

**In profiel:
De doelgroepen van GGZ en Justitie**

en

**Behandelgeschiedenis en justitieverleden
van forensische en GGZ-patiënten**

Achtergrondstudies



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Adviseur in gezondheid en Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en het parlement. Hij zet zich in voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Beste lezer,

Deze publicatie bevat twee achtergrondstudies van het Trimbos-instituut:

1. In profiel: De doelgroepen van GGZ en Justitie
2. Behandelgeschiedenis en justitieverleden van forensische en GGZ-patiënten

Het Trimbos-instituut heeft deze twee studies geschreven voor de RVZ en wel voor het advies Stoornis en delict (mei 2012).

Drs. P. Vos,
algemeen secretaris

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Broese en Peereboom
Druk: Broese en Peereboom
Uitgave: 2012
ISBN: 978-90-5732-241-9

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 12/03.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

In profiel:

De doelgroepen van GGZ en Justitie

drs. Laura Neijmeijer
Anne Marije Rijkaart, MSc.
dr. Hans Kroon



**Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
bij het advies Stoornis en delict**

Den Haag, 2012

Inhoudsopgave

	Voorwoord	7
	Inleiding	9
1	Onderzoeksdoel en -opzet	11
1.1	Vraagstelling, focus en afbakening	11
1.2	Werkwijze	12
2	Beleidsinformatie en -documentatie	15
2.1	Justitie / forensische zorg	15
2.2	De GGZ-sector	19
2.3	De maatschappelijke opvang	21
3	Informatie uit databestanden en registratiesystemen	25
3.1	Casusregister Dwang en Drang	25
3.2	Psychiatrisch Casusregister Noord Nederland	29
3.3	Landelijk DBC-informatiesysteem (DIS)	33
3.4	Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO)	34
4	Onderzoeksdata Trimbos-instituut	38
4.1	Vergelijking tussen de reguliere en de forensische (F)ACT-populatie	38
4.2	Vergelijking binnen de forensische (F)ACT populatie	42
5	Resultaten literatuurstudie	47
5.1	Kenmerken van TBS-patiënten	47
5.2	Kenmerken van gedetineerden met psychiatrische problemen	50
5.3	Kenmerken van gedwongen opgenomen GGZ-patiënten	51
6	Samenvatting, conclusies en nabeschuiving	54
6.1	Samenvatting en conclusies	54
6.2	Beperkingen van dit onderzoek	56
6.3	Nuancering in plaats van stereotypering	57
6.4	Kan de GGZ een nieuwe toestroom van justitiabelen aan?	57
	Bijlage 1	59
	Literatuur	60

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen de doelgroepen van Justitie en de GGZ. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) naar aanleiding van een adviesaanvraag van Minister Schippers van VWS over de gevolgen van de inwerkingtreding van de Wet op de Forensische Zorg en de Wet op de Verplichte GGZ voor de GGZ-sector. Dit onderzoek maakte deel uit van een serie andere achtergrondstudies die de RVZ tegelijkertijd liet uitvoeren naar de opvattingen van inhoudelijk deskundigen over de consequenties van de nieuwe wetgeving (Scholten, 2012), de verschillen in besturingsmodellen tussen de GGZ en Justitie (Bouman e.a., 2012) en de verschillen in cultuur tussen beide sectoren (Zarrinkhameh, 2012).

De in dit rapport beschreven onderzoeksresultaten zijn met name gebaseerd op data afkomstig uit data-bestanden en registratiesystemen zoals die gehanteerd worden binnen de GGZ en Justitie. In korte tijd hebben we veel cijfermateriaal verzameld en geanalyseerd over kenmerken van patiënten die in diverse GGZ- en forensische settings behandeld worden. Dit was niet mogelijk geweest zonder de bereidwillige hulp van de diverse contactpersonen: Eric Noorthoorn (Casusregister Dwang en Drang), Ellen Visser (Psychiatrisch Casusregister Noord Nederland), Dung Ngo (GGZ Nederland; DBC-informatiesysteem), Jessica Wesselius (jaarcijfers PPC Amsterdam); Ernst Blaauw (IFZO); Monique Schippers (BOPZIS) en Cyril van Schijndel, Nol van Gemmert en Anita Johanisse van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie en Veiligheid. We willen hen hiervoor bij dezen nogmaals hartelijk bedanken voor het snel beschikbaar stellen van de informatie.

Inleiding

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft van Minister Schippers in mei 2011 een adviesaanvraag gekregen over forensische GGZ. Aanleiding voor deze adviesaanvraag vormt de voorbereiding van twee nieuwe wetten, de Wet Forensische Zorg (WFZ) en de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ). De samenhang van beide wetten is geregeld in artikel 2.3 van het wetsvoorstel WFZ. Dit artikel regelt dat de strafrechter een zelfstandige bevoegdheid krijgt om een zorgmachtiging op te leggen, al dan niet in combinatie met een strafrechtelijke titel. Hierdoor kan mogelijk een grotere dan wel nieuwe toestroom ontstaan vanuit de forensische zorg naar de GGZ. De vraag die de Minister aan de RVZ in dit kader heeft voorgelegd is: welke maatregelen moeten er, wanneer de twee nieuwe wetten er zijn, worden genomen om zorg en justitie adequaat te kunnen laten functioneren?

Om deze vraag te beantwoorden heeft de RVZ een drietal externe onderzoeks- en adviesbureaus ingeschakeld: Significant, Indigo en het Trimbos-instituut. Aan het Trimbos-instituut heeft de RVZ gevraagd om onderzoek te doen naar de overeenkomsten en verschillen tussen de doelgroepen van justitie en GGZ. Het gaat de Raad daarbij om kenmerken zoals diagnose, prognose, sociaal-economische achtergrond, etniciteit en gedrag. Het onderzoek moet inzicht geven in de vraag in hoeverre beide populaties van elkaar te onderscheiden zijn dan wel overlappen.

1. Onderzoeksdoel en -opzet

1.1 Vraagstelling, focus en afbakening

De onderzoeksvraagstelling is als volgt geformuleerd: “Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de GGZ- en forensische patiëntenpopulaties?”

Aan deze centrale vraagstelling liggen verschillende overwegingen en vragen ten grondslag, zoals:

- Kan de GGZ de forensische doelgroep aan?
- Zijn forensische patiënten nu wel zoveel anders dan reguliere GGZ-patiënten?
- Is het terecht dat de GGZ patiënten met een strafrechtelijke titel weert uit de GGZ, zoals vaak beweerd wordt?
- Is het terecht dat er een apart circuit bestaat voor forensische zorg, los van de GGZ? Bestaan daarvoor inhoudelijke argumenten?

In de beantwoording van deze vraagstelling wordt een onderscheid gemaakt tussen de ambulante en de klinische populatie in de GGZ en de forensische zorg.

Wat betreft de ambulante populatie ligt de focus van ons onderzoek op patiënten die in zorg zijn bij assertive community treatment (ACT)-teams. ACT- en functie ACT (FACT)- teams bieden langdurende, ambulante zorg aan patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen die te kampen hebben met problematiek op diverse levensgebieden. Sinds enkele jaren zijn in Nederland ook diverse forensische (F)ACT-teams tot stand gekomen, die zorg en monitoring bieden specifiek aan forensisch-psychiatrische patiënten. Reden om dit onderzoek te focussen op de (F)ACT-populatie is dat het Trimbos-instituut recent onderzoek heeft gedaan naar zowel de patiëntenpopulaties van reguliere ACT-teams (Van Vugt et al, 2011) als forensische (F)ACT-teams (Place et al, 2011), en dat de gegevens dus vrij eenvoudig en in relatief korte tijd te ontsluiten zijn.

Wat betreft de klinische populatie is het ons streven een vergelijking te maken tussen de patiënten die (bij voorkeur met een civielrechtelijke maatregel) behandeld worden op opname- of behandelafdelingen van reguliere GGZ-instellingen en patiënten die behandeld worden in één van de klinische forensische settings. Indien mogelijk onderscheiden we daarbij drie groepen:

- Patiënten die verblijven in FPC's (TBS-klinieken);
- Patiënten die verblijven in FPK's en FPA's;
- Patiënten die verblijven in PPC's.

1.2 Werkwijze

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. *Analyse beleidsdocumentatie*

Algemene beleidsinformatie is verzameld en geanalyseerd over zowel de GGZ-sector als over Justitie / forensische zorg. De beleidsdocumenten van Justitie (Forensische zorg in getal, 2010; Gevangeniswezen in getal, 2010) bevatten naast algemene cijfers over capaciteitsontwikkeling, instroom en uitstroom ook geaggregeerde informatie over een aantal persoonskenmerken van de personen die in de diverse forensische settings verblijven.

2. *Analyse onderzoeksmateriaal Trimbos-instituut*

Om zicht te krijgen op de kenmerken van patiënten die ambulantly behandeld worden in de forensische zorg respectievelijk de GGZ, zijn de data die verzameld zijn in het kader van het project forensische (F)ACT (Place et al, 2011) nader geanalyseerd en vergeleken met gegevens van patiënten die bij reguliere ACT-teams in zorg zijn (Van Vugt et al, 2011). Vergelijking heeft plaatsgevonden op de volgende kenmerken: leeftijd en geslacht; sociale status; opleiding en werk; dakloosheid; diagnose; middelengebruik; politie/justitiecontacten in het afgelopen jaar; opnames in de GGZ/verslavingszorg in het afgelopen jaar; verblijf in detentie in het afgelopen jaar; psychisch functioneren (GAF¹ en HoNOS²); zorgbehoeftes (CAN³).

3. *Analyse databestanden en registratiesystemen*

Om zicht te krijgen op de kenmerken van patiënten die klinisch behandeld worden in GGZ- en forensische settings, is getracht om toegang te krijgen tot diverse databestanden en registratiesystemen zoals die gehanteerd worden binnen de GGZ en de forensische zorg. Informatie is verkregen uit de volgende registratiesystemen:

Casusregister dwang en drang / ARGUS

ARGUS is een gegevensset voor de landelijke registratie van vrijheidsbeperkende interventies. De gegevensset is in 2006 opgezet in het kader van het landelijke project dat gericht was op de reductie van dwang en drang, en is sindsdien verder doorontwikkeld. De huidige dataset is inmiddels voor de volwassenen- en ouderenzorg uitontwikkeld. De gegevens worden voorsnog op vrijwillige basis aangeleverd door deelnemende GGZ-instellingen. Per januari 2013 wordt participatie verplicht voor alle instellingen.

Het Casusregister dwang en drang bevat met name gegevens over patiënten die op (gesloten) opname-, behandel- en verblijfsafdelingen verblijven waar vrijheidsbeperkende maatregelen met enige regelmaat worden toegepast. Het register bevat naast informatie over vrijheidsbeperkende interventies informatie over diverse patiëntenkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, etniciteit en diagnoses. Ten behoeve van ons onderzoek zijn gegevens van patiënten die verblijven op klinische

- 1 Global Assessment of Functioning (GAF)
- 2 Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)
- 3 Camberwell Assessment of Needs (CAN)

opname- en verblijfsafdelingen vergeleken met de gegevens van patiënten die behandeld worden op forensisch-psychiatrische afdelingen (FPA's) van GGZ-instellingen. Omdat de patiëntgegevens uit de DBC-registraties worden geput, bevat het Casusregister Dwang en Drang voornamelijk niet van alle instellingen betrouwbare gegevens m.b.t. de juridische of strafrechtelijke status van patiënten.

Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland

Het doel van het Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland (PCR-NN) is het monitoren van de ontwikkelingen in de GGZ in de drie noordelijke provincies. De gegevens worden onttrokken uit de administratieve systemen van GGZ Friesland, Lentis, UMCG-UCP, GGZ Drenthe, RIBW Drenthe, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en Accare (kinder- en jeugdpsychiatrie). Het PCR-NN bevat geanonimiseerde informatie over patiënten die in zorg zijn (geweest) van één van genoemde instellingen. Gegevens zijn o.a. beschikbaar over leeftijd, geslacht en diagnose, daarnaast is informatie beschikbaar over psychisch en sociaal functioneren (Honos, GAF), kwaliteit van leven (Mansa) en zorgconsumptie.

In het PCR-NN wordt onderscheid gemaakt tussen 9 zorgsoorten. In ons onderzoek worden de patiënten van de reguliere GGZ (categorie 1, exclusief kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg⁴ en RIBW) vergeleken met de patiënten van de forensische afdelingen van de GGZ (categorie 9). In verband met de volledigheid aan informatie is de keuze gemaakt om de gegevens van de laatste drie beschikbare jaren te bekijken (2007-2009).

DBC-informatiesysteem (DIS)

Het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) ontvangt en beheert alle informatie over de Diagnose Behandel Combinaties. De informatie wordt aangeleverd door zorgaanbieders. De DBC-systematiek is in 2008 ingevoerd voor de GGZ. DBC-Onderhoud ontwikkelt en beheert de DBC-systematiek in samenwerking met o.a. GGZ Nederland.

GGZ Nederland heeft ten behoeve van dit onderzoek de DBC's geselecteerd die in 2010 door haar lidinstellingen zijn afgesloten en waarbij tevens sprake was van een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS). Binnen deze selectie zijn de patiënten die behandeld werden binnen het circuit Volwassenen (zowel kort als lang) vergeleken met de patiënten die behandeld werden binnen het circuit Forensisch. Omdat het DIS zich beperkt tot de DBC's en geen informatie bevat over de DBBC's (deze informatie wordt door Justitie beheerd) betreft het hier alleen patiënten die met een civielrechtelijke maatregel behandeld worden in een forensische setting, en zijn patiënten met een strafrechtelijke titel uitgesloten.

Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO)

IFZO is een registratiesysteem van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie. IFZO bevat informatie die wordt verzameld over personen met een strafrechtelijke titel die door één van de drie indicerende instanties (reclasseringsorganisaties, NIFP, psychomedisch overleg van het gevangeniswezen) zijn geïndiceerd voor ambulante of klinische forensische zorg op de door Justitie ingekochte zorgplaatsen in de GGZ (FPA's, SGLVG-plaatsen, forensische RIBW's). IFZO bevat informatie over diverse persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht, geboorteland en diagnoses.

4 Verslavingsafdelingen / dubbelediagnose-afdelingen van GGZ-instellingen zijn wel meegenomen.

Overige registers (niet geraadpleegd)

BOPZIS

BOPZIS is een registratiesysteem van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat gegevens bevat over aantallen dwangopnames en dwangtoepassingen. Er worden summier persoonskenmerken geregistreerd. Omdat het DIS ook informatie bevat over persoonskenmerken van gedwongen opgenomen patiënten in de GGZ, is de BOPZIS-informatie niet geanalyseerd.

MITS

Informatie over TBS-gestelden wordt vastgelegd in het registratiesysteem MITS. Omdat er zowel in de beleidsrapportages van Justitie als in vakliteratuur relatief veel informatie te vinden is over de kenmerken van TBS-gestelden, is besloten de MITS niet te raadplegen.

FRIS

FRIS is een registratiesysteem van de NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie) en bevat informatie over persoonskenmerken van personen die (in detentie of elders) geconsulteerd worden door de psychiaters van de NIFP. FRIS bevat informatie over geslacht, leeftijd, geboorteland en diagnoses. Helaas bleek het niet mogelijk om binnen de looptijd van het onderzoek FRIS te ontsluiten.

TULP

Informatie over het gevangeniswezen wordt vastgelegd in TULP. Dit registratiesysteem bevat zeer summier informatie over de PPC-populatie. Gedetineerden die in reguliere detentie verblijven en gezien worden door een psychiater, worden niet als aparte groep onderscheiden binnen TULP. Om deze redenen is besloten TULP niet te raadplegen.

4. Literatuurstudie

In aanvulling op bovenstaande activiteiten is een literatuursearch uitgevoerd, waarbij de primaire focus lag op Nederlandstalige publicaties en publicaties over Nederlands onderzoek. In totaal zijn ca 30 publicaties bestudeerd over de kenmerken van (forensisch) psychiatrische patiënten en over grensstromen in de forensische zorg.

2. Beleidsinformatie en –documentatie

Dit hoofdstuk bevat een beknopte kwantitatieve beschrijving van de sectoren (en deels ook van de patiënten in die sectoren) Justitie/forensische zorg, de GGZ en de Maatschappelijke Opvang (MO). De gegevens zijn afkomstig uit beleidsdocumenten van ministeries en onderzoeks/ beleidsinstanties.

2.1 Justitie / forensische zorg

Cijfers over de omvang van de forensische sector zijn gepubliceerd in diverse beleidsdocumenten van Justitie. Deze beleidsdocumenten bevatten naast algemene cijfers over capaciteitsontwikkeling, instroom en uitstroom ook geaggregeerde informatie over een aantal kenmerken van de personen die in de betreffende forensische settings verblijven. Het gaat om de volgende publicaties:

- TBS in maat en getal 1995-2000;
- Forensische zorg in getal, 2006-2010;
- Gevangeniswezen in getal, 2006-2010.

De Terbeschikkingstelling in maat en getal, 1995-2000

In de rapportage ‘TBS in maat en getal 1995-2000’ worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen de TBS-sector beschreven in de periode 1995-2000. Hoewel de gegevens over de sector enigszins verouderd zijn, verschaft de rapportage uitgebreide en voor dit onderzoek zeer bruikbare gegevens over de aard van de patiëntenpopulatie binnen de TBS-sector.⁵ Interessant is ook dat de TBS-populatie op een aantal punten wordt vergeleken met de klinische GGZ-populatie.

Over de patiëntenpopulatie wordt het volgende vermeld:

- Hoofdzakelijk mannen. Het aandeel vrouwen in de TBS-sector is 5%. De gemiddelde leeftijd van de TBS-populatie is 34,9 jaar; 82% van de TBS-gestelden is tussen de 20 en 44 jaar. De sekseverdeling en leeftijdsopbouw van de TBS-populatie wijkt hiermee sterk af van de populatie in psychiatrische ziekenhuizen.
- Hoofdzakelijk Nederlanders. 72% van de TBS-gestelden is in Nederland geboren en 91% heeft de Nederlandse nationaliteit. 69% heeft een Nederlandse etnisch-culturele achtergrond.
- Veelal ongehuwd. Driekwart van de TBS-gestelden was ten tijde van het delict ongehuwd en nooit gehuwd geweest. 40% was alleenstaand, terwijl een vijfde met een partner (al dan niet met kinderen) leefde en eveneens een vijfde met anderen (zoals in een instelling).
- Laag opleidingsniveau. Driekwart van de TBS-gestelden heeft geen (5%), buitengewoon (22%) of alleen lager onderwijs (49%) gehad. De gemiddelde intelligentie is 97,3 en is daarmee slechts weinig lager dan het normgemiddelde van 100. Hieruit kan worden opgemaakt dat van nogal wat TBS-gestelden de schoolprestaties beneden hun intellectuele vermogens liggen.

5 Van Nieuwenhuizen et al (2011) verschaffen meer recente informatie over de patiëntenkenmerken van TBS-gestelden. De informatie is gebaseerd op onderzoek bij 180 casussen in 13 FPC's. Dit onderzoeksrapport wordt besproken in hoofdstuk 5.

- Veelal geen betaald werk. Ruim een kwart had een inkomen uit arbeid en ruim de helft een uitkering.
- Gewelddelicten. In de TBS zijn de delicten voor 98% gewelddelicten (bedreiging, letsel, dodelijke afloop), al dan niet (mede) van seksuele aard (28%) en al dan niet in combinatie met vermogensdelicten (30%). Van de seksueel delinquenten heeft 40% een pedoseksueel delict gepleegd. Circa 10% van de TBS-gestelden heeft zich schuldig gemaakt aan brandstichting. Naar aard van het delict verschillen TBS-gestelden sterk van de gedetineerdenpopulatie, waarbij gewelddelicten ongeveer een derde van het totaal aantal delicten vormen, vermogensdelicten bijna 30% en opiumwetdelicten ongeveer 15%.
- Justitiële voorgeschiedenis: 70% is voorafgaand aan de TBS-maatregel al eerder veroordeeld geweest met een (voorwaardelijke) vrijheidsbeneming. Bij de eerste veroordeling was men gemiddeld 23 jaar.
- GGZ-verleden: Ruim tweederde van de TBS-gestelden heeft voor de TBS al contacten gehad met de reguliere GGZ. 46% is eerder opgenomen geweest in een GGZ-instelling; in 40% van de gevallen betrof het een gedwongen civielrechtelijke opname. Bijna een kwart had eerder ambulante GGZ-contacten. 37% van de TBS-gestelden heeft een tehuiservaring.
- Aard problematiek: Een kwart van de TBS-gestelden is gediagnosticeerd met een psychotische stoornis (m.n. schizofrenie). Het aandeel psychotische stoornissen in de TBS is de laatste jaren toegenomen; dit heeft waarschijnlijk te maken met een toename van het aandeel allochtone patiënten in de TBS-sector. 43% heeft (mede) een aan middelengebruik gerelateerde stoornis. Bij driekwart (75 à 80%) van de TBS-gestelden is de stoornis (mede) geclassificeerd als een persoonlijkheidsstoornis; het betreft vooral cluster B-persoonlijkheidsstoornissen. Comorbiditeit komt veelvuldig voor; 60% heeft een stoornis op beide assen.
- Delictgevaar en verwacht toekomstig zorgsysteem. Bij bijna de helft van de TBS-gestelden (45%) wordt de onmiddellijke delictgevaarlijkheid als hoog ingeschat. Bij hooguit de helft van de TBS-gestelden wordt bij aanvang van de behandeling een zelfstandig verblijf in de samenleving voorzien bij beëindiging van de intramurale verpleging.

Forensische zorg in getal, 2006-2010

In de rapportage 'Forensische zorg in getal 2006-2010' worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen de FPC's, de inkoopplaatsen binnen de GGZ en de inkoopplaatsen binnen de PPC's beschreven in de periode 2006 tot 2010.

De belangrijkste ontwikkelingen met betrekking tot de FPC's zijn:

- Minder instroom. In de periode 2006-2010 is het aantal TBS-opleggingen met bevel tot verpleging gehalveerd (2006: 188, 2010: 94). Ook het aantal TBS-opleggingen met voorwaarden is in de periode 2006-2010 meer dan gehalveerd (2006: 128, 2010: 62).
- Meer uitstroom. Het aantal proefverloven en (voorwaardelijke) beëindigingen is de laatste jaren toegenomen.
- Toename verblijfsduur. De mediane verblijfsduur van de populatie die vanaf 1999 gestart is met TBS, bedraagt 10,2 jaar. De verblijfsduur is de laatste jaren toegenomen.
- Toename capaciteit. De gerealiseerde FPC-capaciteit bedraagt 2.156 plaatsen in 2010. De capaciteit is sterk toegenomen (2006: 1.703).

Over de FPC-populatie bevat de rapportage de volgende gegevens:

- In 96% van de gevallen is er een geweldscomponent aanwezig, in 33% een seksuele component.
- 28% van de TBS-gestelden heeft een IQ lager dan 80. 65% heeft een persoonlijkheidsstoornis en 34 % een psychotische stoornis.
- 73% van de FPC-populatie heeft Nederland als geboorteland. De gemiddelde leeftijd is 41 jaar.

Over de ingekochte plaatsen in de GGZ is het volgende bekend:

- In 2010 had Dforzo 76 zorgaanbieders gecontracteerd.
- Dforzo kocht in 2010 1.219 plaatsen in bij GGZ-voorzieningen, vooral bij FPA's en FPK's, verslavingszorg en RIBW's. Opvallend is de sterke groei van SGLVG-plaatsen.
- Over de omvang en aard van de patiëntenpopulatie op de door Justitie ingekochte zorgplaatsen bevat de rapportage geen gegevens.

Over de ingekochte plaatsen in de PPC's is het volgende bekend:

- In september 2010 verbleven in totaal 550 gedetineerden op (700) PPC-plaatsen.
- Ongeveer de helft van de PPC-populatie bestaat uit voorlopig gehechten en ruim 20% uit mensen met een gevangenisstraf. De gemiddelde leeftijd is 36 jaar. Bijna 60% is geboren in Nederland. 3% is vrouw.

Gevangeniswezen in getal, 2006-2010

In de rapportage 'Gevangeniswezen in getal 2006-2010' worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen het gevangeniswezen beschreven. De rapportage bevat ook enige geaggregeerde informatie over de aard en omvang van de populatie in detentie.

De belangrijkste ontwikkelingen met betrekking tot het gevangeniswezen (GW) zijn:

- Daling instroom. In 2010 stroomden 39.293 mensen in het GW. Dit is een daling van 12% t.o.v. 2006.
- Daling uitstroom. In 2010 stroomden 39.720 mensen uit het GW. Dit is een daling van 14% t.o.v. 2006.
- Afname capaciteit. In 2010 bedroeg de capaciteit van het GW 12.007; een afname van 18% t.o.v. 2006. De bezetting op peildatum september 2010 bedroeg 11.736.
- De mediane verblijfsduur van de (zittende) GW-populatie is 161 dagen. De gemiddelde verblijfsduur is 346 dagen.
- In 2010 verbleven (minimaal) 73 gedetineerden o.b.v. art 15.5 en 43.3 in een psychiatrisch ziekenhuis. 149 personen verbleven met een SOV/ISD buiten de penitentiaire instelling.
- In 2010 bedroeg de PPC-capaciteit 700⁶ plaatsen, hiervan waren er 536 bezet.

De rapportage bevat geen specifieke informatie over de PPC-populatie. Wel worden enkele gegevens vermeld over de algemene GW-populatie:

- Hoofdzakelijk mannen. Slechts 6,3% van de GW-populatie is vrouw. Gemiddelde leeftijd van de instromers is 34 jaar.
- Uiteenlopende nationaliteiten. 53% is in Nederland geboren.

6 Een deel van deze 700 plaatsen betreft reservecapaciteit.

- Uiteenlopende delicten. 38% van de GW-populatie zit vast vanwege een vermogensdelict, 25% vanwege een geweldsdelict (excl. zeden) en 20% vanwege overtreding van de opiumwet.
- Hoge recidive. 49,4% van de gedetineerden recidiveert binnen 2 jaar na ontslag, 32,5% wordt opnieuw gedetineerd. Gedetineerden die verblijven op bijzondere zorgafdelingen recidiveren vaker dan overige gedetineerden (ruim 40% t.o.v. ruim 30%). ISD-ers die uitstromen uit een gesloten regime recidiveren in 66% van de gevallen, ISD-ers die de laatste fase hebben doorlopen buiten de PI recidiveren in 45% van de gevallen.

Jaarverslag PPC-Amsterdam 2010

Anders dan de summier informatie in 'Forensische Zorg in getal' van DJI zijn er over de kenmerken van de PPC-populatie vooralsnog geen landelijke cijfers beschikbaar. Het registratiesysteem van de NIFP (FRIS) bevat wel enkele cijfers over de PPC-populatie maar de informatie is niet volledig en onvoldoende betrouwbaar en bleek bovendien niet te ontsluiten binnen de looptijd van dit onderzoek.

Over de patiëntenpopulatie van de PPC Amsterdam (PPC-A) is echter wel volledig en betrouwbaar cijfermateriaal voorhanden. Het jaarverslag 2010 geeft informatie over de patiënteninstroom en –uitstroom, hun karakteristieken, het behandelaanbod, de activiteiten die zijn ontplooid in het kader van continuïteit van zorg en de toepassingen van dwangmaatregelen en sancties. De cijfers over de patiëntenpopulatie van PPC-A laten zich volgens de directeur zorg en behandeling vrij goed extrapoleren naar de populaties van de andere vier PPC's⁷, mits we ons beperken tot de reguliere PPC-afdelingen en de crisisafdelingen van de PPC-A (voorheen FOBA) buiten het vizier houden.

Over de capaciteit en de in- en uitstroom van de reguliere afdelingen van PPC-A is de volgende informatie beschikbaar:

- De PPC-A beschikt over 62 (reguliere) plaatsen. Hier werden in 2010 131 patiënten opgenomen. Op een enkele uitzondering na waren al deze patiënten afkomstig vanuit PI's.
- De gemiddelde verblijfsduur was 102 dagen. De gemiddelde wachttijd bedroeg 15,7 dagen.
- In 2010 hebben 109 patiënten van de reguliere afdelingen de PPC-A verlaten, 1 patiënt heeft zich gesuïcideerd. De helft (51%) van de patiënten kwam terecht binnen een justitiële voorziening (PI, PPC, PBC, TBS). Een derde van de patiënten werd in behandeling genomen van de klinische GGZ (22%) of de ambulante GGZ (11%).

Over de karakteristieken van de PPC-A populatie (reguliere afdelingen) bevat het jaarverslag de volgende informatie:

- Vrijwel alle patiënten hebben een diagnose op as 1. Meest voorkomend is de diagnose schizofrenie / andere psychotische stoornissen (62%). 11% heeft een stemmingsstoornis (depressie of bipolaire stoornis). Daarnaast komen aanpassingsstoornissen en autistische stoornissen met enige regelmaat voor.
- Bij eenderde (32%) van de patiënten is tevens een as 2 stoornis gediagnosticeerd (14% PS NAO; 6% verstandelijke beperking; 5% antisociale PS; 6% borderline PS). Bij het merendeel van de patiënten (67%) is er sprake van een uitgestelde diagnose op as 2.

⁷ De PPC-Amsterdam heeft verhoudingsgewijs iets meer psychotische en illegale patiënten dan de andere PPC's. Kenmerkend voor de PPC-Amsterdam is ook dat er veel inspanningen worden ondernomen in het kader van continuïteit van (na)zorg, en dat die inspanningen zich vertalen naar resultaten.

- De grootste groep (56%) bevindt zich in preventieve hechtenis. 22% zit een gevangenisstraf uit, 10% heeft een ISD-maatregel en 7% heeft een TBS-maatregel. Een grote groep (46%) patiënten bevindt zich in detentie vanwege een geweldsdelict (incl moord en doodslag), daarnaast komen ook vermogensdelicten, seksuele delicten en brandstichting voor.
- Over het algemeen wordt op de PPC, indien het gedrag van de patiënt daartoe noodzaakt, een 'maatregel' opgelegd en niet een 'sanctie'. In 2010 werd er op de reguliere afdelingen 127 keer een ordemaatregel opgelegd. Aanleiding was meestal verbaal geweld, gevolgd door fysiek geweld t.o.v. personeel of andere gedetineerden en geluidsoverlast. De aard van de ordemaatregel was meestal plaatsing in een isoleercel.
- Op de reguliere afdelingen werd 9 maal dwangmedicatie toegepast bij 7 patiënten. In alle gevallen was er sprake van een psychotisch beeld.

Over de sociaal-demografische kenmerken zijn alleen cijfers beschikbaar over de gehele populatie van de PPC-A, dus inclusief de crisisafdelingen:

- De meerderheid van de populatie heeft de Nederlandse nationaliteit (69%), maar daarvan is een deel niet in Nederland geboren. Iets meer dan de helft van de populatie is in Nederland geboren.
- De gemiddelde leeftijd is midden dertig: mannen 34,5 en vrouwen 35,1 jaar.

2.2 De GGZ-sector

Voor de cijfers over de GGZ-sector (en deels ook over de patiënten in deze sector) hebben we met name rapporten van het Trimbos-instituut geraadpleegd, te weten:

- GGZ in tabellen, 2009;
- Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009;
- Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ, 2008.

GGZ in tabellen, 2009

Het rapport 'GGZ in tabellen' bevat de belangrijkste en meest recente cijfers over de GGZ-sector. Het gaat daarbij o.a. om de prevalentie van stoornissen (bron: Nemesis-studie), het zorggebruik (bron: Nemesis-studie) en het zorgaanbod (bron: Zorgis⁸ en NZa). De voor dit onderzoek belangrijkste bevindingen zijn als volgt:

- Zorggebruik. Er is geen één op één relatie tussen het hebben van een psychische stoornis en het krijgen van hulp. Tweederde van de volwassenen met een psychische stoornis heeft hiervoor in het afgelopen jaar geen enkele vorm van hulp gekregen. Vooral mensen die alcohol misbruiken komen relatief weinig in zorg. Desalniettemin lijkt de drempel om hulp te zoeken voor psychische problemen relatief laag in vergelijking met andere landen.
- In- en uitstroom. Eind 2007 waren 281.000 volwassenen cliënt van de klinische of ambulante GGZ (excl. RIBW). 240.000 volwassenen stroomden in, en 223.000 personen stroomden uit. 504.000 volwassenen hadden in 2007 tenminste één contact met de GGZ.

