p. waarde heeft van <.05. Er zijn geen post hoc toetsen uitgevoerd. Ten behoeve van de celvulling zijn in bepaalde gevallen categorieën samengevoegd.

De resultaten van de MITS-gegevensanalyses staan in hoofdstuk vijf.

2.3 Aanvullende informatie over TBS-gestelden

In het onderzoeksvoorstel ten behoeve van onderhavige studie was voorzien in een verdiepend deelonderzoek onder een steekproef uit de totale groep personen die in 2005 en 2006 een TBS-vonnis opgelegd had gekregen. Het doel hiervan was om meer inzicht te krijgen in de eventueel aanwezige problematiek van de TBS-gestelden, de geboden zorg vanuit de PI en mogelijke effecten van detentie op de psychische gesteldheid en motivatie van de TBS-gestelden. Hiervoor zouden de Psycho Medische Overleggen (PMO's) binnen de PI's worden benaderd.

Op basis van de MITS-gegevensanalyses werd tijdens het onderzoek duidelijk dat een groot deel (79%) van de totale onderzoeksgroep (N = 383) de PI al had verlaten en was geplaatst in een kliniek. Tien personen bleken overleden te zijn. Over de groep die ten tijde van het onderzoek (maart 2008) nog wel in een PI verbleef (n=68), is door middel van een vragenlijst aanvullende informatie opgevraagd bij de diverse PMO's. In totaal zijn er 29 PI's (c.q. PMO's) aangeschreven. Respondenten hadden drie weken de tijd om de profiellijsten in te vullen. Na een week heeft een belronde plaatsgevonden en na drie weken nog een keer om navraag te doen of de profiellijsten in goede orde waren ontvangen om op deze manier de betrokkenheid en de respons te vergroten. Van 17 PI's is uiteindelijk reactie ontvangen en dit heeft in totaal 35 vragenlijsten opgeleverd. Gelet op het beperkt aantal geretourneerde vragenlijsten en de selecte groep zijn de generalisatiemogelijkheden beperkt. De bevindingen hebben vooral een indicatieve waarde en zijn beschrijvend weergegeven in hoofdstuk zes. Voor het overzicht staat hieronder een schema waarin de verschillende onderzoeksfases staan in relatie tot de omvang van de onderzoeksgroep.

Tabel 1: Omvang onderzoeksgroep

	Aantal TBS-gestelden
Personen met een TBS-vonnis in 2005 en 2006	383
In maart 2008 geplaatst in kliniek	303
Personen overleden in PI	10
29 PI's aangeschreven voor informatie over resterende groep	68 ⁵
17 PI's hebben gereageerd met een ingevulde vragenlijst	35

2.4 Veldverkennde onderzoeksactiviteiten

Om zicht te krijgen op relevante literatuur en om kennis te verzamelen over onderhavig onderwerp zijn in Canada en Duitsland zes buitenlandse experts benaderd per email. Uiteindelijk is van een tweetal deskundigen een korte reactie ontvangen en een aantal suggesties voor aanvullende literatuur.⁶ De overige deskundigen dachten om verschillende redenen niet genoeg aan het onderwerp te kunnen bijdragen.

Voor meer achtergrondinformatie over de wijze waarop Pro Justitiarapportages tot stand komen (met name conclusie en behandeladvies van gedragsdeskundigen), effecten van detentie en praktijk van selectie en plaatsing van TBS-gestelden zijn 9 Nederlandse deskundigen individueel geïnterviewd.⁷

Uit de lijst van de PI's waar TBS-gestelden geplaatst worden, is vervolgens met 17 PI's contact opgenomen voor een telefonisch interview.⁸ Daarbij ging het om het vigerende beleid van de betreffende PI inzake gedetineerden met een TBS-vonnis. Het doel was vooral te achterhalen of de PI's een specifiek beleid hebben rondom TBS-gestelden en zo ja, hoe zij daar in de praktijk invulling aan geven (mate van zorg, begeleiding, behandeling). Uiteindelijk is van 10 verschillende PI's informatie verkregen. De interviews zijn gehouden met beleidsmedewerkers en leden van het managementteam (meestal de locatie- en unitdirecteuren).

Ten behoeve van een cultuuriëntatie zijn twee penitentiaire inrichtingen bezocht (JI Vught en PI Haaglanden) met een uitgebreid aanbod aan zorgdifferentiaties waar onder andere TBS-gestelden geplaatst zijn. Doel van deze bezoeken was inzicht te krijgen in de wijze waarop TBS-gestelden binnen reguliere PI's worden opgevangen en eventueel behandeld en welke modaliteiten in zorg er zijn.⁹

De oriënterende onderzoeksactiviteiten hebben een aantal resultaten opgeleverd die we in de verschillende hoofdstukken zullen presenteren in tekstkaders.

Noten

1. De consequentie is dat de langgestraften hierdoor buiten het bereik van het onderzoek vallen.
2. Volgens een medewerkster van DJI.
3. Gegevens over de naam, het adres en de woonplaats via de Gemeentelijke Basisadministratie.
4. Wat ontbreekt bij de selectiecriteria en in het MITS zijn volgens een van de respondenten de pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Die kan men niet kwijt en worden daarom maar als persoonlijkheidsstoornis geregistreerd. Het betreft een aparte categorie die specifieke aandacht nodig heeft. Andere beperking van MITS is dat het beeld van iemand tijdens detentie kan veranderen. Iemand kan bijvoorbeeld vanwege een lage IQ-score langer in detentie zitten vanwege de wachtlijsten voor deze specifieke doelgroep, om vervolgens weer te worden afgewezen door een kliniek als blijkt dat die score toch iets hoger ligt. DJI vraagt om die reden ook aan PI's om nieuwe informatie over gedetineerden door te geven, die vervolgens weer in MITS kunnen worden ingevoerd.
5. Van twee personen konden wij de verblijfplaats niet nagaan.
6. Zie bijlage 2 voor de buitenlandse respondenten. De schriftelijke reactie van de twee respondenten bestond uit een kort antwoord op de gestelde vragen, dat er kort gezegd op neerkwam dat zij eigenlijk weinig wisten over de effecten van detentie op de psychische gesteldheid van gedetineerden. Ze vonden het een zeer complex onderwerp.
7. Zie bijlage 2 voor de Nederlandse respondenten. Dr. M. Philipse (Pompestichting) heeft een korte schriftelijke toelichting gestuurd.
8. Zie bijlage 3 voor de gestelde vragen. Uit de lijst van 29 PI's zijn er willekeurig 17 geselecteerd.
9. Zie noot 3.

Context

3 Gedetineerden in forensisch kader

In dit hoofdstuk wordt in grote lijnen ingegaan op het forensische kader waarbinnen de zorg aan gedetineerden gestalte krijgt. Hiervoor zijn verschillende bronnen geraadpleegd, zoals schriftelijke bronnen, interviews, werkbezoek aan twee penitentiaire inrichtingen (PI's) en een telefonische interviewronde bij 10 PI's. In de eerste paragraaf behandelen we enkele, veel gebruikte termen om verschillende groepen gedetineerden, waaronder TBS-gestelden, van elkaar te onderscheiden. Ten tweede wordt het detentiesysteem kort toegelicht vanuit het perspectief van de psychisch gestoorde delinquenten. In deze paragraaf behandelen we naast enkele algemene en juridische gegevens ook het punt van de volgorde van eerst detentie en dan behandeling. Daarbij maken we een korte vergelijking met het zogenoemde Duitse systeem waarin sprake is van een omgekeerde volgorde. In de derde paragraaf staat een beschrijving van het zorgaanbod binnen het Nederlandse gevangeniswezen, waaronder een bespreking van de diverse zorgafdelingen binnen de PI's. Daarbij wordt aandacht geschonken aan het gegeven dat PI's geen specifiek zorgbeleid hebben voor TBS-gestelden. In dit verband wordt ook de geplande wijziging per 2009 in het kader van het programma Modernisering Gevangeniswezen behandeld. We besluiten het hoofdstuk met een resumé.

3.1 Definities

Omdat er in de literatuur, in beleidsnota's en in de praktijk verschillende termen worden gebruikt om bepaalde groepen gedetineerden of TBS-gestelden te benoemen, is het zinvol af te bakenen wie in dit onderzoek met welke termen worden bedoeld:

Gedetineerden - Met deze term bedoelen we al die personen die zich in een PI bevinden. Het gaat dus ook om TBS-gestelden die (tijdelijk) in een Huis van Bewaring (HvB) of gevangenis verblijven.

TBS-gestelden - Alle personen die een TBS-maatregel met verpleging opgelegd hebben gekregen. De inrichting waar zij zich bevinden (TBS-kliniek/FPC, gevangenis, HvB, et cetera), is hierbij niet van belang. Om onderscheid te maken tussen TBS-gestelden met en zonder gevangenisstraf spreken we in dit rapport steeds van TBS-gestelden zonder gevangenisstraf en TBS-gestelden met een combinatievonniss. Omwille van de leesbaarheid wordt in de tekst vaak gesproken van respectievelijk de 'TBS-zondergroep' en de 'TBS-plusgroep'.

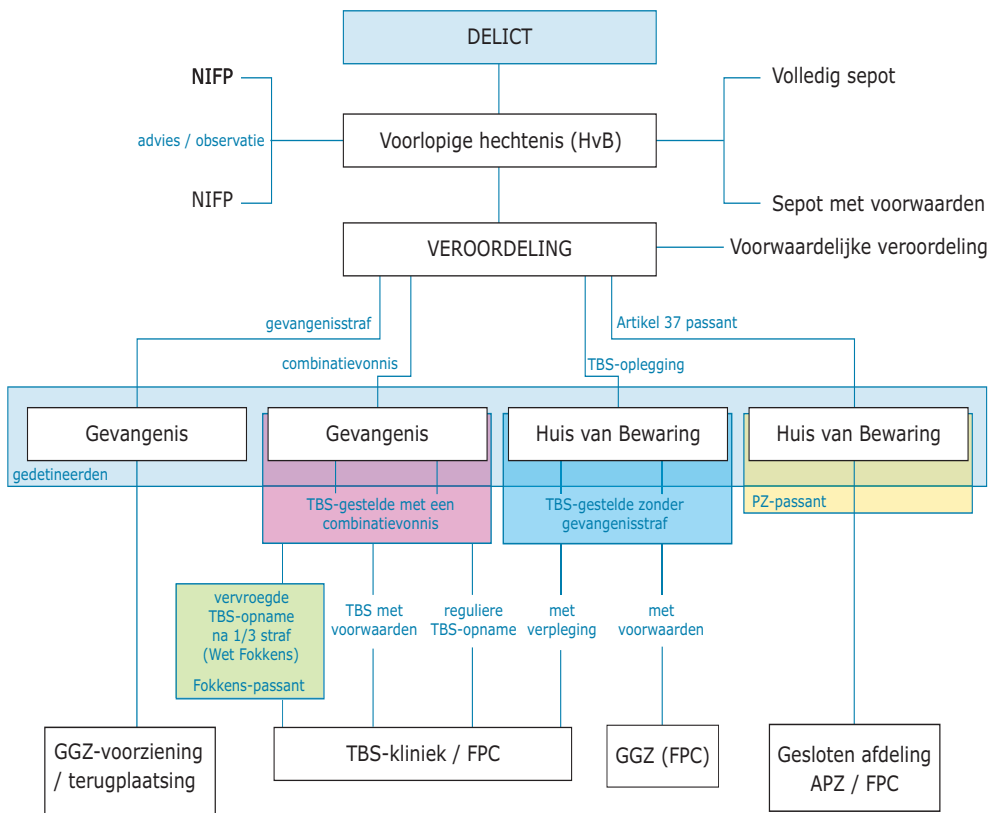
TBS-passanten - Het woord 'TBS-passant' wordt gebruikt om de veroordeelde aan te merken die in een PI (HvB) wacht op overplaatsing naar een TBS-kliniek. Het gaat hierbij zowel om de groep TBS-gestelden die geen gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen (TBS-zondergroep) en wachten op plaatsing in een TBS-kliniek als om de TBS-gestelden

met een combinatievonnis die na het uitzitten van hun detentie wachten op plaatsing (TBS-plusgroep).

3.2 Trajecten voor psychisch gestoorde gedetineerden in het gevangeniswezen

Het Nederlandse detentiesysteem voor psychisch gestoorde gedetineerden, al dan niet met een TBS-maatregel, kan worden geïllustreerd aan de hand van figuur 1 waarin het gehele traject van voorlopige hechtenis tot aan detentie, c.q. het forensisch psychiatrische circuit, als een stroomschema is opgenomen.

Figuur 1: Trajecten voor psychisch gestoorde gedetineerden in het gevangeniswezen



Ingeval iemand een delict pleegt, kan hij/zij tijdens de voorlopige hechtenis op last van de rechter-commissaris een gedragskundig onderzoek ondergaan naar zijn geestesvermogens. De deskundigen gaan na of er sprake is van een psychische stoornis en zo ja, of er een relatie bestaat tussen de stoornis en het gepleegde delict (causaliteitsvraag). De verdachte kan volledig toerekeningsvatbaar worden verklaard, volledig ontoerekeningsvatbaar, enigszins verminderd, verminderd, of sterk verminderd toerekeningsvatbaar.¹

De rechter houdt vrijwel altijd rekening met de conclusie en het advies van de gedragsdeskundigen en kan, wanneer een persoon niet volledig toerekeningsvatbaar wordt verklaard, een TBS-maatregel opleggen naast een eventuele gevangenisstraf (combinatievonnis). Verdachten die volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard, kunnen in beginsel alleen een TBS-maatregel opgelegd krijgen.

Intermezzo - Voorwaarden voor TBS

In artikel 37a Wetboek van Strafrecht staat dat de rechter een TBS-maatregel kan opleggen onder de volgende voorwaarden:

- a. er moet tijdens het begaan van het feit sprake zijn van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestesvermogens van de dader;
- b. er moet sprake zijn van een delict, waarop een gevangenisstraf van 4 jaren of meer is gesteld, of dat behoort tot de in artikel 37a, eerste lid (WvSr) genoemde misdrijven;
- c. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen moet het opleggen van die maatregel eisen.

Om een beeld te schetsen van de verschillende in figuur 1 genoemde justitiële inrichtingen, is in tabel 1 de capaciteit van de verschillende soorten inrichtingen opgenomen. De term justitiële inrichting wordt gebruikt voor de verzameling van het gevangeniswezen, de huizen van bewaring (voor voorlopige hechtenis) en de TBS-klinieken. Met de penitentiaire inrichtingen bedoelen we het gevangeniswezen en de huizen van bewaring. Onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht en laat het aantal plaatsen zien dat in de verschillende soorten inrichtingen beschikbaar is.²

Tabel 1: Capaciteit justitiële inrichtingen

	<i>Capaciteit januari 2008</i>
Penitentiaire inrichtingen	15.105
Huizen van Bewaring (incl. arrestanten)	7531
Gevangenis	4691
Overige ³	2883
TBS-inrichtingen	1878
Rijks TBS-inrichtingen	379
Particuliere TBS-inrichtingen	1254
Niet-justitiële TBS-inrichtingen (GGZ)	245

Bron: www.dji.nl (2008)

Veroordeelden met alleen een gevangenisstraf (van langer dan een half jaar) zitten hun straf uit in de gevangenis. Degenen die daarnaast een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen, zitten eerst hun gevangenisstraf uit in de gevangenis alvorens in een kliniek te worden geplaatst. Plaatsing in een kliniek kan als gevolg van de Fokkens-regeling al na eenderde van de uitgezeten gevangenisstraf. De veroordeelden met uitsluitend een TBS-

maatregel komen in eerste instantie in een HvB terecht en dienen daar te wachten totdat zij geplaatst kunnen worden in een kliniek.⁴

Volgorde: eerst straf, dan behandeling

Het Nederlandse detentiesysteem voor TBS-gestelden is zo ingericht dat zij eerst hun eventuele gevangenisstraf uitzitten en pas daarna naar de TBS-kliniek worden overgeplaatst. Dit betekent dat TBS-gestelden soms, afhankelijk van de duur van de opgelegde gevangenisstraf, lange tijd in detentie verblijven voordat zij kunnen worden opgenomen in een TBS-kliniek. De detentiesetting is, zoals eerder gezegd, in eerste instantie niet ingericht om zorg te verlenen. De conclusie van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007) kan als een erkenning hiervan worden gezien: 'de detentie op zichzelf en de omstandigheden waaronder deze ten uitvoer wordt gelegd, blijken veelal ongeschikt om gedetineerden met een stoornis adequate zorg te kunnen verlenen. Het is zaak deze personen waar mogelijk buiten detentie te houden'. De Commissie Fokkens (Fokkens, 1993) achtte de combinatie van terbeschikkingstelling en een lange gevangenisstraf dan ook hoogst ongewenst.

In sommige landen wordt een deel van het probleem dat in detentie onvoldoende zorg kan worden geboden, voorkomen door psychisch gestoorde delinquenten in psychiatrische ziekenhuizen te plaatsen. In Duitsland bijvoorbeeld⁵ lost men dit probleem op met het model waarin eerst de behandeling en eventueel daarna pas de gevangenisstraf plaatsvindt. De gedachte hierachter is dat iemand die een strafbaar feit pleegt en een psychiatrische stoornis heeft, niet verantwoordelijk is voor zijn daad. Zo iemand kan dus ook niet in een gevangenis gestopt worden en moet geholpen worden in een kliniek.' (Bron: de heer Dönisch-Seidel, in: Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006).

De omkering van detentie en TBS volgens de Duitse methode werd door de Commissie Fokkens aanbevolen. Deze aanbeveling is door het ministerie van Justitie niet overgenomen.⁶ Het argument daarvoor was dat bij een omkering van detentie en TBS-behandeling het doel van de TBS-behandeling (d.w.z. het klaarstomen van de TBS-gestelde voor terugkeer naar de maatschappij) en de positieve effecten van de TBS-behandeling weer teniet worden gedaan door de daaropvolgende detentie.⁷

3.3 Het zorgaanbod binnen het gevangeniswezen

Voor gedetineerden die vanwege hun geestelijke gesteldheid niet passen in het standaardregime, zijn binnen de Nederlandse penitentiaire inrichtingen verschillende bijzondere zorgregimes of differentiaties ingesteld (Gezondheidsraad, 2002).

Bijzondere Zorgafdelingen

Elk cluster van gesloten penitentiaire inrichtingen heeft een Bijzondere Zorg Afdeling (BZA). De concrete invulling van dergelijke afdelingen bepaalt de PI zelf. Deze afdelingen zijn geen officiële differentiaties. Het aantal BZA-plaatsen varieert en is afhankelijk van financiële mogelijkheden en beschikbare capaciteit. De wijze waarop inhoud wordt gegeven aan de BZA's, kan verschillen per PI (kan te maken hebben met schaalgrootte van en mogelijkheden binnen de PI). Dit ligt onder andere aan prioriteiten van de directie.

De BZA's zijn bedoeld voor tijdelijke zorg. Bijvoorbeeld bij binnenkomst van een zeden-delinquent kan het zijn dat de hele PI van de komst van deze persoon op de hoogte is. Voor de rust en veiligheid kan deze persoon dan voor een korte tijd op een BZA terecht-komen. Uit de publicatie 'Zorg om Zorg' (DJI, 2001) blijkt dat er enkele jaren geleden 550 BZA-plaatsen waren.⁸ De zorg op de BZA's is volgens een van de geïnterviewde deskun-digen aan te merken als eerstelijnszorg voor allerlei psychosociale problematiek. Dit wordt opgepakt door het PMO.

Intermezzo – Psycho Medisch Overleg in de inrichting

Het PMO (Psycho Medisch Overleg) is het zorgcoördinerend en zorgadviserend overleg in de PI (Penitentiaire Inrichting). Het richt zich op psychomedische problematiek van gedetineer-den, waarvan de problematiek om een multidisciplinaire aanpak vraagt, vanuit de medisch noodzakelijke en / of beveiligende zorg, dan wel vooruitlopend op beveiligende behandeling in een justitieel kader. Het PMO heeft de regie over het individuele zorgaanbod in de PI en coördineert daartoe de samenwerking tussen disciplines binnen de inrichting als ook de samenwerking tussen de inrichting en de externe partners. Het PMO streeft naar stabilisatie en / of verbetering van de psychomedische problematiek door het formuleren en implemen-teren van een zorgplan en vertaalt het zorgplan in termen van gedrag en begeleidingsad-viezen t.b.v. het begeleidingsplan op de afdeling van de PI. Daarnaast hebben leden van het PMO een beleidsadviserende rol binnen de PI. *Bron: Best Practice PMO*

Differentiaties

Naast BZA's zijn er ook bijzondere zorgvoorzieningen (ofwel differentiaties). Dat zijn de IBA, BIBA, FSU, FOBA (zie voor de betekenis van de afkortingen in tabel 2). In dit verband moeten ook de verschillende beheersregimes worden genoemd: LAA, BGG, LABP. Deze voorzieningen zijn bedoeld voor gedetineerden met beheersproblemen. Volgens een van de respondenten heeft een groot deel (ongeveer 70%) van deze groep ook te kampen met psychopathologische klachten. Tabel 2 geeft een overzicht van de verschillende zorg- en beheersafdelingen.⁹

Tabel 2: Capaciteit differentiaties (zorg en beheersing)

<i>Differentiaties</i>	<i>Capaciteit</i>
HvB FOBA - Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling	66
HvB IBA - Individuele Begeleidingsafdeling	141
Gevangenis BIBA - Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling	60
Gevangenis IBA - Individuele Begeleidingsafdeling	68
Forensische Schakelunits	48
HvB LABG - Landelijke Afdeling voor Beheersproblematische Gedetineerden	9
LAA - Landelijke Afzonderingsafdeling	35

Tabel wordt vervolgd op de volgende pagina

Gevangenis BGG - Beperkt Gemeenschapsgeschikten	60
Gevangenis LABG - Landelijke Afdeling voor Beheersproblematische Gedetineerden	16
Penitentiair ziekenhuis	56
Gevangenis PSC - Penitentiair Selectiecentrum	12
HvB PSC - Penitentiair Selectiecentrum	24
HvB VBA - Verslavings Begeleidingsafdeling	185
Gevangenis VBA - Verslavings Begeleidingsafdeling	111
<i>Totaal IBA, BIBA, FOBA en FSU</i>	383
<i>Totaal LAA, LABG en BGG</i>	120
<i>Totaal PSC en Penitentiair Ziekenhuis</i>	92
<i>Totaal Verslavingsbegeleidingsafdelingen</i>	296
Totaal	891

Bron: www.dji.nl (2008)

De aanwezigheid van differentiaties wil niet automatisch zeggen dat gedetineerden daar ook (altijd) geplaatst kunnen worden. Een deel van de gedetineerden met een psychische stoornis blijft mogelijk buiten beeld, bijvoorbeeld als zij geen problemen veroorzaken op de afdeling, aldus een van de door ons geïnterviewde deskundigen. Ook is slechts een beperkt aantal plekken beschikbaar. Voor 'problematische' gedetineerden die wel worden geïdentificeerd, hebben verschillende differentiaties een eigen overlegstructuur waarin de individuele zorg van de inrichtingspsycholoog, forensisch psychiater, arts en verpleegkundige op elkaar worden afgestemd: het PMO. Het PMO is voor de zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis van groot belang, want het zorgaanbod in de penitentiaire inrichting en de verwijzing naar interne of externe voorzieningen komen via het PMO tot stand.¹⁰ In het PMO vormt het proces van individuele diagnostiek, indicatiestelling, advisering, behandeling en nazorg de rode draad (Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2007).

