

Forensisch Psychiatrisch Toezicht

Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm
van toezicht op tbs-gestelden

J.M. Harte
W.D. van Kalmthout
J.J.M.C. Knüppe



Faculteit der Rechtsgeleerdheid
Afdeling Criminologie
Vrije Universiteit, Amsterdam

Dit onderzoek is uitgevoerd door de Vrije Universiteit Amsterdam, Sectie Criminologie,
in opdracht van het Ministerie van Justitie (WODC/EWB).

Forensisch Psychiatrisch Toezicht; Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van
toezicht op tbs-gestelden

J.M. Harte, W.D. van Kalmthout en J.J.M.C. Knüppe

Amsterdam, Vrije Universiteit

Reeks Criminologie: nr. 7

Foto omslag is eigendom van de DJI, Ministerie van Justitie, fotograaf Jan Dirk van der Burg.

© 2010 WODC, Ministerie van Justitie. Auteursrechten voorbehouden.

ISBN 978-94-90775-06-3

Voorwoord

De maatregel tbs staat al vele jaren en onverminderd ter discussie. Naar aanleiding van incidenten veroorzaakt door (voormalig) tbs-gestelden vraagt zowel de maatschappij als de politiek zich regelmatig hardop af, of de maatregel voldoende in staat is de maatschappij te beschermen. Naast bescherming van de maatschappij is het doel van de maatregel delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis te behandelen, waarna een geleidelijke en verantwoorde terugkeer naar de maatschappij gerealiseerd kan worden. De laatste jaren zien we echter dat de uitstroom uit de tbs-klinieken laag is; de gemiddelde behandelduur blijft toenemen en een relatief groot aantal tbs-gestelden stroomt door naar de zogeheten *longstay* afdelingen.

Bovenstaande problemen hebben er aan bijgedragen dat er in toenemende mate aandacht is gekomen voor het toezicht op extramurale tbs-patiënten. Een kwalitatief goed toezicht wordt gezien als een belangrijk middel om de kans op recidive terug te dringen en meer mogelijkheden te bieden voor een verantwoorde uitstroom. Dit heeft er toe geleid dat een nieuwe vorm van toezicht is opgezet voor extramurale tbs-patiënten: het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Het onderzoeksrapport dat voor u ligt beschrijft de plan- en procesevaluatie van dit Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de testfase.

Met de dataverzameling voor dit onderzoek hebben wij beslag gelegd op de kostbare tijd van vele drukbezette mensen. Wij bedanken de mensen van de forensisch psychiatrische centra, de reclassering, van het Ministerie van Justitie, het Openbaar Ministerie en de GGZ die wij mochten interviewen. Zij hebben ons belangrijke informatie verschaft en hebben ons geholpen met het leggen van nieuwe contacten. Dankzij de inzet van Loes Schoenmaker kon de dossierstudie gerealiseerd worden. De dataverzameling heeft ons op vele plaatsen in Nederland gebracht; Linda Rutjens heeft ons hierbij een aantal keer terzijde gestaan. Tijdens de arbeidsintensieve verwerking van alle gegevens hebben Nikita Lensink en Wytske van der Wagen veel werk voor ons verzet.

De uitvoering van dit onderzoek mag met recht een zoektocht genoemd worden. Wij bedanken de leden van de begeleidingscommissie voor al hun leeswerk en adviezen en hun hulp bij het vinden van de juiste weg. Ook de adviezen van verschillende collega's van de Vrije Universiteit en het NSCR hebben ons zeer geholpen. Met name Peter van der Laan zijn wij veel dank verschuldigd.

De onderzoekers

Inhoud

Afkortingen	9
Samenvatting	11
1. Introductie	17
1.1 Probleemstelling	17
1.2 Plan- en procesevaluatie	18
1.3 Leeswijzer	18
2. Methoden en dataverzameling	21
2.1 Bronnen	21
2.2 Toestemming	23
2.3 Fasering	23
3. Voorgeschiedenis en totstandkoming	25
3.1 Terbeschikkingstelling	25
3.2 Verlof en uitstroom	26
3.3 Forensisch Psychiatrisch Toezicht oude stijl	27
3.4 Parlementair onderzoek	28
3.5 Plan van Aanpak Kabinet	30
3.6 De Projectgroep	31
3.7 Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht	32
3.8 De testfase en de Klankbordgroep	33
4. Ontwerp op landelijk niveau	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Definitie en doelstellingen	35
4.3 Nadere explicitering	37
4.3.1 Intermediaire doelen nader beschouwd	38
4.3.2 Veronderstelde werkzame elementen	39
4.3.3 Beoogde resultaten en einddoelen	43
4.3.4 Voorwaarden	44
4.3.5 Relevante parallelle ontwikkelingen	44