⁸ De gegevens binnen Zorgis omvatten o.a. informatie over de doorstroom van cliënten en de zorg die hen verleend werd. Gegevens van verslavingszorg en forensische psychiatrie zijn niet inbegrepen. In verband met de invoering van de DBC's is eind 2006 de gegevensaanlevering door instellingen aan Zorgis beëindigd. In 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis. De cijfers zoals gepresenteerd in dit rapport hebben derhalve betrekking op de periode 2003-2007.

In de periode 2003-2007 is zowel het aantal inschrijvingen, het aantal uitschrijvingen als het aantal cliënten in het 'actieve bestand' toegenomen.

- Vooral ambulante zorg. Het merendeel van de cliënten in het circuit volwassenen ontvangt ambulante zorg (87%). 11% ontvangt (gemengd) residentiële zorg.
- Langere zorgduur. Een cliënt was in 2007 gemiddeld bijna 12 maanden in behandeling. Over de afgelopen vijf jaar is de gemiddelde behandelduur met ruim twee maanden toegenomen.
- Toename onvrijwillige opnemingen. Het aantal onvrijwillige opnemingen bedroeg in 2009 18.671, een forse toename (van 42%) ten opzichte van 2002. De laatste jaren wordt vooral meer gebruik gemaakt van de voorwaardelijke machtiging.⁹
- Toename RIBW-capaciteit. De totale klinische capaciteit van de gezamenlijke GGZ-instellingen (inclusief kinder- en jeugd GGZ, ouderenzorg, verslavingszorg en RIBW) bedroeg in 2008 38.601 plaatsen, een toename van 36,5% t.o.v. 1993. De toename kan met name op conto worden geschreven van de uitbreiding van het aantal RIBW-plaatsen. Het aantal klinische plaatsen in de volwassenen- en ouderenzorg bedroeg per 2008 21.232 en was daarmee op het laagste peil sinds 1993.
- Toename ambulante capaciteit. Het aantal ambulante contacten is aanzienlijk toegenomen van 4.539 in 2001 tot 13.716 in 2008.
- Europese ontwikkelingen. Ten opzichte van andere Europese landen is in Nederland het aantal opname- en verblijfsplaatsen per 100.000 inwoners het minst sterk afgenomen (18,1% in Nederland ten opzichte van 52% in Europa).

De rapportage bevat geen informatie over de kenmerken van de doelgroep.

Toekomstverkenning intramurale GGZ, 2009

Het rapport 'Toekomstverkenning intramurale GGZ' beschrijft de te verwachten ontwikkelingen in de vraag naar intramurale GGZ tot 2020. De verkenning is gebaseerd op analyse van trends in het verleden en van determinanten van die trends, en beperkt zich tot de reguliere GGZ (dus exclusief verslavingszorg en forensische psychiatrie). In het onderzoek is gebruik gemaakt van diverse databestanden en registratiegegevens. Informatie over patiënten in de intramurale GGZ is afkomstig uit een onderzoek van Wennink e.a. (2002). Dit onderzoek richt zich op patiënten in de leeftijdscategorie van 20-65 jaar. Peildatum is 1998. De belangrijkste bevindingen uit deze studie zijn als volgt (wij hebben ons toegespitst op de groep van gedwongen opgenomen cliënten):

- Cliëntengroepen. Binnen de populatie van intramurale GGZ-cliënten kan onderscheid worden gemaakt tussen verschillende deelgroepen: cliënten met een incidentele periode van intensieve zorg, draaideurcliënten, verblijfscliënten, recent opgenomen cliënten zonder

9 In hoeverre de toename van het aantal onvrijwillige opnemingen samenhangt met een kortere opnameduur, is moeilijk te zeggen. GGZ in tabellen geeft hierover geen informatie. In de literatuur worden hierover verschillende uitspraken gedaan. Zo geven Wierdsma et al (2006) aan dat de gemiddelde opnameduur na IBS sinds de invoering van de wet BOPZ ongewijzigd is. Mulder en Van Hemert (2006) schrijven dat er over de opnameduur van dwangopnames geen betrouwbare gegevens bestaan. De algemene teneur in de vakliteratuur is dat, als het aantal onvrijwillige opnemingen al samenhangt met een verkorting van de opnameduur, dit één van de vele factoren is die meespeelt. De stijging van het aantal gedwongen opnemingen wordt toegeschreven aan een veelheid aan factoren zoals de druk van de overheid en de bevolking op psychiaters en rechters om patiënten sneller onder dwang op te nemen, een ruimere invulling van het gevaarscriterium door psychiaters zelf (zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang worden steeds meer als gevaar voor de patiënt zelf gezien), verschuivingen in de samenstelling van de bevolking, mogelijk meer en ander middelengebruik (meer cocaïne) en meer dwangmaatregelen voor patiënten met ernstige verslavingsstoornissen (Mulder en Snijdewind, 2006).

GGZ-verleden en gedwongen opgenomen cliënten. Tot deze laatste categorie worden die cliënten gerekend die de afgelopen zeven jaar minstens vier keer opgenomen zijn geweest, waarvan drie keer onvrijwillig.

- Leeftijd en sekse. De gemiddelde leeftijd van gedwongen opgenomen cliënten in de intramurale GGZ is 39 jaar. Dit komt redelijk overeen met de andere deelgroepen. Verblijfscliënten zijn gemiddeld 45 jaar. Onder de gedwongen opgenomen cliënten bevinden zich verhoudingsgewijs meer mannen (60%) dan onder de andere cliëntengroepen.
- Diagnose. 58% van de gedwongen opgenomen cliënten heeft een psychotische stoornis als hoofddiagnose. Dit komt overeen met de verblijfscliënten (57%), maar is aanzienlijk hoger dan bij de andere cliëntengroepen.
- Allochtonen. Het percentage allochtonen is onder de cliënten die gedwongen zijn opgenomen relatief hoog met 30%.

Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ, 2008

Dit rapport focust zich op trends in het zorggebruik van mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ in de periode 1995-2004. Gebruik is gemaakt van de informatie uit Zorgis en uit de drie psychiatrische casusregisters. De belangrijkste bevindingen zijn kort samengevat:

- Het aantal langdurig zorgafhankelijke (LZA) patiënten in de zorg is tussen 1995 en 2004 fors gestegen (39%). Dit is een aanwijzing voor een verbeterde continuïteit en toeleiding van de (ambulante) zorg.
- Het aantal volwassen LZA-patiënten stijgt in alle zorgvormen, ook intramuraal. Er zijn de laatste jaren met name meer forensische bedden en RIBW-plekken gekomen. Een dergelijke trend wordt ook elders waargenomen. Priebe e.a. (2005) wijzen op een 'reïnstitutionalisering' in de periode 1990-2002 in diverse west-Europese landen, waaronder Nederland, die doorzet in de periode 2002-2006 (Priebe e.a., 2008). Eén van de mogelijke verklaringen die voor deze reinstitutionalisering wordt aangevoerd is 'een tijdsgesest bij de samenleving en bij hulpverleners om risico's via institutionalisering te beperken'.
- Nederland heeft in 2006 na Duitsland de meeste psychiatrische bedden en is koploper met het aantal forensische bedden. Deze landen waren de enige van de negen door Priebe et al (2008) geïnterviewde landen met een stijging van het aantal bedden tussen 2002 en 2006.
- Parallel aan de institutionalisering is de ambulante zorg geïntensiveerd.

2.3 De maatschappelijke opvang

Cijfers over de maatschappelijke opvang (MO) zijn schaars. In het kader van de monitor maatschappelijke opvang leveren voorzieningen die zijn aangesloten bij de Federatie Opvang gegevens aan over hun capaciteit en productie, maar de informatie is niet compleet. Voor zover de informatie strekt bedraagt de capaciteit voor de MO, de vrouwenopvang en de gecombineerde MO/vrouwenopvang in 2008 respectievelijk 11.336, 2.591 en 7.093 plaatsen (in totaal 21.020 plaatsen). GGZ in tabellen 2009 vermeldt dat "voorzichtig geconcludeerd kan worden dat bij elke voorzieningsoort (nachtopvang, vrouwenopvang, woonvoorzieningen) een stijging te zien is tussen 2005-2008. Het is echter moeilijk om vast te stellen of er daadwerkelijk sprake is van een toegenomen capaciteit, omdat het aantal responderende instellingen steeds wisselt".

De monitor maatschappelijke opvang bevat geen gegevens over de personen die gebruik maken van de voorzieningen. Recent zijn wel gegevens verzameld door de GGD's van de vier grote steden in het kader van het Winterkoudeonderzoek 2010/2011. Eind 2011 waren alleen cijfers beschikbaar van de gemeente Den Haag. In het onderzoek is gebruik gemaakt van cliëntregistratiegegevens van de nachtopvangvoorzieningen in Den Haag en van door de bezoekers verstrekte enquête informatie. De belangrijkste bevindingen zijn:

- In december 2010 meldden zich 453 personen bij de nachtopvangvoorzieningen in Den Haag. De meesten zijn mannen (89%) in de leeftijd van 23 tot 54 jaar. 49% heeft de Nederlandse nationaliteit, 27% is afkomstig uit de nieuwe lidstaten van de EU (met name Polen).
- 49% van de bezoekers heeft schulden. De helft heeft het afgelopen jaar minstens één nacht in detentie doorgebracht. Het opleidingsniveau ligt iets lager dan de algemene Haagse bevolking. 33% gebruikt cannabis, dit is hoger dan de algemene Haagse bevolking (5%).

Conclusies op basis van beleidsinformatie over Justitie, GGZ en MO:

Capaciteit

- De TBS-sector is de laatste jaren flink in capaciteit toegenomen, terwijl de instroom is afgenomen en de uitstroom is toegenomen. Ook de verblijfsduur is toegenomen tot gemiddeld 10 jaar.
- Ook het aantal FPA- en FPK-plaatsen is de laatste jaren onder invloed van het inkoopbeleid van Justitie sterk toegenomen. Hetzelfde geldt voor de PPC-capaciteit in het gevangeniswezen.
- Het gevangeniswezen heeft de laatste jaren aan capaciteit ingeleverd. Zowel de instroom als de uitstroom is gedaald.
- In de GGZ is sinds 1993 vooral de capaciteit van de RIBW's en de ambulante zorg sterk toegenomen. Het aantal klinische plaatsen in de volwassenen- en ouderenzorg is licht afgenomen. Vergeleken met andere Europese landen beschikt Nederland over relatief veel psychiatrische en forensische bedden, en heeft Nederland de afgelopen jaren relatief weinig bedden ingeleverd. Het aantal onvrijwillige opnemingen is flink gestegen. Het aantal personen dat zorg krijgt van de GGZ is de laatste jaren toegenomen. Ook de gemiddelde behandelduur is toegenomen.
- De capaciteit van de maatschappelijke opvang is de laatste jaren toegenomen.

Patiëntenkenmerken

- De TBS-populatie bestaat hoofdzakelijk uit mannen (95%). De gemiddelde leeftijd is 41 jaar. Ongeveer 70% is in Nederland geboren. Het merendeel is ongehuwd en heeft geen betaald werk ten tijde van het delict. Driekwart van de TBS-gestelden heeft een persoonlijkheidsstoornis, een kwart een psychotische stoornis. Veelal is sprake van comorbiditeit, o.a. met verslaving. De TBS-populatie bestaat hoofdzakelijk uit recidivisten, hetzij in criminologische zin, hetzij in psychiatrische zin. Ruim tweederde van de TBS-gestelden heeft voor de TBS contacten gehad met de reguliere GGZ.¹⁰
- De GW-populatie bestaat eveneens hoofdzakelijk uit mannen (94%). De gemiddelde leeftijd bij instroom is 34 jaar. Iets meer dan de helft (53%) is in Nederland geboren. Bijna de helft van de gedetineerden recidiveert binnen twee jaar na ontslag.
- De PPC-populatie bestaat voornamelijk uit voorlopig gehechten. De gemiddelde leeftijd is 36 jaar. De overgrote meerderheid is man (97%). Bijna 60% is geboren in Nederland. Vrijwel alle patiënten hebben een stoornis op as 1, waarbij het meestal gaat om schizofrenie of andere psychotische stoornissen. Er is veel comorbiditeit.
- Patiënten die gedwongen in de GGZ worden opgenomen zijn vaker man dan vrouw. De verhoudingen liggen echter minder scheef dan bij de forensische populaties. Een psychotische stoornis is de meest gestelde hoofddiagnose. De gemiddelde leeftijd is 39 jaar en 30% is allochtoon.
- De meeste bezoekers van de nachtopvang zijn man (89%) en in de leeftijd van 23 tot 54 jaar. Ongeveer de helft heeft de Nederlandse nationaliteit, heeft schulden en heeft het afgelopen jaar minstens één nacht in detentie doorgebracht.

10 De hier gepresenteerde cijfers over de populatie TBS-gestelden zijn gebaseerd op de rapportage 'De Terbeschikkingstelling in maat en getal' (Van Emmerik, 2001) en hebben betrekking op de periode 1995-2000. Van Nieuwenhuizen et al (2011) verschaffen meer recente informatie over de patiëntenkenmerken van TBS-gestelden. De informatie is gebaseerd op onderzoek bij 180 casussen in 13 FPC's. De uitkomsten van deze studie wijken op onderdelen enigszins af van de cijfers van Van Emmerik. Het onderzoeksrapport van Van Nieuwenhuizen wordt besproken in hoofdstuk 5.

3. Informatie uit databestanden en registratiesystemen

3.1 Casusregister Dwang en Drang

Uit het Casusregister Dwang en Drang zijn die opnames geselecteerd die in 2009 hebben plaatsgevonden binnen:

- De opnameafdelingen van de participerende GGZ-instellingen;
- De behandel- en verblijfsafdelingen van de participerende GGZ-instellingen;
- De forensische afdelingen van de participerende GGZ-instellingen; afdelingen die zich specifiek richten op patiënten met een TBS-titel zijn hierbij apart genomen.

Omdat het Casusregister Dwang en Drang met name gegevens bevat over patiënten die op (gesloten) afdelingen verblijven waar vrijheidsbeperkende maatregelen met enige regelmaat worden toegepast, kunnen de cijfers (licht) vertekend zijn. Daarmee zijn ze dus niet zonder meer generaliseerbaar naar klinische afdelingen waar niet of nauwelijks dwang wordt toegepast.

De gegevens hebben betrekking op een omvangrijke patiëntenpopulatie; in 2009 ging het om 40.005 opnames van 37.726 personen. Tabel 1 bevat informatie over de verdeling van de opnames over de groepen, over de opnamesetting en over de gemiddelde verblijfsduur. Van de patiënten die op TBS-afdelingen verblijven mag worden verondersteld dat zij (vrijwel) allemaal beschikken over een TBS-titel. Van de patiënten die verblijven op de andere GGZ- of forensische afdelingen, zijn helaas geen gegevens voorhanden over de juridische status.

Tabel 1 Opnamesetting en verblijfsduur

	Opname GGZ	Behandel en verblijf GGZ	FPA	Tbs (FPK & FPC)	totaal
N=	18.681	19.963	1061	300	40.005
Open setting (%)	31,9	67,5	13,9	29,3	49,1
Gesloten setting (%)	68,1	32,5	86,1	70,7	50,9
Gem. verblijfsduur in dagen	58	182	110	136	122

Het eerste belangrijke verschil tussen de patiëntenpopulaties is de mate van geslotenheid van de opname. Tabel 1 laat zien dat forensische patiënten minder vaak op een open afdeling verblijven ($\chi^2=5486$, $df=3$, $p<0.001$). In de tabel is tevens de gemiddelde verblijfsduur gepresenteerd, het verschil tussen de groepen is significant ($f=806$, $df=3$, $p<0.001$).

Vervolgens is het verschil in demografische kenmerken onderzocht. Tabel 2 toont de resultaten. Opvallend is dat er op alle terreinen verschillen zijn. Waar in de GGZ vaker vrouwen dan mannen worden behandeld, is dat op de forensische afdelingen net andersom. De mensen uit het forensische circuit zijn doorgaans jonger en vaker van een etnische minderheid. Opvallend is dat in alle groepen het aandeel alleenstaanden (ongetrouwd, gescheiden, weduwe/naar) fors is

(respectievelijk 73%, 81%, 86% en 76%), maar het grootst is dit percentage onder de mensen uit het forensisch circuit.

Tabel 2 Demografische gegevens en vrijheidsbeperkingen

	Opname GGZ	Behandel en verblijf GGZ	FPA	Tbs (FPK & FPC)	totaal	P<
N=	18681	19963	1061	300	40005	
Leeftijd (gemiddeld)	40	43,2	37,2	38,7	41,5	0.001
Leeftijd <20 jaar	4,1	3,6	2,7	2,7	3,8	0.001
Leeftijd 20-29	22	17,3	28,7	14,3	19,8	
Leeftijd 30-39	22,5	20,8	32,7	35	22	
Leeftijd 40-49	26,8	24,2	20,3	33,3	25,4	
Leeftijd 50-59	17,8	20,6	8,3	10,7	18,9	
Leeftijd >60	6,8	13,4	7,3	4	10,1	
% man	46,1	47,3	76,3	68,3	47,7	
Burgerlijke staat	57,9	66,2	71,2	64,6	62,4	0.001
% ongehuwd	22,3	16,8	10	25,6	19,3	
% gehuwd	13	12,9	12,2	9,1	12,9	
% gescheiden	5,1	2	3,2	-	3,5	
% samenwonend	1,8	2,1	3,3	0,6	1,9	
% weduwe/ naar						
% etnische minderheid	13,3	10,3	17,9	17,3	12	0.001
Aantal vrijheidsbeperkingen						
- Separaties / 1000 opn	120	80	286	456	110	0.001
- Afzonderingen / 1000 opn	84	97	362	1996	112	0.001
- IM medicatie onder verzet/ 1000 opn	1,7	2,7	0,01	73	2,7	0.001
Duur vrijheidsbeperkingen						
- Separaties (uren: minuten)	07:08	05:28	21:18	94:05	07:20	0.001
- Afzonderingen (uren: minuten)	07:27	16:34	74:44	1776:22	27:03	0.001

In de tabel is eveneens de incidentie en prevalentie van separaties, afzonderingen en verstrekkingen van intramusculaire dwangmedicatie opgenomen. Op de forensische afdelingen komen separaties en afzonderingen veel vaker voor dan op reguliere GGZ-afdelingen en duren ze bovendien (veel)

langer. Het aantal verstrekkingen dwangmedicatie per opname ligt op de FPA's lager, maar op de TBS-afdelingen beduidend hoger dan in de reguliere GGZ.

Het Casusregister Dwang en Drang beschikt tevens over informatie van het sociaal en psychisch functioneren evenals over de diagnoses van patiënten. Tabel 3 laat het aantal diagnoses op as 1 en/of as 2 zien, alsmede de GAF-scores.

Tabel 3 Aantal diagnoses en GAF-scores

	Opname GGZ	Behandel en verblijf GGZ	Forensisch	Tbs (FPK & FPC)	totaal
N=	18681	19963	1061	300	40005
GAF-score	46,7	47,5	43,8	42,5	46,9
% patiënten zonder of met uitgestelde diagnose	19,6	12,5	12,2	6,0	15,7
% patiënten met één as 1 diagnose	28,4	30,1	16,7	32,3	29
% patiënten met meerdere as 1 diagnoses	48	52,5	60,9	60	50,8
% patiënten met één as 2 diagnose	31,6	34,9	37,5	75,3	33,6
% patiënten met meerdere as 2 diagnoses	52,4	49,1	46,5	8,7	50,4
% patiënten met een diagnose op as 1 én as 2	33,3	36,8	39,7	93,7	35,7

De GAF-score ligt in de forensische populatie lager ($P < 0.001$). Dit betekent dat behandelaren het psychisch en sociaal functioneren van de patiënten die verblijven op de forensische afdelingen lager beoordelen dan dat van patiënten op reguliere GGZ-afdelingen. Verder valt op dat in alle settings het merendeel van de patiënten meerdere diagnoses heeft op as 1. Op de TBS-afdelingen verblijven vooral personen met meerdere as 2 diagnoses en/of met zowel een diagnose op as 1 als as 2. De FPA-populatie vertoont wat betreft het aantal diagnoses op as 1 en as 2 vrij veel gelijkenissen met de reguliere GGZ-populatie; wel valt op dat de FPA-patiënten iets vaker meerdere diagnoses op as 1 hebben.

Tabel 4 As 1 stoornissen hiërarchisch geordend (%)

	Opname GGZ	Behandelen verblijf GGZ	Forensisch	Tbs (FPK & FPC)	totaal
N=	18681	19963	1061	300	40005
Geen of uitgestelde diagnose op as 1	22,6	18,7	19,2	7,3	20,5
Aanpassingsstoornissen en psychosociale problemen	4,3	4	5,1	0,7	4,1
Angststoornis	8,1	8,7	3,9	1,3	8,2
Depressieve stoornis	12,3	9,7	1,9	15,3	10,8
Bipolaire stoornis	7	5,3	5,1	1	6
Schizofrenie en overige psychotische stoornissen	27,2	32,4	35,1	20,7	30
Organisch psychosyndroom	6,2	6,6	2,8	1,7	6,3
Middelenverslaving al of niet in combinatie met as 1	12,4	14,6	27	52	14,2

Met behulp van de foulds' hierarchical index (De Jong, 1984) zijn de diagnoses geordend naar ernst c.q. hoofddiagnose. Tabel 4 presenteert de ordening van de stoornissen op as 1, uitgesplitst naar afdeling. Voor iedere patiënt is alleen de meest ernstige as 1-diagnose meegenomen in dit overzicht.

Op zowel de reguliere GGZ-afdelingen als de forensisch psychiatrische afdelingen heeft het merendeel van de patiënten een diagnose op as 1. Op alle afdelingen is schizofrenie de meest voorkomende hoofddiagnose. Op de reguliere GGZ-afdelingen verblijven iets meer patiënten met een angststoornis of een organisch psychosyndroom als hoofddiagnose, terwijl op de forensische afdelingen vooral middelenverslaving veel voorkomt.

Tabel 5 As 2 stoornissen hiërarchisch geordend

	Opname GGZ	Behandel en verblijf GGZ	Forensisch	Tbs (FPK & FPC)	totaal
N=	18681	19963	1061	300	40005
Geen of uitgestelde diagnose op as 2	68,5	65,1	62,5	24,7	66,3
Persoonlijkheidsstoornis NAO	11,9	13,2	11,6	20,3	12,6
Stoornis in kindereleeftijd of impulsbeheersing	0,3	0,4	0	5,7	0,4
Autisme spectrum stoornis	2,2	4,9	4,1	6	3,6
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	0,5	0,8	1,2	2,7	0,7
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	12,9	11,8	18,9	39	12,7
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	3,7	3,7	1,7	1,7	3,6
Zwakbegaafdheid	3,8	6,4	6,5	7,4	5,2

Tabel 5 presenteert de as 2 en ontwikkelingsstoornissen, eveneens naar ernst geordend. Bovendien is gekeken naar intellectuele beperkingen. De tabel laat zien dat persoonlijkheidsstoornissen vooral onder de TBS-populatie veel voorkomen als hoofddiagnose op as 2; het betreft met name cluster B persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen niet anders omschreven (NAO). Ook de forensische afdelingen scoren iets hoger wat betreft het percentage patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, maar het verschil met de GGZ-afdelingen is niet heel groot.

Conclusies op basis van het Casusregister Dwang en Drang:

- Vergeleken met reguliere GGZ-patiënten zijn patiënten van forensische afdelingen vaker man, alleenstaand, van jongere leeftijd en van een etnische minderheid.
- Forensische patiënten ondergaan meer vrijheidsbeperkingen voor een (veel) langere tijdsduur. Dit kan iets zeggen over de aard en heftigheid van de psychiatrische stoornis, maar mogelijk spelen ook andere factoren een rol.
- Forensische patiënten die klinisch behandeld worden functioneren psychisch en sociaal slechter dan reguliere GGZ-patiënten.
- Op alle afdelingen is schizofrenie de meest voorkomende hoofddiagnose op as 1. Schizofrenie is het meest prevalent op de forensische afdelingen, waar daarnaast vooral ook middelenverslaving veel voorkomt. Persoonlijkheidsstoornissen komen met name voor onder de TBS-populatie. Ook op de forensische afdelingen komen persoonlijkheidsstoornissen regelmatig voor, maar het verschil met de GGZ-afdelingen is niet heel groot.

3.2 Psychiatrisch Casusregister Noord Nederland

Uit het psychiatrisch casusregister Noord-Nederland zijn twee groepen patiënten geselecteerd:

- Patiënten die klinisch behandeld werden binnen forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's) in de reguliere GGZ;
- Patiënten die klinisch behandeld werden op reguliere opname- of verblijfsafdelingen in de GGZ; hierbij zijn de instellingen voor kinderen en jeugd en de verslavingszorginstellingen uitgesloten, evenals de RIBW's.

Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen zijn gegevens verzameld over de jaren 2007, 2008 en 2009. Over 2010 waren de data nog niet (volledig) beschikbaar. Het aantal patiënten waarover gegevens zijn opgenomen in het register varieert per jaar. In 2009 waren gegevens beschikbaar over 289 patiënten van forensisch psychiatrische afdelingen en 5.483 patiënten van reguliere klinische afdelingen.

Tabel 6 Zorggebruik

Zorggebruik										
	Forensisch				Regulier				T-test	
	N	%	Gemiddelde	SD	N	% N	Gemiddelde	SD	t	P
Aantal opnamedagen										
2007	314	100,0	215,9	130	5564	100,0	129,8	131	11,30	<,001
2008	337	100,0	208,5	137	5592	100,0	124,6	131	10,97	<,001
2009	289	100,0	225,2	136	5483	100,0	119,0	126	12,95	<,001
Aantal contacten ambulant intensief (deeltijd-/ dagbehandeling, intensieve thuiszorg)										
2007	81	25,8	130,7	120	1976	35,5	140,4	145	0,59	0,555
2008	57	18,2	86,2	96	1846	33,2	146,3	136	4,61	<,001
2009	34	10,8	113,1	145	1760	31,6	131,1	129	0,80	0,422
Aantal ambulante contacten										
2007	187	59,6	11,3	18	4366	78,5	17,9	22	4,85	<,001
2008	212	67,5	18,9	27	4634	83,3	19,4	23	0,29	0,772
2009	180	57,3	20,7	30	4738	85,2	19,6	22	-0,48	0,635

Tabel 6 geeft informatie over het zorggebruik van beide groepen patiënten. Patiënten die behandeld worden op FPA's verblijven hier significant meer dagen per jaar dan patiënten die verblijven op reguliere klinische afdelingen; in 2009 was dit gemiddeld 225 dagen t.o.v. 119 dagen van de

reguliere patiënten. FPA-patiënten hebben minder intensieve ambulante behandelcontacten, waarschijnlijk doordat zij meer dagen per jaar opgenomen zijn.

Tabel 7 toont de verdeling naar leeftijd en geslacht. Waar op de FPA's het merendeel van de patiënten man is, is de verdeling op reguliere GGZ-afdelingen ongeveer gelijk. Patiënten van FPA-afdelingen zijn gemiddeld 10 jaar jonger dan patiënten van reguliere afdelingen.

Tabel 7 Geslacht en leeftijd

Aantal mannen						
	Forensisch		Regulier		Chikwadraat	
	N	%	N	%	Pearson	P
2007	264	84,1	2640	47,4	159,5	<,001
2008	285	84,6	2682	48,0	170,4	<,001
2009	247	85,5	2686	49,0	146,2	<,001
Leeftijd						
	Forensisch		Regulier		T-test	
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD	t	P
2007	37,4	11,2	48,6	17,0	16,61	<,001
2008	38,0	11,4	48,7	17,2	16,20	<,001
2009	38,1	11,4	48,3	17,5	14,24	<,001

Ook qua aard van de problematiek zijn er grote verschillen tussen beide populaties. Tabel 8 geeft informatie over de diagnoses van de patiëntenpopulatie van 2009. Patiënten kunnen in deze telling meerdere diagnoses tegelijk hebben. Bij de FPA-populatie komen aan middelen gerelateerde stoornissen opvallend vaker voor dan bij de reguliere GGZ-populatie. Ook is het percentage patiënten met schizofrenie in de forensische populatie hoger dan in de reguliere GGZ (31,5% t.o.v. 18,5%). Verder komen ook persoonlijkheidsstoornissen aanzienlijk vaker voor onder FPA-patiënten. Reguliere GGZ-patiënten lijden vaker aan bipolaire of andere stemmingsstoornissen en angststoornissen. Ook hebben zij minder vaak meerdere diagnoses tegelijkertijd.

Tabel 8 Diagnose

Diagnose				
meest recente diagnose van de jaren 2007, 2008 en 2009; patiëntenpopulatie van 2009				
2009	Forensisch		Regulier	
Diagnose-informatie beschikbaar (incl. uitgesteld/geen)	N	%	N	%
Patiënten kunnen in deze telling meerdere diagnoses hebben.	232	80,3	4676	85,3
As I				
1 Aan alcohol gerelateerde stoornissen	52	22,4	603	12,9
2 Aan allerlei middelen gerelateerde stoornissen	125	53,9	547	11,7
3 Schizofrenie	73	31,5	863	18,5
4 Andere psychotische stoornissen	16	6,9	424	9,1
5 Bipolair	6	2,6	537	11,5
6 Andere stemmingsstoornissen	15	6,5	1061	22,7
7 Angst	16	6,9	615	13,2
Overig	122	52,6	2027	43,3
As II				
1 Persoonlijkheidsstoornissen Cluster A	4	1,7	60	1,3
2 Persoonlijkheidsstoornissen Cluster B	113	48,7	792	16,9
3 Persoonlijkheidsstoornissen Cluster C	10	4,3	566	12,1
4 Persoonlijkheidsstoornissen NAO	75	32,3	391	8,4

Tabel 9 geeft informatie over enkele ROM-gegevens. De HoNOS en de GAF meten de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal en psychisch functioneren van psychiatrische patiënten, de MANSA de kwaliteit van leven. De ROM-gegevens zijn beschikbaar van patiënten met een diagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis, en hebben dus betrekking op een selecte groep (50 FPA-patiënten en 1218 reguliere patiënten).

Op de HoNOS en de MANSA werden geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen. Dit betekent dat de geestelijke gezondheidstoestand van beide populaties door behandelaars ongeveer even ernstig wordt ingeschat, en dat de kwaliteit van leven door beide populaties als even hoog wordt beoordeeld.

Op de GAF zijn er wel significante verschillen. De FPA-patiënten hadden significant lagere GAF-scores dan de patiënten van de reguliere GGZ-afdelingen. Dit geeft aan dat behandelaars het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van forensisch patiënten lager scoren dan dat van patiënten uit de reguliere GGZ.