Het PMO adviseert de directeur van de penitentiaire inrichting, bijvoorbeeld inzake een verzoek tot overplaatsing te doen bij het Bureau Selectiefunctionarissen (BSF) van het Gevangenis-wezen. Het BSF beslist vervolgens over (tijdelijke) overplaatsing naar bijvoorbeeld een IBA¹¹ of BIBA¹² en geeft plaatsingsbeschikking af aan de directeur van de penitentiaire inrichting. In de praktijk is dit soms ook een toetsing achteraf. Crisisincidenten vragen immers om een snelle reactie en dan kan niet gewacht kan worden op het oordeel van het BSF. Het BSF licht de afdeling plaatsing forensische zorg in over het plaatsings-traject.

De FOBA¹³ is ingericht voor acute crisis bij psychisch gestoorde gedetineerden die een direct gevaar vormen voor zichzelf of anderen. Wanneer de gedetineerde voldoende is

gestabiliseerd, is het de bedoeling weer tot plaatsing in een normaal regime of eventueel een IBA over te gaan (na een verblijf in de FOBA vindt over het algemeen eerst tijdelijke overplaatsing plaats naar de Forensische Schakelunit (FSU)).¹⁴

TBS-gestelden zonder gevangenisstraf nemen in vergelijking met de TBS-gestelden met een gevangenisstraf een bijzondere positie in. Zij verblijven tot het moment dat er een plek vrijkomt in een TBS-kliniek als TBS-passant in een HvB.¹⁵ Voor problematische personen bestaan er binnen het huis van Bewaring de differentiaties HvB-IBA en de FOBA. In deze differentiaties is het zorgaanbod beter dan in het reguliere HvB regime, maar vanzelfsprekend op een minder hoog niveau dan het zorgaanbod in de TBS-kliniek.

Veldverkennde activiteit – Werkbezoek aan JI Nieuw Vosseveld in Vught

De Inrichting Vught is een inrichting waar zich een groot aantal differentiaties bevindt, waaronder meerdere TBS-afdelingen, de EBI, een IBA, een FSU en de reguliere detentieomgeving. In Vught bevindt zich (naast de groep tbs-gestelden op de TBS-afdeling) een groot aantal TBS-gestelden die, afhankelijk van hun omstandigheden, verspreid zitten over de verschillende differentiaties. Deze TBS-gestelden vormen een heterogene groep, waarvan sommigen goed en anderen minder goed gedijen in een detentieomgeving en afhankelijk hiervan voor meer of minder zorg- en beheersingsproblemen zorgen. Elke differentiatie beschikt over zijn eigen PMO en elke gedetineerde wordt bij binnenkomst gescreend op lichamelijke en psychische beperkingen. Naar aanleiding van gesignaleerde problemen (of op aangeven van de gedetineerde zelf) kan de psychologische dienst worden ingeschakeld voor een of meer gesprekken of een behandeling. Wanneer problemen dermate ernstig zijn dat een langer verblijf van een gedetineerde in de differentiatie ongewenst is, kan het PMO adviseren een gedetineerde over te laten plaatsen. Dit kan bijvoorbeeld naar de IBA waar psychologische zorg wordt geboden, maar waar men nog wel zodanig functioneert dat nog arbeid wordt verricht. Dit is anders in de FSU (waar men over het algemeen terecht komt na een verblijf in de FOBA) waar zoveel mogelijk een prikkelarme omgeving wordt gecreëerd en gedetineerden niet hoeven te werken. Het verblijf in de IBA heeft een meer structureel karakter dan het verblijf in de FSU en na verloop van tijd wordt bekeken of een gedetineerde terug of door kan naar bijvoorbeeld een inrichting met een regulier regime. Door het karakter van de stoornissen bij TBS-gestelden, is het niet vreemd dat TBS-gestelden in de IBA en de FSU soms wel 40 à 50% van de gedetineerdenpopulatie uitmaken.

Veldverkennde activiteit – Werkbezoek BIBA van de PI Haaglanden

De BIBA in Scheveningen is een differentiatie met 48 plaatsen en fungeert als zorgafdeling en beheersingsafdeling. Hier bevindt zich een groep gedetineerden die behalve door psychische problematiek ook gekenmerkt wordt door beheersingsproblemen. Ongeveer de helft van de populatie bestaat uit TBS-gestelden. Anders dan op de meeste andere differentiaties verblijven gedetineerden hier over het algemeen langere tijd (in sommige gevallen wel tien jaar). Vanwege het problematische karakter van de stoornissen waarmee de gedetineerden te maken hebben, zijn andere differentiaties namelijk onvoldoende ingericht om deze groep op te nemen. Het verblijf in de BIBA krijgt voor velen daardoor een structureel karakter. De problematiek is zo ernstig dat een aanzienlijk deel van de gedetineerden aanvankelijk (en soms enkele maanden) in afzondering op de afdeling verblijft. Zij kunnen eenvoudigweg nauwelijks

externe prikkels aan. Om die reden volgt ook slechts een klein deel van de groep Preklinische Interventie. Doel is na verloop van tijd gedetineerden in steeds grotere groepen te laten functioneren. Voordeel van dit meer structurele verblijf is dat er, meer dan in andere differentiaties, voldoende tijd is om gedetineerden de juiste zorg te bieden. In die zin wordt in de BIBA duidelijk aandacht besteed aan het beperken van de eventueel negatieve effecten van detentie. De beperkte capaciteit en de beperkte doorstroombmogelijkheden in de BIBA zorgen echter voor wachtlijsten. Dit wordt nog versterkt doordat gedetineerden in de BIBA zodanige hulp behoeven dat zij slechts in een beperkt aantal TBS-klinieken terecht kunnen. Voor deze klinieken bestaat een langere wachtlijst.

Plaatstekort op differentiaties

Zoals blijkt uit tabel 2 bedraagt het aantal plaatsen in differentiaties (exclusief BZA-plaatsen) bijna 900 op ongeveer 16.000 plaatsen in het HvB en gevangeniswezen. Desondanks is er over het algemeen onvoldoende plaats op dit soort afdelingen (Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2007). Op de Bijzondere Zorgafdelingen verblijven steeds vaker gedetineerden die eigenlijk in de IBA thuishoren, terwijl de IBA steeds meer op een afdeling voor TBS- en PZ-passanten begint te lijken.¹⁶ Voor de FSU en de BIBA geldt dat het aandeel TBS-gestelden volgens respondenten steeds hoger ligt en soms wel 40 à 50% bedraagt.¹⁷ In toenemende mate worden TBS-gestelden daarnaast ook aangetroffen op de Landelijke Afzonderingsafdeling (LAA) en de LABG (Landelijke Afdeling voor Beheersgevaarlijke Gedetineerden) (De Vrugt, 2000). Deze zijn echter (nog) meer dan de IBA gericht op beheersing en minder op zorgverlening. Hoewel men ernaar streeft het verblijf in de IBA tijdelijk te laten zijn, worden gedetineerden steeds vaker rechtstreeks vanuit de IBA doorgeplaatst naar een TBS-kliniek. Als gevolg van een plaatsstekort verblijven gedetineerden met een acute stoornis in afwachting van plaatsing soms enige tijd in afzondering. Dat heeft te maken met het ontbreken van voldoende psychiatrische deskundigheid op de speciale afdelingen. Een psychiater is vaak alleen op afroep beschikbaar en de afdelingsteams hebben geen psychiatrisch verpleegkundigen (Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2007).

Veldverkennde activiteit: telefonische vragenronde PI's

Gegeven het feit dat TBS-gestelden zich kenmerken door psychische problematiek maakt dat deze groep, of in elk geval een deel van hen, zorgaandacht nodig heeft. We hebben van 10 PI's informatie gekregen over de vraag of er een specifiek zorgbeleid bestaat rondom TBS-gestelden en zo ja waaruit die zorg dan bestaat.

Uit deze telefonische interviews komt in grote lijnen naar voren dat er in de PI's geen geformaliseerd beleid is voor het verblijf van TBS-gestelden in detentie. De reden is dat zij TBS-gestelden willen behandelen zoals elke andere gedetineerde. Formeel gezien willen zij geen onderscheid maken. "Het hangt van de persoon af of hij extra zorg nodig heeft en er wordt niet gekeken of deze gedetineerde een TBS-maatregel heeft opgelegd gekregen." Het kan zijn dat informeel wel afspraken worden gemaakt. In één inrichting worden TBS-gestelden bijvoorbeeld niet in een duo-cel geplaatst.

Bij de meeste PI's is er ook geen behoefte aan geformaliseerd beleid voor deze groep TBS-gestelden. Een respondent zegt dat op het moment dat deze groep, op basis van specifiek beleid, bij elkaar wordt gezet het dan waarschijnlijk een moeilijk beheersbare groep wordt.

De TBS-gestelden gaan nu op in de algehele gedetineerdenpopulatie en veroorzaken daardoor minder problemen.

Bij alle inrichtingen is het bekend of de gedetineerden een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen. Dit wordt door de afdeling (bureau) bevolking geregistreerd en doorgegeven aan de betreffende afdelingen. Bij sommige PI's is hier extra aandacht voor in verband met het beheersmatige aspect en de mogelijke onvoorspelbaarheid van het gedrag van een TBS-gestelde.

Bij bijna alle PI's worden de TBS-gestelden in het detentieberaad besproken. Men gaat er daarbij vanuit dat de TBS-gestelde groepsgeschikt is. Alleen ingeval de TBS-gestelde niet groepsgeschikt blijkt, worden aparte maatregelen genomen.

Bij de meeste PI's worden de TBS-gestelden ook standaard in het PMO besproken. Alle betrokkenen die aan het PMO deelnemen, zijn dan in grote lijnen op de hoogte van de psychische problematiek. Bij enkele inrichtingen worden TBS-gestelden echter pas in het PMO besproken zodra er zich problemen voordoen. Bij de medewerkers op de afdelingen is het ook bekend dat gedetineerden een TBS-maatregel hebben opgelegd gekregen. "Maar dit wordt niet breed uitgemeten, pas als de TBS-gestelden problemen geven, worden er maatregelen genomen".

Volgens de respondenten veroorzaken de TBS-gestelden geen extra problemen. De respondenten hebben weinig zicht op de eventuele negatieve gevolgen van detentie op de psychische gesteldheid van TBS-gestelden.

Geplande wijzingen per 2009 in het kader van het programma Modernisering Gevangeniswezen¹⁸

Naar aanleiding van de uitkomsten van meerdere studies (door onder andere de Commissie Visser) zijn verschillende voorstellen gedaan om het detentiesysteem, waaronder zorg tijdens detentie, te verbeteren.

Een eerste voorgenomen wijziging is de geleidelijke transformatie in de reguliere penitentiaire inrichtingen van Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA) naar Extra Zorg Voorzieningen (EZV). De EZV is qua zorgniveau vergelijkbaar met de huidige BZA, met dit verschil dat aan de EZV door DJI bijzondere eisen worden gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot het personeel. Ook zal het aantal zorgplaatsen toenemen en wordt een screening ingevoerd naar zogenaamde 'zorgdoelgroepen'.

Een belangrijkere aanbeveling die is overgenomen, is de concentratie van zorg in vijf daar toe aangewezen inrichtingen, verspreid over het land. Voor deze zorginrichtingen worden vijf zorgprogramma's ontwikkeld voor de groepen waar de bovengenoemde screening op is gericht. Het onderscheid tussen het HvB en het gevangeniswezen verdwijnt binnen deze zorgcentra grotendeels. Doel van de wijziging is het in algemene zin verbeteren van het zorgaanbod aan gedetineerden.

Ook is de wijziging gericht op het eerder signaleren van zorgbehoevenden door middel van een screening en het beperken van het aantal overplaatsingen van gedetineerden.¹⁹

Daarnaast wordt met de keuze voor regionale zorgcentra geprobeerd om de detentietijd en het natraject van het gevangeniswezen beter bij elkaar aan te laten sluiten.

Maatschappelijk werk kan zo bijvoorbeeld al eerder en gericht aan de slag met een gedetineerde die op het punt staat terug te keren in de maatschappij.

Plaatsing in een van de zorgcentra zal plaatsvinden na indicatiestelling door zelfstandige,

professionele beroepskrachten die onder regie van het NIFP werken met beproefde kwaliteitsinstrumenten. In de nieuwe situatie (die enigszins vergelijkbaar is met de doorverwijzing door de huisarts naar een specialist) wordt op basis van deze diagnose een behandelplan opgezet. De zorgbehoefte en beheersingscomponent van de gedetineerde kunnen worden geclassificeerd aan de hand van een matrix (laag, midden en hoog). De benamingen voor de bijzondere zorgvoorzieningen komen daarmee te vervallen. Tijdens de behandeling kan de gedetineerde in een lagere of hogere categorie terecht komen. Op die manier kan de geboden zorg beter worden toegespitst op de zorgbehoefte. Ten slotte wordt in het kader van de aanbevelingen van de commissie Visser en het daarop volgende plan van aanpak het aantal zorgplaatsen ten behoeve van gedetineerden met 700 uitgebreid. De helft daarvan zal door middel van aanbesteding worden ingekocht in de geestelijke gezondheidszorg. De andere helft zal worden gerealiseerd in het gevangeniswezen bovenop de reeds bestaande zorgplaatsen.²⁰

Resumé

In dit hoofdstuk hebben wij in het kort aandacht besteed aan de forensische zorg aan gedetineerden, waaronder TBS-gestelden, in het Nederlandse detentiesysteem. Anders dan in het Duitse systeem zitten in Nederland de TBS-gestelden eerst hun eventuele gevangenisstraf uit waarna zij behandeling krijgen in de kliniek. Een deel van de psychisch gestoorde gedetineerden, waaronder TBS-gestelden, kan binnen de PI's geplaatst worden op differentiaties waar bepaalde zorg wordt geboden of een betere beheersing mogelijk is. In totaal zijn er bijna 900 plaatsen op dit soort afdelingen. Niettemin lijkt het aantal zorgplaatsen te beperkt voor de omvang van de problematiek. De zorg vraag is/lijkt groter dan het zorgaanbod. De TBS-zondergroep zit overigens vaak ook een tijd in een HvB in afwachting van plaats in de kliniek. De voorzieningen in een HvB zijn minder uitgebreid dan binnen het gevangeniswezen. Mogelijk dat in de toekomst met de nieuwe zorgcentra en de extra zorgplaatsen het tekort kan worden weggewerkt.

Noten

1. In de forensisch psychiatrische praktijk hanteert men volgens een van de respondenten grofweg de volgende indeling. Toerekeningsvatbaar: geen stoornis en/of geen verband met het delict. Enigszins verminderd: beperkte vormen van problemen of lichte psychopathologie. Verminderd: serieuze persoonlijkheidsproblematiek of lichte psychiatrische problemen. Sterk verminderd: serieuze psychopathologie. Ontoerekeningsvatbaar: volstrekt buiten de realiteit staan (bijvoorbeeld psychose) en onder invloed van bijvoorbeeld wanen een delict begaan.
2. We laten de jeugdinrichtingen en de vreemdelingenbewaring in dit rapport buiten beschouwing.
3. De categorie overige bestaat uit verschillende subcategorieën die voor het gemak zijn samengevoegd omdat die voor onderhavig onderzoek minder relevant zijn. Het gaat om arrestanten, politiecellen, bijzondere capaciteit en het VN-strafhof. Op deze plaatsen zullen over het algemeen zelden TBS-gestelden terecht komen.
4. Het kan voorkomen dat sommigen lang in een HvB kunnen verblijven, bijvoorbeeld omdat er geen plaats is voor hun specifieke problematiek. De voorzieningen in een HvB ten behoeve van psychisch gestoorde gedetineerden zijn ook niet te vergelijken met die van de TBS-kliniek. Voor de volledigheid merken we nog op dat ingevolge artikel 37, eerste lid WvSr de rechter kan gelasten

dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, voor een termijn van een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis zal worden geplaatst. Dit kan alleen als hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

5. Voor een beschrijving van het Duitse systeem verwijzen we naar De Kogel & Nagtegaal (2006). In de meeste andere landen is de combinatie van een strafrechtelijke maatregel en een gevangenisstraf zelfs helemaal niet mogelijk: betrokkene wordt in de geestelijke gezondheidszorg óf in het gevangenisstelsel geplaatst.
6. Wel hebben aanbevelingen van de commissie geleid tot de Wet Fokkens. Zoals al besproken, stelt deze wet dat de TBS-behandeling na eenderde van de detentietijd zou moeten aanvangen. In de praktijk kwam door de lange wachtlijsten tot voor kort van de uitvoering van deze wet echter weinig terecht. Door de toename van het aantal TBS-plaatsen is de wachtlijst anno 2008 flink afgenomen.
7. Aan verschillende respondenten is gevraagd wat zij vinden van de Duitse praktijk van eerst behandelen en daarna gevangenisstraf. Geen van de respondenten was hierover positief, integendeel, hun bezwaren kwamen erop neer dat de positieve effecten van de behandeling weer ongedaan zouden worden gemaakt door de daaropvolgende gevangenisstraf.
8. Dit cijfer is een schatting voor 2001. Het aantal BZA-plaatsen op dit moment is niet bekend; elk cluster van penitentiaire inrichtingen heeft een BZA, maar de capaciteit kan van jaar tot jaar variëren. Een verdere uitsplitsing naar HvB's en gevangenisstraf is niet mogelijk.
9. De EBI waar extreem vluchtgevaarlijke gedetineerden terecht komen en de Terroristenafdeling zijn niet opgenomen omdat hier de laatste jaren geen TBS-gestelden hebben gezeten.
10. Het functioneren van het PMO staat in sommige inrichtingen onder druk door openstaande vacatures bij de psychologen, tekorten bij de medische dienst en wisselingen in of te weinig psychiatrische ondersteuning. Voorts veroorzaakt het groeiende aantal gedetineerden met psychische problematiek een taakverzwaring van het PMO; de capaciteit en de kwaliteit van het PMO zijn niet met de toename van de problematiek meegegroeid. Het PMO kan voorts vaak niet of niet tijdig beschikken over informatie van andere instellingen over de zorghistorie van gedetineerden (Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2007).
11. De individuele begeleidingsafdelingen (IBA's) zijn bestemd voor gedetineerden met psychische stoornissen die meer zorg behoeven dan een BZA kan bieden. De gedetineerde kan hier maximaal acht weken blijven.
12. In de landelijke bijzondere individuele begeleidingsafdelingen (BIBA's) worden gedetineerden met psychische stoornissen opgenomen die gekenmerkt worden door een groot beheersprobleem.
13. De forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA) is gevestigd in Amsterdam. De FOBA is in het bijzonder ingericht voor gedetineerden met een psychische stoornis, zoals een psychose. Formeel mag de FOBA niet behandelen. Er worden wel medicijnen toegediend, zo nodig onder dwang (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002).
14. De Forensische Schakelunits zijn ontwikkeld teneinde de doorstroom vanuit de FOBA te bevorderen. In deze speciale units worden gedetineerden geplaatst die uit de FOBA komen maar nog onvoldoende stabiel zijn om in een regulier regime te komen of overgeplaatst te worden naar de GGZ.
15. Het verblijf in een HvB betekent voor TBS-passanten een slechtere situatie dan in de gevangenis. Het HvB is namelijk niet bedoeld voor langdurig verblijf en is qua organisatie en faciliteiten daarop ook niet ingericht.
16. Aldus PI de Grittenborgh in het jaarverslag over 2000. Deze inrichting meent dat de IBA inmiddels

een volstrekt andere categorie gedetineerden herbergt dan welke werd omschreven in de nota 'psychisch gestoorde gedetineerden' in 1994.