Tabel 9 ROM-gegevens

	Forensisch			Regulier				
	N	%		N	%			
ROM-metingen beschikbaar	50	17,3		1218	22,2			
Psychisch en sociaal functioneringsniveau								
	Forensisch			Regulier			T-test	
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	t	P
HoNOS-somscore	41	13,2	7,2	918	12,6	6,4	0,56	0,576
GAF-symptomen	44	38,2	13,4	747	47,6	14,9	-4,08	<,001
GAF-beperkingen	39	37,5	12,5	687	46,7	13,7	-4,04	<,001
Kwaliteit van leven								
	Forensisch			Regulier			T-test	
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	t	P
MANSA-gemiddelde	41	4,5	1,0	980	4,7	1,1	0,67	0,506

Conclusies op basis van het Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland:

- Vergeleken met reguliere GGZ-patiënten zijn FPA-patiënten vaker man en van jongere leeftijd. Dit is in lijn met de conclusies op basis van de gegevens uit het Casusregister Dwang en Drang.
- FPA-patiënten hebben vaker verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen, maar lijden ook vaker aan schizofrenie dan patiënten van reguliere GGZ-afdelingen. FPA-patiënten hebben vaker meerdere diagnoses tegelijkertijd.
- Het psychisch en sociaal functioneren van FPA-patiënten wordt lager beoordeeld dan dat van reguliere GGZ-patiënten. Dit is in lijn met de conclusies op basis van de gegevens uit het Casusregister Dwang en Drang.

3.3 Landelijk DBC-informatiesysteem (DIS)

Ten behoeve van dit onderzoek heeft GGZ-Nederland van alle leden en lidinstellingen de DBC's geselecteerd die in 2010 zijn afgesloten en waarbij sprake was van een gedwongen opname (IBS of RM). Binnen deze selectie is een onderscheid gemaakt tussen:

- Patiënten binnen het circuit volwassenen (kort en lang);
- Patiënten binnen het circuit forensisch.

Omdat de DIS geen informatie bevat over DBBC's (Diagnose Behandel Beveiliging Combinaties; deze gegevens worden door het ministerie van Justitie beheerd), bevinden zich onder de 'forensische' patiëntengroep alleen patiënten die met een civielrechtelijke maatregel (IBS of RM) op een forensische afdeling verblijven. Patiënten met een strafrechtelijke titel zijn dus niet meegenomen in de analyses.

In totaal zijn gegevens beschikbaar over 957 DBC's. 906 DBC's hebben betrekking op de reguliere zorg (circuit volwassenen), 51 op het circuit forensisch.

Tabel 10 Geslacht, leeftijd en hoofddiagnose van patiënten met een IBS/RM

	Kenmerken	Circuit Volwassenen (N= 906)	Circuit Forensisch (niet strafrechtelijk) (N=51)
Geslacht	Man	71,6%	86,3%
	Vrouw	28,4%	13,7%
Leeftijdscategorie	t/m 19 jaar	1,8%	-
	20 t/m 29 jaar	24,5%	33,3%
	30 t/m 39 jaar	25,6%	35,3%
	40 t/m 49 jaar	25,1%	21,6%
	50 t/m 59 jaar	15,7%	7,8%
	60 jaar en ouder	7,3%	2%
Hoofddiagnose	Hoofddiagnose op As I	96,7%	90,2%
	Hoofddiagnose op As II	3,3%	9,8%
	Aan een middelgebonden stoornis	6,8%	9,8%
	Schizofrenie	38,7%	54,9%
	Andere psychotische stoornissen	28,5%	11,8%
	Stemmingsstoornis	13,7%	2%
	Antisociale pers. stoornis	0,6%	-
	Borderline pers. stoornis	1,2%	3,9%
	Pers. stoornis NAO	1,2%	5,9%

Het merendeel van de patiënten die met een IBS of RM is opgenomen in het circuit volwassenen, is man (72%). Dat geldt ook voor degenen die in het forensische circuit verblijven, alleen is de

verdeling daar nog schever (87%). De patiënten die verblijven in het forensische circuit zijn over het algemeen jonger dan degenen in het reguliere circuit.

Vrijwel alle patiënten zijn (gedwongen) opgenomen met een hoofddiagnose op as 1. Patiënten uit het forensisch circuit hebben vaker schizofrenie als hoofddiagnose, terwijl patiënten uit het reguliere circuit vaker worden gediagnosticeerd met 'andere psychotische stoornissen' of stemmingsstoornissen. Bij patiënten die (met een IBS/RM) verblijven in het forensische circuit wordt iets vaker een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose gesteld.

Conclusies op basis van het DIS:

- Het merendeel van de gedwongen opgenomen GGZ-patiënten betreft mannen. De helft van hen is tussen de 30 en 50 jaar. Vrijwel allemaal worden zij opgenomen met een (vermoeden van een) as 1 stoornis. Meestal gaat het om schizofrenie of andere psychotische stoornissen.
- Patiënten die met een civielrechtelijke maatregel verblijven in het forensisch circuit van de GGZ zijn jonger en vaker van het mannelijke geslacht dan patiënten op reguliere afdelingen. Zij hebben vaker de diagnose schizofrenie en hebben iets vaker een hoofddiagnose op as 2.

3.4 Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO)

IFZO bevat informatie over personen in het justitiële circuit die geïndiceerd zijn voor klinische of ambulante zorg door één van de zgn. 'indicerende instanties'. Voor dit onderzoek zijn alle personen geselecteerd die vanaf 1-1-2011 geregistreerd zijn in IFZO en van wie de plaatsingsverzoeken gefiatteerd, geaccordeerd en afgesloten zijn. Bij de analyses is onderscheid gemaakt tussen:

- Personen die door de 3RO zijn geïndiceerd (N=320); de 3RO indiceren uitsluitend voor ambulante forensische zorg;
- Personen die door het psychomedisch overleg (PMO) van het gevangeniswezen zijn geïndiceerd (N=1027); het PMO indiceert voor zowel ambulante als klinische zorg in de gevangenis;
- Personen die door het NIFP zijn geïndiceerd (N=979); deze personen zijn aangemeld door verschillende instanties, meestal het gevangeniswezen, de reclassering of het openbaar ministerie. Het NIFP indiceert uitsluitend voor klinische zorg met verblijf.

Indien mogelijk en relevant is in de analyses onderscheid gemaakt tussen klinische en ambulante indicaties.

Tabel 11 geeft informatie over enkele demografische gegevens, alsmede over het soort plaatsing dat geïndiceerd is. Alle drie forensische populaties bestaan voor het grootste deel uit mannen. De gemiddelde leeftijd is ongeveer 35 jaar. De personen die door het NIFP en de 3RO's zijn geïndiceerd zijn veelal geboren in Nederland. De personen die door het GW zijn geïndiceerd zijn vaker (in 43% van de gevallen) niet in Nederland geboren. De 3RO's indiceren uitsluitend voor ambulante zorg. De zorgvraag is dan meestal behandeling (52%) of diagnostiek (27%). Het gevangeniswezen en de NIFP indiceren hoofdzakelijk voor klinische plaatsing (veelal behandeling). Het merendeel van de patiënten heeft een gemiddeld beveiligingsniveau nodig, maar met name

onder de personen die geïndiceerd worden door het gevangeniswezen bevindt zich ook een grote groep die een hoog tot zeer hoog beveiligingsniveau heeft.

Tabel 11 Demografische gegevens en soort geïndiceerde plaatsing

		3RO N=320	GW N=1027	NIFP N=979
Geslacht (%)	Man	83	93	92
	Vrouw	17	7	8
Gemiddelde leeftijd	Ambulant	34,6	33	-
	Klinisch	-	34,8	35,6
Geboorteland (%)	NL	77	57	74
	Overig	23	43	26
Soort plaatsing (%)	Ambulant	100	1	
	Klinisch:			
	- beschermd wonen		1	6
	- behandeling		72	79
	- diagnostiek		16	14
	- verblijf		10	1
Beveiligingsniveau (%)	Laag		3	21
	Gemiddeld		54	59
	Hoog		35	20
	Zeer hoog		8	0
Verblijfsintensiteit (%)	Laag		5	5
	Gemiddeld		50	55
	Hoog		45	40

Tabel 12 bevat informatie over de problematiek en de diagnoses van de patiënten. Alleen het NIFP registreert de diagnoses conform de DSM-IV. Het merendeel van de patiënten die door het NIFP geïndiceerd wordt, heeft een hoofddiagnose op as 1 (70%), maar ook de groep met een hoofddiagnose op as 2 is omvangrijk (30%). Binnen de groep van as 1 stoornissen komen met name de ‘overige as 1 stoornissen’ veelvuldig voor. Binnen de groep as 2 stoornissen gaat het vooral om ‘persoonlijkheidsstoornissen cluster B’ en om ‘persoonlijkheidstoornissen NAO’.

De rubriek ‘toelichting hoofddiagnose’ bevat gegevens over verslavingsproblematiek. Hieruit blijkt dat bijna driekwart van de patiënten verslavingsproblematiek heeft. Verder is bij 22% van de patiënten sprake van een verstandelijke beperking, en bij 11% zijn er vermoedens van een verstandelijke beperking.

De 3 RO's registreren geen diagnoses maar wel de dominante zorgvraag en de bijkomende sociale problemen. In 76% van de gevallen is de dominante zorgvraag psychiatrisch van aard, in 20% gaat het primair om verslavingsproblematiek. Bij het merendeel van de patiënten is tevens sprake van bijkomende sociale problematiek.

Verslavingsproblematiek is ook veelvuldig aan de orde bij de patiënten die geïndiceerd worden door het GW (52%).

Tabel 12 Primaire diagnose en problematiek

		3RO N=320	GW N=1027	NIFP N=979
Primaire diagnose (%)	Hoofddiagnose op As I			71
	Hoofddiagnose op As II			29
	Aan een middel gebonden stoornis			17
	Schizofrenie			15
	Andere psychotische stoornissen			5
	Stemmingsstoornis			4
	Overige As I stoornissen			29
	Persoonlijkeitsstoornis Cluster A			1
	Persoonlijkeitsstoornis Cluster B			12
	Persoonlijkeitsstoornis Cluster C			1
	Persoonlijkeitsstoornis NAO			11
	Diagnose of aandoening op As II uitgesteld			3
	Verstandelijke beperking			3
	Toelichting hoofddiagnose (%)	Verslaving i.c.m. andere diagnose		
Verslaving niet i.c.m. andere diagnose				8
N.v.t				27
Verslaving en bijkomende problematiek (%)	Geen (evidente) verslavingsproblematiek		48	
	Verslaving zonder bijkomende problematiek		1	
	Verslaving i.c.m. bijkomende problematiek		51	
Verstandelijke vermogens (%)	Geen verstandelijke beperking		36	66
	Wel verstandelijke beperking		12	22
	Nader te bepalen		52	11
Dominante zorgvraag (%)	Psychiatrisch	76		
	Verslaving	20		
	Verstandelijke beperking	4		
Bijkomende sociale problematiek (%)	Arbeid/ scholing	13		
	Financiën	15		
	Sociale contacten	23		
	Wonen	27		
	N.v.t.	22		

IFZO bevat ten slotte ook gegevens over de aard van de delicten waarvoor de betreffende personen zijn veroordeeld of waarvan zij worden verdacht. Bij de NIFP-populatie zijn de meest voorkomende delicten diefstal (met geweld), mishandeling en bedreiging, gevolgd door moord of doodslag, vernieling, brandstichting en zedendelicten. Bij de 3RO-populatie gaat het met name om vermogensdelicten, huiselijk geweld en agressieproblematiek.

Conclusies op basis van IFZO:

- Personen die zich in het justitiële circuit bevinden en geïndiceerd zijn voor ambulante of klinische zorg, zijn overwegend man en gemiddeld 35 jaar. Degenen die voor klinische zorg zijn geïndiceerd, hebben een gemiddeld tot hoog beveiligingsniveau nodig en een gemiddelde tot hoge verblijfsintensiteit.
- Het merendeel van de personen (ca. 70%) die door het NIFP geïndiceerd zijn voor klinische zorg heeft een hoofddiagnose op as 1. Verslaving komt veelvuldig voor. Dat geldt met name ook voor de personen die geïndiceerd zijn door het gevangeniswezen. Verstandelijke beperkingen komen in beide populaties ook met regelmaat voor.

4 Onderzoeksdata Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut heeft recent onderzoek gedaan naar de populaties van reguliere ACT-teams (Van Vugt et al, 2011) en forensische (F)ACT-teams (Place et al, 2011). Kenmerkend voor beide soorten teams is dat zij langdurende ambulante en multidisciplinaire zorg bieden aan patiënten met ernstige psychiatrische problematiek, veelal in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. Waar reguliere ACT-teams zich richten op ‘reguliere’ GGZ-patiënten, richten forensische ACT-teams zich op patiënten die niet alleen een psychiatrische stoornis hebben, maar tevens delictgevaarlijk zijn. Deze patiënten hebben niet alleen behoefte aan behandeling en begeleiding, maar ook aan langdurende monitoring. Een strafrechtelijke titel is niet per definitie noodzakelijk om bij forensische ACT-teams in zorg te zijn.

4.1 Vergelijking tussen de reguliere en de forensische (F)ACT-populatie

Voor dit onderzoek zijn gegevens geanalyseerd van in totaal 783 patiënten: 530 patiënten van reguliere ACT-teams en 253 patiënten van forensische ACT en FACT (Functie ACT)-teams. In het onderzoek van Van Vugt et al (2011) zijn alleen die patiënten geselecteerd die qua ernst van de problematiek voldeden aan de criteria van ACT.¹¹ De gegevens over de forensische (F) ACT-populatie hebben zowel betrekking op patiënten van (6) ACT-teams als van (2) FACT-teams. Omdat FACT-teams over het algemeen de meer stabiele patiëntenpopulatie bedienen, is te verwachten dat de patiënten van deze teams gunstiger HoNOS- en GAF-scores hebben. Bij de vergelijking tussen beide groepen dient hiermee rekening te worden gehouden.

Tabel 13 geeft informatie over de sociaal-demografische kenmerken van beide patiëntenpopulaties. Patiënten van forensische (F)ACT-teams zijn significant vaker man, jonger, vaker in Nederland geboren en lager opgeleid. Hun woonsituatie is net als bij de patiënten van de reguliere (F) ACT-teams, divers. Wat betreft de burgerlijke staat zijn geen significante verschillen gevonden: de overgrote meerderheid is alleenstaand (ongehuwd, gescheiden of weduwnaar).

11 De cliënten moesten aan twee van de vier criteria voldoen:
- GAF van 40 of lager
- dakloosheid in het afgelopen jaar
- 2 opnames of 50 opnamedagen in het afgelopen jaar
- 6 contacten per maand in afgelopen jaar

Tabel 13: socio-demografische kenmerken

Socio-demografische kenmerken	Regulier ACT N=530	Forensisch ACT N=253	Toets (df)
Geslacht - Man	71%	90%	$X^2=33.6(1)$ $p<.001$
Leeftijd: M (SD)	41.6 (11.3)	37.6 (9.7)	$t=4.9(779)$ $p<.001$
Geboorteland cliënt - Nederland	66%	76%	$X^2=8.37(1)$ $p<.010$
Woonsituatie - Zelfstandig - Bij familie/vrienden/kennissen - Begeleid zelfstandig - Beschermd wonen - In GGZ-instelling/PAAZ - In penitentiaire instelling - Dakloos - Langdurige opvang/sociaal pension - Anders (waaronder verslavingsinstelling)	39% 10% 4% 7% 10% 3% 13% 9% 9%	43% 11% 6% 14% 4% 9% 5% 2% 6%	$X^2=49.64(8)$ $p<.001$
Burgerlijke staat - Gehuwd of samenwonend - Ongehuwd, gescheiden of weduwe - Onbekend	8% 92% <1%	11% 88% 2%	Fisher exact test=2.00 $p=.35$
Hoogst afgeronde opleiding - Geen - Lager onderwijs/basisonderwijs - LBO/VBO - Mulo/MAVO - HAVO/HBS/VWO/gymnasium - MBO - HBO of WO - Onbekend	8% 19% 22% 10% 7% 5% 4% 23%	2% 49% 26% 8% 3% 4% <1% 8%	$X^2=96.37(7)$ $p<.001$

Tabel 14 geeft de hoofddiagnose van de patiënten van beide soorten teams weer. Bij de patiënten van de reguliere ACT-teams zijn schizofrenie en andere psychotische stoornissen de meest gestelde diagnoses. Bij de patiënten van de forensische (F)ACT-teams komen persoonlijkheidsstoornissen en verslaving veelvuldig voor (als hoofddiagnose).

Tabel 14 Hoofddiagnose

Hoofddiagnose	Regulier ACT N=530	Forensisch ACT N=253
Schizofrenie en overige psychotische stoornissen	77%	22%
Depressieve stoornissen	6%	2%
Persoonlijkheidsstoornissen	5%	22%
Verslavingsstoornissen	5%	28%
Angststoornissen	2%	4%
Delerium, dementie	<1%	0%
Eetstoornissen	0%	0%
Ontwikkelingsstoornissen	1%	7%
Somatoforme stoornissen	<1%	0%
Seksuele en genderstoornissen	0%	2%
Dissociatieve stoornissen	<1%	2%
Aanpassingsstoornissen	0%	2%
Impuls-controle stoornis	0%	3%
Bipolaire stoornis	0%	2%
Uitgestelde diagnose	3%	0%
Overige diagnosis	0%	4%
Geen diagnose	0%	0%
Totaal as 1	92%	78%
Totaal as 2	5%	22%
Totaal uitgestelde / geen diagnose	3%	-

Tabel 15: Sociaal en psychisch functioneren

	Regulier ACT	Forensisch ACT	Toets (df)
GAF Symptomen: M (SD) ^a	38.6 (14.9)	44.5 (11.9)	t=-5.9 (768) p<.001
GAF Handicap: M (SD) ^a	36.0 (11.8)	40.5 (9.6)	t=-4.8 (674) p<.001
HoNOS 12 items: M (SD) ^b	17.6 (6.7)	15.3 (7.0)	t=4.3 (671) p<.001
Onvervulde zorgbehoeftes: M(SD) ^c	6.3 (3.9)	5.6 (3.8)	t=2.5 (725) p<.05
Opname- psychisch in afgelopen jaar			X ² =70.4(1) p<.001
- ja	242 (46%)	35 (15%)	
- nee	286 (54%)	206 (85%)	
Aantal opnamedagen- psychisch in afgelopen jaar: M(SD)	42.5 (76.0)	6.6 (29.7)	t=9.4 (759) p<.001 Mann Whitney=39.69 p<.001
Opname-verslaving in afgelopen jaar			X ² =9.0 (1) p<.01
- ja	46 (9%)	40 (16%)	
- nee	481 (91%)	211 (84%)	
Aantal opnamedagen- verslaving in afgelopen jaar: M(SD)	6.0 (26.8)	17.2 (58.3)	t=-2.9 (773) p<.01 Mann Whitney=69.1 p<.05
Dakloos in afgelopen jaar			X ² =4.2(1) p<.05
- ja	168 (32%)	62 (25%)	
- nee	359 (68%)	189 (75%)	
Aantal dakloze dagen in afgelopen jaar: M(SD)	80.0 (137.9)	28.4 (77.0)	t=6.6(759) p<.001 Mann Whitney=52.3 p<.001

a GAF: Global Assessment of Functioning. Een hogere score betekent een beter functioneren.

b HoNOS: Health of the Nation Outcome Scale. Een hogere score betekent een slechter functioneren.

c Unmet needs: het aantal onvervulde zorgbehoeften van de CANSAS 25 items.

In tabel 15 zijn gegevens opgenomen over het sociaal en psychisch functioneren van beide patiëntenpopulaties. Patiënten van reguliere ACT-teams scoren significant lager op de GAF, hoger op de HoNOS en hebben bovendien meer onvervulde zorgbehoeftes. Dit betekent dat deze patiënten als gevolg van hun problematiek ernstiger belemmerd worden in hun sociaal en psychisch functioneren dan patiënten uit de forensische (F)ACT groep. Ze zijn het laatste jaar bovendien vaker opgenomen geweest in de GGZ en waren vaker dakloos. Patiënten van forensische (F)ACT-teams zijn het afgelopen jaar vaker opgenomen geweest in een verslavingsinstelling. Bij deze resultaten moet overigens nogmaals worden opgemerkt dat de cijfers mogelijk beïnvloed zijn

door het feit dat in de reguliere groep, alleen ACT-patiënten zijn geselecteerd, terwijl zich in de forensische groep zowel ACT- als FACT-patiënten bevinden.

Tabel 16: Criminaliteitsgegevens

Criminaliteitsgegevens	Regulier ACT	Forensisch ACT	Toets (df)
Detentie in afgelopen jaar			$X^2=35.1 (1) p<.001$
- ja	81 (15%)	79 (35%)	
- nee	444 (85%)	149 (65%)	
Aantal detentiedagen: M(SD)	14.9 (51.6)	28.1 (69.8)	$t=-2.64 (764) p<.05$ Mann Whitney=71.4 $p<.001$
Aantal detentiedagen binnen de groep die gedetineerd is geweest: M(SD)	96.3 (97.3)	101.1 (101.1)	$t=-.30(146) p>.05$
In aanraking met politie/justitie in afgelopen jaar			$X^2=3.0(1) p>.05$
- ja	253 (48%)	119 (55%)	
- nee	273 (52%)	97 (45%)	

Tabel 16 bevat informatie over criminaliteitsgegevens. Patiënten van de forensische (F)ACT-teams verbleven het afgelopen jaar vaker een periode in detentie. Zij kwamen ook vaker in contact met politie of justitie, maar de verschillen met de reguliere (F)ACT-populatie zijn niet significant.

4.2 Vergelijking binnen de forensische (F)ACT populatie

Patiënten van forensische (F)ACT-teams hebben niet per definitie een strafrechtelijke titel. Voor de meeste forensische (F)ACT-teams is niet de strafrechtelijke titel bepalend om iemand al dan niet in zorg te nemen, maar de mate van delictgevaar. Om na te gaan of patiënten met een strafrechtelijke titel andere kenmerken hebben dan patiënten zonder strafrechtelijke titel, zijn beide groepen met elkaar vergeleken.

Tabel 17: socio-demografische kenmerken

Socio-demografische kenmerken	Geen strafrechtelijke titel bij aanmelding (N=131)	Strafrechtelijke titel bij aanmelding (N=119)	Toets (df)
Geslacht			$X^2=.07(1)$ p=.80
- Man	118 (90%)	106 (89%)	
- Vrouw	13 (10%)	13 (11%)	
Leeftijd: M (SD)	38.3 (9.4)	39.3 (10.0)	$t=-.83(246)$ p=.41
Geboorteland cliënt			$X^2=.03(1)$ p=.87
- Nederland	99 (76%)	91 (76%)	
- Overig	32 (24%)	28 (24%)	
Woonsituatie			Fisher exact test=7.57 p=.79
- Dakloos	6 (4.6%)	7 (5.9%)	
- Langdurige opvang/sociaal pensioen	2 (1.5%)	2 (1.7%)	
- Zelfstandig	54 (41.5%)	54 (45.4%)	
- Bij familie/vrienden/kennissen	14 (10.8%)	12 (10.1%)	
- Begeleid zelfstandig	9 (6.9%)	6 (5.0%)	
- Beschermd wonen	16 (12.3%)	20 (16.8%)	
- In GGZ-instelling	5 (3.8%)	4 (3.4%)	
- In verslavingsinstelling	7 (5.4%)	3 (2.5%)	
- In penitentiaire instelling	15 (11.5)	8 (6.7%)	
- FPA	0 (0%)	2 (1.7%)	
- FPK	1 (1%)	0 (0%)	
- Anders	1 (1%)	1 (1%)	
Burgerlijke staat			Fisher exact test=9.52 p=.10
- Gehuwd	6 (5%)	7 (1%)	
- Ongehuwd:alleenstaand	86 (67%)	76 (65%)	
- Ongehuwd: relatie samenwonend	7 (5%)	14 (12%)	
- Ongehuwd: relatie niet samenwonend	9 (7%)	12 (10%)	
- Gescheiden	20 (16%)	13 (11%)	
- Weduwe	1 (1%)	0 (0%)	
- Onbekend	0 (0%)	1 (1%)	
Hoogst afgeronde opleiding			Fisher exact test=9.49 p=.20
- Geen	3 (2.3%)	2 (1.7%)	
- Lager onderwijs/basisonderwijs	65 (49.6%)	57 (47.9%)	
- LBO/VBO	28 (21.4%)	37 (31.1%)	
- Mulo/MAVO	9 (6.9%)	10 (8.4%)	
- HAVO/HBS/VWO/gymnasium	3 (2.3%)	5 (4.2%)	
- MBO	7 (5.3%)	2 (1.7%)	
- HBO	2 (1.5%)	0 (0%)	
- WO	0 (0%)	0 (0%)	
- Onbekend	14 (10.7%)	6 (5.0%)	

In tabel 17 worden beide subgroepen met elkaar vergeleken op sociaal-demografische kenmerken. Op geen van de kenmerken zijn significante verschillen gevonden. Wat betreft de hoofddiagnose (tabel 18) valt op dat de patiënten met een strafrechtelijke titel iets vaker verslavingsproblematiek hebben; de verschillen zijn echter niet significant. Ook met betrekking tot de andere hoofddiagnoses zijn geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen.

Tabel 18 Hoofddiagnose

	Geen strafrechtelijke titel bij aanmelding (N=131)	Strafrechtelijke titel bij aanmelding (N=119)	Toets (df)
Schizofrenie en overige psychotische stoornissen	30 (24%)	24 (20%)	Fisher exact test=12.90 p=.29
Depressieve stoornissen	1 (1%)	3 (3%)	
Persoonlijkheidsstoornissen	27 (21%)	28 (24%)	
Verslavingsstoornissen	30 (24%)	41 (35%)	
Angststoornissen	6 (5%)	3 (3%)	
Delerium, dementie	-	-	
Eetstoornissen	-	-	
Ontwikkelingsstoornissen	10 (8%)	7 (6%)	
Somatoforme stoornissen	-	-	
Seksuele en genderstoornissen	1 (1%)	4 (3%)	
Dissociatieve stoornissen	4 (3%)	1 (1%)	
Aanpassingsstoornissen	3 (2%)	2 (2%)	
Impuls-controle stoornis	6 (5%)	1 (1%)	
Bipolaire stoornis	3 (2%)	1 (1%)	
Overige diagnoses	6 (5%)	4 (3%)	
Totaal as 1	104 (79%)	91 (76%)	
Totaal as 2	27 (21%)	28 (24%)	

In tabel 19 is te zien dat patiënten met zonder een strafrechtelijke titel significant slechtere uitkomsten hebben op GAF Handicap, HoNOS 12 items en HoNOS 22 items. Dit betekent dat zij sociaal en psychisch meer beperkt zijn in hun functioneren. Degenen met een strafrechtelijke titel bij aanmelding zijn het afgelopen jaar iets vaker opgenomen geweest in een forensische instelling of in de verslavingszorg, en minder vaak in de GGZ, maar de verschillen zijn niet significant. Tabel 20 toont ten slotte de criminaliteitsgegevens van beide subpopulaties. Beide groepen verbleven het afgelopen jaar even vaak en ongeveer even lang in detentie. Degenen met een strafrechtelijke titel zijn vaker in aanraking geweest met politie of justitie, maar de verschillen zijn niet significant.

Tabel 19: Sociaal en psychisch functioneren

Sociaal en psychisch functioneren	Geen strafrechtelijke titel bij aanmelding	Strafrechtelijke titel bij aanmelding	Toets (df)
GAF Symptomen: M (SD)a	45.0 (11.3)	44.1 (12.5)	t=.60(236) p=.55
GAF Handicap: M (SD)a	38.8 (8.6)	42.0 (10.1)	t=-2.00(143) p<.05
HoNOS 12 items: M (SD)b	16.5 (7.3)	13.9 (6.6)	t=2.76(221) p<.01
HoNOS 22 items: M (SD)b	26.3 (12.5)	22.1 (10.3)	t=2.56(194) p<.05
Onvervulde zorgbehoeftes: M(SD)c	5.98 (3.9)	5.11 (3.8)	t=1.77(239) p=.78
Opname- psychisch in afgelopen jaar			X ² =2.13(1) p=.14
- ja	22 (17.9%)	13 (11.2%)	
- nee	101 (82.1%)	103 (88.8%)	
Aantal opnamedagen-psychisch in afgelopen jaar: M(SD)	8.89 (32.89)	4.27 (26.33)	t=1.18(229) p=.24 Mann Whitney=6.31 p=.21
Opname- forensisch in afgelopen jaar			X ² =2.13(1) p=.14
- ja	19 (15.0%)	26 (22.2%)	
- nee	108 (85.0%)	91 (77.8%)	
Aantal opnamedagen-forensisch in afgelopen jaar: M(SD)	25.25 (77.37)	35.58 (90.59)	t=-.95(238) p=.34 Mann Whitney=7.65 p=.19
Opname-verslaving in afgelopen jaar			X ² =1.05(1) p=.31
- ja	18 (13.8%)	22 (18.6%)	
- nee	112 (86.2%)	96 (81.4%)	
Aantal opnamedagen-verslaving in afgelopen jaar: M(SD)	14.73 (56.18)	20.26 (61.24)	t=-.74(243) p=.46 Mann Whitney=8.00 p=.14
Dakloos in afgelopen jaar			X ² =1.59(1) p=.324
- ja	36 (27.91%)	25 (21.01%)	
- nee	93 (72.09%)	94 (78.99%)	
Aantal dakloze dagen in afgelopen jaar: M(SD)	29.95 (77.11)	27.42 (77.74)	t=.25(230) p=.80 Mann Whitney=6.68 p=.90

- a GAF: Global Assessment of Functioning. Een hogere score betekent een beter functioneren.
 b HoNOS: Health of the Nation Outcome Scale. Een hogere score betekent een slechter functioneren.
 c Unmet needs: het aantal onvervulde zorgbehoeften van de CANSAS 25 items.

Tabel 20: Criminaliteitsgegevens

Criminaliteitsgegevens	Geen strafrechtelijke titel bij aanmelding	Strafrechtelijke titel bij aanmelding	Toets (df)
Detentie in afgelopen jaar - ja - nee	38 (34.5%) 72 (65.5%)	40 (34.5%) 76 (65.5%)	$X^2=0.00(1)$ $p=.99$ $t=-.50(237)$ $p=.61$
Aantal detentiedagen: M(SD)	26.23 (66.88)	30.82 (73.72)	Mann Whitney= 7.29 $p=.66$
In aanraking met politie/justitie in afgelopen jaar - ja - nee	50 (47.2%) 51 (50.5%)	67 (59.3%) 46 (40.7%)	$X^2=2.06(1)$ $p=.15$

Conclusies op basis van onderzoeksdata Trimbos-instituut:

- Forensische (FACT)-teams begeleiden en monitoren mensen die zowel lijden aan een ernstige psychiatrische stoornis als delictgevaarlijk zijn. Zij hebben zowel patiënten met een strafrechtelijke titel als zonder strafrechtelijke titel in zorg. Patiënten met een strafrechtelijke titel verschillen wat betreft sociaal-demografische kenmerken, hoofddiagnose en criminaliteitsgegevens niet wezenlijk van patiënten zonder strafrechtelijke titel. Sociaal en psychisch zijn ze minder beperkt in hun functioneren dan patiënten zonder strafrechtelijke titel. Dit is een verschil ten opzichte van de klinische populatie.
- Hoewel de cijfers met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden, lijken patiënten van forensische (FACT)-teams in meerdere opzichten van patiënten van reguliere ACT-teams te verschillen. Patiënten van forensische (FACT)-teams zijn vaker man, jonger en in Nederland geboren. Zij hebben vaker persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblematiek. Vergeleken met patiënten van reguliere ACT-teams zijn ze minder vaak opgenomen geweest in de GGZ, maar vaker in de verslavingszorg. Bovendien verbleven zij het laatste jaar vaker een periode in detentie.

5. Resultaten literatuurstudie

In het kader van onze studie naar de overeenkomsten en verschillen tussen de patiëntenpopulatie in de justitiële / forensische zorgsector en de GGZ, is tevens een literatuurstudie uitgevoerd. Gezien de focus van het onderzoek en de beperkte looptijd van het project, hebben we ons beperkt tot Nederlandstalige publicaties en publicaties over Nederlands onderzoek. In deze paragraaf vatten we de belangrijkste resultaten kort samen. We focussen met name op (kwantitatieve) onderzoeksresultaten met betrekking tot de karakteristieken van de patiëntenpopulaties in de verschillende forensische en GGZ-settings.

5.1 Kenmerken van TBS-patiënten

Er zijn in Nederland verschillende studies gedaan naar de kenmerken van TBS-gestelden in het algemeen en / of specifieke subpopulaties (zoals blijvend delictgevaarlijken, psychotische TBS-gestelden) in het bijzonder. Op basis van deze studies ontstaat het volgende beeld:

TBS-patiënten algemeen

- *Persoonskenmerken.* De overgrote meerderheid van de TBS-gestelden is man (91%) en heeft de Nederlandse nationaliteit (94%). 29% van de populatie heeft een allochtone achtergrond. De gemiddelde leeftijd op het moment van de TBS-oplegging is 32 jaar (Van Nieuwenhuizen et al, 2011).
- *Sociale status en maatschappelijke participatie.* Driekwart van de populatie (74%) heeft voortgezet onderwijs gevolgd. Ten tijde van het delict had 81% geen werk, opleiding of andere vorm van dagbesteding. Bij de oplegging van de TBS-maatregel had ca 15% van de populatie een relatie, 28% heeft één of meer kinderen (Van Nieuwenhuizen et al, 2011).
- *Life events.* Een grote groep patiënten heeft negatieve life events meegemaakt, zoals verslaving, echtscheiding, overlijden van ouders en opname in een tehuis voor het 18e levensjaar (Van Nieuwenhuizen et al, 2011).
- *Hulpverleningsgeschiedenis.* Tweederde van de patiënten (66%) is voor de TBS-oplegging opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, kliniek of tehuis. Een kleinere groep van 17% heeft (uitsluitend) ambulante hulpverleningscontacten gehad in het verleden (Van Nieuwenhuizen et al, 2011). Dossieronderzoek van Van Vliet laat zien dat de aangeboden (GGZ) zorg in het verleden vaak verbrokkelde en gefragmenteerd was (Van Vliet en Oei, 2006). De auteurs komen tot de conclusie dat er een relatie lijkt te zijn tussen een voorgeschiedenis van ernstige pathologie en niet adequate opnames en/of behandelingen in algemene zorginstellingen en het plegen van een ernstig delict. De verbrokkelde wijze waarop zorg en hulpverlening zijn georganiseerd, draagt volgens de auteurs bij aan een toename van uitingen van gevaarlijke gestoordheid en uiteindelijk aan de groei van het aantal TBS-gestelden.
- *Justitiële voorgeschiedenis.* Meer dan 80% heeft een justitiële voorgeschiedenis en meer dan 60% was eerder gedetineerd (Van Nieuwenhuizen et al, 2011).
- *Multiproblematiek.* Hoewel niet te voorspellen is wie wel en niet een delict zal plegen waarvoor een TBS-maatregel opgelegd zal worden, kan volgens Van Vliet (2006) wel iets worden gezegd over de groep mensen die een verhoogd risico lopen om een dergelijk delict

te plegen. TBS-gestelden lijken als groep een van reguliere GGZ-patiënten afwijkende pathologie en gedragspatroon te hebben. TBS-gestelden zijn vaker sociaal-maatschappelijk geïsoleerd, zijn maatschappelijk minder kansrijk, hebben een ongunstiger opleidings- en werkniveau en zijn psychiatrisch en maatschappelijk zwaarder belast.

- *Ernstige delicten.* De grootste groep TBS-patiënten is veroordeeld tot TBS vanwege moord of doodslag (47%). Bijna een kwart (23%) heeft een zedendelict gepleegd. De resterende groep is veroordeeld vanwege bedreiging (11%), ernstig geweld en mishandeling (8%), brandstichting (7%) of diefstal met of zonder geweld (4%) (Van Nieuwenhuizen et al, 2011).
- *Psychopathologie en verslaving.* Van de 180 door Van Nieuwenhuizen et al (2011) bestudeerde casussen had 70% een aan middelen gebonden stoornis en leed 39% aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Op as 2 is 40% geïndiceerd met een cluster B persoonlijkheidsstoornis en 35% met een persoonlijkheidsstoornis NAO. Zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid komt in 23% van de gevallen voor. Het gemiddeld aantal classificaties per patiënt is 3,5. De meest voorkomende dubbeldiagnose is een cluster B persoonlijkheidsstoornis met een aan middelen gebonden stoornis. De gemiddelde GAF-score ligt op 44,9, wat aangeeft dat er sprake is van ernstige symptomen of beperkingen in het sociaal functioneren.
- *Psychologische kenmerken.* TBS-patiënten hebben doorgaans probleembesef maar geen inzicht in de factoren die het probleemgedrag veroorzaken. Ze hebben weinig empathie en inlevingsvermogen, en beperkte sociale, relationele en copingvaardigheden. Ze zijn gevoelig voor stress en gaan inadequaat om met stress-situaties (Bogaerts en Spreen, 2011).
- *Sociaal functioneren.* TBS-gestelden hebben over het algemeen gebrekkige vaardigheden om deel te nemen aan de maatschappij. Er is zelden een beschermend sociaal netwerk. TBS-gestelden hebben veelal een problematisch school- en / of arbeidsverleden (Bogaerts en Spreen, 2011).

Een aantal publicaties beschrijft niet alleen de kenmerken van de TBS-populatie, maar gaat tevens in op *veranderingen* die zich in de loop der jaren hebben voorgedaan in de aard en omvang van de patiëntenpopulatie:

- *Toenemend aantal TBS-opleggingen in de jaren tachtig en negentig*¹². In de jaren tachtig bleef het aantal beëindigingen achter bij het aantal opleggingen van TBS (Van Emmerik, 2000). In de jaren negentig vertoonde het aantal TBS-opleggingen een grillige tendens, waarbij vooral in de periode 1993-1995 het aantal sterk toenam. Van Vliet en Oei (2006) deden onderzoek naar de verklaringen voor toename van het aantal TBS-opleggingen en concludeerden dat verschillende auteurs verschillende verklaringen aanvoerden. De toename van het aantal TBS-opleggingen in de jaren negentig en de eerste helft van het vorige decennium wordt door onderzoekers, beleidsmakers en professionals onder meer toegeschreven aan: de organisatie en de wijze van functioneren van de GGZ (teveel fragmentatie, ambulantisering, onvoldoende deskundigheid, onderbehandeling van persoonlijkheidsstoornissen); de toenemende criminaliteit; de neiging van rechters om vaker TBS op te leggen; een toename van complexe psychopathologie en polymorbiditeit; een toenemend gebruik van alcohol en drugs.

12 Sinds 2006 is het aantal TBS-opleggingen sterk gedaald.

- Van Panhuis en Dingemans (2000) deden onderzoek naar psychotische TBS-gestelden en constateerden dat het aandeel psychotische TBS-gestelden in de periode 1970 – 1995 is gestegen van 10 tot 35%. Verder signaleerden zij een toenemende comorbiditeit met harddrugs bij een afnemende comorbiditeit met alcohol. Wat betreft het delictpatroon nam het aandeel gewelds- en dodelingsdelicten toe, evenals het aandeel seksuele delicten.

Blijvend delictgevaarlijke TBS-patiënten

De Kogel et al (2005) deden onderzoek naar de omvang en de kenmerken van de groep van 'blijvend delictgevaarlijke' forensisch-psychiatrische patiënten in de TBS-sector en de forensische GGZ-sector (FPK, FPA, KIB, SGLVG, APZ). Zij kwamen onder meer tot de volgende conclusies:

- *Omvang.* Binnen de TBS-klinieken wordt 43% van de patiënten door behandelaren aangemerkt als blijvend delictgevaarlijk. Binnen de (forensische) GGZ gaat het om 35% van de populatie.
- *Zorg/beveiligingsbehoefte.* Naar verwachting van de behandelverantwoordelijken heeft het merendeel van de blijvend delictgevaarlijken in de TBS-sector ook op lange termijn een intramurale TBS-setting (42%) of forensische GGZ-setting (25%) nodig. Een derde zou op lange termijn terug kunnen gaan naar de maatschappij met forensisch toezicht. Voor de blijvend delictgevaarlijken in de forensische GGZ zijn deze percentages respectievelijk 12%, 38% en 51%.
- *Psychopathologie.* Blijvend delictgevaarlijke personen in de TBS-sector hebben vaker zowel een as 1 als een as 2 diagnose en hebben vaker een somatische stoornis. Bij blijvend delictgevaarlijke patiënten in de forensische GGZ is vaker sprake van schizofrenie al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. Zedendelicten komen bijna uitsluitend voor bij patiënten in de TBS. Seksuele stoornissen komen bij deze groep ook vaker voor.
- *Risicofactoren.* Cognitieve en interpersoonlijke factoren worden door behandelaren veelal als aanleiding tot het delict en/of als belemmerende factor in het verminderen van het recidiverisico gezien. Bij blijvend delictgevaarlijke patiënten in de GGZ-sector wordt het stoppen met medicatie als belangrijke risicofactor gezien.
- *Sociaal en psychisch functioneren.* Ernstige beperkingen in het sociaal en psychisch functioneren (GAF) komen bij de blijvend delictgevaarlijke patiënten in de GGZ vaker voor, vooral bij mensen met een psychotische stoornis. Zij hebben meer zorg van psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen nodig.

Psychotische TBS-patiënten

Nijman et al (2006) en Van Panhuis en Dingemans (2000) hebben onderzoek gedaan naar de overeenkomsten en verschillen tussen psychotische TBS-patiënten en niet psychotische TBS-patiënten (veelal patiënten met persoonlijkheidsstoornissen). De belangrijkste resultaten van het onderzoek van Nijman et al (2006) zijn als volgt:

- *Voorgeschiedenis.* Psychotische delictplegers hebben vaker een relatief normale kindertijd en adolescentie doorgemaakt en hebben een hoger scholingsniveau dan andere delictplegers. 77% van de psychotische groep is eerder in aanraking geweest met psychiatrische zorg, tegen 43% van de controlegroep (Nijman et al, 2006).

- *Aard delict.* Psychotische patiënten zijn vaker ‘first offender’ (37%). Zij hebben significant vaker ernstige geweldsdelicten gepleegd dan niet-psychotische patiënten (66% versus 37%), en maakten vaak slachtoffers in hun directe omgeving. 67% van de psychotische patiënten die een delict hadden gepleegd met dodelijke afloop, was nooit eerder veroordeeld (Nijman et al, 2006).
- *Recidive.* Het recidivecijfer onder psychotische TBS-gestelden ligt lager dan onder de niet-psychotische doelgroep. Wel hebben zij na hun behandeling in de TBS doorgaans blijvend behoefte aan begeleiding en zorg, waarbij (verplichte) farmacotherapie volgens de auteurs een belangrijke plek zou moeten innemen (Nijman et al, 2006).

De belangrijkste resultaten van het onderzoek van Van Panhuis en Dingemans (2000) zijn:

- *Aard delict.* 88% van de psychotische TBS-gestelden heeft een geweldsdelict gepleegd. 78% van de psychotische TBS-gestelden was tijdens het delict floride psychotisch. De geweldsdelicten zijn minder ernstig dan bij personen met alleen een persoonlijkheidsstoornis.¹³
- *Middelengebruik.* Het alcohol- en drugsgebruik is in de loop der tijd toegenomen onder de groep van psychotische TBS-gestelden.
- *Handvatten voor preventie.* De auteurs concluderen dat behandeling van de acute psychose en beperking van alcohol- en drugsmisbruik kunnen bijdragen aan preventie van criminalisering van psychotische patiënten. Van belang is om specifieke kennis te verwerven over de factoren die bij een floride psychose risicoverhogend zijn. Hier ligt een belangrijke taak voor de (ambulante) GGZ.

5.2 Kenmerken van gedetineerden met psychiatrische problemen

Er zijn de laatste jaren diverse studies gedaan naar de aard en omvang van de groep van gedetineerden met psychiatrische stoornissen. Eén van de meest recente publicaties is het proefschrift van Zwemstra (2009). Dit proefschrift behandelt de grensstromen in de forensische zorg en gaat met name in op de tekortschietende aansluiting tussen GGZ en Justitie. In het proefschrift wordt over de groep van gedetineerden met psychiatrische problemen het volgende beschreven:

- *Omvang.* Prevalentiestudies in het gevangeniswezen laten verschillende uitkomsten zien. Bulten (1999) komt uit op 65% psychiatrische stoornissen in het gevangeniswezen, waarbij verslaving buiten beschouwing is gelaten. Schoenmaker en Van Zessen (1997) schatten het percentage gedetineerden met psychiatrische stoornissen op 70 à 80%.
- *Psychopathologie.* De helft van de gedetineerden heeft een persoonlijkheidsstoornis met cluster B-kenmerken en 40% is verslaafd. Een kleinere groep (6%) heeft een psychotische stoornis. Het percentage gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking wordt ingeschat op 15%.
- *Multiproblematiek.* Volgens de auteur is het aantal psychotische patiënten in de GGZ de laatste jaren toegenomen. Psychotische patiënten in het gevangeniswezen verschillen in een aantal opzichten van psychotische patiënten in de GGZ: ze zijn vaker verslaafd, meer onwettelijk en vertonen meer agressief gedrag. Ook is de problematiek over het algemeen moeilijker herkenbaar en is het ziektebesef minder vaak aanwezig.

13 Dit resultaat wijkt af van de onderzoeksresultaten van Nijman et al (2006).

5.3 Kenmerken van gedwongen opgenomen GGZ-patiënten

Verscheidende publicaties beschrijven de kenmerken van gedwongen opgenomen GGZ-patiënten. In onze search hebben we één artikel gevonden waarin 20 patiënten die met een zgn. artikel 37-maatregel (volledig ontoerekeningsvatbaar) in de GGZ zijn opgenomen, werden vergeleken met patiënten die met een civielrechtelijke maatregel zijn opgenomen (Van Gestel et al, 2002). De belangrijkste resultaten van deze studie zijn:

- *Demografische kenmerken en psychopathologie.* Vergeleken met de groep van patiënten die met een RM is opgenomen, zijn de artikel 37-patiënten vaker man en vaker met een andere dan Nederlandse nationaliteit. De diagnoses verschillen weinig.
- *Behandelbaarheid, beheersbaarheid en doorstroming.* 13 van de 20 artikel 37-patiënten laten een gunstige ontwikkeling zien in hun psychiatrische conditie. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose laten weinig verbetering zien, evenals patiënten met een ernstig delict, patiënten die niet meewerken aan behandeling en patiënten met een lange wachttijd voor opname. Elf patiënten zijn doorgestroomd naar ambulante behandeling en negen naar een klinische vervolghandeling.
- *Conclusie auteurs:* Er zijn beperkte verschillen in demografie, diagnoses, behandelbaarheid, beheersbaarheid en doorstroming tussen patiënten met een strafrechtelijke maatregel (art. 37) en patiënten met een BOPZ-maatregel.

Gegevens over de aard en omvang van de groep van gedwongen opgenomen GGZ-patiënten vonden wij met name in publicaties van Wierdsma et al. In een publicatie uit 2010 komt het volgende naar voren:

- Er bestaan grote regionale verschillen in aantallen IBS-en en RM-en. Vooral in grote steden worden meer mensen opgenomen met een IBS. Landelijk is het aantal IBS-en sinds 1994 toegenomen. De toename is het sterkst in grote steden.
- Regionale verschillen kunnen deels worden verklaard door demografische verschillen. Mannen worden vaker gedwongen opgenomen dan vrouwen. Etnische groepen, vooral patiënten van Surinaamse en Antilliaanse afkomst, hebben een verhoogd risico op gedwongen opname.
- Bij dwangopnamen ging het om ernstige psychiatrische problematiek. De percentages schizofrenie, wanen en andere psychotische stoornissen in de geneeskundige verklaring varieerden van 40% bij IBS-en in Groningen tot meer dan 75% bij RM-en in Rotterdam en Groningen.

Een artikel uit 2006 van Wierdsma et al gaat met name in op de psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van registraties van de GGD Rotterdam en van het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam-Rijnmond. IBS-patiënten die waren opgenomen in 1992-1993 werden vergeleken met een groep die was opgenomen in 1996-1997. De belangrijkste resultaten zijn als volgt:

- *Demografische gegevens en diagnose.* 55% van de patiënten die met een IBS is opgenomen is man, 71% is jonger dan 45 jaar. Driekwart (74%) is ongehuwd. Tweederde (66%) is in Nederland geboren. Bij de helft van de patiënten (49%) is de diagnose schizofrenie of overige psychose gesteld. Patiënten die worden opgenomen met een IBS verblijven gemiddeld 71 dagen in de GGZ.

- *Eerdere onvrijwillige opnames.* 10% van de patiënten is herhaaldelijk met een IBS in de GGZ opgenomen. Herhaaldelijke IBS-en komen meer voor bij 45-65 jarigen, bij patiënten met een lage sociaal-economische status, bij patiënten die geboren zijn in niet-westerse landen en patiënten met een manische stoornis. Na de invoering van de wet BOPZ is het percentage herhaalde opnames toegenomen.
- *Hulpverleningscontacten.* Bijna driekwart (72%) van de IBS-patiënten heeft eerdere hulpverleningscontacten gehad. In de maand voorafgaand aan de opname was 54% in zorg.
- *Nazorg.* De helft van de patiënten (51%) krijgt binnen een week na ontslag ambulante nazorg, 87% binnen een maand. 17,5% wordt binnen drie maanden opnieuw opgenomen, 35% binnen een jaar. 52% is na 12 maanden na de IBS nog steeds in zorg.
- *Kwaliteit van zorg.* De kwaliteit van de zorg rond acute dwangopname wordt door de auteurs over het algemeen als positief beoordeeld. Echter, in een aantal gevallen ontbreekt zorg voorafgaand aan de IBS of blijft nazorg na IBS uit. Dit kan volgens de auteurs worden gezien als een tekort aan zorg en vergt maatregelen, zoals het eerder toepassen van een voorlopige RM of intensieve ambulante begeleiding.

Ook een publicatie van Derksen et al (1999) bevat gegevens over de kenmerken van patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen in de GGZ. De gegevens zijn gebaseerd op een prospectief onderzoek naar onvrijwillige opnames in het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis in de periode januari – juli 1996. De belangrijkste resultaten zijn als volgt:

- *Demografische gegevens.* Tweederde van de onvrijwillig opgenomen patiënten betreft mannen. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 33 jaar, van de vrouwen 39,5 jaar. 60% is geboren in Nederland, 90% heeft de Nederlandse nationaliteit. Een minderheid is gehuwd (16%) en ook het percentage patiënten met een betaalde baan is klein (12%).
- *Diagnostische gegevens.* Bij de meerderheid van de gedwongen opgenomen patiënten (91%) werd een as 1 diagnose gesteld, waarbij in de helft van de gevallen een psychotische stoornis werd gediagnosticeerd. Bij 22% van de patiënten werd een persoonlijkheidsstoornis geconstateerd.
- *Voorgeschiedenis.* 62% van de patiënten was tussen 1990 en 1996 eerder (gedwongen) opgenomen geweest, 5% had een detentieperiode achter de rug.

Conclusies op basis van literatuuronderzoek:

De **TBS-populatie** onderscheidt zich met name door de volgende kenmerken:

- Het merendeel heeft een persoonlijkheidsstoornis en/of een aan middelen gebonden stoornis.
- Er is veel multiproblematiek.
- Het merendeel heeft ernstige delicten (geweld, doding, zeden) begaan.
- Het merendeel heeft een historie in de jeugdzorg, verslavingszorg of GGZ.
- Het merendeel heeft meerdere negatieve life-events meegemaakt.
- Naar inschatting van behandelaren is een aanzienlijke groep blijvend delictgevaarlijk en heeft behoefte aan langdurende klinische zorg en beveiliging.

De **gevangeniswezenpopulatie** (niet PPC) onderscheidt zich met name door de volgende kenmerken:

- Psychiatrische problematiek komt veelvuldig voor. Meestal betreft het persoonlijkheidsstoornissen en/of verslaving. Een kleinere groep gedetineerden heeft een psychotische stoornis.
- Psychotische patiënten in het gevangeniswezen hebben meer multiproblematiek dan psychotische patiënten in de reguliere GGZ.

De **patiëntenpopulatie die met een civielrechtelijke maatregel wordt opgenomen in de GGZ** onderscheidt zich met name door de volgende kenmerken:

- Het merendeel wordt opgenomen met een diagnose op as 1 (meestal psychotische stoornissen).
- Het merendeel is eerder (al dan niet gedwongen) opgenomen geweest in de GGZ.
- Het merendeel van de patiënten krijgt binnen een maand na ontslag nazorg.

6 Samenvatting, conclusies en nabeschuiving

In dit rapport hebben we verslag gedaan van de resultaten van een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen de patiëntenpopulaties van de GGZ en Justitie / forensische zorg. Het onderzoek, dat in korte tijd is uitgevoerd, heeft een grote hoeveelheid informatie opgeleverd. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat en trekken we conclusies. Daarna volgt een nabeschuiving, waarin we de resultaten op waarde proberen te schatten en tevens stil staan bij enkele beperkingen van het onderzoek.

6.1 Samenvatting en conclusies

Capaciteit

Hoewel we ons in het onderzoek vooral gericht hebben op patiëntkenmerken van patiënten die in zorg zijn van de GGZ en justitiële instellingen, hebben we ook informatie in kaart gebracht over de omvang van beide sectoren en de belangrijkste ontwikkelingen in de capaciteit. Op basis van de vergaarde informatie trekken we de volgende conclusies:

- De capaciteit in de forensische zorg (FPC, FPK, FPA en PPC) is de laatste jaren fors toegenomen. Tegelijkertijd hebben met name de FPC's te maken met een afnemende instroom ten gevolge van een afnemend aantal TBS-opleggingen. In combinatie met een toenemende uitstroom heeft dit geleid tot overcapaciteit. Dit probleem van overcapaciteit doet zich momenteel ook voor binnen de FPA's.
- Ook in de GGZ is de capaciteit toegenomen, echter de toename betrof niet zozeer de klinische capaciteit maar vooral de RIBW- en de ambulante capaciteit. Het bereik van de GGZ is de laatste jaren toegenomen; meer mensen, onder wie ook patiënten met langdurende en complexe zorgbehoeften, maken gebruik van de GGZ. Tegelijkertijd is ook het aantal onvrijwillige opnemingen de laatste jaren aanzienlijk toegenomen. Vergeleken met andere Europese landen heeft Nederland veel psychiatrische en forensische bedden en is de capaciteit de laatste jaren relatief het minst afgenomen.
- In het gevangeniswezen (niet zijnde de PPC's) is de capaciteit afgenomen.

Patiëntkenmerken

Via verschillende bronnen en registratiesystemen is informatie verkregen over kenmerken van personen die behandeld worden in de GGZ en in justitiële voorzieningen. De informatie uit de verschillende bronnen en bestanden bleek lastig vergelijkbaar omdat de gegevens betrekking hebben op uiteenlopende subgroepen en op verschillende jaren of periodes. Bovendien zijn de databestanden op inhoud moeilijk vergelijkbaar omdat niet overal dezelfde items worden geregistreerd en/of op dezelfde manier worden geregistreerd (bv. diagnose, hoofddiagnose of diagnosegroep; geboorteland of etniciteit).

Ondanks deze beperkingen kan in hoofdlijnen wel iets gezegd worden over de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen forensische en GGZ-patiënten. Op basis van een schematisch overzicht (bijlage 1) kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Op de eerste plaats: Er zijn niet alleen verschillen tussen de forensische en GGZ-doelgroep, maar ook *binnen* beide groepen. Hieruit volgt: 'De' forensische patiënt bestaat niet, evenmin als 'de' GGZ-patiënt. Zo hebben TBS-patiënten andere kenmerken dan FPA-

patienten, terwijl FPA-patiënten weer andere kenmerken hebben dan patiënten die verblijven in PPC's of in zorg zijn van forensische ACT-teams. Een constatering die aansluit bij de bevindingen van o.a. Van Vliet (2006), die aangeeft dat TBS-gestelden als groep een, van reguliere gedetineerden maar ook van reguliere GGZ-patiënten, afwijkende pathologie en gedragspatroon hebben. Ook binnen de GGZ zijn er grote verschillen. Zo hebben patiënten die met een civielrechtelijke maatregel in de GGZ verblijven, andere kenmerken dan degenen die vrijwillig verblijven. Ook tussen de klinische en ambulante (ACT) GGZ-patiëntenpopulaties bestaan grote verschillen.

- *Sekse.* In sociaal-demografisch opzicht zijn er enkele verschillen tussen de forensische en de GGZ-doelgroep. In de forensische settings verblijven hoofdzakelijk mannen. In de reguliere klinische GGZ daarentegen worden iets meer vrouwen dan mannen behandeld. Dit geldt echter weer niet voor degenen die met een civielrechtelijke maatregel opgenomen zijn in een GGZ-instelling en voor degenen die intensieve ambulante zorg krijgen van een ACT-team; deze doelgroepen bestaan voor het merendeel uit mannen.
- *Leeftijd.* Over het geheel genomen zijn GGZ-patiënten gemiddeld enkele jaren ouder dan forensische patiënten. In de forensische zorg is de gemiddelde leeftijd medio 30, in de GGZ begin 40.
- *Burgerlijke staat.* Het merendeel (in bijna alle subpopulaties gaat het om meer dan driekwart) van zowel de forensische als de GGZ-populatie is alleenstaand (ongehuwd, gescheiden of weduwnaar). Dit geldt voor zowel degenen die klinisch behandeld worden als degenen die ambulant in zorg zijn.
- *Overeenkomsten subgroepen GGZ.* De patiënten die gedwongen opgenomen zijn in de GGZ lijken qua persoonskenmerken en ziektebeelden gelijkenissen te vertonen met de populatie die intensieve ambulante zorg ontvangt vanuit een ACT-team. Dit is ook niet verwonderlijk omdat ACT-teams zich richten op de meest complexe, vaak instabiele en zorgmijdende, patiëntengroep.
- *Persoonlijkheidsstoornissen.* Persoonlijkheidsstoornissen komen niet alleen in forensische settings maar ook in de reguliere GGZ regelmatig voor (ca. 25% van de GGZ-patiënten). Onder de subgroep van gedwongen opgenomen GGZ-patiënten en ACT-patiënten komen persoonlijkheidsstoornissen echter minder vaak voor; bij deze patiënten gaat het hoofdzakelijk om as 1-diagnoses (veelal psychotische stoornissen).
- *Psychotische stoornissen.* Andersom komen schizofrenie en psychotische stoornissen niet alleen bij de GGZ-populatie, maar ook bij de forensische populatie regelmatig (bij 20 tot 35%) voor. Van de PPC-patiënten heeft vrijwel iedereen een diagnose op as 1.
- *Verslaving.* Verslaving komt met name bij de forensische populatie veelvuldig voor. Vooral in het gevangeniswezen is verslaving eerder regel dan uitzondering. In de GGZ-settings is het aandeel patiënten met (primaire) verslavingsproblematiek kleiner, echter dit geldt niet voor de (meestal vanuit de GGZ opgezette) forensische ACT-teams.
- *Ernst problematiek.* Op ernst van de problematiek zijn de patiëntengroepen van Justitie en GGZ moeilijk vergelijkbaar omdat niet alle databestanden informatie bevatten over de HoNOS- en GAF-scores. Van de GGZ-subpopulaties die we hebben onderscheiden lijken de (reguliere) ACT-patiënten de meest ernstige problematiek te ondervinden. Deze patiënten hebben hoge HoNOS- en lage GAF-scores. Uit onderzoek onder 'blijvend delictgevaarlijken' (De Kogel et al, 2005) komt naar voren dat blijvend delictgevaarlijken

in de (forensische) GGZ¹⁴ – vooral degenen met een psychotische stoornis - ernstiger problemen hebben in het sociaal en psychisch functioneren dan patiënten in de TBS-sector.

6.2 Beperkingen van dit onderzoek

Vraag die nu voorligt is wat de resultaten betekenen voor de discussie over de gevolgen van de nieuwe wetgeving (Wet op de Forensische Zorg en Wet op de Verplichte GGZ) voor de GGZ. Alvorens hierop in te gaan willen we eerst stilstaan bij enkele beperkingen van dit onderzoek. Ten eerste is dit onderzoek in zeer kort tijdsbestek uitgevoerd. Door het korte tijdsbestek hebben we in de opzet van het onderzoek een aantal pragmatische keuzes gemaakt die van invloed zijn geweest op de resultaten. Dankzij de inspanningen van onze contactpersonen zijn we in staat geweest om in zeer korte tijd diverse databestanden en registratiesystemen te ontsluiten. Tegelijkertijd waren we gebonden aan de mogelijkheden en onmogelijkheden van de diverse systemen en hadden we te maken met steeds andere afbakeningen van patiëntenpopulaties. Gevolg daarvan is dat de gegevens die we presenteren in dit rapport, betrekking hebben op (steeds wat anders gedefinieerde) deelpopulaties. Ook moet vermeld worden dat bepaalde deelpopulaties, zoals de patiënten die behandeld worden door forensische poliklinieken en deeltijdcentra, alsmede patiënten die onder toezicht staan van de reclassering, buiten ons gezichtsveld zijn gebleven. Hetzelfde geldt overigens voor de (in omvang grootste) populatie GGZ-patiënten die ambulantly in zorg is (anders dan (F)ACT).

In de tweede plaats heeft dit project zich met name gericht op het in kaart brengen van de beschikbare kwantitatieve data op populatieniveau. Wat betreft de beschikbaarheid: waar de meeste databestanden vrij volledige informatie bevatten over sociaal-demografische gegevens en diagnostische gegevens, liet de informatie over de ernst van de problematiek (gemeten m.b.v. de HoNOS en/of de GAF) alsmede over de voorgeschiedenis van patiënten in de GGZ en/of in detentie, te wensen over. Ook over een zeer belangrijk aspect, namelijk de individuele delictgevaarlijkheid van de forensische en GGZ-patiëntenpopulatie, alsmede de factoren die de individuele delictgevaarlijkheid in positieve of negatieve zin beïnvloeden - bevatten de databestanden van justitie en GGZ geen informatie, en vandaar dat we daarover op basis van deze studie geen uitspraken kunnen doen. Voor andere essentiële aspecten, zoals de aard en omvang van agressie-incidenten op verpleegafdelingen, de mate van vluchtgevaar en de snelheid waarmee patiënten in crisis of delict kunnen vervallen, geldt hetzelfde; ook daarover is geen vergelijkbare informatie uit databestanden beschikbaar.¹⁵

Wat betreft de aard van de informatie die in het kader van dit onderzoek is verzameld: deze was zoals gezegd kwantitatief van aard. Kwalitatieve informatie afkomstig uit gesprekken met hulpverleners – die de kwantitatieve data kunnen aanvullen en kunnen helpen interpreteren - is in deze studie niet meegenomen; hiervoor verwijzen we naar de studie van Indigo (Scholten, 2012) en de deelstudie van het Trimbos-instituut naar de voorgeschiedenis van patiënten in de GGZ en de forensische zorg (Neijmeijer, Place, Rijkaart en Kroon, 2012).

14 Tot de (forensische) GGZ werden in dit onderzoek 3 FPK's, 9 FPA's, 3 KIB's, 1 SGLVG-instelling en 2 gesloten afdelingen voor chronisch psychiatrische patiënten van algemeen psychiatrische ziekenhuizen gerekend.

15 Wel verschaft het onderzoek van Roede et al (2002) enig inzicht in deze aspecten.

6.3 Nuancering in plaats van stereotypering

In deze studie hebben wij de overeenkomsten en verschillen tussen de GGZ- en de forensische patiëntenpopulatie onderzocht, waarbij we ons, zoals hierboven toegelicht, met name hebben gefocust op sociaal-demografische en diagnostische gegevens.