17. Kennelijk wordt het aandeel TBS-gestelden op de (B)IBA's steeds groter. In 2006 lag dit percentage nog een stuk lager: 'Van drie HvB IBA's zijn er gegevens over het aantal daar verblijvende TBS-passanten. Het aantal TBS-passanten in deze IBA's is ruim 8%. In gevangenis-IBA's was 16.3% van de populatie in 2005 TBS-passant. In de IBA voor vrouwen lag dit percentage op 9.1%. In BIBA's was het aantal TBS-passanten 13%. Bron: Jaarverslag monitoring (B)IBA (DJI, 2006b). Voor een overzicht van de stoornissen die bij gedetineerden op de (B)IBA's worden aangetroffen, verwijzen we naar bijlage 4 van ditzelfde jaarverslag.
18. Deze paragraaf is deels gebaseerd op interviews en deels op een publicatie van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). Verder is gebruik gemaakt van de informatie op de website www.vernieuwingforensischezorg.nl.
19. Een van de respondenten is van mening dat het systeem nog niet sensitief genoeg is om de zorggevallen eruit te halen. Deze respondent noemt de verstandelijk gehandicapten, de mensen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis en sommige persoonlijkheidsstoornissen. De identificatie van deze personen moet in het reguliere regime gebeuren. Daarom wordt gewerkt aan een screeningslijst waarmee eventuele problemen herkend worden. Dat zou bij elke gedetineerde moeten gebeuren. Nu is de werkwijze van het PMO vooral reactief: wachten op signalen van de afdeling en er dan iets mee doen.
20. Het voordeel van de concentratie is volgens een van de geïnterviewden het volume en minder versnippering van de zorg. Daaraan gekoppeld is ook een nieuwe financierings- en verantwoordingsystematiek ontworpen op basis van BDDC's. De centra kunnen gericht inkopen doen bij GGZ-instellingen. Belangrijk voordeel is dat de rol van de GGZ duidelijker wordt omlijnd. Met de nieuwe financieringswijze moeten de GGZ-instanties intekenen en een aanbod hebben, ook voor de moeilijke groepen. Er kunnen meer eisen worden gesteld. De afzonderlijke zorglocaties hebben een eigen budget en kunnen stafleden aantrekken van buiten de kliniek, bijvoorbeeld bij de GGZ-instanties als ze daar bijvoorbeeld al veel mee samenwerken. Voordeel van de concentratie is ook de flexibiliteit in personele bezetting. Door de concentratie c.q. het volume kan er gemakkelijker geschoven worden met personeel over de diverse voorzieningen.

Resultaten

4 Psychische stoornissen en effecten: een literatuurverkenning

In het vorige hoofdstuk is stilgestaan bij de zorg aan gedetineerden met psychische problemen. Op deze plaats gaan we kort in op de mate van voorkomen (prevalentie) van psychische stoornissen¹. We beperken ons hierbij vooral tot empirische studies die betrekking hebben op volwassen gedetineerden. Daarna trachten we op grond van de beschikbare literatuur een beeld te schetsen van de (mogelijke) effecten van detentie op de psychische gesteldheid van de gedetineerden. In paragraaf drie gaan we nader in op de effecten van detentie voor psychisch gestoorde gedetineerden en TBS-gestelden. Ook bespreken we hier wat bekend is over gevolgen van detentie op de motivatie voor de toekomstige TBS-behandeling.

4.1 Prevalentie psychische stoornissen gedetineerden en TBS-gestelden

Over het voorkomen van psychische stoornissen (prevalentie) bij gedetineerden zijn veel onderzoeken verschenen. Uit een review van 62 internationale studies naar de prevalentie van psychische stoornissen onder 23.000 gedetineerden (Fazel & Danesh, 2002) komt naar voren dat tweederde van de mannen een persoonlijkheidsstoornis heeft (47% met een antisociale persoonlijkheidsstoornis). Verder heeft 10% een depressie en is 4% psychotisch. Andersen (2004) geeft een uitvoerig overzicht van de prevalentiestudies in Amerika, Canada en Europa (zie ook Blaauw, van der Voort & Kerkhof, 2000). De prevalenties variëren fors tussen de diverse landen. Volgens een recente inventarisatie in Europese landen (Salize, Dreßing & Kief, 2007) neemt Nederland een middenpositie in wat betreft de prevalentie van psychische stoornissen.² De onderlinge verschillen zijn echter lastig te duiden vanwege de onvergelykbaarheid van de uitgevoerde onderzoeken.³

In Nederland zijn er verschillende studies uitgevoerd naar de prevalentie van psychische stoornissen bij verschillende groepen gedetineerden.⁴ Schoemaker & Van Zessen (1997) hebben onderzoek gedaan naar het voorkomen van psychische stoornissen bij gedetineerden in Penitentiair Complex Scheveningen. Hieruit blijkt dat bijna driekwart van de gedetineerden in het voorgaande jaar een psychische stoornis, een verslavingsprobleem of een combinatie van beide vertoonde.

In een onderzoek onder 200 jonge gedetineerde mannen in PI Nieuw Vosseveld komt naar voren dat 80% van de gedetineerden in het voorgaande jaar symptomen vertoonde van een of meer psychische stoornissen (Bulten, 1998). De vraag is in hoeverre de resultaten zijn te generaliseren naar andere inrichtingen en/of andere gedetineerdenpopulaties. De Vrugt (2000) verrichtte onderzoek binnen 18 penitentiaire inrichtingen. Vrijwel alle gedetineerden die in het PMO zijn besproken (97%), vertonen een psychische stoornis.

Bij ongeveer tweederde (64%) van hen is sprake van een combinatie van psychiatrische (met name psychose) en persoonlijkheidsstoornissen (met name Cluster B). Een kwart (24%) van de gedetineerden is suïcidaal en ruim de helft⁵ heeft verslavingsproblemen. De Vrugt (2000) maakt vervolgens een vergelijking tussen IBA en niet-IBA gedetineerden en vindt dat in de eerste groep meer psychische stoornissen voorkomen: ruim 80% heeft een combinatie van psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen. In de IBA zaten ten tijde van het onderzoek van De Vrugt (2000) relatief veel TBS-passanten die wachtten op plaatsing in een kliniek.

Gelet op de doelgroep in onderhavig onderzoek is het zinvol nader stil te staan bij de groep TBS-gestelden. Van Panhuis (1997) constateert binnen de groep TBS-gestelden een toename van de psychische problematiek: in een periode van 10 jaar is de prevalentie van psychotische stoornissen gestegen van 10% naar 37%. Ook de middelen afhankelijkheidsstoornissen zijn toegenomen en een groter deel van de ex-TBS-gestelden dan voorheen is aangewezen op GGZ.⁶

Van Emmerik (2001) geeft een uitvoering overzicht van de TBS-populatie in de periode 1995-2000. Wat betreft de diagnostische gegevens van de TBS-gestelden vindt hij dat circa 25% van de TBS-gestelden een psychotische stoornis heeft (vooral schizofrenie), 43% een middelengerelateerde stoornis en dat bij 75-80% sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, met name cluster B. Van degenen met een persoonlijkheidsstoornis heeft 15% ook een psychotische stoornis en 34% heeft een aan middelengebruik gerelateerde stoornis. Slechts 13% heeft alleen een stoornis op As-1 DSM-IV (APA, 2000), 27% alleen op As-2 en 60% op beide assen. In vergelijking met algemene psychiatrische patiënten komen er onder de TBS-gestelden naar verhouding meer persoonlijkheidsstoornissen en middelengebruik voor en minder psychotische stoornissen. Een op de zeven TBS-gestelden heeft een IQ onder de 80.

Uit recent onderzoek (zie Raes, 2007) komt naar voren dat tussen een kwart (24%) en eenderde (32%) van de TBS-populatie uit de periode 1997-2006 leed aan een psychotische stoornis en gemiddeld tweederde (63%) aan een persoonlijkheidsstoornis. Uit dezelfde publicatie blijkt dat ongeveer 13% TBS-gestelden een IQ heeft onder de 80. Er lijkt met andere woorden weinig veranderd in de kenmerken van de TBS-populatie in de periode 2001-2007 behalve dat er minder vaak sprake is persoonlijkheidsstoornissen.

4.2 Effecten van detentie op psychische gesteldheid

Op basis van empirische onderzoeken is getracht meer te weten te komen over de effecten van detentie op de psychische gesteldheid van gedetineerden in het algemeen en TBS-gestelden in het bijzonder. Dat blijkt niet eenvoudig. Een aantal voorbehouden bij het onderzoeken van deze relatie is daarom op zijn plaats.

Enkele voorbehouden

Wanneer ervoor gekozen wordt op basis van de bestaande literatuur uitspraken te doen over de mogelijke effecten van detentie op gedetineerden, moet bedacht worden dat het aantal studies dat hiernaar is verricht zeer beperkt is en dat bovendien de beschikbare, met name internationale, studies lastig te vergelijken zijn. De reden is onder andere dat detentieregimes en gevangenispopulaties aanzienlijk verschillen, maar ook binnen de

landsgrenzen (en zelfs binnen instellingen) kunnen verschillen bestaan in het regime, aandacht voor de gedetineerde, geboden zorg, aantal gedetineerden per cel, et cetera. Voorts is de gekozen populatie van belang. De effecten voor jeugdigen, vrouwen, gedetineerden in het gevangeniswezen of in een HvB en gedetineerden met bepaalde psychische stoornissen kunnen aanzienlijk verschillen. Er is over het algemeen sprake van een continu veranderende populatie door verschillen in detentieduur, overplaatsingen, et cetera. Ook dit zal het krijgen van een eenduidig beeld over (mogelijke) effecten bemoeilijken.

Er zijn allerlei factoren aan te wijzen die van invloed kunnen zijn op de effecten van detentie, zoals het gepleegde delict, zorgconsumptie vóór detentie, etniciteit, gezinssituatie en de financiële situatie, aldus een van de door ons geïnterviewde experts. Daarnaast zal de detentieomgeving van invloed zijn. Verklarende factoren met betrekking tot de beleving van de detentieomgeving hebben volgens Andersen (2004) te maken met onder meer overbevolking, fysieke faciliteiten, veiligheidsniveau, conflicten tussen gedetineerden onderling en met bewakers, recreatiemogelijkheden, geboden (medische en psychische) zorg, duur van detentie, detentiefase en eerdere ervaringen met detentie.

Deprivatiehypothese versus importmodel

Gegeven het feit dat de prevalentie van psychische stoornissen bij gedetineerden vele malen hoger ligt dan bij de algemene bevolking is het de vraag of dit het gevolg is van hun detentie – in dat geval veroorzaakt detentie psychische problemen (ook wel deprivatiehypothese genoemd) – of dat zij voor hun detentie al te kampen hadden met psychische problemen (importmodel). Er is empirisch onderzoek dat wijst op het belang van beide verklaringen afzonderlijk (Bulten, van Tilburg, van Limbeek, 1999). Voor het deprivatiemodel pleit dat detentie depressiebevorderend werkt (Schoemaker & Van Zessen 1997). Bulten (1998) vindt juist een afname van de psychopathologische klachten in detentie en pleit voor het importmodel, omdat een groot deel van de gedetineerden met een psychische stoornis al een zorgverleden heeft. Ook Hodgins (1995) stelt dat bij het grootste deel van de gedetineerdenpopulatie al sprake was van psychische klachten voorafgaande aan de detentie. Blaauw (1996) stelt dat zijn onderzoeksresultaten aannemelijk maken dat beide verklaringen – deprivatiemodel en importmodel - hun geldigheid hebben. Recent hebben Slotboom e.a. (2008) in een onderzoek onder gedetineerde vrouwen gevonden dat er zowel sprake is van problemen voor detentie (importmodel) als dat (bepaalde) problemen ontstaan tijdens detentie (deprivatie).

Effecten van detentie op gedetineerden

Er zijn enkele empirische studies verricht om de effecten van detentie te onderzoeken. Andersen (2004) deed in Denemarken onderzoek onder gedetineerden in afzondering in een HvB en vergeleek deze groep met een controlegroep in een HvB met een normaal regime. In totaal werden 228 gedetineerden ondervraagd. Andersen beschrijft zowel op basis van zijn eigen bevindingen als op basis van de literatuur verschillende effecten⁷ die van belang zijn. Uit dit onderzoek blijkt dat gedetineerden voornamelijk tijdens de eerste fase van detentie kwetsbaar kunnen zijn voor stress en veranderingen in de mentale gezondheidscondities. In deze periode kan het voor gedetineerden lastig zijn om aan hun nieuwe

en unieke detentieomgeving te wennen. Zij kunnen kampen met aanpassingsproblemen. Tevens kunnen gedetineerden die verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs deze gewoonten tijdens detentie niet voortzetten en zij kunnen hierdoor te maken krijgen met ontwenningssverschijnselen. In de latere fase worden deze effecten in mindere mate geconstateerd. Gedetineerden leren gaandeweg door ervaring zich aan te passen aan het leven in detentie zonder het gebruik van alcohol en/of drugs (Andersen, 2004).

(Poging tot) zelfmoord is een voorbeeld van een extreme reactie als gevolg van detentie en Andersen (2004) laat zien dat de kans hierop in de eerste drie maanden verreweg het grootst is en dan met name bij gedetineerden die alleen in een cel verblijven. Blaauw, Van der Voort & Kerkhof (2000) tonen daarnaast aan dat er een relatie is tussen pesterijen en bedreigingen enerzijds en suïcidaliteit onder gedetineerden anderzijds. Verschillende internationale studies⁸ laten zien dat het lastig is suïcidaliteit te detecteren aangezien minder dan de helft van de zelfmoordslachtoffers in de week voor het incident contact heeft met zorgverleners binnen de inrichting.

Angst en depressiviteit lijken met de tijd te verminderen. Dat dit niet voor iedereen geldt, blijkt uit een studie van Zamble & Porporino (1988) waarin wordt geconcludeerd dat op elke drie gedetineerden die een afname van depressiviteit laten zien, één gedetineerde juist wordt geconfronteerd met een toename. Posttraumatische stressstoornissen (PTSS) bijvoorbeeld kunnen bij gedetineerden ontstaan als gevolg van een zwaar regime (waaronder complete isolatie, constante bedreigingen). Onder kwetsbare gedetineerden zou een normaal regime al kunnen leiden tot PTSS (Andersen, 2004). Andersen concludeert op basis van zijn onderzoek dat het detentieregime (plaatsing in afzondering) invloed heeft op de gevolgen van detentie. De groep voorlopig gehechten in afzondering blijkt duidelijk meer psychische problemen te hebben dan de controlegroep in een normaal regime. Ook wordt deze groep vaker opgenomen in het ziekenhuis in verband met somatische en/of psychiatrische problemen. Andersen ziet dit bevestigd in meer (maar niet alle) door hem aangehaalde studies en concludeert dat een afzonderingsregime met name in de beginperiode van detentie duidelijke mentale gezondheidsrisico's met zich mee brengt.

Kerkhof e.a. (2003) zijn nagegaan of er sprake is van een substantiële verandering in het psychische welzijn van gedetineerden tijdens hun verblijf in de Extra Beveiligde Inrichting (EBI).⁹ Als vergelijkingsgroep hebben de onderzoekers gedetineerden genomen die op een afdeling voor Beperkt Gemeenschapsgeschiede Gedetineerden (BGG) verbleven. Het blijkt dat het regime van de EBI onder meer het cognitief functioneren van de gedetineerden negatief beïnvloedt en waarschijnlijk meer depressiviteit veroorzaakt dan het BGG-regime. Het EBI-regime veroorzaakt mogelijk meer achterdocht tussen PIW'ers en gedetineerden en lokt in vergelijking met het BGG-regime meer affectief geladen gedragingen uit. Daarentegen hebben EBI-gedetineerden een gezonder levensritme en is niet aangetoond dat zij meer lichamelijke verschijnselen vertonen van een aanhoudende psychische overbelasting.

Tot slot blijkt uit onderzoek onder jeugdige en jongvolwassen delinquenten dat schuld- en schaamtegevoelens vanaf de eerste week van detentie snel verminderen (Hosser, Windzio & Greve, 2008). Een verklaring hiervoor is dat de gedetineerden al snel de attitudes overnemen van de gevangenissubcultuur, waarin schuld- en schaamtegevoelens als zwak worden beschouwd.¹⁰

4.3 Effecten van detentie bij psychisch gestoorde gedetineerden

Voor onderhavig onderzoek is het van belang te bezien welke effecten detentie kan hebben op psychisch gestoorde gedetineerden. Dit is voor ons onderzoek relevant, omdat TBS-gestelden per definitie al vóór detentie lijden aan een of meer psychische stoornissen (vereiste voor het opleggen van TBS). Een groot deel van de TBS-gestelden is al voor de TBS-behandeling in aanraking geweest met bijvoorbeeld de GGZ; 70 procent heeft voorafgaande aan de TBS-behandeling al hulpverleningscontacten gehad (Van Emmerik, 2001). Daarnaast kijken we in deze paragraaf (specifiek voor de groep TBS-gestelden in detentie) naar de gevolgen voor de motivatie voor de TBS-behandeling die na detentie zal plaatsvinden.

Wat het effect van detentie is op reeds aanwezige psychische/psychiatrische problemen voorafgaande aan detentie is nauwelijks onderzocht. Andersen (2004) concludeert op basis van een review van allerlei onderzoeken wel dat de psychopathologie, alsmede cognitieve en persoonlijke prestaties op middellange termijn tijdens detentie slechts in beperkte mate aan veranderingen onderhevig zijn.¹¹

Nicholls e.a. (2006) vinden dat tweederde van de Canadese psychisch gestoorde gedetineerden 'confronterend gedrag' laat zien in de vorm van verbale agressie, fysieke agressie en het beschadigen van eigendommen. Veel patiënten lieten gedrag zien waardoor hun eigen veiligheid en de behandeling werden bedreigd. Eenderde gebruikte drugs en eenderde verwaarloosde zichzelf. Geen van de patiënten deed in het eerste jaar van het onderzoek een zelfmoordpoging. Nicholls e.a. concluderen dat deze bevindingen in lijn zijn met de bevindingen in de door hen aangehaalde literatuur. Onduidelijk blijft echter of 'het confronterend gedrag' het gevolg is van het verblijf in detentie of van de al bestaande stoornis.

Een bijzondere vorm van psychische problematiek betreft verslavingsproblemen. Uit de studie van Van Emmerik (2001) blijkt dat een groot deel van de TBS-gestelden verslavingsproblemen heeft voorafgaande aan detentie. Het gebruik van middelen tijdens detentie kan zowel een gevolg als een oorzaak van psychische stoornissen (waaronder verhoogde stress tijdens detentie) zijn. Soms worden drugs gebruikt bij wijze van 'zelfmedicatie'. Verslaving is dan geen oorzaak van andere psychische problematiek, zoals een gedragsstoornis, maar eerder het gevolg (zie Bulten, 1998). Daarnaast worden negatieve gevolgen gevonden van drugsverslaving op de stoornis (zie onder andere Marzuk, 1996 en Bulten e.a., 1999).

Enkele studies richten zich op agressie (als een van de mogelijke effecten van detentie) onder gedetineerden. Nijman & Geurkink (2004) onderzochten bijvoorbeeld de agressie van gedetineerden onderling en jegens personeel op de zeven afdelingen van de FOBA (waar zich psychisch gestoorde gedetineerden bevinden). De directe aanleiding voor agressie-incidenten op de FOBA lag in de helft van de gevallen in frustraties en spanningen over beperkingen, regels en verplichte aanwijzingen van het personeel.¹² Bij de meest ontregelde (psychotische) gedetineerden lijkt volgens Nijman en Geurkink de oorzaak vaker in het ziektebeeld te liggen.

Meer onderzoek is verricht naar de gevolgen van detentie voor gedetineerden met schizofrenie (zie bijvoorbeeld Loebel e.a., 1992 en Perkins, Boteva & Lieverman, 2005).

Voor deze groep (die slechts een beperkt deel uitmaakt van de gedetineerdenpopulatie) is aangetoond dat uitstel van behandeling negatieve gevolgen kan hebben. Hoe langer de behandeling wordt uitgesteld (d.w.z. hoe langer de periode van detentie duurt, zonder dat er adequate behandeling plaatsvindt¹³), des te groter de gevolgen voor de gedetineerde in kwestie in de zin van verharding van de stoornis en een verminderde behandelbaarheid.

Effecten van detentie op behandelmotivatie

In de literatuur wordt motivatie als een belangrijke succesfactor voor het slagen van behandeling genoemd. Motivatie wordt opgevat als een continu aan veranderingen onderhevig proces dat in de interactie met de omgeving vatbaar is voor beïnvloeding (Van Binsbergen, 2003). Empirisch onderzoek naar de effecten van detentie op de motivatie voor een TBS-behandeling is niet voorhanden. Wel blijkt uit het onderzoek van Van Binsbergen dat jeugdige gedetineerden met een antisociale persoonlijkheidsstoornis bij aanvang van detentie vaak al niet gemotiveerd zijn voor behandeling en als gevolg daarvan ook niet behandeld worden. Een antisociale persoonlijkheidsstoornis is een stoornis die wordt gekenmerkt door een duurzaam patroon van egocentrisme, impulsiviteit en agressiviteit waarbij verantwoordelijkheidsgevoel en schuldbesef ontbreken. Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontkennen het feit dat ze aan een stoornis lijden en zijn hierdoor niet gemotiveerd om aan behandeling mee te werken (Gezondheidsraad, 2006; Hosser et al, 2008) en hebben een sterke neiging hebben om zich aan behandeling te onttrekken (Vegter, 1999). Onduidelijk blijft wat de effecten van de detentie op (het ontbreken van) de motivatie is.

Mogelijk positieve gevolgen van detentie

Detentie kan mogelijk ook positieve effecten hebben (Andersen, 2004). Voor gedetineerden met bijvoorbeeld een verslaving of een beperkt psychosociaal functioneren, kunnen de consequenties van betere leefomstandigheden, een beter dagritme, beter eten, meer slaap, minder stress van het straatleven en het zorgaanbod tijdens detentie positief uitwerken. Deze positieve effecten zijn voornamelijk in de beginfase van de detentie (tijdens het voorarrest) waarneembaar. Veel gedetineerden leven in vergelijking met hun ongezonde levensstijl in het normale leven gezonder tijdens detentie, mede door de geboden medische en psychologische basiszorg (Bonta & Gendreau, 1990; Harding & Zimmerman, 1989).