Het is ons tijdens dit onderzoek opgevallen dat beelden en opvattingen van beleidsmakers, professionals en onderzoekers over 'Justitie' en 'GGZ' nogal eens gebaseerd lijken op hardnekkige stereotypen in plaats van op objectieve informatie. Hetzelfde geldt voor de beeldvorming van 'Justitieklienten' versus 'GGZ-cliënten'. Echter, 'de' GGZ-cliënt is niet synoniem met de hoogopgeleide en inzichthebbende Riagg-klant van weleer, zoals 'de' Justitieklant niet synoniem is met de veelal persoonlijkheidsgestoorde en delictgevaarlijke TBS-gestelde. Om een stap verder te komen in het dichten van de kloof tussen Justitie en GGZ is het van belang om niet te blijven denken in termen van stereotypen over en weer, maar om de nuance te zoeken. Dit onderzoek maakt duidelijk dat 'de' GGZ-patiënt niet bestaat, evenmin als 'de' forensische patiënt. Hiermee sluiten we aan bij de standpunten van forensische experts en adviesorganen, zoals De Ruiter (2007) en de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008). Dit onderzoek maakt bovendien duidelijk dat de GGZ zich wel degelijk richt op patiënten met zeer complexe, multiple en langdurende zorgbehoeftes op diverse levensterreinen, alsmede op patiënten met persoonlijkheidsproblematiek - zoals de justitiële sector zich mede richt op patiënten met schizofrenie en psychotische stoornissen. Vooral door de snelle ontwikkeling en implementatie van (F)ACT lukt het de GGZ steeds beter om zorgmijdende patiënten met complexe problematiek, onder wie ook forensische patiënten, in zorg te brengen en te houden.

6.4 Kan de GGZ een nieuwe toestroom van justitiabelen aan?

De door de RVZ geformuleerde achterliggende vraag, namelijk of de GGZ voldoende is toegerust op een toenemende toestroom van (complexe) patiënten vanuit Justitie, is met onze onderzoeksdata moeilijk te beantwoorden. Ten eerste omdat het onderzoek uitsluitend gericht was op het beschrijven van verschillen en overeenkomsten in patiëntkenmerken, en andere aspecten die een zeer wezenlijke rol spelen in de beantwoording van deze vraag (verschillen en overeenkomsten qua financiering, mankracht, veiligheid, besturingsmodel, cultuur) niet zijn meegenomen.¹⁶ En ten tweede omdat we over de verschillen en overeenkomsten tussen beide patiëntengroepen met betrekking tot een cruciaal patiëntkenmerk, namelijk delictgevaar, geen uitspraken kunnen doen. Socio-demografisch en diagnostisch lijken er wel degelijk overeenkomsten te zijn tussen de (met name gedwongen opgenomen) GGZ-patiënten en patiënten in justitiële instellingen, al zijn er in bepaalde opzichten ook (aanzienlijke) verschillen.¹⁷ Die verschillen betreffen voor een deel de aard van de problematiek (vooral TBS-gestelden en patiënten die in behandeling zijn van forensische (F)ACT-teams hebben vaker persoonlijkheidsstoornissen) en de complexiteit van de problematiek (forensisch-psychiatrische patiënten hebben vaker meerdere stoornissen, waaronder ook verslaving, tegelijkertijd), maar betreffen ook de delictgeschiedenis en hoogstwaarschijnlijk ook

16 Hiervoor verwijzen wij naar de rapporten van Indigo, Significant en Aye Zarrinkhameh.

17 De grootste verschillen lijken zich voor te doen tussen de groep van (blijvend delictgevaarlijke) TBS-patiënten, onder wie zich relatief veel personen met persoonlijkheidsstoornissen en/of (pedo)seksueel delinquenten bevinden, en de groep van reguliere, vrijwillig opgenomen GGZ-patiënten.

de delictgevaarlijkheid. Hoewel we over de overeenkomsten en verschillen in het delictgevaar van beide patiëntenpopulaties op basis van de data uit de door ons geraadpleegde registratiesystemen geen harde uitspraken kunnen doen, rijst op basis van andere bronnen (beleidsinformatie van DJI en publicaties in vaktijdschriften) het beeld dat met name de TBS-populatie qua delictgevaar een andere populatie is dan de patiënten die op dit moment in de reguliere GGZ behandeld worden. Om verschillende redenen (o.a. beveiligingsniveau GGZ-instellingen, deskundigheid personeel, financiering; zie rapport Indigo) kan gesteld worden dat de GGZ niet zonder meer is toegerust op deze subpopulatie van forensisch-psychiatrische patiënten. Hetzelfde geldt zeer waarschijnlijk voor andere groepen van (ex) justitiabelen die weliswaar een hoog risico lopen op recidive, maar geen duidelijke zorg- en/of behandelbehoeftes hebben; hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan zedendelinquenten en personen met antisociale persoonlijkheidsstoornissen.

Het antwoord op de vraag of de GGZ een eventuele toestroom van (deels nieuwe) justitiabelen qua deskundigheid en expertise¹⁸ aankan, zal kortom sterk afhangen van de aard en afkomst van die (nieuwe) patiëntenstroom. Met de nodige voorzichtigheid denken wij deze vraag op basis van ons onderzoek bevestigend te kunnen beantwoorden, mits de toestroom met name patiënten betreft bij wie de psychiatrische kwetsbaarheid voorop staat. We doelen daarbij met name op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals psychotische stoornissen, die relatief kleine vergrijpen hebben begaan (zie ook rapport Indigo), hulpbehoeftes hebben op verschillende levensgebieden en zich zonder professionele ondersteuning niet staande kunnen houden in het dagelijks leven. Zoals elders betoogd (Neijmeijer et al, in druk) is het van belang dat de GGZ wordt ingezet voor de meest kwetsbare patiëntengroep die behoefte heeft aan niet uitsluitend monitoring, toezicht en risicomangement, maar vooral ook aan zorg en behandeling. (Ex) justitiabelen met een hoog risico op recidive maar zonder duidelijke zorg- en/of behandelbehoefte komen eerder in aanmerking voor reclasseringstoezicht of behandeling in een justitiële setting dan voor behandeling vanuit de GGZ. Indien de GGZ in de toekomst te maken krijgt met een grotere en wellicht deels nieuwe instroom van forensisch-psychiatrische patiënten is het uiteraard van belang dat daarvoor de randvoorwaarden voldoende op orde zijn. Het doen van aanbevelingen met betrekking tot de aard en omvang van deze randvoorwaarden valt buiten het bereik van deze studie, maar aanknopingspunten zijn te vinden in de rapporten van Indigo en Significant. Wat wij in dit rapport willen uitlichten is het belang van risicotaxatie en risicomangement. Zoals ook door De Ruiters (2007) wordt betoogd, kan de GGZ nu en ook in de toekomst niet voor 100% voorkomen dat een psychiatrisch patiënt een delict pleegt. Het delict risico kan echter mogelijk wel verkleind worden als de GGZ meer gaat werken met risicomethoden en risicohanteringsplannen, zoals in de forensische zorg gebruikelijk is. Daarnaast zal langdurende (ambulante) begeleiding en zorg nodig zijn, om toe te zien op medicatiegebruik (Ruiters, 2007), alcohol- en drugsmisbruik zoveel mogelijk te beperken (Panhuis en Dingemans, 2000), (psychotische) symptomen op tijd te behandelen (Panhuis en Dingemans, 2000), maar ook om de kwetsbare patiënt te ondersteunen bij het weer op orde krijgen van zijn leven en hem vaardigheden aan te reiken om beter met stresssituaties en het hanteren van emoties en agressie om te leren gaan.

18 Over andere factoren zoals de besturing, financiering en beveiliging van de GGZ verwijzen we naar de rapporten van Significant en Indigo.

Bijlage 1

	TBS		FPA	Inkoop GGZ	PPC	GGZ klinisch	GGZ ambu- lant							
	DJI (M&R) ¹⁹	Tilburg/ Leuven ²⁰	Casus D&D	Casus D&D	PCR- NN	IFZO/ NIFP	IFZO/ GW	Opname Casus D&D	Beh/verb Casus D&D	GGZ alg PCR- NN	IBS/RM DIS	ACT Trimbos	For ACT Trimbos	
Persoon														
% man	95	91	68	76	86	92	93	97	46	47	49	72	71	90
gem. leeftijd	35	32	39	37	38	36	35	36	40	43	48		42	38
% in NL geboren	72					74	57	60					66	76
% NL emigratie	69		83	82					87	90				
Snoornis														
% psychosen hoofd	25		21	35		20			27	32		67	77	22
% PS hoofd	35		65	34		25			29	30		3	5	22
% verslaving hoofd	23					17						7	5	28
% verslaving	43	74	52	27	54	73	52		12	15	12			
% IVB (IQ<85)	20	23	7	7		22	12		4	6				
As 1 en as 2	60		94	40					33	37				
GAF (smp/beperk)		44,9	42,5	43,8	38,2/37,5			46,7	47,5	47,6/46,7			38,6/36,0	44,5/40,5
HoNOS					13,2					12,6			17,6	15,3
MANSA					4,5					4,7				
(GGZ-)opnames														
% liferime	46	66												
% afgelopen jaar													46	15
Detentieverleden														
% liferime	70	63												
% afgelopen jaar													15	35

19 Het betreft hier gegevens uit het gegevensbestand van de afdeling Monitoring en Research van het toenmalige Meijers Instituut.

20 Het betreft hier gegevens uit het onderzoek van Van Nieuwenhuizen et al (2011).

Literatuur

- Bogaerts, S. & M. Spreen (2011). *Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap vóór het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delict informatie in een klinische groep terbeschikkinggestelden*. Tilburg: Universiteit van Tilburg, Intervict.
- Bouman, G., Riphagen, B. en Jongebreur, W. (2012). *De forensische zorg. Beschrijving van het besturingsmodel*. Barneveld: Significant.
- Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Derksen, M. Th., Timmermans, L. en Stronks, D.L. (1999). De praktijk van de vrijwillige opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41 (1) p 45-49.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2011). *Forensische Zorg in getal 2006-2010*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2011). *Gevangeniswezen in getal 2006-2010*. Den Haag: DJI.
- Dijk, S. van, Knispel, A. en Nuijen, J (2010). *GGZ in tabellen 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Emmerik, M. van (2001). *De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: DJI.
- Emmerik, J.L. van (2000). *Een gekleurde reactie op het TBS-rapport "Over stromen"? De psychiater* 7 (3), p. 10-11.
- Gestel, C.J. van, Nieuwenhuizen, Ch. van en Achilles, R.A. (2002). Vormen 'artikel-37-patiënten een zware last? *Tijdschrift voor psychiatrie* 44 (2002) 9 p 627-631.
- GGD Den Haag. *Winterkoudeonderzoek 2010 / 2011*. Tussenrapportage Den Haag. Den Haag: 2011.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Wijgaarden, B. van, & I. Kok (2010). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jaarverslag PPC Amsterdam 2010*. Amsterdam: DJI.
- Jong, A. de (1984). Foulds' hiërarchische model van psychiatrische ziekte. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 275-291.
- Kroon, H. en Pijl, B. (2008). *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ. Trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kogel, C.H. de, Verwers, C. en Hartogh, V.E. den (2005). *'Blijvend delictgevaarlijk' - empirische schattingen en conceptuele verkenningen*. Den Haag: WODC, DJI, BJU.

- Mulder, C.L en Snijdewind, A. (2006). De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie. Mension, Badhoevedorp.
- Mulder, C.L. en Van Hemert, A.M. (2006) Epidemiologie van de spoedeisende psychiatrie. In: Achilles, R.A., Beerthuis R.J. en Van Ewijk, W.M. Handboek spoedeisende psychiatrie. Benecke, Amsterdam.
- Neijmeijer, L., Place, C. Vugt, M. van, Veldhuizen, R. van, Marle, J. van en Kroon, H. (in druk). Forensische (F)ACT. In: Handboek forensische verslavingszorg.
- Neijmeijer, L., Place, C., Rijkaart, A.M. en H. Kroon (2012). Behandelvoorgeschiedenis en justitiële carrière. Verschillen en overeenkomsten tussen gedwongen opgenomen patiënten in instellingen voor reguliere zorg en in instellingen voor forensische zorg.
- Nieuwenhuizen, Ch. van, Bogaerts, S., Ruijter, E.A.W. de, Bongers, I.L., Coppens, M., Meijers, E.A.A.C. (2011). TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse. WODC en GGZE.
- Nijman, H., Marle, H. van en Kavelaars, M (2006). Psychotische patienten in de TBS: achtergronden, delictgedrag en behandeling. *Pedagogiek* 3, p. 291-300.
- Panhuis, P.J.A. van en Dingemans, P.M. (2000). Geweld en psychotische ziekte. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42 (11), 793-802.
- Place, C., Vugt, M. van, Kroon, H. en Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving forensische (F) ACT. Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Priebe, S., Badescony, A., Fioritti, A. et al (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 330 (7483) 123-126.
- Priebe, S., Frottier, P. Gaddini, A. et al (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services* 59: 570-573.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008). Advies Forensisch Psychiatrisch Toezicht.
- Roede, E., Breetveld, I. en Nijssen, A. (2002). De asielbehoefte voor blijvend gevaarlijke en gestoorde patiënten en delinquenten in Nederland. Kerngegevens blijvend gevaarlijke psychisch gestoorde delinquenten en patiënten. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Ruiter, C. de (2007). TBS: nog wat meer stof tot nadenken. *Pedagogiek* 27(1) 3-9.
- Schoenmaker, C. en Zessen, G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Scholten, S. (2012). Mogelijke gevolgen Wfz en WVGZ voor de reguliere GGZ. Achtergrondstudie ten behoeve van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid over samenhang forensische zorg en GGZ. Amsterdam: Indigo.

Vliet, J. van en K. Oei (2006). Van stoornis naar delict. De verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenissen van tbs-gestelden. *Pedagogiek* 3, p. 301-316.

Vliet, J. van. *Van algemene hulpverlening en zorg naar justitie. Zijn tbs-opleggingen te voorkomen?* <http://www.jaapvanvliet.info/artikelen>

Vugt, M. D. van, Kroon, H., Delespaul P.A.E.G., et al. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (3), 154-160.

Wierdsma, A.I., Marle, P.D. van, Mulder, C.L. (2010). Aantallen en patronen van inbewaaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 143-153.

Wierdsma, Baard, van en Mulder (2006). Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming. *Tijdschrift voor psychiatrie* 48, 81-93.

Zarrinkhameh, A. (2012). Zorg aan delinquent, opsluiten van patiënt. Den Haag.

Zwemstra, J.C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie. Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg.* Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Behandelgeschiedenis en justitie- verleden van forensische en GGZ- patiënten

Drs. Laura Neijmeijer

Caroline Place, MSc.

Anne Marije Rijkaart, MSc.

Dr. Hans Kroon



Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
bij het advies Stoornis en delict

Den Haag, 2012

Inhoudsopgave

	Voorwoord	67
	Inleiding	69
1	Onderzoeksdoel en -opzet	71
1.1	Vraagstelling	71
1.2	Werkwijze	71
2	Resultaten literatuurstudie	73
2.1	Klinische forensische zorg	73
2.2	Klinische GGZ-zorg	79
2.3	Patiënten van (forensische) (F)ACT-teams	81
3	Resultaten dossierbesprekingen	83
3.1	Persoonlijke en psychiatrische kenmerken	83
3.2	Behandelvoorgeschiedenis	85
3.3	Justitiële voorgeschiedenis	86
4	Resultaten interviews	89
4.1	Klinische forensische zorg	89
4.2	Klinische GGZ-zorg in een gedwongen kader	94
4.3	Ambulante zorg	95
4.4	Grensgevallen	97
5	Samenvatting, conclusies en nabeschuwing	102
5.1	Samenvatting en conclusies	102
5.2	Beperkingen van het onderzoek	104
5.3	Aanknopingspunten voor preventie van delictgevaarlijk gedrag	104
	Literatuur	106
	Bijlage 1 Checklist en afspraken casusbesprekingen	108
	Overzicht publicaties RVZ	113

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen in zorgverleden en justitiële voorgeschiedenis tussen patiënten in de forensische zorg en patiënten die gedwongen behandeld worden in de GGZ. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) naar aanleiding van een adviesaanvraag van Minister Schippers van VWS over de gevolgen van de inwerkingtreding van de Wet op de Forensische Zorg en de Wet op de Verplichte GGZ voor de GGZ-sector. Dit onderzoek maakt deel uit van een serie andere achtergrondstudies die de RVZ tegelijkertijd liet uitvoeren naar de overeenkomsten en verschillen tussen kenmerken van de patiëntenpopulaties van Justitie en GGZ (Neijmeijer, Rijkaart en Kroon, 2012), de opvattingen van deskundigen over de consequenties van de nieuwe wetgeving (Scholten, 2012), de verschillen in besturingsmodellen tussen de GGZ en Justitie (Bouman e.a., 2012) en de verschillen in cultuur tussen beide sectoren (Zarrinkhameh, 2012).

De in dit rapport beschreven onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op literatuurstudie, dossierstudie en interviews met behandelaren uit verschillende forensische en GGZ-settings. In korte tijd is veel informatie verzameld over de voorgeschiedenis van patiënten in de forensische zorg en de GGZ. Dit was niet mogelijk geweest zonder de contactpersonen en behandelaren die aan het onderzoek hun medewerking hebben verleend. We willen hen hiervoor bij dezen nogmaals hartelijk bedanken.

Inleiding

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft van Minister Schippers in mei 2011 een adviesaanvraag gekregen over de forensische GGZ. Aanleiding voor deze adviesaanvraag vormt de voorbereiding van twee nieuwe wetten, de Wet Forensische Zorg (WFZ) en de Wet op de Verplichte GGZ (WVGGZ). De samenhang van beide wetten is geregeld in artikel 2.3 van het wetsvoorstel WFZ. Dit artikel regelt dat de strafrechter een zelfstandige bevoegdheid krijgt om een zorgmachtiging op te leggen, al dan niet in combinatie met een strafrechtelijke titel. Hierdoor kan mogelijk een grotere dan wel nieuwe toestroom ontstaan vanuit de forensische zorg naar de GGZ. De vraag die de Minister aan de RVZ in dit kader heeft voorgelegd is: welke maatregelen moeten er, wanneer de twee nieuwe wetten er zijn, worden genomen om zorg en justitie adequaat te kunnen laten functioneren?

Om deze vraag te beantwoorden heeft de RVZ een drietal externe onderzoeks- en adviesbureaus ingeschakeld: Significant, Indigo en het Trimbos-instituut. Aan het Trimbos-instituut heeft de RVZ gevraagd om onderzoek te doen naar de overeenkomsten en verschillen tussen de doelgroepen van Justitie en GGZ, waarbij de Raad zowel geïnteresseerd was in kenmerken zoals diagnose, sociaal-economische achtergrond, etniciteit en gedrag, als in verschillen en overeenkomsten in levensloop en voorgeschiedenis van patiënten in beide sectoren. Omdat onderzoek naar patiëntkenmerken een andere onderzoeksmethode vergt dan onderzoek naar de levensloop en voorgeschiedenis van patiënten, zijn twee aparte studies opgezet en uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen in patiëntkenmerken zijn gerapporteerd in de publicatie 'In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie' (Neijmeijer, Rijkaart en Kroon, 2012). In voorliggende rapportage wordt met name ingegaan op de 'routing' van (forensisch) psychiatrische patiënten: wat is er bekend over de 'GGZ- en/of justitiecarrière' van patiënten die gedwongen behandeld worden in de GGZ en binnen forensische zorginstellingen?

1 Onderzoeksdoel en -opzet

1.1 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van het onderzoek luidt: “Wat is er bekend over de GGZ- en Justitiecarrière van patiënten die gedwongen behandeld worden in de GGZ en patiënten binnen forensische zorginstellingen?”

De centrale vraagstelling valt uiteen in drie deelvragen:

- Wat zijn algemene kenmerken van de justitiële en behandelvoorgeschiedenis van forensische patiënten?
- Wat zijn algemene kenmerken van de justitiële en behandelvoorgeschiedenis van in de GGZ gedwongen opgenomen patiënten?
- Wat zijn verschillen en overeenkomsten?

Daarnaast heeft het onderzoek tot doel om in kaart te brengen waarom mensen in een forensische dan wel GGZ-setting terecht komen. Waarom wordt de ene persoon die in aanraking is geweest met politie en justitie opgenomen op een reguliere opnameafdeling en de andere persoon in een forensische setting? Is dat arbitrair, een kwestie van toeval of liggen daaraan bepaalde patiëntkenmerken en factoren in de voorgeschiedenis of andere factoren ten grondslag? En vervolgens, in het verlengde daarvan: Zijn uit deze factoren wellicht aanknopingspunten te destilleren voor preventie van crimineel gedrag door psychiatrische patiënten?

Onder forensische patiënten verstaan we in dit rapport patiënten die behandeld worden door forensische zorginstellingen; forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's), forensische psychiatrische klinieken (FPK's), forensisch psychiatrische centra (FPC's) en penitentiair psychiatrische centra (PPC's) van het gevangeniswezen. Met reguliere GGZ-patiënten bedoelen we patiënten die gedwongen opgenomen zijn op open of gesloten afdelingen van de GGZ. Hoewel de focus van dit onderzoek ligt op de klinische populatie hebben we tevens een tweetal (forensische) ACT-teams in deze studie betrokken.

1.2 Werkwijze

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden hebben we verschillende methoden toegepast, te weten literatuurstudie, dossierbesprekingen en interviews met behandelaren.

1. Literatuurstudie

Ten eerste is in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar relevante (Nederlandstalige) onderzoeksrapporten en artikelen. Een aantal van de bronnen die benut werden voor het onderzoek naar de patiëntkenmerken van de doelgroepen van GGZ en Justitie (Neijmeijer, Rijkaart en Kroon, 2012) leverde ook relevante informatie op over de GGZ- en Justitiecarrière van beide doelgroepen.

2. Dossierbesprekingen

Daarnaast zijn er door middel van dossierbesprekingen gegevens verzameld. Aan de hand van een checklist (zie bijlage 1) werden per behandelaar, vier tot vijf patiënten besproken, waarmee hun behandel- en Justitiecarrière in kaart werd gebracht. Aan de behandelaar werd gevraagd de dossiers voorafgaand aan het gesprek te selecteren, door te nemen en mee te nemen naar het gesprek.

Voor de dossierbesprekingen zijn de volgende selectiecriteria gehanteerd:

- Momenteel in zorg en (al enige tijd) in caseload van de geïnterviewde behandelaar
- Mannen tussen 30 en 50 jaar
- Gedwongen kader: strafrechtelijk in instellingen die forensische zorg bieden en civielrechtelijk in de instellingen die reguliere GGZ zorg bieden
- Doorsnee patiënt voor deze setting, ofwel een “prototypische patiënt”

In totaal werden de gegevens gebruikt van 17 forensisch psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke maatregel, en 11 psychiatrische patiënten met een civielrechtelijke maatregel. Vier casussen die besproken waren in een PPC werden geëxcludeerd, omdat er teveel informatie ontbrak. Helaas bleek het niet mogelijk om binnen de beperkte tijd waarin het onderzoek moest worden uitgevoerd, dossiers te analyseren van patiënten die in zorg waren bij (forensische) ACT-teams. De dossierbesprekingen beperkten zich dus tot patiënten die klinisch in zorg waren bij forensische of reguliere GGZ-instellingen.

Van de 17 forensisch psychiatrische patiënten die besproken zijn, verbleven:

- 5 patiënten in een FPC
- 3 patiënten in een FPK
- 4 patiënten in een PPA
- 5 patiënten in een PPC

Van de 11 psychiatrische patiënten die besproken zijn, verbleven:

- 4 patiënten op een crisisopnameafdeling in de GGZ
- 5 patiënten op een opnameafdeling in de GGZ
- 2 patiënten op een opnameafdeling voor psychiatrie en verslaving (dubbele diagnose) in de GGZ

3. Interviews met behandelaren

Aansluitend op de dossierbesprekingen zijn interviews gehouden met de betrokken behandelaren. De geïnterviewden waren werkzaam als psychiater, psycholoog, behandel-coördinator of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Tijdens het interview werden behandelaren gevraagd naar hun indruk van de verschillen en overeenkomsten in voorgeschiedenis tussen de doelgroepen en welke factoren daaraan ten grondslag liggen. In totaal zijn er 10 interviews afgenomen, bij de volgende instellingen:

- 3 GGZ-instellingen
- 1 FPC
- 1 FPK
- 1 FPA
- 2 PPC's
- 1 forensisch ACT-team
- 1 regulier ACT-team

2 Resultaten literatuurstudie

In het rapport 'In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie' (Neijmeijer, Rijkaart en Kroon, 2012) worden patiënten die behandeld worden in verschillende forensische settings (FPC, PPC, FPK, FPA, forensische (F)ACT) op een aantal persoons-, sociodemografische en diagnostische kenmerken vergeleken met patiënten die (gedwongen) behandeld worden in de reguliere GGZ. Uit de studie blijkt dat forensische patiënten en (gedwongen opgenomen) GGZ-patiënten zowel verschillen als overeenkomsten vertonen op deze aspecten. Enkele uitkomsten:

- Het merendeel van zowel de forensische als de gedwongen opgenomen GGZ-populatie is alleenstaand en man. GGZ-patiënten zijn over het geheel genomen gemiddeld enkele jaren ouder dan forensische patiënten. In de forensische zorg is de gemiddelde leeftijd medio 30, in de GGZ begin 40.
- Opvallend is dat in de forensische zorg relatief veel patiënten behandeld worden voor een persoonlijkheidsstoornis. Gedwongen opgenomen GGZ-patiënten en ACT-patiënten hebben minder vaak een persoonlijkheidsstoornis. Bij deze patiënten gaat het hoofdzakelijk om as 1-diagnoses (veelal psychotische stoornissen).
- Schizofrenie en psychotische stoornissen komen niet alleen bij de GGZ-populatie, maar ook bij de forensische populatie regelmatig voor. Van de PPC-patiënten heeft vrijwel iedereen een diagnose op as 1. Verslaving komt vooral bij de forensische populatie veelvuldig voor. Vooral in het gevangeniswezen is verslaving eerder regel dan uitzondering. In de GGZ-settings is het aandeel patiënten met (primaire) verslavingsproblematiek kleiner.

In dit hoofdstuk wordt op basis van beleidsdocumenten en onderzoeksliteratuur, na een korte samenvatting van de belangrijkste persoons- en diagnostische kenmerken, nader ingegaan op de GGZ- en justitiële voorgeschiedenis van patiënten in forensische en reguliere GGZ-settings. Zowel de klinische als de ambulante patiëntenpopulaties komen daarbij aan de orde.

2.1 Klinische forensische zorg

2.1.1 *Patiënten in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC)*

Patiëntkenmerken

In de FPC's worden in feite alleen patiënten verpleegd en/of behandeld die een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen. De behandeling vindt plaats in een zeer streng beveiligd kader. De TBS-populatie bestaat hoofdzakelijk uit mannen (94%). De helft van de TBS-gestelden is jonger dan 50 jaar. 88% heeft een Nederlandse nationaliteit. 41% heeft TBS gekregen vanwege (poging tot) moord of doodslag, 31% voor een zedendelict. 70% van de TBS-gestelden heeft een persoonlijkheidsstoornis, 30% een psychotische stoornis. 21% van de TBS-gestelden heeft een IQ lager dan 85 (Van Nieuwenhuizen et al, 2011).

TBS-gestelden in de steekproef van Van Nieuwenhuizen et al (2011) waren gemiddeld 32 jaar op het moment van TBS-oplegging. Het grootste deel (74%) had voortgezet onderwijs gevolgd. Ten tijde van het delict had 80% geen werk, opleiding of een andere vorm van dagbesteding. 15% had ten tijde van de oplegging van de TBS-maatregel een relatie, 28% heeft één of meerdere kinderen.

Voorgeschiedenis

In de rapportage 'TBS in maat en getal 1995-2000' (Van Emmerik, 2001) wordt het volgende over de voorgeschiedenis van terbeschikkinggestelden vermeld:

- 70% is voorafgaand aan de TBS-maatregel al eerder veroordeeld met een (voorwaardelijke) vrijheidsbeneming. Bij de eerste veroordeling was men gemiddeld 23 jaar.
- Ruim tweederde van de TBS-gestelden heeft voor de TBS al contacten gehad met de reguliere GGZ. 46% is eerder opgenomen in een GGZ-instelling; in 40% van de gevallen betrof het een gedwongen civielrechtelijke opname. Bijna een kwart had eerder ambulante GGZ-contacten.
- 37% van de TBS-gestelden heeft een tehuiservaring.

Meer recente cijfers zijn gepubliceerd door Van Nieuwenhuizen en collega's (2011). Deze auteurs hebben door middel van dossieronderzoek onder 180 TBS-patiënten in alle 13 FPC's onder andere de persoonlijke en de justitiële en hulpverleningsvoorgeschiedenis in kaart gebracht:

- Een grote groep patiënten heeft meerdere (gemiddeld 9) negatieve life-events meegemaakt. Meest voorkomende life-events zijn problemen met school, werk en/of werkloosheid van de patiënt; 86% van de TBS-gestelden heeft hiermee te maken gehad. 77% heeft problemen (gehad) met verslaving aan alcohol en/of drugs, 54% met geld / inkomen en 45% met huisvesting of verblijf. Andere veelvoorkomende life-events zijn echtscheiding van de ouders (43%), tehuisopname voor het 18e levensjaar (42%), overlijden van vader of moeder (39%), meerdere verhuizingen voor het 18e jaar (37%) en mishandeling door (één van) de ouders (37%).
- Ruim een kwart (26%) van de TBS-gestelden is tijdens de eerste drie levensjaren verwaarloosd. 16% heeft in de eerste drie levensjaren te maken gehad met lichamelijk misbruik en geweld, 15% met middelengebruik door de ouders.
- Het merendeel van de TBS-gestelden (85%) is voorafgaand aan de huidige TBS-maatregel in contact geweest met één of meerdere hulpverlenende instanties.
- Tweederde van de TBS-gestelden (66%) is eerder opgenomen in de GGZ; hiervan heeft een groot deel ook ambulante hulpverlening gehad. Een kleinere groep van 17% heeft alleen ambulante zorg gehad. 13% heeft in het verleden een IBS gehad en eveneens 13% een RM.
- Van 135 patiënten is de leeftijd van het eerste hulpverleningscontact bekend; deze is gemiddeld 19,2 jaar.
- De meerderheid (82%) heeft eerder een strafbaar feit gepleegd met een veroordeling of een transactie tot gevolg. Bij bijna driekwart ging het om een vermogensdelict met of zonder geweld en ongeveer de helft is eerder veroordeeld voor een ernstig geweldsmisdrijf. De gemiddelde leeftijd van de eerste veroordeling van deze groep recidivisten was 22 jaar.
- 63% heeft eerder in detentie gezeten en 12% in jeugddetentie. Ongeveer een vijfde heeft te maken gehad met een (voorlopige) ondertoezichtstelling en ook een vijfde met jeugdreclassering.
- Tot slot worden 5 patiëntprofielen beschreven met al dan niet informatie over hun voorgeschiedenis:
 - 1) 'De psychotische patiënt met meervoudige problematiek' heeft schizofrenie of een verwante psychotische stoornis, heeft een persoonlijkheidsstoornis cluster B en in mindere mate NAO. Patiënten die tot deze groep behoren zijn in het verleden vaak opgenomen in de GGZ of hebben ambulante hulp ontvangen. Ze hebben een relatief lage GAF-score.

- 2) 'De typische psychotische patiënt' lijdt primair aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis, soms in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. Patiënten die tot deze groep behoren hebben gemiddeld een hogere opleiding genoten en zijn in het verleden vaak met een IBS en/of een RM opgenomen geweest in de GGZ.
- 3) 'De antisociale patiënt' heeft een persoonlijkheidsstoornis cluster B en vertoont antisociaal gedrag dat in relatie lijkt te staan met ernstig middelengebruik.
- 4) 'De onder invloed verkerende patiënt' heeft een aan middelen gebonden stoornis en een persoonlijkheidsstoornis NAO. Individuele afspraken over drugsgebruik worden regelmatig geschonden. Patiënten in deze groep hebben vaak alleen ambulante hulp (32%) of helemaal geen eerdere hulpverleningscontacten (32%) gehad. Recidivisten in deze groep worden op relatief late leeftijd voor het eerst veroordeeld.
- 5) 'De patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag' lijdt aan een seksuele stoornis en/of genderidentiteitsstoornis. Patiënten die tot deze groep behoren zijn in het verleden minder vaak in aanraking geweest met hulpverleners.