De levenskwaliteit buiten detentie en de gevolgen van detentie (in de zin van stress) zijn aan elkaar gerelateerd, zo stellen zij. Hoe beter de situatie buiten was, hoe negatiever de gevolgen van detentie, en andersom. Hier staat tegenover dat in sommige gevangenissen drugs verkrijgbaar zijn, waardoor de positieve invloed van detentie weer teniet kan worden gedaan. Het beeld is dan ook volgens Andersen (2004) eerder complex, waarbij bepaalde factoren van positieve en andere juist van negatieve invloed zijn op het stressniveau en het psychische welbevinden van de gedetineerde.

Veldverkennde activiteit: gesprekken met deskundigen over effecten

Aan verschillende door ons geïnterviewde respondenten is ook gevraagd naar hun opinie ten aanzien van de effecten van detentie. Over de effecten van detentie zegt een van de respon-

denten dat een gemiddelde gedetineerde met een persoonlijkheidsstoornis of een verslaving prima gedijt in een strak detentieregime. Een strak regime werkt voor deze groep veel beter dan het meer vrijblijvende kader van de GGZ.

Een andere respondent heeft nooit klachten ontvangen van TBS-klinieken over gedetineerden die te lang in detentie hebben gezeten en daardoor psychische schade hebben opgelopen. Soms heeft detentie een stabiliserende werking, vooral voor psychotische mensen, die medicatie krijgen, dagritme, aandacht op FOBA, BIBA of FSU. 'Dat is geen weggegooid tijd', in de woorden van de respondent. Voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis heeft detentie weinig effect, die blijven zoals ze zijn, antisociaal, narcistisch, verongelijkt. Er is naar de mening van de respondent veel stress te voorkomen als er meer duidelijkheid is over het moment van plaatsing bij de gedetineerden.

Verscheidende respondenten geven aan dat de zorgconsumptie kort na het begin van de detentieperiode groter is, mogelijk als gevolg van de stress vooral aan het begin van de detentie (wennen aan de omgeving, medegedetineerden) die naar verloop van tijd weer afneemt. Strikt genomen, kan in deze gevallen moeilijk worden gesproken van negatieve effecten van detentie op de psychische gesteldheid. Datzelfde geldt ook voor de vraag naar zorg die voortkomt uit het gepleegde delict (bijvoorbeeld schuldgevoelens).

Deskundigen in rapportages

Het aantal empirische studies dat ingaat op de mogelijke effecten voor (psychisch gestoorde) gedetineerden is - zoals eerder gesteld - zeer beperkt. In verschillende beleidsstukken en publicaties worden uitspraken aangehaald van verschillende experts. Deze uitspraken zijn voor het merendeel niet gebaseerd op empirisch onderzoek, maar op ervaringen van de betrokkenen.

Het is op basis van de hiervoor aangehaalde studies over de gevolgen van detentie voor bepaalde groepen psychisch gestoorde gedetineerden (bijvoorbeeld met schizofrenie) begrijpelijk dat in een rapport van de Nationale Ombudsman (1996) staat dat bij een TBS-oplegging de verpleging en behandeling zo snel mogelijk na het definitief worden van het vonnis zouden moeten aanvangen of in het geval van combinatievonnissen zo snel mogelijk na het ingaan van de Fokkens-passantentijd. 'Er zijn goede redenen te veronderstellen dat (langdurig) verblijf in detentie de toegankelijkheid voor behandeling, die tot verandering van de delictgevaarlijkheid moet leiden, bemoeilijkt.' Daarnaast staat er in het rapport: 'Voor een aanzienlijk aantal van (...) [de TBS-gestelden] is de penitentiaire omgeving volstrekt ontoereikend om in bejegening- en behandelingsopzicht te kunnen bieden wat naar de heersende normen in de geestelijke gezondheidszorg geïndiceerd is.' Tot dezelfde conclusie komt een werkgroep die onderzoek deed naar de KZ-passantenproblematiek. De werkgroep concludeert dat het ondoelmatig is dat deze groep forensische patiënten die gedwongen wordt opgenomen, gemiddeld negen maanden moet wachten in een HvB voordat de behandeling kan plaatsvinden. De behandeling in een HvB is niet toegesneden op de opvang en behandeling van deze groep patiënten. Daarnaast is een langdurig verblijf van deze patiënten binnen een HvB vaak van negatieve invloed op de vervolgbehandeling in de kliniek (TK 30250, nr. 6, 2006).

Specifiek met betrekking tot TBS-gestelden komt Wolters in hetzelfde rapport van de Nationale Ombudsman (1996) tot de conclusie dat deze groep negatieve effecten kan

ondervinden van uitstel van de TBS-behandeling:

‘Ten aanzien van het specifieke probleem van de wachttijd voor TBS-passanten (...) zie ik in de praktijk in de eerste plaats TBS-gestelden die behandelingsresistent zijn, dat wil zeggen: het niet eens zijn met de opgelegde maatregel en ook menen de behandeling niet nodig te hebben. Deze groep wordt door de wachttijd resistenter. De tijd die zo iemand doorbrengt in het harde detentieklimaat, maakt hem ook harder.’

Een van de onderzoeksvragen is of detentie effect heeft op de motivatie van TBS-gestelden voor de (latere) behandeling in de TBS-kliniek. Wolters noemt vanuit zijn ervaring enkele mogelijke gevolgen voor de motivatie voor de TBS-behandeling. ‘De tweede categorie is die van de gemotiveerde TBS-gestelden die gefrustreerd raken door het alsmaar uitblijven van de behandeling. (...) Die mensen bij aanvang van de behandeling weer gemotiveerd te krijgen, is een probleem. Met betrekking tot mensen uit deze tweede categorie heb ik al een aantal keren meegemaakt dat de wachttijd leidt tot ontsnappingspogingen. ...Ik heb de indruk dat de problemen die door de wachttijd worden veroorzaakt, ook leiden tot een langere behandelduur.’

Resumé

Uit diverse internationale en Nederlandse onderzoeken komt naar voren dat een groot deel van de gedetineerden te kampen heeft met psychische problematiek, waaronder psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Het blijkt lastig om een eenduidig beeld te krijgen van de effecten van detentie op de psychische gesteldheid van gedetineerden in het algemeen. Het aantal studies met een empirische basis is tamelijk schaars en bovendien onderling moeilijk te vergelijken. Het kan dat met name de eerste periode van de detentie psychische klachten genereert bij gedetineerden (o.a. vanwege stress), variërend van aanpassingsproblemen tot (poging tot) suïcide. Hierbij lijkt het detentieregime van invloed. Zwaardere regimes zullen mogelijk meer negatieve effecten hebben. Overigens kan detentie voor sommige groepen gedetineerden juist een positief effect hebben (vast dagritme, onderdak, regelmatig eten). Er lijkt derhalve niet automatisch sprake van detentieschade.

Sommige gedetineerden hebben al een psychische stoornis voordat zij gedetineerd worden. Dit geldt per definitie voor de TBS-gestelden. Uitstel van behandeling bij personen met een psychose heeft negatieve gevolgen. Uiteraard kan er tijdens detentie wel sprake zijn van (medicamenteuze) behandeling. Ook de aard en ernst van de bestaande stoornissen zouden van invloed kunnen zijn op de (mogelijke) effecten van detentie, maar empirische evidentie voor een duidelijk en direct verband tussen detentie en psychische gesteldheid ontbreekt vooralsnog.

Noten

1. Hiermee laten we de psychosociale problemen buiten beschouwing, zoals problemen in de relatie- of werksfeer en financiële problemen. Het begrip ‘psychische stoornis’ wordt als overkoepelend begrip gebruikt voor psychiatrische stoornissen (As 1 DSM-IV) en persoonlijkheidsstoornissen (As-2).

2. De overall prevalentie voor veroordeelden in Noord-Amerika ligt tussen de 46% en 88%, in Europa tussen de 37% en 57%. Voor preventief gehechten (on remand) ligt dat tussen de 70% en 94% en in Europa tussen de 62% en 72%. Wanneer middelengebruik buiten beschouwing wordt gelaten, is de prevalentie 26% tot 29%. De percentages variëren nogal tussen de verschillende landen, onder andere vanwege de verscheidenheid aan steekproeven (preventief gehechten, afgestraften, jeugdigen, vrouwen, et cetera), inclusie of exclusie van bepaalde typen stoornissen en de tijdsperiode waarover wordt gemeten (bijvoorbeeld afgelopen maand of jaar).
3. Zie Bulten & Van Kordelaar (2005) voor een kritische bespreking van (de methoden van) prevalentiestudies.
4. In dit rapport streven wij geen uitputtend overzicht na van alle Nederlandse prevalentiestudies (zie onder meer Doreleijers, 1995; Van Vliet, 2006; Vreugdenhil e.a., 2004).
5. Exact percentage niet bekend. Eenderde (32%) is aan te merken als polygebruiker (De Vrugt, 2000, p.12).
6. Een verklaring voor de toename is dat sinds de wetwijziging van 1988 een andere populatie TBS-gestelden is ontstaan doordat er zwaardere criteria werden gesteld voor het opleggen van TBS. Er werden bijvoorbeeld minder vermogensdelinquenten tot TBS veroordeeld en naar verhouding meer zeden- en geweldsdelinquenten (Hofstee, 2003) en mensen met een psychotische stoornis. Van Panhuis (1997) stelt dat de TBS-inrichtingen in toenemende mate de taken zijn gaan overnemen van de algemene psychiatrische ziekenhuizen (zie ook Hofstee, 2003).
7. Overigens erkent Andersen dat niet altijd aangetoond kan worden of er een causaal verband bestaat tussen detentie en veranderingen in de geestelijke gesteldheid, persoonlijkheid en prestaties. Bijvoorbeeld suïcidaal gedrag kan het gevolg zijn van al bestaande stoornissen.
8. Zie bijvoorbeeld Dooley (1990), Bogue & Power (1995) en Joukamaa (1997).
9. Het regime van de EBI kan als streng (beperkend) worden aangemerkt en is in die zin niet te vergelijken met het regime in een reguliere PI.
10. De vraag die dit oproept is in hoeverre die afnemende schuld- en schaamtegevoelens consequenties hebben voor de motivatie voor behandeling.
11. Hierbij moet opnieuw worden benadrukt dat dit geldt voor de gehele populatie gedetineerden en dat er geen studies zijn die hebben gekeken naar de lange termijn.
12. Dit wordt bevestigd door Blair (1991) die aangeeft dat misverstanden omtrent regels en inconsistentie omtrent de toepassing ervan, agressie bij psychiatrische patiënten zou kunnen ontlokken.
13. Tijdens detentie kan er wel sprake zijn van medicamenteuze behandeling.

5 Algemeen profiel TBS-gestelden

Een van de onderzoeksvragen heeft betrekking op de kenmerken en achtergronden van de TBS-gestelden met en zonder een combinatievonnis. In dit hoofdstuk beschrijven we die op basis van de gegevens uit het Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling (MITS) van de personen die in 2005 en 2006 TBS opgelegd hebben gekregen, al dan niet in combinatie met een gevangenisstraf. Voor het gemak duiden we de hele groep aan met de term 'TBS-gestelden' en maken we vervolgens onderscheid tussen TBS-gestelden met gevangenisstraf (TBS-plusgroep) en TBS-gestelden zonder gevangenisstraf (TBS-zondergroep). In de eerste paragraaf wordt kort ingegaan op de combinatievonnissen en de huidige verblijfsstatus. In de tweede paragraaf komen de demografische kenmerken aan de orde. Daarna volgen de gegevens met betrekking tot IQ en stoornissen (5.3), delictkenmerken (5.4), eerdere veroordelingen (5.5), de verblijfshistorie op bijzondere afdelingen (5.6) Bij de beschrijving nemen we de groepen TBS-gestelden uit 2005 en 2006 bij elkaar (N=383).¹

5.1 Combinatievonnissen

Dit onderzoek gaat over de personen die in 2005 en 2006 een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen. Een vraag is derhalve om hoeveel TBS-gestelden dat gaat in deze periode en hoe lang de opgelegde detentieduur is. Uit de MITS-gegevens blijkt dat in 2005 en 2006 bij 383 personen een TBS-maatregel is opgelegd. Vijftig personen (13%) zijn ontslagen van rechtsvervolging en hebben alleen TBS opgelegd gekregen. De overige 333 (87%) heeft naast de TBS-maatregel ook een gevangenisstraf opgelegd gekregen. Ongeveer een op de tien krijgt naast TBS een onvoorwaardelijke gevangenisstraf van meer dan 6 jaar. De rest heeft TBS gekregen met een kortere gevangenisstraf (zie onderstaande tabel). In vrijwel alle gevallen gaat het om TBS met dwangverpleging.

Het gemiddelde aantal opgelegde maanden onvoorwaardelijke gevangenisstraf bij de 333 personen die gevangenisstraf hebben gekregen is 37,3 maanden (sd 42,1) en de mediaan ligt op 24 maanden.²

Tabel 1: veroordeling TBS-gestelden 2005 en 2006 (N=383)

Veroordeling	TBS-gestelden	
	Aantallen	Percentage
TBS en ontslag van rechtsvervolgning	50	13,1
TBS en gevangenisstraf < 6 maanden	55	14,4
TBS en gevangenisstraf 6 - 12 maanden	78	20,4
TBS en gevangenisstraf 1 - 2 jaar	79	20,6
TBS en gevangenisstraf 2 – 3 jaar	51	13,3
TBS en gevangenisstraf 3 – 6 jaar	33	8,6
TBS en gevangenisstraf > 6 jaar	37	9,7
Totaal	383	100

Huidige status TBS-gestelden

Eind maart 2008 is van alle 383 personen die in 2005 en 2006 een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen, nagegaan of zij nog in een PI zitten of reeds in een TBS-kliniek zijn opgenomen. Het blijkt dat intussen 10 personen zijn overleden, waarvan 4 door suïcide. Van de 383 personen blijken er 303 (79%) op de peildatum in een TBS-kliniek geplaatst.³ Dit betrof 262 van de 333 personen met een combinatievonnis en 41 van de 50 personen met alleen een TBS-maatregel.⁴

Ruim driekwart van de personen (78%) die reeds in een TBS-kliniek zitten, is op een reguliere afdeling geplaatst, 19 procent op een intensieve zorgafdeling, de rest is ondermeer aangemerkt als extreem vlucht- en beheersgevaarlijk.

De gemiddelde duur van de opgelegde gevangenisstraf van de 262 personen uit de TBS-plusgroep die op de peildatum al overgeplaatst waren naar de TBS-kliniek was 25,3 maanden (sd 19,5 maanden). Ten tijde van de overplaatsing naar de kliniek hebben zij gemiddeld 28,9 maanden (sd 12,5) in detentie gezeten.

In tabel 2 staat een overzicht van de verschillende periodes van de detentie, onderscheiden naar de twee groepen. Hierbij valt op dat TBS-gestelden, zowel met als zonder gevangenisstraf, soms lange tijd in preventieve hechtenis hebben gezeten voordat het vonnis onherroepelijk wordt. De preventieve hechtenis wordt in principe afgetrokken van de opgelegde gevangenisstraf.

De groep als geheel verblijft gemiddeld ongeveer een half jaar in preventieve hechtenis; sommigen gaan daarna nog in hoger beroep of gaan in cassatie (zie tabel 2). Al met al verblijft de TBS-zondergroep gemiddeld twee jaar in detentie voordat zij wordt geplaatst in een kliniek; de TBS-plusgroep die overgeplaatst is naar de kliniek gemiddeld 29 maanden. In het hierna volgende maken wij bij de kenmerken onderscheid tussen de groep TBS-gestelden zonder gevangenisstraf (TBS-zonder) en de TBS-gestelden met een combinatievonnis (TBS-plus).

Tabel 2: Totale periode in detentie (gemiddelde in maanden, peildatum maart 2008)

	TBS-zonder	TBS-plus	Totaal
Begin preventieve hechtenis tot uitspraak eerste aanleg ⁵	6,2 (n = 48)	7,5 (n = 333)	7,3 (n = 381)
Vanaf eerste aanleg tot hoger beroep ⁶	10,5 (n = 16)	9,6 (n = 156)	9,7 (n = 172)
Van hoger beroep tot cassatie ⁷	10,8 (n = 4)	12,3 (n = 50)	12,2 (n = 54)
Vanaf definitief vonnis tot laatste dag in PI ^{8 9}	11,2 (n = 39)	13,2 (n = 262)	13,0 (n = 301)
Vanaf preventieve hechtenis tot laatste dag in PI ^{10 11}	24,5 (n = 39)	28,9 (n = 262)	28,3 (n = 301)

5.2 Demografische kenmerken

De groep TBS-gestelden bestaat voor 92 procent uit mannen (86% van de TBS-zondergroep en 93% van de TBS-plusgroep, het verschil is niet significant¹²). Vrouwen vormen derhalve een bescheiden deel van de TBS-gestelden. De gemiddelde leeftijd van de TBS-gestelden is 36,6 jaar¹³ (36,9 voor de TBS-plusgroep tegen 34,6 voor de TBS-zondergroep; verschil is niet significant). Zie tabel 3 voor een overzicht van de leeftijdscategorieën naar beide groepen.

Tabel 3: leeftijdscategorieën TBS-gestelden 2005 en 2006 (n=383)

Leeftijd	TBS-zonder		TBS-plus		Totaal %
	Aantallen	Percentage	Aantallen	Percentage	
< 24	6	12	37	11	11
25 t/m 34	22	44	114	34	36
35 t/m 44	13	26	111	33	32
> 45	9	18	71	22	21
Totaal	50	100	333	100	100

Bijna tweederde (63%) van de totale groep TBS-gestelden heeft een Nederlandse achtergrond. Een kwart (26%) is van niet-westerse afkomst.¹⁴ De verschillen tussen de TBS-zondergroep en TBS-plusgroep zijn niet significant (zie onderstaande tabel).¹⁵

Tabel 4: etnische achtergrond TBS-gestelden 2005 en 2006 (N=346)

Etnische achtergrond	TBS-zonder		TBS-plus		Totaal %
	Aantallen	Percentage	Aantallen	Percentage	
Nederlands	25	54	194	65	63
Europees	4	9	34	11	11
Niet westers	17	37	72	24	26
Totaal	46	100	300	100	100

Tweederde (68%) van de totale groep TBS-gestelden is ongehuwd en nooit gehuwd geweest. Een op de zeven (14%) is gescheiden. TBS-gestelden die (ook) een gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen, zijn wat vaker gescheiden, al is het verschil niet significant.¹⁶ Een beperkt deel (8%) van de TBS-gestelden is gehuwd of is een geregistreerd partnerschap aangegaan. Ruim driekwart van de TBS-gestelden (77%) heeft geen kinderen. Van een gedeelte van de totale groep van de TBS-gestelden (n=167) is geregistreerd wat hun beroepsniveau is. Meer dan de helft behoort tot de categorie lagere employees en een op de vijf verricht ongeschoolde arbeid. Door de kleine aantallen in met name de TBS-zondergroep zijn er geen conclusies te trekken over verschillen met de groep die wel gevangenisstraf heeft gekregen.

5.3 IQ en psychopathologie

Het blijkt dat een op de zes TBS-gestelden een IQ heeft onder de 80. De overigen hebben een hoger IQ. Het verschil tussen de TBS-zondergroep en TBS-plusgroep is niet significant¹⁷.

Tabel 5: IQ TBS-gestelden 2005 en 2006 (N=381)

IQ	TBS-zonder		TBS-plus		Totaal %
	Aantallen	Percentage	Aantallen	Percentage	
Onder de 80	6	12	57	17	16
80 of hoger	44	88	274	83	84
Totaal	50	100	331	100	100

Bij de stoornissen wordt, zoals eerder gezegd, slechts een onderscheid gemaakt tussen psychotische en persoonlijkheidsstoornissen. Dit is een geforceerde tweedeling, want er kan sprake zijn van verschillende combinaties van (sub)typen stoornissen. Uit de vrije tekstvelden in MITS blijkt bijvoorbeeld dat een persoon zowel een afhankelijkheidsstoornis heeft als ADHD en een borderline persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken. Deze persoon staat geregistreerd met een 'persoonlijkheidsstoornis'. Met andere woorden, de tweedeling is vooral van praktische waarde voor de selectie en toewijzing en doet de werkelijkheid vermoedelijk geen recht. Uit gegevens blijkt dat van de totale groep zeven op de tien TBS-gestelden (71%) een persoonlijkheidsstoornis hebben en de rest heeft een psychotische stoornis (meestal schizofrenie). De verschillen tussen beide groepen zijn significant.¹⁸

Tabel 6 – stoornissen TBS-gestelden 2005 en 2006 (N=381)

Stoornissen	TBS-zonder		TBS-plus		Totaal %
	Aantallen	Percentage	Aantallen	Percentage	
Persoonlijkheidsstoornis	10	20	258	78	71
Psychotische stoornis	40	80	73	22	29
Totaal	50	100	331	100	100

Uit aanvullende analyses op grond van een vrij tekstveld blijkt het bij de persoonlijkheidsstoornissen vooral te gaan om het zogenoemde type cluster B, in het bijzonder betreft het de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

5.4 Delictkenmerken en veroordelingsgegevens

Het delict dat de aanleiding is voor het opleggen van een TBS-maatregel (al dan niet in combinatie met een gevangenisstraf), het indexdelict, varieert in de groep TBS-gestelden, maar kent grofweg twee hoofdthema's: geweld en zeden. Hierna staat een overzicht van de delicten.¹⁹

Tabel 7 – indexdelict TBS-gestelden 2005 en 2006 (N=383)²⁰

Indexdelict	TBS-zonder		TBS-plus		Totaal %
	Aantallen	Percentage	Aantallen	Percentage	
Moord/doodslag	20	40	102	31	32
Mishandeling	10	20	43	13	14
Afpersing/bedreiging	6	12	30	9	9
Zeden	4	8	82	25	23
Brandstichting	7	14	38	11	12
Vermogen (met geweld)	2	4	31	9	9
Overig	1	2	7	2	2
Totaal	50	100	333	100	100

In de totale groep van TBS-gestelden blijkt bij eenderde (32%) een levensdelict de aanleiding voor het opleggen van een TBS-maatregel, in 23 procent van de gevallen is dat een zedendelict, gevolgd door mishandeling (14%) en brandstichting (12%). Vermogensdelicten (met geweld) nemen een bescheiden plaats in met nog geen 10%. Deze percentages verschillen enigszins voor de TBS-zondergroep en TBS-plusgroep. Zo is bij de TBS-zondergroep minder vaak sprake van een zedendelict (8%) dan bij de TBS-plus groep (25%), echter de verschillen tussen beide groepen zijn niet significant.²¹

Het feit dat het om personen gaat die een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen, impliceert dat de rechter een uitspraak heeft gedaan over de mate van toerekenbaarheid. Een beperkt deel van de groep (6%) is enigszins verminderd toerekeningsvatbaar; tweederde (65%) is verminderd toerekeningsvatbaar en een op de zes (17%) sterk verminderd. Meer dan 10% is volledig ontoerekeningsvatbaar (zie tabel 8). De verschillen tussen de beide groepen (TBS en TBS-plus) zijn – uiteraard – significant.²²

Tabel 8: mate van toerekeningsvatbaarheid (N=378)

Toerekeningsvatbaarheid	TBS-zonder		TBS-plus		Totaal %
	Aantallen	Percentage	Aantallen	Percentage	
Toerekeningsvatbaar	0	0	1	<1	<1
Enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	1	2	22	7	6
Verminderd toerekeningsvatbaar	8	16	235	71	65
Sterk verminderd toerekeningsvatbaar	2	4	62	19	17
Ontoerekeningsvatbaar	37	75	7 ²³	2	12
Niet bekend	1	2	2	1	1
Totaal	49	100	329	100	100

Bij de mate van toerekenbaarheid zijn we uitgegaan van hetgeen door de rechter uiteindelijk is bepaald. De rechter laat zich daarin voorlichten door rapporteurs pro Justitia, die in voorlichtingsrapporten conclusies trekken omtrent de mate van toerekeningsvatbaarheid. Er blijkt nauwelijks verschil te zijn tussen de conclusies van de rapporteurs en hetgeen de rechter uiteindelijk bepaalt, zo blijkt uit aanvullende analyse van de MITS-gegevens.

5.5 Eerdere veroordelingen

Tweederde van de TBS-gestelden (64%) is eerder veroordeeld en heeft een vrijheidsbenemende straf opgelegd gekregen; 66% van de TBS-plussers en 48% van de TBS-zondergroep. Het verschil tussen de TBS en de TBS-plus groep is significant²⁴. Eén TBS-gestelde is 50 maal tot een vrijheidsstraf veroordeeld.²⁵

Het aantal veroordelingen zonder vrijheidsstraf bij TBS-gestelden is iets minder: 60% is daartoe veroordeeld. Ook hier scoort de TBS-zondergroep iets lager (52%) dan de TBS-plusgroep (61%), maar dit verschil is niet significant.²⁶ Ook nu kan sprake zijn van verschillende veroordelingen van één persoon. Het maximale aantal veroordelingen zonder een vrijheidsbenemende straf is bij een TBS-gestelde 29.

Het percentage first convicts (dat wil zeggen: personen zonder eerdere veroordelingen met en/of zonder gevangenisstraf) is voor de TBS-zondergroep 32 procent en voor de TBS-plusgroep 24 procent (niet significant).²⁷

De gemiddelde leeftijd ten tijde van de eerste veroordeling is voor de hele groep 24 jaar (24,2 voor de TBS-plussers en 23,1 voor de TBS-zondergroep, dit verschil is niet significant)²⁸, de mediaan ligt op 20 jaar. In tabel 9 staan de leeftijdscategorieën. Daaruit blijkt dat het merendeel van de TBS-gestelden voor het eerst op jeugdige en jongvolwassen leeftijd is veroordeeld. De beide groepen verschillen niet van elkaar wat betreft de leeftijdscategorieën.

Tabel 9: leeftijdscategorieën eerste veroordeling TBS-gestelden 2005 en 2006 (n=244)

Leeftijd	TBS-zonder		TBS-plus		Totaal %
	Aantallen	Percentage	Aantallen	Percentage	
< 24	20	67	132	62	62
25 t/m 34	7	23	50	24	24
35 t/m 44	3	10	20	9	9
> 45	0	0	12	5	5
Totaal	30	100	214	100	100

5.6 Verbleefshistorie

Een indicatie van de mate waarin de TBS-gestelden zorg nodig hebben (gehad), valt af te meten aan hun verblijf in allerlei differentiaties binnen de HvB's en gevangenissen.²⁹ In het MITS staan de verschillende verblijfplaatsen van de gedetineerden vermeld. We hebben daarbij vooral gekeken naar de verschillende typen differentiaties, waaronder de IBA, BIBA, FOBA, VBA en FSU.³⁰ Als TBS-gestelden nooit in een differentiatie hebben gezeten, wil dat niet zeggen dat zijn geen extra zorg hebben gehad. Zij kunnen ook tijdelijk zijn geplaatst op een bijzondere zorgafdeling (BZA; zie hoofdstuk 3), wat geen aparte differentiatie is. Het is eerder regel dan uitzondering dat personen in meer/verschillende differentiaties verblijven.³¹

Van de totale groep heeft 49 procent vanaf het moment van preventieve hechtenis in verband met het indexdelict in een differentiatie gezeten.³² Zie tabel 10 voor de meest voorkomende plaatsingen op genoemde differentiaties.

Uit tabel 10 valt op te maken dat de TBS-zondergroep in vergelijking met de TBS-plusgroep vaker geplaatst wordt op een differentiatie. Verder lijkt plaatsing op verslavingsbegeleidingsafdelingen vooral bij de TBS-plusgroep te spelen en een opname op de FOBA bij de TBS-zondergroep.³³

Tabel 10: Differentiaties (of combinaties daarvan) TBS-plus en TBS-zonder³⁴

Differentiaties	% TBS-plus (n=333)	% TBS-zonder (n=46)
Nooit	51	33
IBA	14	20
Verslaving	12	
FOBA en IBA en FSU	5	11
FOBA en IBA	3	13
BIBA en IBA	2	4
FOBA en FSU	2	4
BIBA	2	2
FOBA	1	2

Tabel wordt vervolgd op de volgende pagina

Penitentiaire selectie	1	
BIBA en FOBA en FSU	1	
BIBA en FOBA en IBA en FSU	1	
FOBA en IBA en LAA	1	2
BIBA en LAA	1	
BIBA en FOBA en LAA	1	
Verslaving en IBA	1	
Verslaving en FOBA en IBA	1	
IBA en FSU		2
FOBA en LAA		2
FOBA en IBA en LAA en FSU		2
BIBA en FOBA en IBA en LAA en FSU		2

Resumé

Op basis van het MITS is een algemeen profiel geconstrueerd van de TBS-gestelden die de maatregel in 2005 of 2006 hebben opgelegd gekregen. Als eerste schetsen we het profiel van de totale groep waarna wordt stilgestaan bij het onderscheid tussen de TBS-plusgroep en de TBS-zondergroep (ofwel de groep met en zonder gevangenisstraf naast hun TBS-maatregel).

Het merendeel van de totale groep TBS-gestelden is man, tussen de 25-40 jaar. Het merendeel is van autochtone afkomst en ongehuwd. Het beroepsniveau behoort in veel gevallen tot de categorie 'lagere employee'. Ruim tweederde heeft een persoonlijkheidsstoornis (voornamelijk cluster B) en de rest een psychotische stoornis. Een op de zes heeft een IQ lager dan 80.

Moord/doodslag en zedenmisdrijven zijn de belangrijkste delicten naar aanleiding waarvan men een TBS-maatregel (met detentie) opgelegd heeft gekregen. Tweederde van de groep is verminderd toerekeningsvatbaar. Ongeveer een op de tien heeft TBS met een lange gevangenisstraf (> 6 jaar). Tweederde is eerder veroordeeld voor een delict. Ongeveer de helft van de groep heeft vanaf het moment van preventieve hechtenis in een differentiatie gezeten (FOBA, IBA, BIBA et cetera). Ten tijde van het onderzoek is de groep die in 2005 en 2006 een TBS-maatregel opgelegd heeft gekregen voor het grootste deel (79%) al geplaatst in een kliniek.

De groep die naast een TBS-maatregel een gevangenisstraf opgelegd heeft gekregen, verschilt op verschillende punten van de groep die alleen een TBS-maatregel heeft gekregen (de TBS-plusgroep). Naast logischerwijs de mate van toerekeningsvatbaarheid, gaat het om de volgende verschillen:

- In de TBS-plusgroep is vaker sprake van een persoonlijkheidsstoornis, met name uit cluster B, dan van psychotische problematiek (78% versus 22%). Bij de TBS-zondergroep is dit beeld precies omgekeerd (80% psychotische problematiek versus 20% persoonlijkheidsstoornissen);
- In de TBS-plusgroep zijn personen vaker eerder veroordeeld tot vrijheidsstraffen (66%) dan in de TBS-zondergroep (48%);
- In de TBS-zondergroep vindt vaker plaatsing op een differentiatie plaats dan in de TBS-plusgroep;
- In de TBS-plusgroep blijkt vaker sprake van plaatsing op een verslavingsbegeleidingsafdeling tijdens detentie dan in de TBS-zondergroep.

Noten

1. Voor een aantal onderwerpen geldt dat de onderzoeksgroep kleiner is vanwege missing values.
2. Rechters leggen naar verhouding vaak een 'ronde' gevangenisstraf op: 12, 24, 36 en – in mindere mate – 48 en 96 maanden.
3. De uistroom van de TBS-gestelden heeft onder meer te maken met het feit dat er extra capaciteit in het gevangeniswezen voor hen is gerealiseerd. (zie rapport WOCD: TBS-plaatsen in PI).
4. In totaal verblijven er 63 uit de TBS-plusgroep op de peildatum nog in de PI, zijn zeven personen overleden en van een is het verblijf onbekend. Van de TBS-zondergroep verblijven er nog vijf in de PI, zijn er drie overleden en is van een het verblijf niet bekend.
5. $p < 0,05$ (0,047), F 3,989, df 380 Dit is het totale aantal vrijheidsgraden. Omdat het aantal groepen 2 is (TBS-zonder en TBS-plus) is het aantal vrijheidsgraden tussen groepen (in de ANOVA-tests) steeds 1 en het aantal vrijheidsgraden binnen de groepen steeds het totale aantal – 1. We zullen daarom volstaan met dit totale aantal.
6. p 0,482, F 0,497, df 171.
7. p 0,595, F 0,286, df 53.
8. Is bepaald voor diegenen die op de peildatum van maart 2008 de PI hebben verlaten. Degenen die nog in een PI zitten (68 personen), hebben over het algemeen een lange(re) gevangenisstraf opgelegd gekregen. De overledenen (10) zijn buiten beschouwing gelaten.
9. p 0,086, F 2,971, df 300.
10. Dit geldt derhalve voor de groep die de PI reeds heeft verlaten en in een kliniek is geplaatst.
11. $p < 0,05$ (0,041) F 4,222, df 300.
12. $X^2(1) = 3.395$, $p = .082$.
13. Peildatum is 1 januari 2008.
14. Hier gedefinieerd als: minimaal een van de ouders is in het buitenland geboren. Deze groep bestaat voor iets minder dan een kwart (23.6%) uit Antillianen en iets méér dan een kwart (25.8%) uit Surinamers.
15. $X^2(2) = 3.527$, $p = .171$.
16. $X^2(3) = 6.316$, $p = .097$.
17. $X^2(1) = 0.858$, $p = .420$.
18. $X^2(1) = 69.912$, $p = .000$
19. We hebben daarbij gekeken naar het voornaamste c.q. zwaarste delict. Binnen één delictsituatie kan immers sprake zijn van meer, afzonderlijke strafbare feiten. Voorbeeld: als de dader eerst het slachtoffer heeft verkracht en erna vermoord, is dat in deze tabel weergegeven als moord.
20. $X^2(6) = 10.213$, $p = .067$.

21. We merken op dat we naar de tabel als geheel hebben gekeken en geen afzonderlijke delicten hebben vergeleken.
22. $\chi^2(5) = 225.697$, $P = .000$. Het blijkt echter niet zo dat alle personen in de TBS-zondergroep ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. De rechter legt in sommige gevallen ook alleen een TBS-maatregel op bij een (sterk) verminderde toerekeningsvatbaarheid. In de analyses zijn we uitgegaan van de groep TBS-gestelden die ontslagen is van rechtsvervolgning ($n=50$; zie tabel 1).
23. Op het eerste gezicht lijkt niet te stroken met het principe van 'geen schuld, geen straf'. Mogelijk heeft dit te maken met foutieve registratie of de wijze van invoer in het MITS. Het kan zijn dat iemand wordt veroordeeld voor meer delicten, waarbij de rechter hem ontslaat van rechtsvervolgning voor het hoofddelict vanwege ontoerekeningsvatbaarheid en de hem een gevangenisstraf oplegt voor een ander, eerder gepleegd delict.
24. $\chi^2(1) = 6.137$, $P = .018$.
25. Vijf TBS-gestelden zijn (ook) in het buitenland veroordeeld.
26. $\chi^2(1) = 1.452$, $P = .279$.
27. $\chi^2(1) = 21.596$, $P = .221$.
28. $p = 0,578$, $F = 0.310$, $df = 243$.
29. Het gaat hierbij om de periode van begin preventieve hechtenis tot aan de peildatum van het onderzoek (in casu maart 2008).
30. Uitgesloten van analyse zijn onder meer: gevangenis algemene en beperkte gemeenschap, HvB regulier en HvB sober, open inrichtingen, elektronisch toezicht, plaatsing in een isoleercel.
31. Omwille van het overzicht en de boodschap beperken wij ons tot een eenmalig verblijf op een bepaalde zorgafdeling, ondanks dat bepaalde personen verschillende malen op dezelfde zorgafdeling zijn geweest.
32. Bij de TBS-plusgroep is 49% geplaatst op een differentiatie en 67% van de TBS-zondergroep.
33. Een plaatsing op een verslavingsafdeling betekent niet automatisch dat er ook sprake is van een drugsverslaving.
34. Het komt voor dat TBS-gestelden op verschillende differentiaties hebben verbleven.

6 Profiel van TBS-gestelden: problematiek, zorg en effecten van detentie

Een van de kernvragen in dit onderzoek is wat de effecten van detentie zijn op de psychische gesteldheid van de TBS-gestelden en de motivatie voor de latere TBS-behandeling. In de literatuur zijn - zoals gezegd - weinig aanknopingspunten te vinden om deze vraag te kunnen beantwoorden. Bij wijze van exploratie is van de groep die in 2005 en 2006 een TBS maatregel opgelegd heeft gekregen en die op de peildatum van maart 2008 nog in een penitentiaire inrichting verbleef gegevens opgevraagd bij het Psycho Medisch Overleg (PMO) van die betreffende PI's. Aan de PMO's is een vragenlijst toegestuurd.

De vragenlijst werd meestal ingevuld door de inrichtingspsychologen.¹ Naast enkele algemene gegevens, zoals verblijf op een differentiatie, is gevraagd naar de aanwezigheid van diverse psychische problemen en eventueel geboden zorg. Ook hebben wij aan de respondenten gevraagd of er naar hun mening sprake is van positieve of negatieve effecten van detentie op de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling van de TBS-gestelden. Na twee nabelondes zijn er van 35 TBS-gestelden (51%) ingevulde vragenlijsten ontvangen.²

6.1 Algemene gegevens

De groep TBS-gestelden ($n=35$) verblijft op de peildatum gemiddeld 19 maanden in de huidige PI (mediaan is 13 maanden).³ Drie personen (9%) zijn niet bekend bij het PMO.

De redenen zijn het ontbreken van een aanmelding en geen problematisch gedrag.⁴

Twee personen behoren tot de TBS-zondergroep en wachten derhalve nog op plaatsing; de rest van de TBS-gestelden heeft ook een gevangenisstraf opgelegd gekregen.

De duur van de opgelegde gevangenisstraf van deze TBS-gestelden is gemiddeld 84 maanden (sd 65,3 maanden).

Aan de respondenten is gevraagd op welke differentiaties de TBS-gestelden geplaatst zijn ten tijde van hun verblijf in de PI. Hieronder staat een overzicht van het verblijf op het moment van het invullen van de vragenlijst.

Tabel 1: Verblijf op differentiaties tijdens huidige detentie ($n=35$)

Verblijf	Aantal
Regulier/gevangenis	11
BZA	13
IBA	5
BGG	2

Tabel wordt vervolgd op de volgende pagina

FOBA	1
FSU	1
BIBA	1
Onbekend	1

Ongeveer tweederde van de groep zit ten tijde van het onderzoek op een Bijzondere Zorgafdeling van de betreffende PI of op een differentiatie. Iets meer dan de helft (54%) is voor aanvang van de detentie in contact geweest met de geestelijke gezondheidszorg. Van 13 personen is daarbij ook de reden aangegeven. Daarbij worden verschillende keren verslavingsproblemen genoemd alsmede psychiatrische problematiek.

6.2 Problematiek

Aan de respondenten is tevens een aantal vragen gesteld over verschillende probleemgebieden bij de TBS-gestelden. We maken hierbij onderscheid tussen psychische problemen, gedragsproblemen, suïcidaliteit en verslavingsproblemen.

Psychische problemen

Bij de psychische problemen kan het zowel gaan om de As-1 als As-2 problematiek. Gevraagd is of er voor detentie sprake was van psychische problemen, welke invloed de detentie daarop had en of er tijdens de detentieperiode ook sprake was van psychische problemen. Hieronder staat een overzicht.

Tabel 2: Aanwezigheid psychische problemen voor detentie, effecten en psychische problemen tijdens detentie

	Aantal	Percentage
<i>Psychische problemen voor detentie (n=32)</i>		
Ja	29	91
Onbekend	3	9
<i>Effecten detentie (n= 31)</i>		
Geen invloed	15	48
Negatieve invloed	4	13
Positieve invloed	9	29
Onbekend	3	10
<i>Psychische problemen tijdens detentie (n=32)</i>		
Ja	26	81
nee	6	19

Vrijwel alle personen (91%) die op de peildatum nog in een PI verblijven, hebben al voor hun huidige detentie psychische problemen. Die problematiek is zeer divers. Onder meer zijn genoemd de antisociale persoonlijkheidsstoornis (13 keer), verslavingsproblemen (13 keer) en psychotische stoornissen (4 keer).

De respondenten schatten in dat er in het merendeel van de gevallen geen of een positieve invloed uitgaat van de huidige detentie op de psychische problematiek. Het percentage TBS-gestelden dat tijdens detentie te kampen heeft met psychische problemen is iets kleiner in vergelijking met de periode voorafgaand aan de huidige detentie. Mogelijk dat opname op de BZA of andere differentiaties hierin een rol speelt. De problemen lijken in de meeste gevallen aanwezig tijdens de gehele detentieperiode (53%).⁵ In vrijwel alle gevallen reageert de PI in geval van psychische problemen tijdens detentie. Hieronder staat een overzicht van de maatregelen.

Tabel 3: Reacties in geval van psychische problemen tijdens detentie (aantal keer genoemd; meerdere antwoorden mogelijk)

reacties	Aantal
Geen	1
BZA	12
Bespreking PMO	16
Medicatie	13
Isoleercel	10
Overplaatsing	13

De reacties bestaan uit het bespreken van de problemen van de TBS-gestelden in het PMO en/of medicatie en/of een her- of overplaatsing. Bij de overplaatsingen gaat het vooral om plaatsingen op een differentiatie. In 65% van de gevallen is de respondent van mening dat de geboden zorg toereikend is geweest vanuit het perspectief van de TBS-gestelde. Dat komt onder andere tot uiting in een vermindering van de problemen (bijvoorbeeld minder angstig) en in de positieve opmerkingen van de TBS-gestelde zelf. In de overige gevallen is de zorg niet toereikend geweest voor de gedetineerde, omdat – kort gezegd – de zorgvraag het zorgaanbod oversteeg in die betreffende PI. Ten slotte is gevraagd of de geboden zorg toereikend is geweest vanuit het perspectief van de PI. Hierop geven 19 van de 24 respondenten een positief antwoord. De TBS-gestelden kunnen zich bijvoorbeeld beter handhaven op de afdeling door de vermindering van de problemen. De overige respondenten (24%) zijn minder positief. De reden hiervoor is ook hier – kort gezegd - dat de betreffende PI onvoldoende behandelmogelijkheden heeft.

Suïcidaliteit

Onder suicidaliteit verstaan wij suïcidale pogingen en suïcidaal verbaal gedrag zoals het uitspreken van doodswensen. In tabel 4 staan de mate van voorkomen van suicidaliteit voor en tijdens detentie en de effecten van detentie op suïcidaal gedrag. Wat dit laatste

betreft, is het nogmaals goed om op te merken dat naar de (professionele) mening van de respondent (meestentijds een psycholoog) is gevraagd. Voorzichtigheid in de interpretatie en generalisatie is daarom geboden.