Van Vliet en Oei (2006) leggen op basis van resultaten van dossieronderzoek onder TBS-gestelden een relatie tussen een voorgeschiedenis van ernstige pathologie en (niet adequate) opnames en/of behandelingen in algemene zorginstellingen en het plegen van een ernstig delict. De in het verleden aangeboden zorg was vaak verbrokkeld en opgesplitst. De verbrokkelde wijze waarop zorg en hulpverlening zijn georganiseerd draagt volgens de auteurs bij aan een toename van uitingen van gevaarlijke gestoordheid en uiteindelijk aan de groei van het aantal TBS-gestelden. De auteurs zijn van mening dat de GGZ haar attitude moet veranderen, en dat niet kan worden volstaan met een verwijzing naar de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Bogaerts en Spreen (2011) concluderen op basis van risicotaxaties bij 801 TBS-patiënten uit vijf FPC's het volgende:

- Bijna 70% van de patiënten is slachtoffer van verwaarlozing en/of mishandeling geweest voor het 18e levensjaar. In 17% van de gevallen ging het om emotionele en fysieke verwaarlozing, in 30% om chronische verwaarlozing en incidentele mishandeling en in 21% om chronische en systematische mishandeling. Gedragsproblemen vóór het 12e jaar en verwaarlozing en mishandeling komen frequenter voor bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dan bij kwetsbare psychotische patiënten.
- Slachtofferschap in de jeugd is een risicofactor voor geweld in de volwassenheid.
- Niet-slachtoffers hebben minder gedragsproblemen, minder werk- en schoolproblemen, betere vaardigheden en meer sociale steun dan slachtoffers.
- Terbeschikkinggestelden hebben vaak contact gehad met ambulante hulpverleningsinstanties of zijn eenmalig gedwongen opgenomen geweest. Ze hebben veelal een problematisch school- en/of arbeidsverleden. De gemiddelde TBS-er heeft probleembesef maar geen inzichten in de factoren die het probleemgedrag veroorzaken.
- Huiselijk geweld wordt twee keer zo vaak gepleegd door mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Psychotische patiënten plegen zelden huiselijk geweld, uitgezonderd de groep met een gemengd beeld (schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis cluster B, impulsiviteit en vijandigheid).

Nijman, Van Marle & Kavelaars (2006) hebben onderzoek gedaan naar de overeenkomsten en verschillen tussen psychotische TBS-patiënten en niet-psychotische TBS-patiënten, veelal betrof dit

patiënten met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis. Uit het onderzoek onder 308 patiënten in twee TBS-klinieken kwam het volgende naar voren:

- Psychotische delictplegers hebben vaker een relatief normale kindertijd en adolescentie doorgemaakt en hebben een hoger scholingsniveau dan andere delictplegers. 77% is eerder in aanraking geweest met psychiatrische zorg, tegen 43% van de controlegroep. Zij zijn vaker first offender (37%). Zij hebben significant vaker ernstige geweldsdelicten gepleegd (66% versus 37%), vaak betrof het mensen in de directe omgeving. Tweederde van de psychotische patiënten die een delict hadden gepleegd met dodelijke afloop was nooit eerder veroordeeld. Zij hebben na hun behandeling in het FPC doorgaans blijvend behoefte aan begeleiding en zorg. Het recidivecijfer onder psychotische forensische patiënten ligt lager dan onder de niet-psychotische doelgroep.
- De achtergronden en criminele voorgeschiedenissen van psychotische TBS-patiënten wijken af van niet-psychotische patiënten c.q. patiënten met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis. Ook hebben zij een specifieke behandelaanpak nodig, waarin - auteurs pleiten voor verplichte - farmacotherapie een belangrijke plek inneemt.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van FPC / TBS-patiënten:

- Tweederde van de TBS-gestelden is eerder opgenomen geweest in de GGZ; 17% heeft alleen ambulante zorg gehad (Nieuwenhuizen et al, 2011). De in het verleden aangeboden zorg was vaak verbrokkeld en gefragmenteerd (Van Vliet en Oei, 2006).
- TBS-gestelden hebben vaak een problematisch school- of arbeidsverleden (Bogaerts en Spreen, 2011).
- De meerderheid (82%) van de TBS-gestelden heeft eerder een strafbaar feit gepleegd met een veroordeling of transactie tot gevolg (Nieuwenhuizen et al, 2011).
- Nieuwenhuizen et al (2011) onderscheiden vijf subgroepen binnen de TBS-populatie. Twee subgroepen vertonen overeenkomsten met de GGZ-populatie. Ze zijn in het verleden relatief vaak (gedwongen) opgenomen geweest in de GGZ en hebben een psychotische stoornis, al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. De andere drie groepen hebben een antisociale stoornis, een seksuele stoornis of primaire verslavingsproblematiek. Deze groepen zijn in het verleden minder vaak in contact geweest met hulpverleners.
- TBS-gestelden zijn vaak (70%) het slachtoffer van verwaarlozing en/of mishandeling. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zijn vaker het slachtoffer geweest van verwaarlozing en/of mishandeling voor het 12e levensjaar dan patiënten met psychotische stoornissen (Bogaerts en Spreen, 2011).
- Nijman et al (2006) vergeleken een psychotische groep TBS-gestelden met een niet-psychotische groep. Psychotische delictplegers hebben vaker een normale kindertijd gehad en zijn hoger opgeleid. Zij zijn vaker first offender en hebben vaker een GGZ-verleden.

2.1.2 Patiënten in een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) of afdeling (FPA)

In een FPA kunnen patiënten zowel op vrijwillige basis als op verplichte basis vanwege een strafrechtelijke titel worden opgenomen. Patiënten worden opgenomen op een FPA wanneer de vermoedelijke behandelduur korter is dan twee jaar, en zij niet (meer) de beveiliging nodig hebben van een FPC of een FPK. De FPA is bedoeld als een tussenvoorziening tussen justitiële voorzieningen en de reguliere GGZ. De meest voorkomende strafrechtelijke maatregelen zijn TBS

met proefverlof en de artikel 37-maatregel (strafrechtelijke RM). Artikel 37 kan worden opgelegd als de betrokkene een strafbaar feit heeft begaan, maar hiervoor volledig ontoerekeningsvatbaar wordt verklaard.

FPK's faciliteren een grote diversiteit aan opnamen door een ruime bandbreedte aan mogelijke opnametitels. De FPK's zijn tevens, maar zeker niet exclusief, voor de behandeling van TBS-gestelden bedoeld. Het beveiligingsniveau van een FPK is hoger dan dat van een FPA en de verblijfsduur is doorgaans langer. Daarnaast hebben FPK's een grotere schaalgrootte dan de FPA's waardoor zij meer gedifferentieerde behandelprogramma's en therapeutische milieus kunnen bieden (Kuperus et al, 2003).

Patiëntkenmerken

Het onderzoek dat is verricht naar de overeenkomsten en verschillen tussen de patiëntenpopulaties in de forensische en de GGZ-zorg (Neijmeijer, Rijkaart en Kroon, 2012) heeft geen specifieke informatie over de FPK-populatie opgeleverd. Wel is enige informatie verkregen over de FPA-populatie, namelijk:

- Vergeleken met reguliere GGZ-patiënten zijn FPA-patiënten jonger en vaker man.
- FPA-patiënten hebben vaker verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen, maar lijden ook vaker aan schizofrenie dan patiënten van reguliere GGZ-afdelingen.
- De FPA-populatie vertoont wat betreft het aantal diagnoses op as 1 en as 2 vrij veel gelijkenissen met de reguliere GGZ-populatie; wel valt op dat de FPA-patiënten iets vaker meerdere diagnoses op as 1 hebben.
- Het psychisch en sociaal functioneren van FPA-patiënten wordt lager beoordeeld dan dat van reguliere GGZ-patiënten.

Voorgeschiedenis

In het Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg beschrijft Simons (2003) de kenmerken van de FPA-populatie, waarbij hij een vergelijking maakt met GGZ-cliënten met ernstige sociaal-psychiatrische problematiek en ernstige gedragsstoornissen. Beide patiëntenpopulaties hebben dikwijls een lange carrière achter de rug van mislukte opvoedings- en hulpverleningspogingen. Het sociaal netwerk is vaak zwak en oefent een negatieve invloed uit. Bij beide groepen is door de omstandigheden, ervaringen en voorgeschiedenis een diepgeworteld wantrouwen jegens de omgeving, de samenleving en in het bijzonder de hulpverlening ontstaan. Hoewel beide groepen via verschillende kanalen worden aangemeld, zijn er sterke overeenkomsten in gedragspatronen. De auteur merkt op dat "soms slechts door een toevallige keuze van officier van justitie of rechter de carrière in de richting van justitie dan wel GGZ lijkt te gaan".

In een recent onderzoek naar patiënten met een artikel 37-maatregel die behandeld werden op de FPA van GGZ Noord Holland Noord, werd ook de psychiatrische- en justitiële voorgeschiedenis van deze patiënten in kaart gebracht (Peek en Nugter, 2008). De resultaten waren als volgt:

- Het merendeel van de patiënten met een artikel 37-maatregel is eerder in behandeling geweest bij een GGZ-instelling; in driekwart van de gevallen betrof het een opname met een civielrechtelijke maatregel. Het eerste contact met de hulpverlening vond gemiddeld rond het dertigste jaar plaats. In het jaar voorafgaand aan het uitgangsdeldict was tweederde in behandeling en was een derde dat ten tijde van het delict nog steeds.

- De groep patiënten met een artikel 37-maatregel bestaat voor bijna driekwart uit mensen die in de vijf jaar voorafgaand aan het uitgangsdelict een delict heeft begaan. 43% is een incidentele dader en heeft één of twee keer een delict gepleegd. Een kwart is te karakteriseren als veelpleger en is voor minimaal vijf strafbare feiten veroordeeld. De gemiddelde leeftijd waarop de patiënten voor het eerst veroordeeld werden is 29 jaar. De gemiddelde onvoorwaardelijke celstraf bedroeg gemiddeld 121 dagen.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van FPK/FPA-patiënten:

- FPA's behandelen zowel patiënten met als zonder strafrechtelijke titel. Beide groepen hebben veel gelijke kenmerken, ook qua voorgeschiedenis. Patiënten hebben vaak een lange carrière achter de rug van mislukte opvoedings- en hulpverleningspogingen.
- Driekwart van de artikel 37-patiënten is eerder gedwongen opgenomen geweest in de GGZ. Tweederde was het jaar voorafgaand aan het delict in behandeling bij de GGZ.
- Bijna driekwart van de artikel 37-patiënten is in de vijf jaren voorafgaand aan het delict veroordeeld geweest. De gemiddelde celstraf bedroeg 121 dagen.
- Soms lijkt slechts door een toevallige keuze van de Officier van Justitie of rechter de carrière van een patiënt richting de GGZ of Justitie te gaan.

2.1.3 Patiënten in een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC)

In 2009 zijn vijf PPC's opgericht om psychiatrische zorg aan gedetineerden te bieden die dat nodig hebben en om diverse redenen niet binnen de reguliere GGZ behandeld kunnen worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om gedetineerden die niet willen meewerken aan behandeling, die om veiligheidsredenen of vanwege maatschappelijke onrust niet naar de GGZ kunnen, gedetineerden met een TBS-vonnis, zonder verblijfstitel of voor wie (nog) geen plaats is in de GGZ. De problematiek van de doelgroep is zeer divers, fors en nog niet volledig in beeld (DJI, 2011).

Patiëntkenmerken

Over de kenmerken van de PPC-populatie zijn vooralsnog geen landelijke cijfers beschikbaar. Neijmeijer, Rijkaart en Kroon (2012) beschrijven enkele kenmerken van de patiëntenpopulatie van de PPC Amsterdam (waarbij de patiënten van de crisisafdelingen buiten beschouwing zijn gebleven):

- De PPC-populatie bestaat voornamelijk uit voorlopig gehechten (56%). Een minderheid zit een gevangenisstraf uit (22%), heeft een ISD-maatregel (10%) of een TBS-maatregel (7%).
- De gemiddelde leeftijd is 36 jaar. De overgrote meerderheid is man (97%). Bijna 60% is geboren in Nederland.
- Vrijwel alle patiënten hebben een stoornis op as 1, waarbij het meestal gaat om schizofrenie of andere psychotische stoornissen. Er is veel comorbiditeit.
- Bijna de helft van de patiënten bevindt zich in detentie vanwege een (ernstig) geweldsdelict, daarnaast komen ook vermogensdelicten, seksuele delicten en brandstichting voor (Jaarverslag PPC-Amsterdam 2010).

Voorgeschiedenis gedetineerden

Over de voorgeschiedenis van de PPC-populatie hebben wij geen informatie kunnen vinden. Ook m.b.t. de algemene gedetineerdenpopulatie is weinig informatie beschikbaar over de voorgeschiedenis. Onderzoek van Bulten (1998) onder 200 jonge gedetineerde mannen leverde het volgende op:

- Twee op de vijf (41%) gedetineerden heeft op lifetime basis een as 1 stoornis, waarbij verslavingsproblemen niet zijn meegeteld. Worden verslavingsproblemen wel in de cijfers meegenomen, dan heeft 83% een lifetime as 1 diagnose. Bijna een derde van de gedetineerden heeft een recente as 1 stoornis (exclusief verslaving).
- Van de gedetineerden met een as 1 stoornis (excl. verslaving) had 80% ooit enige vorm van ambulante hulpverlening; 20% kwam in aanraking met de ambulante GGZ (Riagg), 25% met de reclassering, 23% met de ambulante verslavingszorg (CAD) en 12% met andere instanties.
- Van de gedetineerden met een as 1 stoornis (excl. verslaving) is 23% ooit klinisch behandeld; 12% in een psychiatrisch ziekenhuis en 11% in een verslavingskliniek. Bijna 1 op de 10 lifetime verslaafde gedetineerden is ooit in een verslavingskliniek opgenomen.
- Bulten concludeert hieruit het volgende: “Voor de groep onderzochte gedetineerden lijkt niet zozeer het ooit hebben gehad van een hulpverleningscontact het probleem. Het continueren c.q. optimaal gebruik (kunnen) maken van deze hulpverlening lijkt een groter dilemma”.

2.2 Klinische GGZ-zorg

2.2.1 Gedwongen opgenomen patiënten in de reguliere GGZ

Patiëntkenmerken

Patiënten die gedwongen in de GGZ worden opgenomen zijn vaker man dan vrouw. De verhoudingen liggen echter minder scheef dan bij de forensische populaties. Een psychotische stoornis is de meest gestelde hoofddiagnose. De gemiddelde leeftijd is 39 jaar en 30% is allochtoon (Neijmeijer, Rijkaart en Kroon, 2012).

Voorgeschiedenis

Uit een prospectief onderzoek naar gedwongen opgenomen GGZ-patiënten in het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis in de eerste helft van 1996 (Derksen et al, 1999) blijkt dat 62% van de patiënten in de zes voorafgaande jaren (1990 – 1996) eerder opgenomen is geweest; 33% minimaal één keer met een IBS en 13% minimaal één keer met een RM. Ook uit het onderzoek van De Vries et al (2009) komt naar voren dat een relatief groot deel (71%) van de patiënten voor wie een RM is aangevraagd, eerder is opgenomen geweest met een IBS of RM. Uit het onderzoek van Derksen et al (1999) blijkt verder dat een kleine groep van 5% een detentieperiode achter de rug heeft.

Wierdsma et al (2006) vermelden over de behandelvoorgeschiedenis van 623 patiënten die in Rotterdam in de periode 1992-1993 en 1996-1999 met een IBS werden opgenomen het volgende:

- 10% van de patiënten werd in deze perioden herhaaldelijk met een IBS in de GGZ opgenomen.

- Herhaaldelijke IBS-en komen meer voor bij 45-65 jarigen, bij patiënten met een lage sociaal-economische status, bij patiënten die geboren zijn in niet-westerse landen en patiënten met een manische stoornis. Na de invoering van de wet BOPZ is het percentage herhaalde opnemingen toegenomen.
- Bijna driekwart (72%) van de IBS-patiënten heeft eerdere hulpverleningscontacten gehad. In de maand voorafgaand aan de opname was 54% in zorg.
- Op basis van de combinatie van psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg onderscheiden de auteurs drie groepen patiënten, waarbij de groep van 'oude bekenden' de grootste in omvang is (60%). Het gaat om langdurig zorgafhankelijke patiënten die relatief vaak een diagnose schizofrenie hebben. De andere twee groepen zijn kleiner in omvang en worden aangeduid als 'nieuwkomers' (onder wie veel niet-westerse personen) (18%) en 'passanten' (22%). Voor beide groepen geldt dat zij veelal geen eerdere GGZ-contacten hebben gehad. Het verschil tussen de nieuwkomers en de passanten is dat de tweede groep veelal na een IBS uit beeld van de GGZ verdwijnt en geen nazorg ontvangt. Als één van de redenen voor het niet ontvangen van nazorg noemen de auteurs 'dat de grenzen van de GGZ bereikt zijn'.

In recent onderzoek van Van der Post et al (2009) werd onderzocht welke factoren bijdragen aan het besluit van psychiaters om patiënten die in contact kwamen met de psychiatrische crisisdienst in Amsterdam, wel of niet gedwongen (met een IBS) op te laten nemen. Uit het onderzoek bleek het volgende:

- De belangrijkste bepalende factoren waren de ernst van de stoornis, de mate van gevaar voor anderen en de mate van motivatie voor behandeling.
- Mannen werden vaker dan vrouwen gedwongen opgenomen. Zij hadden vaker een psychotische stoornis en werden vaker door de politie aangemeld.
- 38% van de patiënten die gedwongen werden opgenomen had in het voorgaande jaar geen behandeling gehad.
- 21% van de patiënten die gedwongen werden opgenomen had één of meer gedwongen opnames in de vijf jaar daarvoor meegemaakt (versus 7% van de patiënten die vrijwillig werden opgenomen).
- Patiënten die ambulantly behandeld werden (>14 contacten het afgelopen jaar) hadden een kleiner risico om gedwongen te worden opgenomen dan patiënten die het afgelopen jaar niet ambulantly in zorg waren. Een gedwongen opname in de afgelopen vijf jaar vergrootte de kans op een nieuwe gedwongen opname.
- De kans om een IBS te krijgen is groter wanneer patiënten worden verwezen via politie of GGZ (in plaats van eerstelijns gezondheidszorg). Dit is onafhankelijk van de ernst van de stoornis, de mate van gevaar en de mate van motivatie.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van gedwongen opgenomen GGZ-patiënten:

- De meerderheid van de gedwongen opgenomen patiënten is eerder (gedwongen) opgenomen geweest in de GGZ. De meerderheid van de gedwongen opgenomen patiënten behoort tot de groep van 'oude bekenden'. Het gaat veelal om een groep van langdurig zorgafhankelijke patiënten met schizofrenie. Na hun klinische behandeling krijgen zij intensieve ambulante nazorg vanuit de GGZ.
- Ongeveer 40% van de patiënten die gedwongen worden opgenomen is (relatief) nieuw in de GGZ. Ongeveer de helft van deze groep verdwijnt na de IBS uit beeld van de GGZ.
- Voor zover bekend is een kleine minderheid (5%) eerder gedetineerd geweest.

2.3 Patiënten van (forensische) (F)ACT-teams

Patiëntkenmerken

Over de patiënten van reguliere en forensische (F)ACT teams is het volgende bekend (Neijmeijer, Rijkaart en Kroon, 2012):

- Patiënten van forensische (F)ACT teams zijn significant vaker man, jonger, vaker in Nederland geboren en lager opgeleid. Hun woonsituatie is, net als bij de patiënten van de reguliere (F)ACT-teams, divers. Wat betreft de burgerlijke staat zijn geen significante verschillen gevonden: de overgrote meerderheid is alleenstaand.
- Bij de patiënten van de reguliere ACT-teams zijn schizofrenie en andere psychotische stoornissen de meest gestelde hoofddiagnoses. Bij de patiënten van de forensische (F) ACT-teams komen persoonlijkheidsstoornissen en verslaving veelvuldig voor als diagnose. Patiënten van reguliere ACT teams worden als gevolg van hun problematiek ernstiger belemmerd in hun sociaal en psychisch functioneren dan patiënten uit de forensische (F) ACT groep.¹

Voorgeschiedenis

Over de voorgeschiedenis van patiënten van reguliere en forensische (F)ACT-teams is het volgende bekend:

- Patiënten van reguliere ACT-teams zijn het laatste jaar vaker opgenomen geweest in de GGZ en waren vaker dakloos dan patiënten van forensische (F)ACT-teams.
- Patiënten van forensische (F)ACT-teams zijn het afgelopen jaar vaker opgenomen geweest in een verslavingsinstelling. Ook verbleven zij het afgelopen jaar vaker een periode in detentie.
- Patiënten van forensische (F)ACT-teams kwamen het afgelopen jaar niet significant vaker in contact met politie of justitie dan patiënten van reguliere ACT-teams.

1 Hierbij moet worden aangetekend dat de patiënten van de reguliere ACT-teams geselecteerd zijn op basis van ernst van de psychiatrische problematiek; alleen de patiënten met de meest ernstige problematiek bevonden zich in de onderzoekspopulatie (Van Vugt et al, 2011). De gegevens over de forensische (F)ACT-populatie hebben zowel betrekking op patiënten van (6) ACT-teams als van (2) FACT-teams. Omdat FACT-teams over het algemeen de meer stabiele patiëntenpopulatie bedienen, is te verwachten dat de patiënten van deze teams gunstiger HoNOS- en GAF-scores hebben.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van patiënten van (forensische) (F)ACT-teams

- Patiënten van reguliere ACT-teams hebben vaker een GGZ-verleden, patiënten van forensische ACT-teams zijn vaker opgenomen geweest in de verslavingszorg en zijn vaker gedetineerd geweest.
- Binnen de forensische teams onderscheiden de patiënten met een strafrechtelijke titel zich qua voorgeschiedenis niet of nauwelijks van degenen zonder een strafrechtelijke titel.

3 Resultaten dossierbesprekingen

Voor de dossierbesprekingen werden de gegevens gebruikt van 17 forensisch psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke maatregel en 11 psychiatrische patiënten met een civielrechtelijke maatregel. Vanuit de caseload van de betrokken behandelaar zijn dossiers geselecteerd van mannelijke patiënten tussen de 30 en 50 jaar², die al enige tijd in zorg waren en naar het oordeel van de behandelaar, representatief waren voor de setting.

3.1 Persoonlijke en psychiatrische kenmerken

Allereerst zijn gegevens verzameld over de persoonlijke en de psychiatrische kenmerken van forensisch psychiatrische patiënten en gedwongen opgenomen patiënten in de GGZ. Tabel 1 geeft een overzicht.

Uit de dossiergegevens van beide groepen blijkt het volgende:

- De gemiddelde leeftijd van de geselecteerde patiënten in beide groepen is rond de 39 jaar. De meeste patiënten in beide groepen hadden geen relatie of betaald werk ten tijde van het moment van opname c.q. het gepleegde delict. Een relatief grote groep patiënten in beide groepen (47% forensisch en 36% GGZ) heeft geen of alleen het lager- of basisonderwijs afgerond.
- Opvallend is dat 11 van de 17 (65%) forensische patiënten zijn opgegroeid in een problematische gezinssituatie, waarbij bijvoorbeeld sprake was van ernstige verwaarlozing, seksueel misbruik, fysieke of geestelijke mishandeling. Bij de gedwongen opgenomen GGZ-patiënten gaat het om 3 van de 11 (36%) personen.
- Het merendeel van de gedwongen opgenomen GGZ-patiënten heeft als hoofddiagnose een psychotische stoornis (64%). In de groep forensische patiënten is dit bij 7 van de 17 patiënten het geval (41%).³ Middelenafhankelijkheid of –misbruik is bij beide groepen een fors probleem, maar speelt bij de forensische patiënten vaker (82%) dan bij gedwongen opgenomen GGZ-patiënten (55%).
- De aard van het huidige delict van de forensisch psychiatrische patiënten viel in 12 van de 17 gevallen in de categorieën ‘Moord en doodslag’ en ‘Mishandeling of (dreiging) met geweld’.

2 In de reguliere GGZ is één patiënt van 28 jaar geïnccludeerd.

3 Hierbij moet opgemerkt worden dat de geïnterviewde FPC-behandelaar werkte voor een afdeling voor voornamelijk patiënten met psychotische stoornissen.

Tabel 1. Persoonlijke en psychiatrische kenmerken

	Forensische zorg N = 17	GGZ N = 11
Gemiddelde leeftijd	39,9 (31-50)	38,6 (28-49)
Relatie t.t.v. delict:		
- Ja	2	2
- Nee	15 (88%)	9 (82%)
Werk t.t.v. delict:		
- Ja	2	-
- Nee	15 (88%)	11 (100%)
Hoogst afgeronde opleiding:		
- ≤Lager- of basisonderwijs	8 (47%)	4 (36%)
- Lager beroeps / VBO / Mulo / Mavo	4	4
- Middelbaar beroeps	4	1
- HBO / WO	1	1
- Onbekend	-	1
Problematische gezinssituatie:		
- Ja	11 (65%)	3 (27%)
- Nee	5	6
- Onbekend	1	2
Huidige hoofddiagnose:		
- Schizofrenie of andere psychotische st.	7 (41%)	7 (64%)
- Pedofilie	2	-
- Andere as I stoornis	2 (OCD en Bipol. stoornis)	1 (Bipol. stoornis)
- Persoonlijkheidsstoornis	4	3
- Anders	2	-
Tevens diagnose middelenafhankelijkheid / Misbruik	14 (82%)	6 (55%)
Huidig delict:		N.v.t.
- Vermogensdelict zonder geweld	1	
- Vermogensdelict met (dreiging van) geweld	1	
- Moord of doodslag	5	
- Mishandeling of (dreiging met) geweld	7 (41%)	
- Seksueel delict	2	
- Anders (stalking)	1	

3.2 Behandelvoorgeschiedenis

Tabel 2 geeft informatie over de behandelvoorgeschiedenis van beide groepen patiënten:

- Patiënten in beide groepen komen al in hun jeugd in contact met de hulpverlening. 8 van de 17 patiënten (47%) in de forensische zorg hebben jeugdzorg gehad, waarbij het eerste behandelcontact gemiddeld op het 11e levensjaar plaats vond. In de reguliere GGZ hebben 6 van de 11 patiënten (55%) jeugdhulpverlening gehad.
- Alle patiënten die met een civielrechtelijke maatregel zijn opgenomen in de GGZ, zijn eerder klinisch – en met een civielrechtelijke maatregel – behandeld in de GGZ. 91% is tevens ambulant behandeld. Van de patiënten in de forensische zorg is 71% eerder behandeld in de GGZ. Meer dan de helft heeft één of meerdere (gedwongen) opnames achter de rug en eenderde heeft ambulante behandeling in de GGZ gekregen.
- Patiënten in de forensische zorg zijn vaker dan gedwongen opgenomen GGZ-patiënten in behandeling geweest bij de verslavingszorg (41% versus 9%).
- Ruim de helft van de forensische patiënten heeft eerder forensische zorg (klinisch of ambulant) gehad, tegenover ruim een kwart van de in de reguliere GGZ gedwongen opgenomen patiënten.
- 27% (3 van de 11) van de gedwongen opgenomen GGZ-patiënten heeft eerder een strafrechtelijke maatregel opgelegd gekregen. Bij de forensische groep gaat het om 59% (11 van de 17).

Tabel 2. Behandelvoorgeschiedenis

	Forensische zorg N = 17	GGZ N = 11
Jeugdzorg:		
- Ja	8 (47%)	6 (55%)
- Nee	8	3
- Onbekend	1	2
Gemiddelde leeftijd Jeugdhulpverlening:	11,5 (N=8) Range 5-16	Onbekend bij 5 v/d 6
Gemiddelde leeftijd indien eerste contact >18 jaar:	35,2 (N=6) Range 24-41	36,0 (N=2) Range 24-48
Eerder behandeld in de GGZ:		
- Ja	12 (71%)	11 (100%)
- Nee	5	-
Eerder klinisch behandeld GGZ:		
- Ja, 1 of 2 opnames	3	1
- Ja, 3 – 5 opnames	3	2
- ja, >5 opnames	3 (18%)	8 (73%)
- Nee	6 (35%)	0
- Onbekend	2	-

Eerder ambulantly behandeld GGZ:		
- Ja	6 (35%)	10 (91%)
- Nee	7	-
- Onbekend	4	1
Eerder behandeld in de VZ:		
- Ja	7 (41%)	1 (9%)
- Nee	9	10
- Onbekend	1	-
Eerder Forensische zorg:		
- Ja	9 (53%)	3 (27%)
- Nee	7	8
- Onbekend	1	-
Eerder vrijwillige behandeling:		
- Ja	10 (52%)	8 (73%)
- Nee	7	3
- Onbekend	-	-
Eerder civielrechtelijk:		
- Ja	7 (41%)	11 (100%)
- Nee	9	-
- Onbekend	1	-
Eerder Strafrechtelijk:		
- Ja	10 (59%)	3 (27%)
- Nee	6	8
- Onbekend	1	-

3.3 Justitiële voorgeschiedenis

Tabel 3 laat het volgende zien:

- Bijna driekwart van de patiënten (73%) die gedwongen worden behandeld in de GGZ is in aanraking geweest met de politie. Een aanzienlijke groep (46%) is (ook) eerder veroordeeld.
- Patiënten met een strafrechtelijke titel komen vaker voor het 18e levensjaar voor het eerst met de politie in contact dan gedwongen opgenomen GGZ-patiënten (47% versus 9%). Ook hebben zij gemiddeld meer politiecontacten en veroordelingen op hun naam.
- 12 van de 17 (71%) forensische patiënten en 4 van de 11 (36%) gedwongen opgenomen GGZ-patiënten zijn in het verleden gedetineerd. In de forensische populatie heeft van deze groep meer dan de helft (7 patiënten) 5 of meer detenties gehad.

Tabel 3. Justitiële voorgeschiedenis

	Forensische zorg N = 17	GGZ N = 11
Jeugddetentie:		
- Ja	3 (18%)	1 (9%)
- Nee	13	10
- Onbekend	1	-
Politiecontacten:		
- Ja	17 (100%)	8 (73%)
- Nee	-	2
- Onbekend	-	1
Eerste contact politie:		
< 18 jaar	8 (47%)	1 (9%)
> 18 jaar	8	6
- Onbekend	1	2
- Geen politiecontacten	-	2
Aantal eerdere politiecontacten:		
- Geen	-	2
- 1-3 keer	3	1
- 4-6 keer	1	-
- 7-10 keer	1	1
- 11 keer of meer	11 (65%)	4 (36%)
- Onbekend	1	3
Eerdere veroordelingen (anders dan detentie):	14 (82%)	5 (46%)
- Ja	3	5
- Nee	-	1
- Onbekend		
Aantal eerdere veroordelingen:		
- Geen	3	5
- 1-3 keer	5	3
- 4-6 keer	2	1
- 7-10 keer	1	-
- 11 keer of meer	4	1
- Onbekend	2	1
Eerdere detenties:		
- Ja	12 (71%)	4 (36%)
- Nee	4	7
- Onbekend	1	-

Aantal detenties:		
- Geen	4	7
- 1-2 keer	2	2
- 3-4 keer	3	-
- 5-6 keer	3	1
- 7 keer of meer	4	1
- Onbekend	1	-

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van patiënten op basis van dossier-besprekingen

- Met betrekking tot sociaal-demografische gegevens zijn er diverse overeenkomsten tussen forensische en GGZ-patiënten.
- Met betrekking tot de diagnose zijn er accentverschillen: GGZ patiënten lijden vaker aan psychotische stoornissen en forensische patiënten hebben vaker bijkomend middelengebruik en persoonlijkheidsstoornissen.
- 65% van de forensische patiënten komt uit een problematische gezinssituatie versus 36% van de GGZ-patiënten. Ongeveer de helft van beide groepen is in contact geweest met jeugdzorg.
- Alle gedwongen opgenomen GGZ-patiënten en ongeveer de helft (9 van de 17) van de forensische patiënten zijn eerder opgenomen geweest in de GGZ. Forensische patiënten zijn vaker behandeld geweest in de verslavingszorg of de forensische zorg. Toch is ook een kwart (27%) van de GGZ-patiënten eerder behandeld geweest in de forensische zorg.
- Alle forensische patiënten hebben (vaak al op jonge leeftijd) politiecontacten gehad, tegenover 73% van de GGZ-patienten (die veelal na hun 18e levensjaar in contact kwamen met politie). 82% van de forensische patiënten is eerder veroordeeld, tegenover 46% van de GGZ-populatie - eveneens een niet onaanzienlijk deel. 71% van de forensische patiënten is eerder gedetineerd geweest, versus 36% van de GGZ-populatie.