Tabel 4: Aanwezigheid suïcidaliteit voor detentie, effecten en suïcidaliteit tijdens detentie

	Aantal	Percentage
<i>Suïcidaliteit voor detentie (n=32)</i>		
Ja	10	31
Nee	19	61
Onbekend	3	9
<i>Effecten detentie (n=13)</i>		
Geen invloed	1	8
Negatieve invloed	1	8
Positieve invloed	7	54
Onbekend	4	31
<i>Suïcidaliteit tijdens detentie (n=30)</i>		
Ja	12	40
Nee	17	57
Onbekend	1	3

De respondenten stellen dat ongeveer eenderde van de TBS-gestelden (31%) in onderhavige onderzoeksgroep voor detentie al suïcidaal gedrag heeft vertoond. Ofschoon het om zeer kleine aantallen gaat, zijn de respondenten van mening dat detentie over het algemeen een positieve invloed heeft op het suïcidale gedrag van de betrokkenen.⁶ Niettemin heeft 40% van de onderzoeksgroep tijdens detentie suïcidaal gedrag vertoond. Deels gebeurde dat in de context van een psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis, deels om andere redenen, zoals het bekend worden van een ander ernstig delict en schuldgevoelens. Volgens de respondenten komt suïcidaal gedrag vooral voor in het begin van de detentieperiode. In de totale groep van TBS-gestelden die de maatregel in 2005 en 2006 opgelegd hebben gekregen, zijn vier personen door suïcide omgekomen.

Van de 12 personen die tijdens detentie suïcidaal gedrag hebben vertoond, is de helft in verband hiermee besproken in het PMO en/of in een isoleercel geplaatst. Vier personen kregen (daarenboven) medicatie en/of zijn geplaatst op een BZA. Drie personen zijn overgeplaatst naar de FOBA en/of IBA.

Vanuit het perspectief van de PI en de TBS-gestelde is volgens de psychologen over het algemeen de geboden zorg toereikend geweest, bijvoorbeeld doordat de persoon zijn rust weer heeft gevonden, de tijd kreeg om zich aan te passen en geen suïcidaal gedrag meer vertoonde. In een enkel geval schoot de zorg tekort volgens de respondenten en dat had te maken met de beperkte mogelijkheden binnen de PI om zorg te bieden en in een geval wordt de onaanvaardbare lange TBS-passantentijd genoemd.

Gedragsproblemen

Aan de psychologen is ook gevraagd naar de aanwezigheid van gedragsproblemen bij de TBS-gestelden voor en tijdens detentie en de effecten van de detentie op die gedragsproblematiek.

Tabel 5: Aanwezigheid gedragsproblemen voor detentie, effecten en gedragsproblemen tijdens detentie

	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>
<i>Gedragsproblemen voor detentie (n=32)</i>		
Ja	25	78
Nee	2	6
Onbekend	5	16
<i>Effect detentie (n=29)</i>		
Geen invloed	11	38
Negatieve invloed	2	7
Positieve invloed	10	34
Onbekend	6	21
<i>Gedragsproblemen tijdens detentie (n=32)</i>		
Ja	20	62
Nee	12	38

Ongeveer driekwart (78%) van de groep heeft voorafgaand aan de detentieperiode al gedragsproblemen. De gedragsproblemen vinden het meest plaats (88%) binnen de bredere context van psychische stoornissen, zoals persoonlijkheidsstoornissen. De respondenten kennen in bijna driekwart van de gevallen (72%) een neutrale of positieve betekenis toe aan de detentie wat betreft het effect van de detentie op de gedragsproblematiek. In tweederde van de gevallen (62%) is tijdens detentie sprake van gedragsproblemen. De respondenten noemen vooral agressief gedrag, maar ook onrustig, achterdochtig, teruggetrokken gedrag en gebrekkige hygiëne. De gedragsproblemen komen in ongeveer de helft van de gevallen (52%) voor tijdens de gehele detentie, over de rest valt geen eenduidige conclusie te trekken.

Tabel 6: Maatregelen in geval van gedragsproblemen tijdens detentie (aantal keer genoemd; meerdere antwoorden mogelijk)

Maatregelen	Aantal
Geen	1
BZA	8
Bespreking PMO	11
Medicatie	7
Isoleercel	6
Overplaatsing	7

Voor zover bekend, is er slechts in één geval geen maatregelen genomen. Bij de helft van de personen (52%) vindt overleg plaats in het PMO. In ongeveer eenderde van de gevallen wordt iemand geplaatst op een BZA en/of isoleercel en/of krijgt iemand medicatie. In zeven gevallen is sprake van overplaatsing, ondermeer naar de IBA en BGG. In de helft van de gevallen (53%) is de geboden zorg in de optiek van de respondenten niet toereikend geweest voor de persoon in kwestie. Hieronder staat een overzicht van de enkele (letterlijk) gegeven redenen.

Effect detentie op gedragsproblemen

- detentie = negatief sanctioneren, is niet positief
- door lange wachttijd steeds meer terugtrekgedrag
- heeft niets te doen
- voortdurend in beklag over beperkingen
- in privileges achteruit

Voor het overige deel (47%) wordt de geboden zorg wel als toereikend aangemerkt, onder andere doordat de persoon zich op zijn gemak voelt op de afdeling, enigszins gewend is en geleerd heeft voor zichzelf op te komen.

Het percentage met betrekking tot de geboden zorg (toereikend) is vanuit het perspectief van de PI gezien een stuk groter (74%). In grote lijnen komt het erop neer dat de gedragsproblemen zijn verminderd dan wel beter hanteerbaar zijn voor de PI-medewerkers. Van ontoereikende zorg vanuit het perspectief van de PI is sprake als er weer een incident is gebeurd, de problematiek onverkort ernstig blijft of de PI geen betere zorg kan bieden.

Verslavingsproblemen

In het kader van dit onderzoek spreken we van verslavingsproblemen wanneer de midde-lenafhankelijkheid betrekking heeft op alcohol en/of soft- en/of harddrugs.

Tabel 7: Aanwezigheid verslavingsproblemen voor detentie, effecten en verslavingsproblemen tijdens detentie

	Aantal	Percentage
<i>Verslavingsproblemen voor detentie (n=32)</i>		
Ja	24	75
Nee	7	22
Onbekend	1	3
<i>Effect detentie (n=25)</i>		
Geen invloed	8	32
Negatieve invloed	1	4
Positieve invloed	14	56
Onbekend	2	8
<i>Verslavingsproblemen tijdens detentie (n=32)</i>		
Ja	7	22
Nee	22	69
Onbekend	3	9

Driekwart van de groep (75%) kent voor de detentieperiode verslavingsproblemen. De respondenten spreken in 74% van die gevallen van ernstige verslaving. Alle combinaties van alcohol-, softdrugs- en harddrugsverslaving worden genoemd. Op een enkele uitzondering na vinden de respondenten dat er geen negatieve effecten uitgaan van detentie op de ernst van de verslavingsproblemen. Iets meer dan de helft (56%) ziet juist van de detentie een positieve invloed uitgaan (waarschijnlijk doordat de drugs en alcohol minder gemakkelijk in de PI verkrijgbaar zijn). Het aantal TBS-gestelden dat tijdens de huidige detentie verslavingsproblemen heeft, is beperkt (22%). Op welk moment van detentie sprake was van verslavingsproblemen is op basis van de gegeven antwoorden niet eenduidig te bepalen. Gelet op het geringe aantal TBS-gestelden met verslavingsproblemen tijdens de detentie is er ook geen goed beeld te geven van de genomen maatregelen. De indruk bestaat dat de respondenten tevreden zijn met de geboden zorg vanuit het perspectief van de PI, maar voorzichtigheid in de generalisatie is geboden vanwege de geringe aantallen.

6.3 Effecten van detentie

De respondenten is ook gevraagd of detentie naar hun mening positieve en/of negatieve effecten heeft op de algehele psychische conditie van de TBS-gestelden. Zowel positieve als negatieve effecten worden verondersteld; een positieve invloed wordt aangegeven voor 59% van de gevallen en een negatieve invloed voor 56%.⁷ Er zijn veel voorbeelden gegeven van positieve en negatieve effecten. Bij de positieve effecten van detentie lijkt de nadruk te liggen op de structuur, rust en de afwezigheid van verslavende middelen. Zie hieronder voor enkele voorbeelden, zoals die letterlijk door de respondenten zijn genoemd.

Positieve effecten

- biedt externe structuur en geen alcohol waardoor hij beter functioneert
- ontbreken van alcohol en betere zelfverzorging
- rustiger, krijgt medicatie en kan prikkels beter verdragen
- psychose verbleekt, socialer, betere hygiëne
- persoonlijkheidsstoornis lijkt niet erger te zijn geworden

Bij de negatieve effecten lijken andere factoren een rol te spelen, zoals lange wachttijden, verharding, verveling en afstomping. Zie hieronder voor enkele voorbeelden van de negatieve effecten.

Negatieve effecten

- zit al erg lang te wachten op TBS. Dit roept onrust en boosheid op
- lange detentie, zinloosheid, geen gezonde prikkels
- betrokkene is meer en meer verhard
- uitzichtloosheid slaat toe door lange wachttijd
- emotionele muur door detentie

Tot slot is aan de respondenten gevraagd in hoeverre naar hun mening de duur van de detentie van invloed is op de motivatie voor de latere TBS-behandeling. In 58% van de gevallen kwalificeren de respondenten het effect als negatief, 23% ziet geen invloed en in 19% van de gevallen is het onbekend. Uit de opmerkingen bij deze vraag valt op te maken dat volgens de respondenten een lange detentieduur per definitie een negatief effect heeft op de motivatie voor behandeling. Hieronder staan enkele opmerkingen van de respondenten letterlijk weergegeven.

Motivatie

- betrokkene wil zo snel mogelijk behandeld worden!!
- betrokkene is niet gemotiveerd, geen probleembesef
- per definitie lange detentieduur negatieve invloed op motivatie
- al ruim 1,5 jr TBS-passant, komt psychische gesteldheid en motivatie niet ten goede

Resumé

Van de helft van de groep die nog in de PI verblijft, hebben we nadere gegevens ontvangen. Tweederde heeft tijdens de huidige detentie op een BZA of differentiatie verbleven, wat een indicatie kan zijn voor de behoefte aan zorg. Bijna alle TBS-gestelden hebben voorafgaand aan de detentie psychische problemen. Volgens de respondenten gaat van detentie vaak geen en soms een positief effect uit. Niettemin is het percentage TBS-gestelden dat tijdens detentie psychische problemen heeft groot. Suïcidaal gedrag komt in eenderde van de gevallen voor bij de TBS-gestelden voor de detentie. Van detentie gaat volgens de respondenten een positief effect uit. Echter, het percentage dat tijdens detentie suïcidaal gedrag vertoont, is groter geworden (stijgt van 31 naar 40). Daarnaast zijn er in de totale groep bij wie de maatregel in 2005 of 2006 is opgelegd, vier geslaagde suïcides.

Ook voor de gedragsproblemen geldt dat het merendeel van de groep deze al voorafgaand aan de detentie vertoonde. Detentie lijkt, volgens de respondenten, een neutraal of (in een aantal gevallen) een positief effect te hebben op de gedragsproblemen. De zorg lijkt niet altijd toereikend voor de TBS-gestelden, deels lijkt dat te wijten aan de beperkte zorg/behandelbaarheid tijdens detentie.

Verslavingsproblemen worden tijdens detentie minder, mogelijk vanwege het ontbreken van verslavende middelen.

Respondenten zien zowel positieve als negatieve effecten van detentie op de algehele psychische gesteldheid van de TBS-gestelden. Positief is onder meer de structuur van het regime, de rust en het feit dat er geen/minder verslavende middelen voorhanden zijn. Als negatief worden de lange wachttijden genoemd en de (daarmee gepaard gaande) verveling, uitzichtloosheid en verharding.

Het merendeel van de respondenten denkt dat de detentieperiode (vooral van lange duur) negatief inwerkt op de motivatie voor de behandeling in de kliniek.

Noten

1. In dit hoofdstuk spreken we over respondenten. Hiermee worden degenen bedoeld die de vragenlijst hebben ingevuld.
2. De uiteindelijke respons valt wat tegen, omdat de PI's na de eerste belronde zeer enthousiast waren over het onderzoek en de vragenlijsten zouden invullen en terugsturen. Mogelijk dat vakantieperiodes hierin een rol hebben gespeeld. Gelet op de informatie over een betrekkelijk klein aantal respondenten moeten de resultaten met enige terughoudendheid worden beschouwd. We weten immers niet in hoeverre deze groep van 35 TBS-gestelden representatief is voor de rest.
3. De totale detentieperiode is uiteraard langer omdat gedetineerden overgeplaatst kunnen worden. Als we hiermee rekening houden (vanaf moment preventieve hechtenis tot peildatum maart 2008) dat is het gemiddelde aantal maanden detentie voor deze groep 40.
4. Dit lijkt niet te sporen met de uitspraak (zie hoofdstuk 3) dat bij het PMO altijd bekend moet zijn dat de gedetineerden een TBS-status hebben.
5. Uit de antwoorden bij de overige respondenten valt geen duidelijk patroon te ontdekken.
6. Het aantal respondenten is echter zeer klein, zodat terughoudendheid gewenst is bij de interpretatie van dit resultaat.
7. Aangezien respondenten zowel positieve als negatieve effecten konden benoemen, is het percentage groter dan 100.

Antwoorden en slotbeschouwing

7 Beantwoording van de vraagstelling en slotbeschouwing

In dit verkennende onderzoek is vanuit diverse invalshoeken getracht antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Hieronder volgt de beantwoording ervan, gevolgd door de slotbeschouwing.

Probleemstelling en beantwoording van de onderzoeksvragen

De probleemstelling die aan onderhavig onderzoek ten grondslag ligt, is als volgt geformuleerd: wat is het profiel van de TBS-gestelden die een combinatievonnis krijgen opgelegd en welke (mogelijke) effecten zijn er te verwachten van de gevangenisstraf op de psychische conditie en de motivatie van de TBS-gestelden voor de behandeling in de kliniek? Deze probleemstelling wordt beantwoord aan de hand van de onderstaande onderzoeksvragen.

1. Hoe ziet de praktijk van combinatievonnissen eruit?
 - 1a. Hoeveel combinatievonnissen zijn in 2005-2006 opgelegd en hoe groot is de groep die uitsluitend de TBS-maatregel krijgt?

In totaal hebben 383 personen in 2005 en 2006 een TBS-maatregel opgelegd gekregen (TBS-gestelden). Vijftig van de 383 personen (13.1%) zijn ontslagen van rechtsvervolging, bij hen is uitsluitend de TBS-maatregel opgelegd (TBS-zondergroep). Bij de overige 333 personen (86.9%) is er sprake van een combinatievonnis, d.w.z. TBS plus gevangenisstraf (TBS-plusgroep).

- 1b. Wat is de opgelegde duur van de gevangenisstraf en na hoeveel maanden detentie volgt plaatsing in een kliniek?

Bij TBS-gestelden met een gevangenisstraf (TBS-plusgroep) is het gemiddelde aantal opgelegde maanden gevangenisstraf 37 maanden (minimumstraf 1 maand, maximum straf 20 jaar). De TBS-zondergroep werd volledig ontoerekeningsvatbaar verklaard en heeft alleen een TBS-maatregel opgelegd gekregen. Tijdens het onderzoek, peildatum maart 2008, bleek 79% van alle personen die in 2005-2006 de TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen, te zijn doorgestroomd naar een TBS-kliniek. Op de peildatum van maart 2008 verblijven er nog 68 personen in de PI (zie onderstaande tabel), 63 personen met een combinatievonnis en 5 personen bij wie alleen een tbs-maatregel is opgelegd. Het gemiddelde aantal opgelegde maanden gevangenisstraf bij de personen met een combinatievonnis die maart 2008 nog in een PI verblijft, is 84 maanden (minimum 4 maanden, maximum 20 jaar).

Tabel 1: Situatie TBS-gestelden op peildatum (maart 2008)

	TBS-zonder	TBS-plus	totaal
Kliniek	41	262	303
PI	5	63	68
Overleden	3	7	10
Verblijf onduidelijk	1	1	2
Totaal	50	333	383

Van de 333 personen bij wie sprake was van een combinatievonnissen bleken op peildatum maart 2008 262 personen te zijn doorgestroomd naar een kliniek. Deze TBS-plusgroep was voorafgaande aan de opname gemiddeld 29 maanden gedetineerd, inclusief preventieve hechtenis.

Op de peildatum van maart 2008 zijn 41 van de 50 personen uit de TBS-zondergroep in een kliniek geplaatst. Zij zaten, inclusief preventieve hechtenis, gemiddeld 25 maanden in de PI alvorens zij werden geplaatst in een kliniek.

- 1c. Wat is of zijn profielen van TBS-gestelden die wel en die geen combinatievonnissen krijgen opgelegd (achtergrondkenmerken, psychische problematiek, IQ, andersoortige problematiek, type misdrijf, justitieel verleden)?

De kenmerken en problematiek van de groep TBS-gestelden die de maatregel opgelegd heeft gekregen in 2005 en 2006 komt in grote lijnen overeen met de kenmerken en problematiek van de TBS-populatie 1995-2000, zoals beschreven door van Emmerik (2001). Ruim tweederde heeft een persoonlijkheidsstoornis (vaak Cluster B) en de rest een psychotische stoornis (meestal schizofrenie). Het merendeel van de TBS-gestelden is man, van autochtone afkomst en tussen de 25-40 jaar. De delicten die aanleiding zijn geweest voor het TBS-vonnissen zijn voornamelijk ernstige gewelds- en zedenmisdrijven. Een op de zes TBS-gestelden heeft een IQ lager dan 80. De helft van de groep is vanaf het moment van preventieve hechtenis geplaatst op een of meer differentiaties (bijzondere zorgvoorzieningen als IBA en BIBA).

Er blijken enkele belangrijke verschillen te zijn tussen de TBS-ers die naast de TBS-maatregel ook een gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen (TBS-plusgroep) en de TBS-ers zonder opgelegde gevangenisstraf (TBS-zondergroep). Bij de TBS-plusgroep is vaker sprake van een persoonlijkheidsstoornis (78% versus 20% van de TBS-zondergroep) en eerdere veroordelingen tot vrijheidsstraffen (66% versus 48% van de TBS-zondergroep). De TBS-plusgroep wordt in vergelijking met de TBS-zondergroep minder vaak geplaatst op een differentiatie tijdens detentie. Dit zou mogelijk kunnen wijzen op een minder grote zorgbehoefte bij degenen met een combinatievonnissen. Op basis van bovengenoemde kan de conclusie worden getrokken dat bij de TBS-plusgroep antisociale kenmerken op de voorgrond staan en dat bij de TBS-groep zonder gevangenisstraf de psychiatrische problematiek een meer prominente rol speelt.

1d. Hoe ziet het plaatsingsbeleid en de plaatsingspraktijk t.a.v. TBS-gestelden met een combinatievonnis in penitentiaire inrichtingen eruit en in hoeverre wordt rekening gehouden met eventuele psychische problematiek?

Een specifiek plaatsingsbeleid ten aanzien van TBS-gestelden in een penitentiaire inrichting ontbreekt volgens de geïnterviewde respondenten. Er zijn door het ministerie algemene criteria voor plaatsing naar een (bepaalde) PI vastgesteld, namelijk geslacht en juridische status (preventief gehechten, kortgestraften en anders afgestraften). Het feit of een gedetineerde al dan niet een TBS-maatregel opgelegd heeft gekregen, is niet van belang voor plaatsing.

Volgens de geïnterviewden zijn alle TBS-gestelden bekend bij de het Psycho Medisch Overleg (PMO's) in de verschillende PI's. Echter, bij het vragenlijstdeel van het onderzoek bleek een beperkt aantal TBS-gestelden niet bekend bij het PMO. Het PMO in de PI's heeft een centrale rol als het gaat om het identificeren van problemen (gedragsproblemen en/of beheersingsproblemen) en het zoeken naar een adequate reactie (waaronder aanbieden van medicatie of plaatsing op een BZA of differentiatie) voor alle personen in een PI. Een deel van TBS-gestelden kan binnen de PI's geplaatst worden op afdelingen waar bepaalde zorg wordt geboden of een betere beheersing mogelijk is. In totaal zijn er bijna 900 plaatsen op dit soort afdelingen voor alle gedetineerden in het gevangeniswezen. Uit de interviews komt naar voren dat met name de TBS-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis weinig gebruik maken van landelijke zorgvoorzieningen, zoals IBA en BIBA (differentiaties); zij passen zich over het algemeen aan (zie ook het voornoemde profiel van de TBS-plusgroep).

Uit de vragenlijst blijkt echter wel dat de TBS-gestelden die zich op dat moment nog in detentie bevinden regelmatig op een interne Bijzondere Zorgafdeling (BZA) worden geplaatst. De psychologen die de vragenlijst hebben ingevuld, kwalificeren de geboden zorg over het algemeen als toereikend. In een enkel geval overstijgt de zorgvraag de mogelijkheid van de PI om een adequaat aanbod te doen.

2. Welke effecten van gevangenisstraf zijn er mogelijk te verwachten bij TBS-gestelden ten aanzien van de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling?

Over de effecten van gevangenisstraf op de psychische gesteldheid zijn geen eenduidige conclusies mogelijk. Een belangrijke reden is dat er weinig empirisch onderzoek over dat onderwerp voorhanden is.