4 Resultaten interviews

Aanvullend op de dossierbesprekingen zijn met behandelaren interviews gehouden. De interviews waren bedoeld om bij de behandelaren te toetsen in welke mate de in de dossiers aangetroffen gegevens over de voorgeschiedenis van de geselecteerde patiënten, representatief zijn voor de gehele populatie. Ook is in de interviews ingegaan op de vraag in hoeverre de populatie van forensische zorginstellingen overeenkomt dan wel afwijkt van de populatie die gedwongen is opgenomen in de reguliere GGZ, en welke factoren van invloed zijn op de ‘routing’ van (forensisch) psychiatrische patiënten: wat bepaalt of iemand met een psychiatrische stoornis bij Justitie of bij de GGZ terecht komt?

4.1 Klinische forensische zorg

Zoals Neijmeijer, Rijkaart en Kroon (2012) in het rapport ‘In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie’ concluderen, is het niet mogelijk om te spreken van ‘de’ forensisch psychiatrische patiënt. ‘De’ forensisch psychiatrische patiënt bestaat niet, evenmin als ‘de’ GGZ-patiënt. In forensische zorginstellingen worden patiënten met uiteenlopende en tevens overlappende kenmerken, voorgeschiedenissen, delicttypen, problemen en behandelmogelijkheden behandeld. In de forensische psychiatrie verblijft dus niet één type patiënt, maar worden vaak verschillende subgroepen onderscheiden met een specifiek behandel- of zorgprogramma. Vanwege de verschillen tussen de instellingen en de subpopulaties binnen de instellingen wordt in deze paragraaf apart gerapporteerd over FPC, FPA/FPK en PPC. Daarbij moet worden opgemerkt dat de informatie doorgaans is gebaseerd op interviews met twee behandelaren⁴, en dat de behandelaren niet altijd volledig op de hoogte waren van de psychiatrische en justitiële voorgeschiedenis van de patiënten die in hun setting behandeld worden. Met name de geïnterviewde behandelaren in één van de PPC’s schetsten het probleem dat patiënten nogal eens weigeren om toestemming te geven voor het opvragen van informatie bij GGZ-instellingen, waardoor behandelaren niet over relevante informatie over de voorgeschiedenis en het behandelverleden van patiënten beschikken. De resultaten van de interviews zijn dus niet zonder meer objectief en generaliseerbaar naar alle andere FPC-, FKP/FPA- en PPC- voorzieningen, maar zijn vooral bedoeld als aanvulling op de bevindingen op basis van het literatuuronderzoek en de dossierbesprekingen.

4.1.1 Patiënten in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC)

Levensloop

Bij patiënten met een TBS-maatregel kan achteraf vaak worden vastgesteld dat er sprake is geweest van een behoorlijke aanloop. Er is sprake van een aaneenschakeling van gebeurtenissen en opeenstapeling van factoren die eraan bijdragen dat het met iemand de verkeerde kant uit gaat. Iemand groeit bijvoorbeeld op in een problematisch opvoedingsklimaat, vertoont gedragsproblemen die al dan niet leiden tot veroordelingen en krijgt psychiatrische klachten. Vaak nemen de psychiatrische klachten in de loop van de tijd steeds meer toe.

4 Van de FPC is slechts één behandelaar geïnterviewd.

Behandelvoorgeschiedenis

TBS-gestelden zijn vaak al eerder klinisch of ambulant in zorg geweest bij de GGZ. In de voorgeschiedenis zie je vooral veel ‘mislukte’ en kortdurende behandelingen. Patiënten zijn niet gemotiveerd en hebben een gebrekkig probleembesef. Ze komen afspraken vaak niet na en hebben gedragsproblemen. Uiteindelijk verdwijnen ze uit beeld van de GGZ, omdat ze zorgmijndend zijn maar ook omdat de GGZ volgens de geïnterviewde behandelaar onvoldoende mogelijkheden heeft om patiënten aan zich te binden en de zorg te vrijblijvend is.

Justitiële voorgeschiedenis

Bij vrijwel alle TBS-gestelden is er eerder sprake geweest van geweld, in de zin van agressie of zedendelicten. Ze zijn nagenoeg allemaal eerder in aanraking gekomen met de politie en justitie en veroordeeld geweest. Een enkeling is first offender.

TBS-gestelden zijn veelal verschillende malen gedetineerd geweest. De psychiatrische problematiek wordt in gevangenissen echter meestal niet onderkend of behandeld, aldus de geïnterviewde behandelaar. Na de gevangenisstraf gaan ze terug naar de maatschappij waarin ze zich niet staande kunnen houden. Medicatie is vaak noodzakelijk, maar daarvoor zijn ze niet gemotiveerd. Bovendien is hierop na detentie geen controle of toezicht.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van TBS-patiënten op basis van aanvullende interviews met behandelaren:

- Levensloop: De levensloop van TBS-gestelden kenmerkt zich veelal door problemen in de jeugd: er is sprake van een problematische opvoedingssituatie, mishandeling en/of verwaarlozing in het gezin, gedragsproblemen, problematisch schoolverleden, etc.
- GGZ-verleden: De meerderheid van de TBS-gestelden is eerder in GGZ-zorg geweest, maar de behandeling is vaak mislukt.
- Justitiële voorgeschiedenis: De meerderheid heeft regelmatig contact gehad met politie en justitie.

4.1.2 Patiënten in een FPK of FPA

Levensloop en behandelvoorgeschiedenis

De meeste FPK- en FPA-patiënten, met name degenen met as 1 stoornissen, zijn voor de huidige opname al eerder behandeld geweest in de GGZ. Bij deze patiënten is vaak sprake van een geleidelijke verergering van problemen en symptomen door de jaren heen. Vaak komen ze op jonge leeftijd in contact met hulpverleningsinstanties.

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vormen een uitzondering op deze regel. Zij kunnen zich redelijk lang staande houden in de maatschappij en afhankelijk van bepaalde triggers kunnen ze in zorg of detentie komen. Ook zedendelinquenten hebben vaak een beperkte of geen hulpverleningsgeschiedenis. Ook hun levensgeschiedenis hoeft niet altijd negatief te zijn verlopen.

De behandeling van deze patiënten (met as 1 stoornissen die later op de FPK/FPA terecht komen) in de GGZ heeft, achteraf vastgesteld, veelal niet geleid tot de gewenste resultaten. Volgens de geïnterviewde behandelaar van de FPA heeft het niet-slagen van de zorg vaak te maken met ongunstige omgevingsfactoren (geen of problematisch sociaal netwerk, geen baan), en zegt het

dus niet altijd iets over de behandeling zelf. Verder spelen ook persoonsfactoren een rol. Patiënten die terecht komen in de forensische zorg kunnen over het algemeen minder snel een zorgvraag formuleren, vanwege gebrek aan ziekte-inzicht, achterdocht, culturele factoren of omdat ze een dubbelleven leiden. In het verleden zijn ze vaak al tegen verschillende instanties (waaronder justitie) aangegopen, waardoor het vertrouwen in hulpverleners zeer laag is.

Justitiële voorgeschiedenis

De meeste FPA- en FPK-patiënten zijn voorheen diverse keren in aanraking geweest met justitie. Er zijn er echter ook die de dans lange tijd hebben weten te ontspringen en/of first offender zijn; dit geldt met name voor sommige zedendelinquenten aldus de geïnterviewde behandelaren.

Verschillen en overeenkomsten met gedwongen opgenomen GGZ patiënten

De geïnterviewde behandelaren schetsen een aantal verschillen tussen patiënten die behandeld worden in FPK's en FPA's en patiënten die gedwongen behandeld worden in de reguliere GGZ. In de eerste plaats bevinden zich onder de gedwongen opgenomen patiënten in de GGZ veel minder mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis of psychopathie: "Mensen met een persoonlijkheidsstoornis worden in de reguliere GGZ bij voorkeur niet klinisch behandeld, binnen de forensische zorg ontkom je daar niet aan".

Daarnaast zijn er, zoals hierboven beschreven, in de forensische zorg meer patiënten zonder zorgverleden of met een hulpverleningsgeschiedenis in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Mensen met lichte verstandelijke beperking en bijkomend probleemgedrag vormen een kwetsbare groep en worden noch in de verstandelijk gehandicaptenzorg, noch in de GGZ adequaat behandeld.

Een aparte subgroep binnen de forensische zorg die nauwelijks voorkomt binnen de GGZ zijn zedendelinquenten. Zedendelinquenten hebben niet altijd een voorgeschiedenis in de GGZ of binnen justitie.

Afgezien van de verschillen vertonen patiënten die behandeld worden in FPA's en FPK's echter ook veel overeenkomsten met gedwongen opgenomen GGZ-patiënten, met dien verstande dat de forensische groep doorgaans meer detenties en veroordelingen heeft dan de GGZ-groep. Of iemand veroordeeld of gedetineerd wordt is los van het wel of niet plegen van een delict afhankelijk van uiteenlopende factoren, zoals de aangifte-bereidheid, de aard van het delict, het al dan niet opgepakt worden en de verstandelijke vermogens van betrokkene.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van FPK- en FPA-patiënten op basis van aanvullende interviews met behandelaren:

- Kenmerken: FPK/FPA-patiënten kenmerken zich door hun geringe vertrouwen in de hulpverlening, hun moeilijke behandelbaarheid en de afwezigheid van een zorgvraag.
- GGZ-verleden: Patiënten met as 1-stoornissen hebben veelal een behandelvoorgeschiedenis in de GGZ, patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en seksueel delinquenten minder vaak.
- Justitiële voorgeschiedenis: De meeste FPA-patiënten zijn voorheen al eerder in contact geweest met politie en justitie.
- Verschillen en overeenkomsten met reguliere GGZ-patiënten: De reguliere klinische GGZ behandelt met name psychotische patiënten en minder mensen met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis. Ook behandelt de reguliere GGZ minder mensen met een LVB en mensen zonder zorgverleden (zoals zedendelinquenten). Spitsst men zich toe op de populatie met as 1-stoornissen, dan is de constatering dat er veel overeenkomsten zijn tussen patiënten die opgenomen zijn in FPK's of FPA's en patiënten die met een civielrechtelijke maatregel zijn opgenomen in de reguliere GGZ; het gaat met name om accentverschillen.

4.1.3 Patiënten in een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC)

Levensloop

De populatie die behandeld wordt in PPC's is globaal in twee groepen te verdelen: mensen met psychotische stoornissen (die de meerderheid vormen) en mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Eén van de geïnterviewde behandelaren geeft aan dat met name de patiënten die later persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelen en op de PPC terecht komen, tijdens hun middelbare schoolperiode al in de problemen kwamen. Kenmerkend gedrag is veel spijbelen, blowen en meer kattenkwaad uithalen dan andere leeftijdgenoten. Bij patiënten met schizofrenie is de tendens dat de problematiek vaak iets later start, zo rond het 20e levensjaar. Bij veel patiënten is sprake van middelenmisbruik.

Behandelvoorgeschiedenis

De meeste PPC-patiënten hebben in het verleden klinische of ambulante GGZ-behandeling gehad. Typerend voor deze patiënten is dat het vaak gaat om korte behandelcontacten en opnames. Vaak onttrekken patiënten zich aan de behandeling of wordt de behandeling gestaakt omdat de grenzen van de GGZ bereikt zijn. Patiënten die op de PPC terecht komen hebben veelal geen hulpvraag, weinig ziekte-inzicht en behoren tot de categorie van zorgmijders. Een deel van hen is zwakbegaafd en valt daardoor tussen wal en schip.

Naast deze groep van zorgmijdende patiënten met een geschiedenis van kortdurende contacten in de GGZ, is er een groep patiënten, veelal met schizofrenie, die jarenlang in behandeling is geweest bij de GGZ en redelijk goed functioneerde. Op het moment dat deze patiënten tegen het advies van hun behandelaar stoppen met het gebruik van medicijnen, nemen de psychotische symptomen toe, pleegt men strafbare feiten of zorgt men voor overlast en komt men in contact met politie en justitie.

Een derde groep PPC-patiënten bestaat uit mensen die in het verleden niet in beeld zijn geweest van de hulpverlening. Vaak gaat het om mensen met persoonlijkheidsstoornissen cluster B. Ze

zijn meestal als gevolg van agressieregulatieproblemen al op jonge leeftijd met justitie in aanraking gekomen en hebben veel detenties achter de rug.

Justitiële voorgeschiedenis

Het merendeel van de PPC-patiënten is voor de huidige detentie meermalen gedetineerd geweest. Politie- en justitiecontacten zijn er in het verleden regelmatig geweest. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak een uitgebreidere justitiële voorgeschiedenis dan patiënten met psychotische stoornissen en vaak zijn zij ook jonger op het moment dat zij voor het eerst in contact komen met politie en justitie.

Verschillen en overeenkomsten met gedwongen opgenomen GGZ-patiënten

Het grootste verschil tussen PPC-patiënten en gedwongen opgenomen GGZ-patiënten is de actuele strafrechtelijke titel waarover de eerste groep wel en de tweede niet beschikt. Ook is het zo dat PPC-patiënten vaker al een delictverleden hebben; bij gedwongen opgenomen GGZ-patiënten is dat soms wel, maar vaak ook niet het geval.

Wat betreft de aard en ernst van de problematiek onderstrepen de behandelaars vooral de overeenkomsten tussen beide groepen. Beide populaties hebben ernstige psychiatrische problemen, ontkennen hun problemen en zijn zorgmijndend. In beide populaties zijn veelal eerdere behandel pogingen gedaan. Het gaat vaak om patiënten met acute, overlast veroorzakende en daarmee in het oog springende psychiatrische problematiek.

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en antisociale stoornissen worden door de behandelaars als een aparte groep benoemd. Zij komen minder vaak voor in de GGZ. Deze groep is moeilijker te behandelen dan mensen met as 1 problematiek.

Tot slot benoemen de behandelaars enkele accentverschillen tussen beide groepen. GGZ-patiënten beschikken vaker over een steunsysteem dat pogingen doet om hen in zorg te krijgen en te houden. Forensische patiënten beschikken minder vaak over een steunsysteem en zijn vermoedelijk nog minder gemotiveerd voor behandeling dan reguliere GGZ-patiënten.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van PPC-patiënten op basis van aanvullende interviews met behandelaren:

- Kenmerken en levensloop: De patiënten kenmerken zich door hun zorgmijdende houding en zeer beperkte ziekteinzicht. Er is veelal sprake van een problematisch netwerk, middelengebruik en agressie. Zwakbegaafdheid is regelmatig aan de orde. Vaak zijn er al problemen in de middelbare schooltijd.
- GGZ-verleden: De meerderheid heeft contacten gehad met de (ambulante) GGZ. De contacten waren echter vaak kortdurend. Een deel van de patiënten, met name degenen met schizofrenie, is langdurend in zorg (geweest) van de GGZ, maar komt in contact met politie en justitie op het moment dat de medicijnen worden gestaakt.
- Justitiële voorgeschiedenis: De meerderheid van de PPC-patiënten heeft regelmatig contact gehad met politie en justitie.
- Verschillen en overeenkomsten met reguliere GGZ-patiënten: De belangrijkste verschillen betreffen de strafrechtelijke titel en het benodigde beveiligingsniveau. Verder gaat het vooral om accentverschillen, zeker als het gaat om psychotische patiënten.

4.2 Klinische GGZ-zorg in een gedwongen kader

Onderstaande bevindingen zijn gebaseerd op drie interviews met behandelaars die werkzaam zijn op een open of gesloten opnameafdeling in de GGZ. Voor deze sector gelden dus dezelfde beperkingen als eerder beschreven bij de forensische zorg.

Levensloop en behandelvoorgeschiedenis

Het merendeel van de patiënten die gedwongen is opgenomen, is al eerder in zorg geweest in de GGZ of verslavingszorg. De meesten hebben gedwongen opnames achter de rug en zijn zorgmijddend. Vaak komen patiënten via hun ouders in de hulpverlening, maar het komt ook voor dat de aanmelding via de politie verloopt. Bij het zelfstandig worden gaat het vaak mis en ontstaan of verergeren allerlei problemen op verschillende leefgebieden. Klinische opnames komen veel voor rond het 20e levensjaar.

Justitiële voorgeschiedenis

Het grootste deel van de gedwongen opgenomen patiënten heeft volgens de geïnterviewde behandelaren in het verleden geen overlast veroorzaakt of delicten gepleegd. Een minderheid komt volgens hen wel regelmatig in aanraking met politie en justitie, niet zozeer vanwege (ernstige) delicten, maar vanwege criminaliteit die samenhangt met middelengebruik en/of overlastgevend gedrag als gevolg van een instabiele psychiatrische toestand.

Verschillen en overeenkomsten met forensische patiënten

Wat forensisch psychiatrische patiënten en gedwongen opgenomen GGZ-patiënten met elkaar gemeen hebben, is dat ze lijden aan een ernstige stoornis. Beide groepen zijn zorgmijddend terwijl ze wel zorg nodig hebben. Echter, de geïnterviewde behandelaren van de GGZ-instellingen geven net als hun collega's in forensische zorginstellingen aan dat er ook (accent)verschillen zijn. Zo is de forensische groep moeilijker in zorg te krijgen en te houden. Bij deze doelgroep zijn veelal complicerende factoren in het spel die de behandeling bemoeilijken, zoals verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en contacten in het criminele circuit. Ook komt het nogal eens voor dat afspraken niet worden nageleefd en men zich onttrekt aan behandeling. Bij de GGZ-populatie zijn er doorgaans minder factoren die de behandeling verstoren en is er sprake van iets meer behandeltrouw.

Door hun specifieke kenmerken heeft de forensische patiëntenpopulatie een andere benadering en omgeving nodig. Waar hulpverleners in de forensische zorg heel direct moeten zijn en grenzen moeten kunnen stellen, zijn hulpverleners in de reguliere GGZ hoffelijk, vriendelijk en gastvrij. Andere verschillen tussen beide patiëntenpopulaties zijn dat forensische patiënten vaker een verleden hebben van diverse korte behandelcontacten en / of opnames, en vaker gedetineerd zijn geweest. Daarnaast zijn forensische patiënten vaker verslaafd en komen ze vaker uit een sociaal zwak milieu, aldus de behandelaren.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van gedwongen opgenomen GGZ-patiënten op basis van aanvullende interviews met behandelaren:

- Kenmerken en levensloop: Patiënten die gedwongen worden opgenomen in de GGZ zijn vaak zorgmijddend en lijden aan as 1-stoornissen. De eerste symptomen van de psychiatrische aandoening manifesteren zich vaak in de adolescentie.
- GGZ-verleden: Het merendeel van de patiënten is eerder (gedwongen) in zorg geweest bij GGZ of VZ.
- Justitiële voorgeschiedenis: Een kleine groep komt in contact met de politie vanwege de instabiele psychiatrische toestand en overlastgevend gedrag, of vanwege verslaving en daarmee gepaard gaande criminaliteit.
- Verschillen en overeenkomsten met forensisch psychiatrische patiënten: Bij forensische populatie zijn meer complicerende factoren in het spel, zoals verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en beperkte behandeltrouw. Zij hebben bovendien meer detenties en onderbrekingen in de zorg gehad. Ze hebben een andere bejegening nodig.

4.3 Ambulante zorg

Onderstaande bevindingen zijn gebaseerd op twee interviews met behandelaars van respectievelijk een forensisch en een regulier ACT-team.

4.3.1 Patiënten van een forensisch ACT-team

Behandelvoorgeschiedenis

De geïnterviewde behandelaar geeft aan dat alle patiënten die in zorg zijn van het forensische (F) ACT-team zorg nodig hebben en ook in het verleden zorgbehoefte waren, maar die zorg niet allemaal gekregen hebben. Als het in het verleden al gelukt is om patiënten in zorg te krijgen, is het vaak kortdurend. De hulpverleningsgeschiedenis bestaat veelal uit afgebroken trajecten die niet succesvol zijn afgerond. Regelmatig speelt het agressieve gedrag van patiënten daarbij een rol. Patiënten die in het verleden gedwongen zijn opgenomen in de GGZ onttrekken zich vaak aan de zorg op het moment dat zij vrijheden krijgen.

Justitiële voorgeschiedenis

Nagenoeg alle patiënten zijn in aanraking geweest met de politie of justitie. Veelal gaat het om meerdere politie- en justitiecontacten. De indruk is dat patiënten vaak al op jonge leeftijd in aanraking zijn gekomen met politie of justitie.

De meeste patiënten hebben ook één of meerdere detenties achter de rug. De duur van de detenties varieert en is afhankelijk van de aard van het delict. Grofweg bestaat de patiëntengroep van forensische ACT-teams uit 3 subgroepen: de overlastgevende groep (bedelen, middelengebruik), de veelplegers (veel delicten in relatief korte tijd) en de zwaardere delictplegers (moord, doodslag, verkrachting etc.).

4.3.2 Patiënten van een regulier ACT-team

Behandelvoorgeschiedenis

Over het algemeen is de ACT-patiëntengroep al lange tijd, soms al vanaf de jeugd, in beeld van de GGZ. De meeste patiënten komen in zorg op het moment dat de schizofrenie zich openbaart. Veel mensen die bij het ACT-team worden aangemeld, hebben dus al een heel hulpverleningstraject achter de rug; zij hebben al meerdere keren zorg gekregen op meerdere plekken.

Justitiële voorgeschiedenis

De geïnterviewde behandelaar schat in dat het merendeel van de ACT-patiënten (naar schatting zo'n 75 tot 80%) in het verleden met politie en/of justitie te maken heeft gehad.

4.3.3 Verschillen en overeenkomsten tussen reguliere en forensische ACT-patiënten

Psychiatrische kenmerken

De behandelaars geven aan dat beide patiëntengroepen zich vooral onderscheiden in de mate van gedragsproblematiek. Bij patiënten van forensische ACT-teams komt agressief gedrag meer voor dan bij reguliere ACT-patiënten. Waar patiënten van reguliere ACT-teams vooral lijden aan psychotische aandoeningen en schizofrenie, komen bij de forensische ACT-populatie vooral persoonlijkheidsstoornissen, LVB en middelengebruik voor.

Behandelvoorgeschiedenis

Wat beide groepen volgens de geïnterviewde behandelaars gemeenschappelijk hebben is een zorgmijdende houding, een niet altijd succesvol verloop van eerdere behandelingen in de GGZ en de behoefte aan outreachende zorg en zorg op alle levensgebieden.

Er zijn echter ook (accent)verschillen. Zo zijn forensische ACT-patiënten 'effectiever' en 'anders' zorgmijdend (niet alleen vanuit hun ziektebeeld maar ook omdat ze niet gepakt willen worden en / of in een milieu verkeren waarin behandeling niet geaccepteerd wordt) en hebben zij vaak complexere problematiek. Omdat reguliere zorginstellingen vaak diverse contra-indicaties hanteren (patiënten zijn té verslaafd, té verstandelijk beperkt, té agressief) vallen zij nogal eens tussen wal en schip.

Ook het beloop van de behandeling is verschillend. Bij forensische ACT-patiënten is het beloop vaak grilliger. De reden voor afgebroken of niet opgestarte trajecten is ook anders: bij reguliere ACT-patiënten ligt het vaak aan onwil en beperkt ziekte-inzicht, bij forensische patiënten ligt het (ook) vaak aan agressie en antisociaal gedrag.

Justitiële voorgeschiedenis

Zowel patiënten van reguliere ACT-teams als patiënten van forensische ACT-teams hebben meestal een justitieel verleden. De aard van de delicten die men begaan heeft, verschilt echter tussen beide groepen. Reguliere ACT-patiënten komen vaak in aanraking met de politie vanwege kleinere delicten (vermogensdelicten) en overlast. Zware vergrijpen zijn meestal niet aan de orde. Forensische ACT-patiënten hebben vaker delicten gepleegd waarvoor zij gedurende een kortere of langere periode gedetineerd zijn geweest.

Conclusies m.b.t. de voorgeschiedenis van (forensische) ACT-patiënten op basis van aanvullende interviews met behandelaren

Forensische ACT-patiënten:

- GGZ-verleden: Patiënten zijn soms wel, maar soms ook niet eerder in zorg geweest. Als men eerder in zorg is geweest, gaat het veelal om vroegtijdig afgebroken trajecten en veel onttrekkingen. Patiënten zijn 'effectief' zorgmijgend.
- Justitiële voorgeschiedenis: Alle patiënten hebben meerdere politie- en justitiecontacten gehad. Een deel van de patiënten is kortere of langere tijd gedetineerd geweest, voor kleine vergrijpen of ernstiger delicten.

Reguliere ACT-patiënten:

- GGZ-verleden: Patiënten van reguliere ACT-teams zijn vaak al langdurend in beeld bij de GGZ; soms al vanaf de jeugd, maar meestal vanaf het moment dat de schizofrenie zich openbaart.
- Justitiële voorgeschiedenis: een aanzienlijke groep van naar schatting 75% van de patiëntenpopulatie heeft in het verleden met justitie te maken gehad.
- Verschillen en overeenkomsten met forensische ACT-populatie: Beide patiëntenpopulaties zijn zorgmijgend, zorgbehoefstig op alle levensgebieden en hebben veel afgebroken trajecten gehad in de zorg. Vergeleken met reguliere ACT-patiënten hebben forensische patiënten een grilliger behandelverloop gehad, zijn ze meer berekenend en agressiever. Doordat zij vaak (tevens) te kampen hebben met verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en/of een LVB worden zij vaak geweerd uit de reguliere GGZ. Ze hebben vaker een detentieverleden en plegen ernstiger delicten.

4.4 Grensgevallen

Deze paragraaf begint met omschrijvingen van het prototype forensische patiënt, het prototype reguliere GGZ-patiënt en de grensgevallen. Vervolgens komen de factoren aan bod die volgens de geïnterviewden een rol spelen bij de toeleiding naar de GGZ of naar Justitie. Tot slot wordt kort ingegaan op de vraag in hoeverre forensische patiënten in de reguliere GGZ behandeld kunnen worden; dit in aanvulling op het onderzoek van Scholten (2012) dat eveneens werd uitgevoerd in opdracht van de RVZ.

4.4.1 Prototypes en grensgevallen

Een deel van de respondenten is van mening dat er geen prototype forensische patiënt of prototype reguliere GGZ-patiënt bestaat. Binnen de populaties zijn volgens hen verschillende subgroepen aan te wijzen met uiteenlopende problemen en kenmerken. Echter, er zijn ook geïnterviewden die van mening zijn dat deze prototypes wel degelijk bestaan, of in ieder geval dat de uitersten van deze patiëntenpopulaties duidelijk van elkaar verschillen. Alle geïnterviewden geven aan dat er overlap bestaat tussen (gedwongen opgenomen) GGZ-patiënten en forensische patiënten. Men spreekt dan van 'grensgevallen' die in principe in beide settings behandeling zouden kunnen krijgen.

Prototype forensische patiënt

Tot het prototype forensische patiënt behoren patiënten die continu in crisis zijn, ontwrichtend zijn voor de groep en impulsief en agressief zijn. Het gaat om patiënten met (soms als gevolg van een LVB) weinig of geen probleembesef en behandelmotivatie, die hun problemen externaliseren. Vaak is er al op jonge leeftijd sprake van gedragsproblemen en breiden de problemen zich in de loop der jaren uit naar verslaving van alcohol of drugs, antisociale persoonlijkheidsproblematiek en criminaliteit. De justitiële voorgeschiedenis is veelal omvangrijk.

Prototype reguliere GGZ-patiënt

Tot het prototype reguliere (gedwongen opgenomen) GGZ-patiënt behoren patiënten met schizofrenie of ernstige depressies die vooral een gevaar zijn voor zichzelf. Een deel van hen komt in contact met politie en/of justitie, maar vanwege minder ernstige overtredingen of overlastgevend gedrag.

Grensgevallen

Een deel van de populatie in justitiële en GGZ-settings behoort tot het prototype forensische cq reguliere GGZ-patiënt. De geïnterviewde behandelaren geven echter aan dat er ook een groot grijs gebied is tussen beide uitersten, en dat een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie tot de categorie van 'grensgevallen' behoort. Deze patiënten komen soms terecht bij Justitie, en soms bij de GGZ. Het gaat onder meer om de volgende typen patiënten:

- Mensen met schizofrenie en verslavingsproblemen, die (vermogens)delicten hebben gepleegd maar niet agressief zijn;
- Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis die schade kunnen aanrichten aan zichzelf dan wel aan anderen;
- Patiënten die zijn opgenomen in de GGZ en vluchtgevaarlijk zijn en een gevaar vormen voor andere patiënten of het personeel;
- Mensen zonder strafrechtelijke titel maar die wel grensoverschrijdend gedrag vertonen en extreem moeilijk in zorg te krijgen zijn;
- Reguliere ACT-patiënten die vanwege hun delictgevaarlijkheid en gedrag ook in een forensisch ACT-team behandeld zouden kunnen worden (naar schatting 50%). Andersom zou minder dan 10% van de forensische ACT-patiënten ook in een regulier ACT-team behandeld kunnen worden;
- In de GGZ gedwongen opgenomen patiënten met een psychotische stoornis én een antisociale persoonlijkheidsstoornis die veel agressie vertonen;
- Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die onder invloed van alcohol of drugs (als zelfmedicatie) terecht komen in het justitiële systeem;
- Patiënten die uit het niets een overval plegen en daarvoor nooit een delict hadden gepleegd. Zij functioneerden in het verleden redelijk goed;
- Patiënten met wie hulpverleners in de reguliere GGZ niet weten om te gaan. Ze zijn moeilijk (be)handelbaar en het is lastig ze in behandeling te krijgen én te houden.

4.4.2 Factoren die een rol spelen in de toeleiding naar GGZ of Justitie

Verskillende factoren zijn volgens de geïnterviewde behandelaren van invloed op de 'routing' van psychiatrische patiënten richting GGZ of Justitie. De meest genoemde factoren worden in deze paragraaf kort uiteengezet.

Sekse

Vrouwen worden voor eenzelfde vergrijp (bijvoorbeeld huiselijk geweld) eerder naar de reguliere GGZ verwezen dan mannen. Mannen komen vaker in detentie of krijgen forensische zorg.

Middelengebruik

Alcohol- en drugsgebruik speelt een grote rol bij de routing van patiënten. Personen die problematisch middelen gebruiken of verslaafd zijn, plegen vaker (vermogens)delicten en hebben een grotere kans om met politie / justitie in aanraking te komen. Het merendeel van de forensische doelgroep is verslaafd.

Medicatierouw en psychiatrische stabiliteit

Patiënten met psychotische stoornissen die goed zijn ingesteld op medicatie, behandeltrouw zijn en redelijk stabiel functioneren, kunnen doorgaans goed behandeld worden in de GGZ. Patiënten die niet medicatierouw zijn kunnen agressief zijn of overlast veroorzaken, waardoor de kans groter is dat zij in aanraking komen met het justitiële systeem.