Op basis van de schaarse literatuur en de informatie uit de interviews en vragenlijsten kunnen wel een aantal hypothesen worden opgesteld over de invloed van detentie. Er zijn aanwijzingen dat gevangenisstraf zowel negatieve als positieve effecten heeft. Wat betreft de negatieve effecten is het goed om vooraf op te merken dat de populatie in onderhavig onderzoek per definitie een of meer psychische stoornissen heeft alvorens zij in een PI komt (het zogenoemde importmodel). Mogelijk dat met name de eerste periode van detentie (meer) psychische klachten kan genereren bij de gedetineerden. Ook uit de vragenlijsten die de psychologen hebben ingevuld voor 35 TBS-gestelden blijkt dat een

belangrijk deel van de TBS-gestelden allerlei problemen ondervindt in de periode voor het verblijf in de PI. Daarbij gaat het met name om gedrags- en verslavingsproblematiek en in mindere mate suïcidaliteit. De psychologen noemen de lange wachttijden, verveling en verharding als factoren die mogelijk negatieve effecten kunnen hebben op de psychische gesteldheid. De indruk op basis van de literatuur en gesprekken met deskundigen is dat gedetineerden met een psychotische stoornis het meest te lijden hebben onder een lange detentieduur zonder adequate behandeling. De personen in TBS-zondergroep, die vaak een psychotische stoornis hebben, worden vaker geplaatst op een BZA of landelijke differentiatie dan de TBS-plusgroep.

Uit de door ons verzamelde gegevens lijkt naar voren te komen dat niet altijd sprake hoeft te zijn van schadelijke gevolgen, maar dat voor sommige gedetineerden detentie ook een goede uitwerking kan hebben (meer structuur, beter dagritme, gezondere eetgewoonten et cetera). Dit lijkt te worden bevestigd door de gegevens vanuit de vragenlijsten.

De psychologen die de vragenlijsten hebben ingevuld zijn van mening dat detentie – in het algemeen – een neutraal of soms zelfs een positief effect heeft op de problemen van de TBS-gestelden. Een neutraal of positief effect is volgens hun vooral te constateren bij verslavingsproblemen en in mindere mate bij suïcidaliteit, gedragsproblemen en psychische problemen. De positieve effecten van detentie zouden volgens de psychologen het gevolg kunnen zijn van een duidelijke structuur, regelmaat en geen gebruik van verslavende middelen.

Evenmin is op grond van de door ons verzamelde gegevens een eenduidige conclusie te trekken wat betreft de effecten van gevangenisstraf op de motivatie voor de latere behandeling in de kliniek. Wel wordt uit de literatuur duidelijk dat met name de gedetineerden met een antisociale persoonlijkheidsstoornis in zijn algemeenheid niet of nauwelijks gemotiveerd zijn. Dit hangt samen met gebrekkig ontwikkeld schuld- en schaamtebesef. Door een (langdurig) verblijf in de PI en het zich eigen maken van de gevangencultuur kan dat besef (verder) afnemen en kan verharding optreden. Dit wordt bevestigd door de psychologen die ook van mening zijn dat een lange gevangenisstraf een negatieve invloed kan hebben op de motivatie voor behandeling in de kliniek.¹ Lange detentie zou naar hun mening per definitie negatieve consequenties hebben voor de motivatie. De groep over wie de psychologen deze uitspraken doen, heeft in vrijwel alle gevallen een lange gevangenisstraf opgelegd gekregen, het merendeel van hen kampt met een persoonlijkheidsstoornis en heeft eerder een gevangenisstraf moeten ondergaan. Er is meer onderzoek nodig om te bepalen wat een (te) lange gevangenisstraf precies inhoudt voor welke TBS-gestelden en of de eventueel afgenomen motivatie herkenbaar is voor de behandelaars in de klinieken en in hoeverre dit een structureel probleem is voor het in te zetten behandeltraject.²

Slotbeschouwing

De aanleiding voor dit onderzoek is de vraag vanuit de Tweede Kamer - als reactie op het parlementair onderzoek TBS van de commissie Visser - of het ondergaan van een (lange) gevangenisstraf voorafgaand aan de TBS-behandeling schadelijke gevolgen heeft voor de psychische conditie van TBS-gestelden.³ Op deze vraag is vooralsnog geen eenduidig

en definitief antwoord te geven. De huidige stand van wetenschap biedt daarvoor onvoldoende houvast.

Er zijn voor dit onderzoek diverse bronnen geraadpleegd, die elk afzonderlijk beperkingen kennen. Er zijn weinig onderzoeken voorhanden naar de effecten van detentie op de psychische gesteldheid van TBS-gestelden en motivatie voor behandeling. De door ons verzamelde informatie over de TBS-gestelden uit het registratiesysteem van Justitie (in casu MITS) is afgebakend tot de groep die in 2005 en 2006 een TBS-maatregel opgelegd heeft gekregen. We hebben daarmee geen zicht op de groep langgestraften met een TBS-maatregel. De gegevens die de inrichtingspsychologen hebben verschaft, gaan over een kleine en wellicht selecte groep TBS-gestelden, namelijk zij die ten tijde van het onderzoek nog in de PI verbleven. Terzijde merken we wel op dat het in bijna alle gevallen gaat om TBS-gestelden met een combinatievonnis.

Een van de opvallende bevindingen uit dit onderzoek is dat een groot deel (79%) van de groep TBS-gestelden die in 2005 en 2006 een TBS-maatregel opgelegd heeft gekregen op de peildatum maart 2008 al geplaatst is in de kliniek. De groep TBS-gestelden met een combinatievonnis die op dat moment is overgeplaatst naar een kliniek bevindt zich gemiddeld niet veel langer in detentie (29 maanden) dan de groep TBS-gestelden zonder gevangenisstraf op het moment van overplaatsing naar de kliniek (25 maanden). Blijkbaar is voor een grote groep TBS-plussers de lengte van de opgelegde en uitgezeten gevangenisstraf vergelijkbaar met de periode die de TBS-zondergroep in preventieve hechtenis en als TBS-passant doorbrengt in het HvB alvorens zij worden geplaatst in een kliniek.

Een gegeven bij deze onderzoekspopulatie is dat de TBS-gestelden per definitie een of meer psychische stoornissen hebben. Die problematiek speelt derhalve al voordat zij geplaatst worden in een PI (het zogenoemde importmodel). Het is om die reden dan ook aannemelijk dat zij ten tijde van het verblijf in de PI eveneens te kampen hebben met psychische problemen. Het regime in een PI (beheersing en stabilisatie) voorkomt mogelijk dat de detentie de reeds aanwezige problemen verergert, waarmee niet gezegd is dat deze zorg voldoende is. In de PI is het zorgaanbod immers beperkt. Van het grootste deel van de groep TBS-plussers (degenen met een persoonlijkheidsstoornis) wordt verondersteld dat zij het minst gevoelig is voor eventuele negatieve effecten op de psychische gesteldheid, dit in tegenstelling tot de TBS-gestelden met een psychotische stoornis, die daar mogelijk wel (meer) onder te lijden hebben. Uit dit onderzoek komt naar voren dat psychotische stoornissen met name voorkomen in de groep die uitsluitend een TBS-maatregel krijgt opgelegd. Deze groep verblijft vaker op een differentiatie dan TBS-gestelden met een gevangenisstraf, hetgeen als een indicatie beschouwd kan worden voor hun grote zorgbehoefte. Op basis van de onderzoeksgegevens, in casu de literatuur, kan de veronderstelling worden geopperd dat negatieve effecten van detentie op de psychische gesteldheid vooral optreden aan het begin van de detentieperiode.

De vaste structuur van het detentieregime lijkt volgens de psychologen voor sommige TBS-gestelden positief uit te werken (rust, regelmaat, eten, medicatie et cetera).

De psychologen zien op verschillende gebieden tijdens de detentie een afname van de psychische, gedrags- en verslavingsproblematiek, maar dit betreft nogmaals waarschijnlijk niet de groep TBS-gestelden die, gelet op de aard van hun psychiatrische problematiek, tot de meest problematische kan worden aangemerkt. De psychologen die de vragenlijsten hebben ingevuld, baseren hun oordeel over de effecten van detentie op hun ervaring met een selecte groep TBS-gestelden (TBS-plusgroep), die bovendien betrekkelijk kort in de PI verblijft. Mogelijk, maar hier moet zoals gezegd nader onderzoek meer duidelijkheid over verschaffen, komen (bepaalde) negatieve effecten pas na jaren gevangenis tot uiting en zou men kunnen spreken van hospitalisatie.

Het verblijf in de PI en dan met name de onduidelijkheid over het moment van plaatsing c.q. de lange wachttijden heeft volgens de psychologen een negatieve invloed op de motivatie voor behandeling. TBS-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis, het grootste deel van de TBS-plusgroep, lijken blijkens de literatuur het minst gemotiveerd voor behandeling. Een lange detentiestraf zou dit kunnen versterken waardoor verharding optreedt. Of dit ook daadwerkelijk gebeurt, is op basis van dit onderzoek niet te bepalen.

Onderhavig onderzoek heeft een verkennend karakter. Om het effect van detentie op de psychische gesteldheid en de motivatie voor behandeling te kunnen onderzoeken, zou bij aanvang van detentie een adequate psychologische en psychiatrische screening dienen plaats te vinden. Vervolgens zou door middel van langlopend onderzoek de groep TBS-gestelden gedurende de gehele duur van de detentie periodiek moeten worden onderzocht op de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling. Er zou hierbij tevens aandacht dienen te zijn voor de omgeving(svariabelen) van de PI in kwestie (aard regime, aantal maanden opgelegde en uitgezeten gevangenisstraf, geboden zorg et cetera).⁴ Bij de opzet en uitvoering van het vervolgonderzoek zou bij het vaststellen van de effecten van detentie rekening gehouden moeten worden met de verschillende subgroepen binnen de TBS-populatie. De mate waarin detentie effect heeft op de psychische gesteldheid en motivatie kan immers verschillen voor de groep TBS-gestelden die reeds eerder is veroordeeld tot een vrijheidsstraf vs. de first offenders en de groep met een persoonlijkheidsstoornis vs. de groep met psychotische problematiek.

Noten

1. De vraag wat een 'lange' gevangenisstraf inhoudt, is hiermee nog niet beantwoord.
2. Hierbij zou ook rekening moeten worden gehouden met het gegeven dat een groep gedetineerden een lange rechtsgang kan doorlopen, tot en met cassatie, met als gevolg dat zij een lange periode in een PI kunnen verblijven.
3. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 29 452, nr. 54.
4. Strikt genomen is een dergelijk vervolgonderzoek onder TBS-gestelden pas mogelijk vanaf het moment van het onherroepelijk worden van het vonnis. Op dat moment hebben zij al een periode doorgebracht in voorlopige hechtenis.

Summary

Introduction

If an adult person in the Netherlands has committed a crime and is convicted of this crime, the court may impose a hospital order (TBS) involving compulsory treatment.

At the request of the Dutch House of Representatives the Minister of Justice has agreed to commission a study into the possible detrimental effects on the psychological condition of TBS offenders of (long-term) detention prior to the compulsory treatment in a forensic psychiatric institution. These effects would occur particularly in TBS offenders who had received a so-called combined sentence (both a TBS order and a prison sentence).

Problem statement

The problem statement that lies at the heart of this study has been phrased as follows:

What is the profile of TBS offenders who received a combined sentence and what (possible) effects might be expected of imprisonment on the psychological condition and motivation of these TBS offenders with respect to the compulsory treatment in a forensic psychiatric institution?

Study design and execution

To answer the research questions various sources of information were used, including:

- Exploration of the literature: care needs, psychological disorders in detainees and effects of detention
- Quantitative data analysis: analysis of MITS (Monitor Informatie Ter Beschikkingstelling) data of all individuals sentenced to a TBS measure in 2005 and 2006, whether or not in combination with detention (hereafter referred to as TBS offenders)
- Additional information on 35 out of 68 TBS offenders, sentenced in 2005 and 2006, who were still in prison on 1 March 2008: problems, care provided and effects of detention
- Exploratory field research: interviews with experts, representatives of penal institutions and site visits

Limitations of the information sources

The exploration of the literature had its limitations in that there were very few comparable empirical studies available that addressed the effects of detention on the psychological condition and motivation for treatment of detainees in general and TBS offenders in particular. In this respect there is a clear lack of knowledge.

One of the consequences of choosing the group that was sentenced to TBS in 2005 and 2006 according to MITS data was that there was no information on the group of offenders sentenced to both long-term imprisonment and TBS. Moreover, the MITS data base was not primarily set up for scientific research purposes, so the choice of variables was limited and not always well suited to the purpose of this study. The additional information asked for concerning the 68 TBS offenders who were still in prison in March 2008 applied to a very specific group; the study results are only indicative and cannot be generalized to the entire TBS population. The same goes for the outcomes of the exploratory field research.

Results

This study is exploratory in nature. The major results from the aforementioned sources of information are:

General profile

In 2005 and 2006 383 individuals were sentenced to TBS. 333 of them (87%) were also sentenced to imprisonment, they received a so-called combined sentence (TBS offenders with a combined sentence). The remaining 50 individuals were only sentenced to TBS (TBS only offenders). The detention imposed was in many cases (212/333; 64%) two years maximum. A relatively small percentage (37/333; 11%) of TBS offenders with a combined sentence were sentenced to long term imprisonment (more than six years). The remainder (25%) were sentenced to two to six years imprisonment.

At the time of the study (March 2008) 79% of the group had moved to a forensic psychiatric institution: 262 out of 333 individuals with a combined sentence and 41 out of 50 individuals with TBS only. At the time of transfer to the forensic psychiatric institution the TBS only offenders had been detained for approximately 25 months on average (preventive custody included); the TBS offenders with a combined sentence for almost 29 months (imprisonment included). It is remarkable that for a large group of TBS offenders with a combined sentence the length of the sentence imposed and served is comparable to the time the TBS only offenders is detained before being placed in a forensic psychiatric institution. Possible explanations might be the time an appeal procedure may take and the waiting times for placement in a forensic psychiatric institution.

The problems of TBS offenders as they emerged in this study are largely in line with previous findings by Van Emmerik (2001). More than two thirds were suffering from personality disorders (Cluster B in many cases) and the remainder suffered from psychotic disorders (mostly schizophrenia). Most of the TBS offenders were male, of Dutch origin and between 25 and 40 years of age. One in six TBS offenders had an IQ below 80. From the moment preventive custody was ordered half of the entire group was placed in one or more special care provisions within the Dutch prison system (such as Individual Support Units).

The profile of the TBS only offenders differs from the TBS offenders with a combined sentence in various respects. The degree of accountability varied between the two groups, which is only logical. The TBS offenders with a combined sentence were characterized by personality disorders (78% versus 22% psychotic disorders) and previous prison sentences

(66%). In the TBS only offenders psychotic problems occurred more frequently (80% versus 20% personality disorders), and previous prison sentences were less common (48%). Besides, the TBS offenders with a combined sentence were less often placed in a special care provisions compared to the TBS only offenders. This could be regarded as an indication of the predominance of psychological and behavioural problems during detention in the TBS only offenders. From this study it can be concluded that in the TBS offenders with a combined sentence antisocial characteristics prevailed and that in the TBS only offenders psychiatric problems played a (more) prominent role.

Prison placement policy and care provided

From the telephone interviews with representatives of the penal institutions it appeared that there was no specific placement policy with regard to TBS offenders in prisons. There were only some general criteria for placement (sex and legal status, in the sense of sentenced to preventive custody, short-term imprisonment or an alternative sentence). The fact whether offenders are sentenced to a TBS order or not, did not generally play a role with respect to their placement in a penal institution. The answers the psychologists consulted gave to the questionnaire on the 35 TBS offenders who were still in prison in March 2008, however, made clear that the TBS offenders often stayed in Special Care Units. This study did not compare non-TBS offenders and TBS offenders with respect to placement in Special Care Units. Nevertheless, the conclusion can be drawn that TBS offenders in penal institutions need care. The psychologists who completed the questionnaire qualified the care provided as sufficient in general. In some cases the demand for care exceeded the penal institution's ability to make an adequate offer.

Problems before and after detention

The exploration of the literature made clear that detainees might experience problems prior to detention (import model) and that problems might arise during detention (deprivation hypothesis). In any case, TBS offenders suffered from psychological and behavioural problems prior to their sentencing and thus detention. This was also confirmed in the questionnaire part of the study, although the sample studied was small (35 persons). The psychologists thought that the majority of the problems (in terms of disorders, addiction, suicidal tendencies and behaviour) were already present before detention. The group evaluated by the psychologists in the questionnaire almost completely consisted of TBS offenders with a combined sentence. The psychologists stated that their problems would remain during detention or would sometimes become less severe.

Effects of detention

It is impossible to draw any straightforward conclusions about the effects detention has on the psychological condition of detainees (with psychological disorders). An important reason is that little empirical research is available on the subject. However, there are indications that detention may have both negative and positive effects on detainees with psychological disorders. From the little literature available it can be concluded that the first period of time in detention could generate (more) mental symptoms in detainees. The psychologists who completed the questionnaires mentioned the long waiting times,

boredom and hardening as factors that might affect the psychological well-being of TBS offenders in a negative way. On the basis of the literature and the interviews with experts it might be concluded that detainees with psychotic disorders suffer most from long-term imprisonment without adequate treatment.

From the research literature the tentative conclusion could be drawn that the effects need not always be detrimental, and detention could be beneficial for some detainees (more structure, better daily routine, healthier diet, et cetera). This seems to be confirmed by the data from the questionnaire. The psychologists thought the positive effects of detention could be (initially at least) the result of providing a clear structure and daily routine and the ban on addictive drug use.

Furthermore, it is not possible to draw a straightforward conclusion concerning the effects of detention on the motivation to be treated at a forensic psychiatric institution at a later stage. In general, it can be said that particularly detainees suffering from antisocial personality disorders are not at all or hardly motivated for treatment. This might be reinforced by (long-term) imprisonment. According to the psychologists interviewed, long-term imprisonment would definitely influence all TBS offenders' motivation in a negative way.

Further research

This study was exploratory in nature. To be able to examine the effect of detention on the psychological condition and motivation for treatment, an adequate psychological and psychiatric screening process ought to take place at the start of the detention period. Subsequently, in a longitudinal study the group of TBS offenders should be examined periodically as to their psychological condition and motivation for treatment during the entire detention period. At the same time attention should be paid to the social environment (or environmental variables) of the relevant penal institution (nature of the regime, how many months of imprisonment were imposed and served, care provided, et cetera).

Literatuur

Andersen, H.S. (2004). Mental Health in Prison Populations. A review - with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 5-59.

APA (American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington.

Binsbergen, M, van. (2003). *Motivatie voor behandeling. Ontwikkeling van behandeling in een justitiële instelling*. Proefschrift. Garant-Uitgevers: Antwerpen - Apeldoorn.

Blaauw, E. (1996). *Psychological aspect of police custody*. Dissertatie. Leiden.

Blaauw, E., M. van der Voort & A.J.F.M. Kerkhof (2000). Bedreigingen, pesterijen en suïcidaliteit in detentie. Een onderzoek onder suïcideplegers en onder suïcidale en niet-suïcidale gedetineerden in het Nederlandse gevangeniswezen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2, 73-84.

Bogue, J. & Power, K. (1995). Suicide in Scottish prisons. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6, 527-540.

Boone, M. & M. Moerings. (2007). De cellenexplosie: voorlopig gehechten, veroordeelden, vreemdelingen, jeugdigen en TBS. *Justitiële Verkenningen*, 33, 9-30.

Blair, T. (1991). Assaultive behavior. Does provocation begin in the front office? *Journal of Psychosocial Nursing and Educational Health Services*, 29, 21-26.

Bonta, J. & P. Gendreau (1990). Reexamining the cruel and unusual punishment of prison life. *Law and Human Behavior*, 14, 347-372.

Bulten (1998). *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*. Deventer: Kluwer.

Bulten, B.H., W. van Tilburg & J. van Limbeek (1999). Psychopathologie bij gedetineerden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 575-585.

Bulten, B.H. & W.F.J.M. Van Kordelaar (2005). Zorg in detentie. In: E.R. Muller en P.C. Vegter (red.). *Detentie, Gevangen in Nederland*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

De Nationale Ombudsman (1996). *Onderzoek ingevolge art. 15. Wet nationale Ombudsman naar gedraging van: Ministerie van Justitie*. Openbaar rapport. Rapportnummer 96/575.

DJI (2001). *Zorg om Zorg. Een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden*. Den Haag: Ministerie van Justitie

DJI (2006a). *DJI Jaarbericht 2005*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

DJI (2006b). *Jaarverslag monitoring (B)IBA*. Den Haag: Koninklijke De Swart.

Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-1987. *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.

Doreleijers, Th.A.H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Arnhem: Gouda Quint. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Emmerik, J. van (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie, DJI.

Fazel, S. & J. Danesh (2002). Serious disorder in 23000 prisoners; A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.

Fokkens, J.W. (1993). *Sancties op maat. Eindrapport van de commissie TBS en sanctietoepassing geestelijk gestoorde delinquenten*. Den Haag: Ministerie van justitie.

Gezondheidsraad (2002). *Behandeling van drugverslaafde gedetineerden*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatie nr. 2002/08.

Gezondheidsraad. (2006). *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2006/07.

Harding, T & E. Zimmerman (1989). Psychiatric symptoms, cognitive distress and vulnerability factors. *British Journal of Psychiatry*, 155, 36-43.

Hodgins, S. (1995). Assessing mental disorder in the criminal justice system: Feasibility versus clinical accuracy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18. 15-28.

Hofstee, E.J. (2003). *TBS*. Deventer: Kluwer.