Sociaal netwerk

Vergeleken met forensische patiënten, bij wie de familieverhoudingen vaak (ernstig) verstoord zijn, hebben patiënten in de GGZ doorgaans een betrokkener familie en een beter sociaal netwerk. Een goed functionerend steunsysteem kan patiënten beschermen tegen het plegen van een delict. Een steunsysteem kan structuur en duidelijkheid bieden, op tijd de signalen van een psychose herkennen en patiënten motiveren om hun medicatie in te nemen of hulp te zoeken.

Ernst en aard van het delict

Bij ernstige misdrijven komt iemand eerder terecht in de forensische zorg dan in de reguliere GGZ. Mensen met schizofrenie en verslavingsproblemen die een ernstig eerste delict hebben gepleegd, komen veelal via de strafrechter in zorg (forensische zorg). Als het gaat om meerdere kleinere vergrijpen, wordt iemand vaker met een IBS of RM opgenomen in de reguliere zorg.

Focus op delict of op ziekte

Waar iemand terecht komt is afhankelijk van de focus van de behandeling; ligt de focus primair op beperking van de delictcrisis's dan komt iemand terecht in de forensische zorg, ligt de focus vooral op behandeling van de psychiatrische stoornis dan is de reguliere GGZ eerder aangewezen.

Opsporings- en vervolgingsproces

Factoren in het opsporings- en vervolgingsbeleid bepalen ook in welk systeem mensen terecht komen. Of iemand in de forensische zorg terecht komt, is onder meer afhankelijk van:

- Het *aangiftebeleid van GGZ-instellingen*. De bereidheid om aangifte te doen verschilt sterk per instelling en afdeling. Sommige hulpverleners denken "het gedrag hoort bij de stoornis, die man is ziek, daar kan hij niets aan doen". Voorts blijkt volgens één van de geïnterviewden uit onderzoek dat minder dan 10% van de aangiftes leidt tot vervolging.
- *De beslissing van de politiefunctionaris om al dan niet de crisisdienst te benaderen*. Op het politiebureau moet de desbetreffende politiefunctionaris of de hulpofficier van justitie beslissen om al dan niet de GGZ in te schakelen. Als de verdachte al in zorg is bij de GGZ wordt de crisisdienst eerder gebeld.

- *De beslissing van het Openbaar Ministerie om de verdachte al dan niet te vervolgen.* Er wordt een afweging gemaakt of de vervolging kansrijk is of niet. Soms wordt geen vervolging ingezet. Als iemand al bekend is bij de GGZ en behandeld wordt, wordt de zaak sneller geseponeerd.
- *De strafrechtelijke maatregel die opgelegd wordt.*

Het komt voor dat patiënten verschillende settings doorlopen. Bijvoorbeeld, een patiënt die verdacht wordt van een misdrijf en verblijft op een FPK, wordt soms door- of teruggeplaatst naar een reguliere GGZ-setting op het moment dat het OM heeft besloten de betrokkene niet voor te leiden.

In beeld bij de GGZ of de politie

Wanneer iemand eenmaal het etiket 'forensisch' heeft, is het heel moeilijk om die persoon in de reguliere GGZ te plaatsen. Het omgekeerde is ook het geval: Als iemand eenmaal in zorg is, volgt minder snel een justitieel traject na het plegen van een delict. Verder is men in de GGZ minder snel geneigd aangifte te doen of een dossier op te bouwen dan in de forensische zorg, hetgeen verschillen in justitiële voorgeschiedenis mogelijk deels kan verklaren. De kans op strafrechtelijke vervolging is vermoedelijk groter als iemand nergens in zorg is. Een deel van de forensische patiënten is niet in beeld geweest bij de GGZ omdat ze steeds in detentie zaten en/of omdat ze niet gezien werden als patiënt maar als crimineel.

Mate van agressie en noodzaak van structuur

Patiënten die geneigd zijn over de grenzen van anderen te gaan en agressief gedrag vertonen, worden vaker in de forensische dan de reguliere GGZ-zorg behandeld. Over het algemeen bieden forensische zorginstellingen meer structuur en begrenzing.

Toeval

Meerdere geïnterviewden geven aan dat het soms ook een kwestie van toeval is of iemand gedetineerd wordt, in de forensische zorg wordt behandeld of gedwongen wordt opgenomen in de GGZ.

4.4.3 Forensische patiënten in de reguliere GGZ?

Tot slot is in de interviews met de behandelaren stil gestaan bij de vraag in hoeverre forensisch psychiatrische patiënten behandeld kunnen worden in de reguliere GGZ. We volstaan hier met een beknopte beschrijving van de meningen van de behandelaren die we gesproken hebben, voor een uitgebreidere rapportage verwijzen we naar het onderzoek van Scholten (2012).

In de interviews maken de meeste behandelaren een onderscheid tussen psychotische patiënten en patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Over het algemeen is men van mening dat patiënten met een psychotische stoornis die medicatietrouw zijn en geen of hanteerbaar agressief gedrag vertonen, ook in de reguliere GGZ behandeld zouden kunnen worden. Mensen met een (cluster B) persoonlijkheidsstoornis en/of agressieregulatieproblemen zijn vaak niet hanteerbaar in de reguliere GGZ en zijn beter op hun plek in de forensische zorg.

Er worden verschillende redenen genoemd waarom de meeste forensische patiënten niet in de reguliere GGZ op hun plek zijn. In de eerste plaats zijn de agressieproblemen vaak te groot.

Forensische patiënten zetten agressie in tegen het personeel. Forensische patiënten zijn in staat een team volledig te ontwrichten. Het GGZ-personeel is hierop doorgaans onvoldoende toegerust. Op de tweede plaats heerst in de reguliere GGZ een heel andere cultuur dan in de forensische zorg, en is de bejegening van patiënten anders. In de reguliere GGZ staan hulpverleners naast de patiënt, en gaat men uit van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De GGZ heeft een meer vrijblijvend karakter; als een patiënt zijn afspraken niet nakomt worden daaraan geen directe consequenties verbonden. Een forensische patiënt zal in een dergelijke cultuur al snel voor problemen zorgen omdat hij meer begrenzing, structuur, controle en toezicht nodig heeft. Van belang is ook dat risico's zorgvuldig worden ingeschat en tekenen van terugval op tijd worden gesignaleerd. GGZ-personeel is echter onvoldoende deskundig op het gebied van risicotaxatie. Een andere reden waarom het lastig is om forensische patiënten in de GGZ te behandelen is de openheid en de toegankelijkheid van de gebouwen en het terrein van de GGZ. GGZ-instellingen zijn qua beveiligingsniveau niet te vergelijken met forensische zorginstellingen. Bovendien is het moeilijk om dealers van het GGZ-terrein te weren en alcohol en drugs buiten het bereik van de patiënten te houden.

Conclusies op basis van interviews m.b.t. factoren die van invloed zijn op de routing van (forensisch) psychiatrische patiënten:

- Sekse
- Middelengebruik
- Medicatietrouw / stabiliteit van het psychiatrisch toestandsbeeld
- Sociaal netwerk
- Ernst / aard van het delict
- Focus op het delict of de ziekte
- Keuzemomenten in het opsporings- en vervolgingsproces
- In beeld bij politie/justitie of GGZ
- Mate van agressie en noodzaak van structuur en beveiliging
- Toeval

5 Samenvatting, conclusies en nabeschuiving

In dit rapport is verslag gedaan van de resultaten van een onderzoek naar de levensloop, de GGZ-voorgeschiedenis en het justitiële verleden van patiënten die behandeld worden in forensische settings en patiënten die gedwongen zijn opgenomen in de reguliere GGZ. Het onderzoek, dat in korte tijd is uitgevoerd, heeft een grote hoeveelheid informatie opgeleverd. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat en trekken we conclusies. Daarna volgt een nabeschuiving, waarin we de resultaten op waarde proberen te schatten en tevens stil staan bij enkele beperkingen van het onderzoek.

5.1 Samenvatting en conclusies

De voorgeschiedenis van forensisch psychiatrische patiënten kenmerkt zich als volgt:

Levensloop

- Vaak is er sprake van een problematische gezinssituatie (mishandeling, verwaarlozing);
- Ook is er regelmatig een problematisch schoolverleden;
- Vaak is er al op jonge leeftijd contact met de jeugdzorg;
- Men komt vaak al op jonge leeftijd in contact met politie en/of justitie;
- Er is vaak sprake van alcohol- en/of drugsgebruik;
- Een sociaal steunsysteem is vaak afwezig.

Behandelvoorgeschiedenis

- De meerderheid is in het verleden behandeld geweest in de GGZ. Het zorgtraject kenmerkt zich door kortlopende contacten, onderbrekingen en voortijdige afbrekingen;
- Daarnaast is er een deel patiënten dat niet in zorg gekomen c.q. te krijgen is;
- Men is sterk zorgmijdtend;
- Vaak is persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek in het spel;
- Een deel van de patiënten is eerder behandeld geweest in de gehandicaptenzorg.

Justitiële voorgeschiedenis

- Nagenoeg alle patiënten zijn in aanraking geweest met politie en/of justitie;
- Vaak is men meerdere keren gedetineerd geweest;
- Patiënten komen in aanraking met de politie vanwege overlastgevend gedrag, maar ook vanwege het plegen van zowel lichte als zwaardere vergrijpen.

De voorgeschiedenis van *patiënten die gedwongen worden opgenomen in de GGZ* kenmerkt zich als volgt:

Levensloop

- Patiënten lijken een betere uitgangspositie / basis (stabielere gezinssituatie, hogere schoolopleiding) te hebben gehad dan forensische patiënten;
- Een deel van de patiënten is in zorg geweest bij de jeugdzorg;

- Problemen starten veelal rond het begin van de volwassenheid, als de eerste symptomen van de psychiatrische aandoening zich aandienen.

Behandelvoorgeschiedenis

- Vrijwel alle patiënten hebben een (klinisch) verleden in de GGZ;
- Veel patiënten hebben meerdere (gedwongen) opnames gehad in het verleden;
- De meeste patiënten zijn lastig in zorg te krijgen en mijden zorg;
- Een enkeling heeft in het verleden forensische zorg gehad.

Justitiële voorgeschiedenis

- Een deel van de populatie is in aanraking geweest met de politie, en een deel is eerder gedetineerd geweest. Een schatting van de omvang van die groep is moeilijk te geven;
- Reden is vaak een psychose, overlast of vermogensdelicten om middelengebruik te kunnen bekostigen. Zwaardere vergrijpen komen minder vaak voor.

Wat betreft de voorgeschiedenis zijn er de volgende *overeenkomsten en verschillen* aan te wijzen tussen beide patiëntenpopulaties:

- Patiënten uit beide groepen hebben een ernstige stoornis en hebben zorg nodig;
- Van beide groepen is het merendeel eerder behandeld of (gedwongen) opgenomen geweest in de GGZ of (met name bij de forensische populatie) de verslavingszorg;
- Beide groepen zijn moeilijk in zorg te krijgen en te houden. Bij forensisch psychiatrische patiënten zijn veelal diverse complicerende factoren in het spel, zoals verslaving, persoonlijkheidsstoornis, licht verstandelijke beperking, contacten met het criminele circuit, agressief en manipulatief gedrag, beperkt ziekte-inzicht, afwezigheid van een sociaal steunsysteem. Bij reguliere GGZ-patiënten zijn er doorgaans minder factoren die de behandeling verstoren;
- Vergeleken met gedwongen opgenomen GGZ-patiënten hebben forensische patiënten vaker een strafblad en zijn ze vaker gedetineerd geweest;
- Een groot verschil tussen de populaties is de mate van gedragsproblematiek. Forensische patiënten zijn vaker agressief tegen het personeel.

Een deel van de forensische patiënten voldoet aan de kenmerken van het 'prototype forensische patiënt', zoals een deel van de psychiatrische patiënten voldoet aan de kenmerken van het 'prototype GGZ-patiënt'. Evenwel wordt een substantieel deel van de patiëntenpopulatie van de geïnterviewde behandelaren uit de forensische zorg en de reguliere GGZ gelabeld als 'grensgeval'. Deze patiënten krijgen soms een strafrechtelijke titel en worden het justitiële systeem in geleid, en soms ook niet. Diverse factoren zijn van invloed op de 'routing' van de (forensisch) psychiatrische patiënt, zoals de aangiftebereidheid van de hulpverlener, de aard van het delict, het al dan niet bekend zijn bij de politie en/of de GGZ, het beoordelingsvermogen van de politiebeampte, de verstandelijke vermogens van betrokkene, etc. Soms lijkt slechts door een toevallige keuze van de Officier van Justitie of rechter de carrière van een patiënt richting de GGZ of Justitie te gaan.

5.2 Beperkingen van het onderzoek

Vraag die nu voorligt is of we op basis van de gevonden resultaten aanknopingspunten kunnen vinden voor preventie van crimineel gedrag door patiënten met (ernstige) psychiatrische problematiek. Alvorens hierop in te gaan willen we eerst stilstaan bij enkele beperkingen van dit onderzoek.

Ten eerste is het onderzoek in zeer kort tijdsbestek uitgevoerd. Daardoor hebben we een beperkt aantal dossiers kunnen analyseren en een beperkt aantal behandelaren kunnen interviewen. Helaas is het in kort tijdsbestek niet gelukt om dossiers van patiënten die in zorg zijn van (forensische) ACT-teams of anderszins ambulante zorg ontvangen, in het onderzoek te betrekken, waardoor onze studie zich heeft beperkt tot patiënten die klinisch in zorg zijn bij forensische cq reguliere GGZ-settings.

De dossiers bevatten bovendien niet altijd volledige informatie over GGZ-zorggebruik en detentieverleden. Omdat patiënten in PPC's toestemming moeten geven aan behandelaren om hun dossier op te vragen, was de informatie over in het verleden gestelde diagnoses en aangeboden behandelingen niet altijd aanwezig. In de reguliere GGZ deed zich het probleem voor van de overgang van het ene naar het andere elektronische patiëntendossier, waardoor de informatie niet altijd toegankelijk was. Bovendien hebben we de indruk gekregen dat in de GGZ informatie over met name het delict- en detentieverleden van patiënten slecht gedocumenteerd is. Als gevolg van deze beperkingen zijn de resultaten van het dossieronderzoek en de interviews dus niet zonder meer generaliseerbaar naar de totale populatie van patiënten in forensische en GGZ-settings.

Ook willen we een kanttekening plaatsen bij de door ons gehanteerde definitie van 'de forensische' en 'de reguliere GGZ-patiënt'. Tot de groep van forensische patiënten hebben we die personen gerekend, die ten tijde van het onderzoek in zorg waren bij een forensische setting (FPC, FPK, FPA, PPC of forensische ACT) én in het bezit waren van een strafrechtelijke titel. Omdat er veel grensverkeer is tussen GGZ en forensische psychiatrie kan het echter zijn dat patiënten die nu als 'forensisch' zijn betiteld, enkele jaren geleden als 'reguliere GGZ-patiënt' zouden zijn omschreven. Het omgekeerde kan uiteraard ook het geval zijn.

5.3 Aanknopingspunten voor preventie van delictgevaarlijk gedrag

Uit de resultaten van ons onderzoek distilleren we de volgende aanknopingspunten voor preventie van delictgevaarlijk gedrag:

- Uit dit onderzoek komt naar voren dat een groot deel van de patiënten die in zorg zijn van forensische zorginstellingen, in het verleden ambulant of klinisch behandeld is geweest in de GGZ. Een deel van hen is eerder gedwongen opgenomen geweest. Op basis van het literatuuronderzoek, de dossierbesprekingen en de interviews met behandelaren ontstaat een beeld van patiënten die lijden aan schizofrenie of andere psychotische aandoeningen, in combinatie met verslavings- en/of persoonlijkheidsproblematiek. De contacten die in het verleden geweest zijn met de GGZ waren vaak kortdurend en werden vroegtijdig afgebroken, hetzij door de patiënt zelf, hetzij doordat de GGZ zich genoodzaakt voelde de behandeling te staken omdat de (veiligheids)grenzen bereikt waren. Deze uitkomsten suggereren dat – achteraf vastgesteld - het de GGZ ten aanzien van de psychotische patiëntengroep met multiproblematiek niet (volledig) gelukt is om hen de juiste zorg en

behandeling te bieden. Van belang is dat de GGZ de juiste 'tools' en werkwijzen in handen heeft of krijgt om ook de groep met multiproblematiek adequaat te behandelen en te begeleiden.

- Het niet-slagen van de behandeling in de GGZ heeft te maken met persoonsfactoren (zorgmijding, onvoldoende ziekte-inzicht, agressie), behandel- en organisatorische factoren (fragmentatie van de zorg, onvoldoende aansluiting van het zorgaanbod op de hulpvraag), alsmede met ongunstige omgevingsfactoren (geen werk, geen gezond netwerk). Van belang is dat de GGZ zich rekenschap geeft van deze factoren en deze zo gunstig mogelijk probeert te beïnvloeden.
- Bij jongeren bij wie zich al op jonge leeftijd problemen voordoen op school en met de politie is extra oplettendheid en (langdurende) aandacht nodig vanuit jeugdhulpverlenende instanties.
- Bij psychotische patiënten gaat het meestal pas op latere leeftijd (adolescentie) mis. Men komt in contact met politie als gevolg van acute psychose en het staken van medicijnen. Van belang is dat de GGZ patiënten met recidiverende psychosen / schizofrenie langdurend in zorg houdt en extra alert is als symptomen toenemen of patiënten afhaken.
- In de GGZ(-literatuur) lijkt weinig aandacht voor het delict- en detentieverleden van GGZ-patiënten. Dit is opvallend omdat op basis van het (weliswaar beperkte) dossieronderzoek het vermoeden rijst dat een substantieel deel van de gedwongen opgenomen GGZ-patiënten in het verleden contacten heeft gehad met politie en/of justitie en/of gedetineerd is geweest. Van belang is dat de GGZ meer deskundigheid verwerft en toepast op het gebied van risicotaxatie en terugvalpreventie.
- De GGZ bereikt (nog) niet iedereen met nazorg. Op basis van het literatuuronderzoek rijst het vermoeden dat de meest 'vluchtige' patiëntengroep (door Wierdsma et al aangeduid als 'passanten') wel eens zou kunnen bestaan uit die personen die later in de forensische zorg terecht komen. Hier zou nader onderzoek naar moeten worden gedaan. Van belang is dat de GGZ aandacht heeft voor patiënten die de behandeling voortijdig staken, en actieve inspanningen blijft doen om met hen in contact te blijven (bemoeizorg).
- Als patiënten eenmaal in de forensische zorg terecht zijn gekomen, is het van belang dat lering wordt getrokken uit het verleden; waarom zijn eerdere behandelingen onvoldoende succesvol geweest, welke factoren speelden daarbij een rol? Van belang is om die factoren te betrekken in de behandeling en de nazorg.

Literatuur

- Bogaerts, S., & Spreen, M. (2011). *Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap vóór het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delict informatie in een klinische groep terbeschikkinggestelden*. Tilburg: Universiteit van Tilburg, INTERVICT.
- Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*. Deventer: Kluwer.
- Derksen, M. Th., Timmermans, L. & Stronks, D.L. (1999). De praktijk van de vrijwillige opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41 (1), 45-49.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2011). *Forensische Zorg in getal 2006-2010*. Den Haag: DJI.
- Emmerik, M. van (2001). *De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: DJI.
- Groen, H., Drost, M., & Nijman, H. (2003). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Leusden: De Tijdstroom.
- Jaarverslag PPC Amsterdam 2010*. Amsterdam: DJI.
- Kuperus, H.W., Tervoort, M.G.A., & Stalman, P.F.A. (2003). *De forensisch psychiatrische kliniek*. In: H. Groen, M. Drost & H. Nijman (red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Leusden: De Tijdstroom.
- Neijmeijer, L., Rijkaart, A.M. en Kroon, H. (2012). *In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nieuwenhuizen, Ch. van, Bogaerts, S., Ruiters, E.A.W. de, Bongers, I.L., Coppens, M., & Meijers, R.A.A.C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd, een gestructureerde casusanalyse*. Den Haag: WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Nijman, H., Marle, H. van & Kavelaars, M. (2006). Psychotische patiënten in de TBS: achtergronden, delictgedrag en behandeling. *Pedagogiek*, 3, 291-300.
- Peek, W.H.M., & Nugter, A. (2008). *Patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing: een vergeten populatie?* In: T.I. Oei & L.H.W.M. Kaiser (red.), *Forensische psychiatrie onderweg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Post, L. van der, Mulder, C.L., Bernardt, C.M., Schoevers, R.A., Beekman, A.T., & Dekker, J. (2009). Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 60(11), 1543-1546.

- Scholten, S. (2012). Mogelijke gevolgen Wfz en WVGZ voor de reguliere GGZ. Achtergrondstudie ten behoeve van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid over samenhang forensische zorg en GGZ. Amsterdam: Indigo.
- Simons, H.Th.J. (2003). De forensische psychiatrische afdeling. APZ/FPA: één programma. In: H. Groen, M. Drost & H. Nijman (red.), Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg. Leusden: De Tijdstroom.
- Vliet, J. van, & Oei, K. (2006). Van stoornis naar delict. De verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenissen van TBS-gestelden. *Pedagogiek*, 3, 301-316.
- Vries, S.C., de, Baars, A.W.B. van, & Mulder, C.L. (2009). Bijna altijd toekennen en weinig twijfel: overwegingen van onafhankelijke psychiaters tijdens de beoordeling rechterlijke machtiging. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51, 641-650.
- Vugt, M. D. van, Kroon, H., Delespaul P.A.E.G., et al. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (3), 154-160.
- Wierdsma, A.I, Baard, A.W.B. van, & Mulder, C.L. (2006). Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48, 81-93.
- Zarrinkhameh, A. (2012). Zorg aan delinquent, opsluiten van patiënt. Den Haag.

Bijlage 1 Checklist en afspraken casusbesprekingen

Algemene gegevens

1. Geboortedatum _____ 19 _____
2. Burgerlijke staat voorafgaand aan huidige opname
 - 1. Relatie
 - 2. Geen relatie
 - 3. Onbekend
3. Betaald werk voorafgaand aan huidige opname
 - 1. Ja
 - 2. Nee
 - 3. Onbekend
4. Hoogst afgeronde opleiding
 - 1. Geen
 - 2. Lager onderwijs/basisonderwijs
 - 3. Lager beroepsonderwijs/ VBO (VMBO (kader)beroepsgericht)
 - 4. Mulo/Mavo (VMBO theoretisch)
 - 5. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
 - 6. Hoger Beroepsonderwijs (HBO)
 - 7. Wetenschappelijk Onderwijs (Universiteit)
 - 8. Onbekend
5. Is de patiënt opgegroeid in een problematische gezinssituatie? (bv. ernstige verwaarlozing, seksueel misbruik, fysieke of geestelijke mishandeling)
 - 1. Ja
 - 2. Nee
 - 3. Onbekend
6. Huidige hoofddiagnose volgens DSM-IV _____
7. Huidige (bijkomende) diagnose middelenafhankelijkheid of -misbruik
 - 1. Ja
 - 2. Nee
 - 3. Onbekend
8. Is de patiënt bekend met middelenafhankelijkheid of -misbruik in het verleden?
 - 1. Ja
 - 2. Nee
 - 3. Onbekend
9. Maatregel huidige opname
 - 1. Strafrechtelijk
 - 2. Civielrechtelijk

10. Huidig delict (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Vermogensdelict zonder geweld | <input type="checkbox"/> 6. Seksueel delict |
| <input type="checkbox"/> 2. Vermogensdelict met (dreiging van) geweld | <input type="checkbox"/> 7. Overlast |
| <input type="checkbox"/> 3. Brandstichting | <input type="checkbox"/> 8. Drugsbezit of - handel |
| <input type="checkbox"/> 4. Moord of doodslag | <input type="checkbox"/> 9. Anders, namelijk _____ |
| <input type="checkbox"/> 5. Mishandeling of (dreiging met) geweld | |

Behandelvoorgeschiedenis

Hoofdvraag: Heeft de patiënt voorafgaand aan de huidige opname behandeling gehad, en zo ja; wat is de aard van de behandeling?

Tabel 1. Jeugdhulpverlening: (gesloten) jeugdzorg, kinder- en jeugd psychiatrie

Eerdere behandeling	Aantal klinische opnames *	Ambulante behandeling
<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend

* Indien exact aantal niet bekend: A. één of twee opnames B. 3-5 opnames C. > 5 opnames

Tabel 2. Reguliere GGZ-instelling (Let op: waaronder ook dubbele diagnoseafdelingen)

Eerdere behandeling	Aantal klinische opnames *	Ambulante behandeling
<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend

Tabel 3. Verslavingszorginstelling

Eerdere behandeling	Aantal klinische opnames *	Ambulante behandeling
<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend

Tabel 4. Forensische zorginstelling (te weten: FPC, FPK, FPA en PPC)

Eerdere behandeling	Aantal klinische opnames *	Ambulante behandeling
<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	FPC: FPA: FPK: FPA: Anders, namelijk (bv. FOBA)	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend

Tabel 5. Behandelingsgeschiedenis anderszins (VG-zorg, MEE, Maatschappelijk werk)

Eerdere behandeling	Aantal klinische opnames *	Ambulante behandeling
<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend

Overige vragen behandelingsgeschiedenis

1. Vond het eerste behandelcontact van de patiënt plaats voor het 18e jaar?
 - 1. Ja
 - 2. Nee
 - 3. Onbekend

2. Indien bekend: Leeftijd eerste behandelcontact _____ jaar

2. Indien <18 jaar, leeftijd eerste behandelcontact als volwassene _____ jaar

3. Wat is de aard van de eerdere behandelingen?(meerdere antwoorden mogelijk)
 - 1. Vrijwillig
 - 2. Civielrechtelijk
 - 3. Strafrechtelijk

4. Indien behandeling vanuit strafrechtelijk kader, welk delict heeft de patiënt gepleegd? (meerdere antwoorden mogelijk)
 - 1. Vermogensdelict zonder geweld
 - 2. Vermogensdelict met (dreiging van) geweld
 - 3. Brandstichting
 - 4. Moord of doodslag
 - 5. Mishandeling of (dreiging met) geweld
 - 6. Seksueel delict
 - 7. Overlast
 - 8. Drugsbezit of -handel
 - 9. Anders, namelijk _____

5. Zijn eerdere behandelingen over het algemeen succesvol afgesloten?
 - 1. Ja
 - 2. Nee
 - 3. Onbekend

6. Indien nee, wat lag hieraan hoofdzakelijk ten grondslag?

Eventuele aantekeningen:

Justitiële voorgeschiedenis

Hoofdvraag: Wat is de justitiële voorgeschiedenis van de patiënt?

Tabel 6. Jeugddetentie, politiecontacten, veroordelingen en detentie

	Ja / Nee	Leeftijd eerste keer	Aantal
Jeugddetentie in justitiële jeugd inrichting (JJI) (exclusief civielrechtelijke plaatsingen)	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> < 18 jaar <input type="checkbox"/> > 18 jaar	<input type="checkbox"/> A. 1-3 keer <input type="checkbox"/> B. 4-6 keer <input type="checkbox"/> C. 7-10 keer <input type="checkbox"/> D. 11 keer of meer
Politiecontacten (niet zijnde getuige of slachtoffer)	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> < 18 jaar <input type="checkbox"/> > 18 jaar	<input type="checkbox"/> A. 1-3 keer <input type="checkbox"/> B. 4-6 keer <input type="checkbox"/> C. 7-10 keer <input type="checkbox"/> D. 11 keer of meer
Veroordelingen anders dan detentie (boetes, voorwaardelijke straffen, reclassering etc.)	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> < 18 jaar <input type="checkbox"/> > 18 jaar	<input type="checkbox"/> A. 1-3 keer <input type="checkbox"/> B. 4-6 keer <input type="checkbox"/> C. 7-10 keer <input type="checkbox"/> D. 11 keer of meer
Detenties (gevangenisstraf) (PI, HvB, PPC)	<input type="checkbox"/> 1. Ja <input type="checkbox"/> 2. Nee <input type="checkbox"/> 3. Onbekend	<input type="checkbox"/> < 18 jaar <input type="checkbox"/> > 18 jaar	<input type="checkbox"/> A. 1-2 keer <input type="checkbox"/> B. 3-4 keer <input type="checkbox"/> C. 5-6 keer <input type="checkbox"/> D. 7 keer of meer

1. Waarvoor is de patiënt in het verleden gedetineerd (delicten waar de patiënt gevangenisstraf voor heeft opgelegd gekregen)?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Vermogensdelict zonder geweld | <input type="checkbox"/> 6. Seksueel delict |
| <input type="checkbox"/> 2. Vermogensdelict met (dreiging van) geweld | <input type="checkbox"/> 7. Overlast |
| <input type="checkbox"/> 3. Brandstichting | <input type="checkbox"/> 8. Drugsbezit of - handel |
| <input type="checkbox"/> 4. Moord of doodslag | <input type="checkbox"/> 9. Anders, namelijk _____ |
| <input type="checkbox"/> 5. Mishandeling of (dreiging met) geweld | |

2. [Indien voldoende tijd]

Grove tijdslijn schetsen van klinische opnames en detenties van één patiënt (patiënt met meest typerende voorgeschiedenis voor huidige instelling selecteren)

Eventuele aantekeningen:

Gemaakte afspraken m.b.t. casusbesprekingen:

- > 18 = 18 jaar of ouder
- Reclassering, met als voorwaarden dat iemand zich laat behandelen, tellen we als behandeling vanuit een strafrechtelijk kader.
- Als gedetineerden in een PPC zijn opgenomen, omdat zij niet hanteerbaar waren, dit vermelden onder 'overige delicten' bij vraag 4 over behandelvoorgeschiedenis. In principe krijgen mensen geen behandeling i.v.m. het delict waarvoor zij veroordeeld zijn.
- Detentieperiodes, voorafgaand aan TBS-behandeling, worden apart geteld (ook als beide voor hetzelfde delict zijn opgelegd).
- Het politiecontact voor de huidige veroordeling, wordt ook meegeteld bij de justitiële voorgeschiedenis. Dus ook bij een first offender wordt er één politiecontact gescoord.
- Plaatsing bij het Pieter Baan Centrum (ter observatie) wordt niet als behandeling in een forensische zorginstelling geteld.
- Jeugdhulpverlening = in brede zin. Hiermee wordt bedoeld: in beeld van hulpverlenende instanties.
- Berekende leeftijd, op basis van de datum (eerste interview): 26 januari 2012.
- Betaald werk en relatie = voorafgaand aan veroordeling / opname.
- Poging tot moord en doodslag hoort bij categorie Moord en doodslag.
- Dreiging met moord en doodslag hoort bij categorie Mishandeling of (dreiging) met geweld.

Overzicht publicaties RVZ

Publicaties RVZ vanaf 2008

- 12/05 Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012
12/06 Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012
- 12/02 Stooris en delict, mei 2012
12/03 In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012
12/04 Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
- 12/01 Werkprogramma 2012, januari 2012
- 11/08 Preventie van welvaartsziekten, december 2011
- 11/04 Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011
Publicaties bij dit advies
11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011
11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
11/07 – Brochure, oktober 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011
Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Levensverwachting (achtergrondstudie), juni 2011
Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011
Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrondstudie), juni 2011
Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011
- 11/02 Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011
- 11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011
Publicaties bij dit advies
Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen
Het Chronic Care Model in Nederland
Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg
Samenwerken in de opleiding Geneeskunde
- 10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

- Publicaties bij dit advies*
- 10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
- 10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach..... (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010
- 10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/09 - Van zz naar gg
Acht debatten, een sprekend verhaal
- 10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- 10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- 10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*
- Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning (achtergrondstudie), april 2010
- Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*
- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009

- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatver-slag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), decem-ber 2008
Publicaties behorende bij dit advies
- 08/12 - Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/09 - Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behorende bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008

Publicaties CEG vanaf 2008

- Sig 12/01 De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur
- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008