- Hosser, D., Windzio, M. & Greve, W. (2008). Guilt and shame as predictors of recidivism. A longitudinal study with young prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 1, 138-152.
- Joukamaa, M. (1997) Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Science international*, 30, 167-174.
- Kerkhof, A.J.F.M., Ferenschild, K.C.M.P., Scherder, E.J.A. (2003). *Detentie in de EBI Effecten en beleving van detentie in de Extra Beveiligde Inrichting*. Den Haag: Boom.
- Kogel, C.H. de & M.H. Nagtegaal (2006). *Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Een inventarisatie van wetgeving en praktijk in het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*. Onderzoek en beleid, nr. 240. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Leuw, E. & N.M. Mertens. (2001). *Tussen recht en ruimte; eerste evaluatie van de TBS-wetgeving van 1997*. Onderzoek en beleid, nr. 191. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Loebel A.D., J.A. Lieberman, J.M. Alvir, D.I. Mayerhoff, S.H. Geisler & S.R. Szymanski (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- Marzuk, P.M. (1996). Violence, crime and mental illness. How strong a link? *Archives of General Psychiatry*, 53, 481-486.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Brancherapport GGZ – MZ '98-'01*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Nicholls, T.L., J. Brink, S.L. Desmarais, C.D. Webster & M.L. Martin (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). A Prospective Validation Study in a Forensic Psychiatric Sample. *Assessment*, 3, 313-327.
- Nijman, H. & M. Geurkink (2004). Agressie van gedetineerden met psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, 601-610.
- Oei, T. & M.S. Groenhuijsen (2000). *Forensische Psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in breed perspectief*. Deventer, Gouda Quint.
- Panhuis, P.J.A. van (1997). *De psychotische patiënt in de TBS van kwaad tot erger: een forensisch psychiatrische studie*. Deventer/Gouda: Quint.
- Perkins, D.O., H. Gu, K. Boteva & J.A. Lieberman (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1785-1804

Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). *De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving*. Advies d.d. 2 april 2007.

Raes, B.C.M. (2007). De tenuitvoerlegging van de maatregel TBS. In: B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker (2007). *De psychiatrie in het Nederlands recht*. Deventer/ Gouda: Quint.

Salize, H.J., H. Dreßing & C. Kief (2007). *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)*. Final Report – October 31, 2007. Central Institute of Mental Health.

Schoemaker, C. & G. van Zessen (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Slotboom, A, Bijleveld, C, Day, S. & Giezen, A. van (2008) *Gedetineerde vrouwen in Nederland. Over import- en deprivatiefactoren bij detentieschade*. Amsterdam, Vrije Universiteit.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Vergaderjaar 1993-1994, 22 329, nr. 5*. Den Haag.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Vergaderjaar 2005-2006 30 250, nr. 5*. Den Haag.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Vergaderjaar 2006-2007a, 29 452, nr. 54*. Den Haag.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Vergaderjaar 2006-2007b, 29452, nr. 55*. Den Haag.

Vegter, P. (1999). *Behandelen in de gevangenis*. Deventer: Gouda Quint.

Vliet, J.A. van (2006). *De TBS in zijn maatschappelijke context: de relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Vreugdenhil, C., R. Vermeiren, L.F.J.M. Wouters, T.A.H. Doreleijers & W. van den Brink (2004). Psychotic Symptoms Among Male Adolescent Detainees in The Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 73-86.

Vrugt, D.F.R. de (2000). *Psychisch gestoorden in detentie: kenmerken van de groep psychisch gestoorde gedetineerden die bekend zijn bij de psycholoog in de inrichting*. Den Haag: Ministerie van Justitie, DJI.

Zamble, E. & F.J. Porporino (1998). *Coping, behaviour, and adaption in prison inmates*. New York: Springer.

Bijlage 1 Profielijst combinatievonnissen

Deze profielijst vormt onderdeel van een onderzoek dat in opdracht van het ministerie van Justitie en met toestemming van DJI wordt uitgevoerd door Advies- en Onderzoeksgroep Beke (zie begeleidende brief). Doel van het onderzoek is inzichtelijk te maken in hoeverre gedetineerden met een combinatievonnis (TBS-maatregel plus gevangenisstraf) negatieve of positieve effecten ondervinden van de detentieperiode. Het gaat om effecten op de psychische gesteldheid (tijdens de detentieperiode), de toekomstige behandeling in de TBS-kliniek en de motivatie hiervoor. Hiertoe bevragen wij de inrichtingspsycholoog/psychologische dienst/PMO van de differentiatie waar gedetineerde zich op dit moment bevindt of recentelijk heeft bevonden.

Wij willen u vragen deze profielijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen voor de gedetineerde(n) die is/zijn vermeld op de bijgevoegde lijst. Wilt u door middel van een kruis het goede antwoord aangeven? Bij sommige vragen wordt (open) aanvullende informatie gevraagd. Wij verzoeken u met nadruk, indien bekend, dit ook in te vullen. Let op: op de vragenlijsten staan reeds de VIP-nummers van de gedetineerden.

De vragenlijsten kunt u terugsturen in de bijgesloten retourenvelop. Heeft u vragen, neem dan contact op met Edo de Vries Robbé of Anton van Wijk van Advies- en Onderzoeksgroep Beke: 026-4438619.

Datum:

Naam respondent:

Functie respondent:

Inrichting:

Differentiatie waarop werkzaam:

Tel. Nr.:

I. ALGEMEEN

- a. VIP nummer gedetineerde:
- b. Hoe lang verblijft de gedetineerde in de huidige PI? ____ maanden
- c. Op welke differentiatie verblijft gedetineerde op dit moment?
.....
- d. Is de gedetineerde bekend bij de inrichtingspsycholoog/het PMO?
____ Ja
____ Nee, want..... (einde vragenlijst)
- e. Kunt u aangeven van welke differentiaties de gedetineerde gebruik heeft gemaakt tijdens de huidige detentieperiode? (meerdere antwoorden mogelijk)
____ BZA
____ IBA
____ BIBA
____ FOBA
____ FSU
____ LAA
____ LABG
____ Anders namelijk:
- f. Is, voor zover u bekend, de gedetineerde voor aanvang van de huidige detentie in contact geweest met de geestelijke gezondheidszorg?
____ Onbekend
____ Nee
____ Ja, vanwege:
____ Ja, maar nadere gegevens ontbreken

II. PROBLEMATIEK

A. PSYCHISCHE PROBLEMEN (hiermee worden PSYCHIATRISCHE stoornissen (as I), zoals schizofrenie, depressie- en angststoornissen, en PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN (as II) bedoeld)

- a1. Was er, voor zover u bekend, voor aanvang van de huidige detentie sprake van psychische problemen?
____ Nee
____ Onbekend
____ Ja, namelijk (voornaamste stoornissen):.....
.....

- a2. Wat is, naar uw mening, de invloed van de huidige detentie op de psychische problemen die aanwezig waren voor aanvang van de detentie?
- Onbekend (onbekend of er sprake was van psychische problemen voorafgaande aan de detentie)
 - Niet van toepassing (geen psychische problemen voorafgaande aan de detentie)
 - Geen invloed (ernst van de psychische problemen is min of meer hetzelfde gebleven)
 - Negatieve invloed (ernst van de psychische problemen is toegenomen tijdens detentie)
 - Positieve invloed (ernst van de psychische problemen is afgenomen tijdens detentie)

- a3. Is er tijdens de detentieperiode (ook) sprake (geweest) van psychische problematiek?
- Onbekend (ga verder naar vraag b1)
 - Nee (ga verder naar vraag b1)
 - Ja, namelijk (voornaamste stoornissen):.....
.....

- a4. Op welk moment was tijdens detentie sprake van psychische problemen?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- Gehele detentieperiode (van begin tot heden)
 - Begin detentieperiode (eerste drie maanden detentieperiode)
 - Afgelopen 3 maanden
 - Anders, namelijk:.....

- a5. Welke maatregelen zijn vanwege de psychische problemen genomen tijdens de detentie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Geen
 - BZA (eventuele overplaatsing naar)
 - PMO (bespreking in het)
 - Medicatie
 - Isoleercel
 - Overplaatsing naar:.....
 - Anders, namelijk:.....

- a6. Is de geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de psychische problematiek toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de gedetineerde?
- Niet van toepassing (geen zorg geboden)
 - Onbekend
 - Nee, want:.....
 - Ja, want:.....

a7. Is geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de psychische problematiek toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de inrichting?

___ Niet van toepassing (geen zorg geboden)

___ Nee, want:.....

___ Ja, want:.....

B. SUICIDALITEIT (hiermee worden SUICIDEOGINGEN en SUICIDAAL VERBAAL GEDRAG, zoals het uitspreken van doodswensen, bedoeld)

b1. Was er, voor zover u bekend, voor aanvang van de huidige detentie sprake van suïcidaliteit?

___ Nee

___ Onbekend

___ Ja, namelijk:.....

b2. Wat is, naar uw mening, de invloed van de huidige detentie op de suïcidaliteit die aanwezig was voor aanvang van de detentie?

___ Onbekend (onbekend of er sprake was van suïcidaliteit voorafgaande aan de detentie)

___ Niet van toepassing (geen suïcidaliteit voorafgaande aan de detentie)

___ Geen invloed (ernst van de suïcidaliteit is min of meer hetzelfde gebleven)

___ Negatieve invloed (ernst van de suïcidaliteit is toegenomen tijdens detentie)

___ Positieve invloed (ernst van de suïcidaliteit is afgenomen tijdens detentie)

b3. Is er tijdens de detentieperiode (ook) sprake (geweest) van suïcidaliteit?

___ Onbekend (ga verder naar vraag c1)

___ Nee (ga verder naar vraag c1)

___ Ja, in kader van een psychiatrisch ziektebeeld

___ Ja, in kader van een persoonlijkheidsstoornis

___ Ja, om onbekende/andere redenen (aanleiding):.....

.....

b4. Op welk moment was er tijdens de detentie sprake van suïcidaliteit? (meerdere antwoorden mogelijk)

___ Gehele detentieperiode (van begin tot heden)

___ Begin detentieperiode (eerste drie maanden detentieperiode)

___ Afgelopen 3 maanden

___ Anders, namelijk:.....

b5. Welke maatregelen zijn vanwege suïcidaliteit genomen tijdens detentie?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen
- BZA (eventuele overplaatsing naar)
- PMO (bespreking in het)
- Medicatie
- Isoleercel
- Overplaatsing naar:.....
- Anders, namelijk:.....

b6. Is de geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de suïcidaliteit toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de gedetineerde?

- Niet van toepassing (geen zorg geboden)
- Onbekend
- Nee, want:.....
- Ja, want:.....

b7. Is geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de suïcidaliteit toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de inrichting?

- Niet van toepassing (geen zorg geboden)
- Nee, want:.....
- Ja, want:.....

C. GEDRAGSPROBLEMEN

c1. Was er, voor zover u bekend, voor aanvang van de huidige detentie sprake van gedragsproblemen?

- Nee
- Onbekend
- Ja, in het kader van eerder genoemde psychische stoornis
- Ja, anders, namelijk:.....
.....
.....

c2. Wat is, naar uw mening, de invloed van de huidige detentie op de gedragsproblemen die aanwezig waren voor aanvang van de detentie?

- Onbekend (onbekend of er sprake was van gedragsproblemen voorafgaande aan de detentie)
- Niet van toepassing (geen gedragsproblemen voorafgaande aan de detentie)
- Geen invloed (ernst van de gedragsproblemen is min of meer hetzelfde gebleven)
- Negatieve invloed (ernst van de gedragsproblemen is toegenomen tijdens detentie)
- Positieve invloed (ernst van de gedragsproblemen is afgenomen tijdens detentie)

c3. Is er tijdens de detentieperiode (ook) sprake (geweest) van gedragsproblemen?
(meerdere gedragsproblemen kunnen worden aangekruist)

- Onbekend (ga verder naar vraag d1)
- Nee (ga verder naar vraag d1)
- Ja, agressief
- Ja, structuurloos/chaotisch
- Ja, subversief
- Ja, passief
- Ja, anders namelijk:

c4. Op welk moment was er tijdens detentie sprake van gedragsproblemen?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Gehele detentieperiode (van begin tot heden)
- Begin detentieperiode (eerste drie maanden detentieperiode)
- Afgelopen 3 maanden
- Anders, namelijk:.....

c5. Welke maatregelen zijn vanwege de gedragsproblemen genomen tijdens de detentie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen
- BZA (eventuele overplaatsing naar)
- PMO (bespreking in het)
- Medicatie
- Isoleercel
- Overplaatsing naar:.....
- Anders, namelijk:.....

c6. Is de geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de gedragsproblemen toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de gedetineerde?

- Niet van toepassing (geen zorg geboden)
- Onbekend
- Nee, want:.....
- Ja, want:.....

c7. Is geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de gedragsproblemen toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de inrichting?

- Niet van toepassing (geen zorg geboden)
- Nee, want:.....
- Ja, want:.....

D. VERSLAVINGSPROBLEMEN

d1. Was er, voor zover u bekend, voor aanvang van de huidige detentie sprake van verslavingsproblemen (alcohol en soft/harddrugs)?

- Nee
- Onbekend
- Ja in enige mate, namelijk:.....
- Ja in ernstige mate, namelijk:.....

d2. Wat is, naar uw mening, de invloed van de huidige detentie op de verslavingsproblemen die aanwezig waren voor aanvang van de detentie?

- Onbekend (onbekend of er sprake was van verslavingsproblemen voorafgaande aan de detentie)
- Niet van toepassing (geen verslavingsproblemen voorafgaande aan de detentie)
- Geen invloed (ernst van de verslavingsproblemen is min of meer hetzelfde gebleven)
- Negatieve invloed (ernst van de verslavingsproblemen is toegenomen tijdens detentie)
- Positieve invloed (ernst van de verslavingsproblemen is afgenomen tijdens detentie)

d3. Is er tijdens de detentieperiode (ook) sprake (geweest) van verslavingsproblemen?

- Onbekend (ga verder naar vraag e1)
- Nee (ga verder naar vraag e1)
- Ja vanwege onthoudingsverschijnselen
- Ja vanwege middelengebruik, namelijk:.....
.....

d4. Op welk moment was er tijdens detentie sprake van verslavingsproblemen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Gehele detentieperiode (van begin tot heden)
- Begin detentieperiode (eerste drie maanden detentieperiode)
- Afgelopen 3 maanden
- Anders, namelijk:.....

d5. Welke maatregelen zijn vanwege de verslavingsproblemen genomen tijdens de detentie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen
- BZA (eventuele overplaatsing naar)
- PMO (bespreking in het)
- Medicatie
- Isoleercel
- Overplaatsing naar:.....
- Anders, namelijk:.....

d6. Is de geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de verslavingsproblemen toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de gedetineerde?

- Niet van toepassing (geen zorg geboden)
- Onbekend
- Nee, want:.....
- Ja, want:.....

d7. Is geboden zorg tijdens detentie m.b.t. de verslavingsproblemen toereikend (geweest) vanuit het perspectief van de inrichting?

- Niet van toepassing (geen zorg geboden)
- Nee, want:.....
- Ja, want:.....

III. OVERIGE VRAGEN

a. Heeft de detentie, naar uw beleving, positieve effecten gehad op de algehele psychische conditie van gedetineerde?

- Onbekend
- Nee, want:
- Ja, namelijk:.....

b. Heeft de detentie, naar uw beleving, negatieve effecten gehad op de algehele psychische conditie van gedetineerde?

- Onbekend
- Nee, want:
- Ja, namelijk:.....

c. In hoeverre is, naar uw mening, de (duur van) detentie van invloed op de motivatie van de TBS-gestelde voor de latere TBS-behandeling?)

- Onbekend / geen idee
- Detentie heeft, vanwege de duur, een negatieve invloed op de motivatie
- Detentie heeft, ongeacht de duur ervan, een negatieve invloed op de motivatie
- Detentie heeft geen invloed op de motivatie
- Anders, namelijk:.....

Ruimte voor aanvullende opmerkingen:

Wilt u de vragenlijst voor 25 juni 2008 terugsturen in de bijgesloten envelop naar:
Advies- en Onderzoeksgroep Beke
Rijnkade 84
6811 HD ARNHEM

Bijlage 2 Overzicht van de respondenten

Nederland

Dr. E. Bulten	hoofd diagnostiek onderzoek en opleidingen Pompestichting
P. Dobbinga	coördinator plaatsing en behandeling individuele TBS-zaken
Dr. J. Harte	universitair docente VU, voormalig psychologe Pieter Baan Centrum
Mr. H. Lattooij	beleidsmedewerkster ministerie van Justitie (Gevangeniswezen)
Drs. D. van der Kolk-Heyne	hoofd Psychologische Dienst, JI Vught
Mr. J. van Mulbreght	hoofd juridische zaken Pieter Baan Centrum
Dr. M. Philipse	Pompestichting
Drs. E.S.J. Roorda	klinisch psycholoog-seksuoloog, BIBA, PI Haaglanden
M. Vaartjes	hoofd Bureau Selectiefunctionarissen, DJI

Buitenland

Dr. T.L. Nicholls	University of British Columbia & Simon Fraser University, Canada
Dr. P.W.H. Frodl	Psychiater, DJI, Forensisch Psychiatrische Dienst, Lelystad (voorheen werkzaam bij Forensische Abteilung, Bedburg- Hau)

Bijlage 3 Vragen telefonische interviewronde 10 PI's

In hoeverre is bij de PI bekend of de gedetineerden een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen? Bij wie wel/niet?

In hoeverre is bekend wat de eventuele psychische problematiek is van de TBS-gestelden?

In hoeverre is er geformaliseerd beleid in de PI voor het verblijf van TBS-gestelden?

a. zo niet, wat is de reden hiervan?

b. zo ja, waar heeft dat beleid betrekking op (opvang, zorg, begeleiding et cetera)?

In hoeverre wordt aan dat beleid in de praktijk uitvoering gegeven?

Wat zijn de knelpunten in de uitvoering van (eventueel) beleid in de praktijk en op welk gebied liggen die (problematiek TBS-er, bemensing, financiën et cetera)?

Welke toekomstige ontwikkelingen zijn in uw inrichting te verwachten met betrekking tot de opvang van TBS-gestelden?

In hoeverre is er binnen uw PI oog/aandacht (in de vorm van geformaliseerd beleid) voor eventueel negatieve gevolgen van detentie op de psychische gesteldheid van de gedetineerden c.q. TBS-gestelden?

In hoeverre is er binnen uw PI oog/aandacht (in de vorm van geformaliseerd beleid) voor eventueel negatieve gevolgen van detentie op motivatie voor behandeling van de TBS-gestelden?

Zijn er andere, voor dit onderzoek belangrijke zaken te noemen als het gaat om TBS-gestelden in uw inrichting?

Bijlage 4 Lijst van afkortingen

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BGG	Beperkt Gemeenschapsgeschikten
BIBA	Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling
BSF	Bureau Selectiefunctionarissen
BZA	Bijzondere Zorgafdelingen
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EBI	Extra Beveiligde Inrichting
EZV	Extra Zorg Voorzieningen
FOBA	Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst (thans NIFP geheten)
FSU	Forensische Schakelunit
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HvB	Huis van Bewaring
IBA	Individuele Begeleidingsafdeling
JI	Justitiële Inrichting
LAA	Landelijke Afzonderingsafdeling
LABG	Landelijke Afdeling voor Beheersproblematische Gedetineerden
MITS	Monitor Informatie Terbeschikking Stelling
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
PI	Penitentiaire Inrichting
PKB	Preklinische behandeling
PKI	Preklinische Interventie
PMO	Psycho Medisch Overleg
PSC	Penitentiair Selectiecentrum
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
VBA	VerslavingsBegeleidingsafdeling

Eerder verschenen in de Bekereeks

2008

Ambtscriminaliteit aangegeven?

Een onderzoek naar het opvolgen van en kennis over de wettelijke verplichting tot aangifte van artikel 162 Sv misdrijven

Verborgene problemen

Een onderzoek naar (de aanpak van) criminaliteit onder Antillianen in Nederland

Bont en Blauw

Een onderzoek naar de strafrechtelijke behandeling van geweldszaken tegen politieambtenaren en de bejegening van slachtoffers daarvan door de politie en het openbaar ministerie

Zie voor meer informatie over de uitgaven in deze reeks: www.beke.nl

De minister van Justitie heeft op verzoek van de Tweede Kamer een onderzoek toegezegd naar de mogelijk schadelijke gevolgen van het ondergaan van een (langdurige) gevangenisstraf voorafgaand aan de TBS-behandeling. Dit zou met name kunnen gelden voor de TBS-gestelden die een zogenoemd combinatievonnis opgelegd hebben gekregen (naast de TBS-maatregel ook een gevangenisstraf).

In dit verkennende onderzoek wordt het profiel beschreven van de TBS-gestelden die in 2005 en 2006 een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen, al dan niet in combinatie met een gevangenisstraf. Bij TBS-gestelden die naast de maatregel ook gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen, staat een meer antisociale problematiek op de voorgrond. TBS-gestelden zonder gevangenisstraf worden eerder gekenmerkt door psychiatrische problematiek. Deze laatste groep wordt ook vaker geplaatst op allerlei bijzondere zorgvoorzieningen in de penitentiaire inrichtingen en landelijke voorzieningen. Een groot deel van de TBS-gestelden is in 2008 al geplaatst in een TBS-kliniek. De groep TBS-gestelden met een combinatievonnis die op dat moment al is overgeplaatst naar een kliniek zit gemiddeld niet veel langer in detentie dan de groep die alleen een TBS-maatregel opgelegd heeft gekregen.

Op grond van de wetenschappelijke literatuur, interviews en een enquête met betrekking tot de groep TBS-gestelden die zich in 2008 nog in detentie bevond, kan geen eenduidig antwoord worden gegeven op de vraag in hoeverre gevangenisstraf voorafgaand aan de opname in een TBS-kliniek negatieve effecten heeft op de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling van de TBS-gestelden. Er zijn aanwijzingen dat detentie zowel negatieve als positieve effecten zou kunnen hebben op de psychische gesteldheid van gedetineerden. Negatieve effecten zouden vooral aan het begin van de detentieperiode optreden. TBS-gestelden met antisociale problematiek zijn het minst gemotiveerd voor behandeling. Mogelijk dat detentie voorafgaande aan de TBS-behandeling dit nog versterkt. Om de effecten van gevangenisstraf op de psychische gesteldheid en motivatie voor behandeling vast te kunnen stellen, is echter longitudinaal onderzoek nodig.