5.	Planevaluatie	47
5.1	Inleiding	47
5.2	Literatuur	47
5.3	Onderbouwing aannamen	48
5.3.1	Relaties tussen elementen en intermediaire resultaten	49
5.3.2	Relaties tussen intermediaire resultaten en einddoelen	54
5.3.3	Meer maatwerk	56
5.4	Onderscheid toezicht en behandeling	59
5.5	Conclusies	60
6.	Invulling op lokaal niveau	63
6.1	Inleiding	63
6.2	Uitgangssituatie	63
6.3	Procesbeschrijvingen op lokaal niveau	64
6.4	Selectiecriteria voor patiënten	67
6.5	Uitvoeringsbetrokkenen	67
6.6	Invulling van de samenwerking	67
6.7	Multidisciplinaire samenwerking en ketenbenadering	73
6.8	Invulling toezicht op langere termijn	74
6.9	Conclusies	75
7.	De patiëntenpopulatie in de testfase	77
7.1	Inleiding	77
7.2	De onderzoeksgroep	77
7.3	Psychiatrische en verslavingsproblematiek	78
7.4	Het indexdelict	80
7.5	Situatie extramuraal	82
7.6	Typen extramurale patiënten	84
7.7	Conclusies	86
8.	Ervaringen in de praktijk	87
8.1	Inleiding	87
8.2	Voorwaarden voor samenwerking	87
8.2.1	Informatieoverdracht	87
8.2.2	Duidelijkheid taakverdeling	88
8.2.3	Gezamenlijke visie	89
8.2.4	Gelijkwaardige participatie	91
8.3	Door- en uitstroom	93
8.4	Continuïteit	96
8.5	Meerwaarde in de praktijk	97
8.6	Behoeften uit de praktijk	100

9.	Procesevaluatie	103
9.1	Inleiding	103
9.2	Ervaringen met gefaseerde uitstroom	103
9.3	Ervaringen met verdere professionalisering reclassering	104
9.4	Ervaringen met samenwerking	104
10.	Conclusies en discussie	113
10.1	Inleiding	113
10.2	Reflectie	113
10.3	Onderbouwing werkzaamheid	114
10.4	De ontwikkeling	115
10.5	Het effect	117
	Summary	119
	Literatuur	125
	Bijlagen	
	Bijlage 1 Begeleidingscommissie	133
	Bijlage 2 Overzicht interviews	135

Afkortingen

3RO	De drie reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering GGZ en Leger des Heils Jeugdzorg Reclassering.
ACT	Assertive Community Treatment
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AVt	Adviescollege Verloftoetsing Tbs
BPB	Behandelplanbespreking
CF	Contactfunctionaris
DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HvB	Huis van Bewaring
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
LJ&R	Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering
MRR	Maatregelrapport
OM	Openbaar Ministerie
PB	Procesbeschrijving
PV	Proefverlof
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermend Wonen
RM	Rechterlijke Macht
RN	Reclassering Nederland
RO	Reclasseringsorganisatie
RSJ	Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
RW	Reclasseringswerker
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ
Tbs	Terbeschikkingstelling
TCO	Tbs Casuïstiek Overleg
TMV	Transmuraal verlof
VO	Voorwaardelijk ontslag (voorwaardelijke beëindiging)
WODC	Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum
ZOET	pilot Zicht op Enschedese Tbs-gestelden

Samenvatting

Forensisch Psychiatrisch Toezicht

In 2006 deed de commissie Visser, de tijdelijke Tweede Kamer onderzoekscommissie tbs, onderzoek naar de vraag of de tbs-maatregel nog wel in staat is om de maatschappij voldoende te beschermen. Uit dit onderzoek kwamen twee belangrijke wensen naar voren. Ten eerste wilde men het aantal incidenten veroorzaakt door (voormalig) tbs-gestelden tot een zo laag mogelijk niveau terugbrengen. Ten tweede moest er een oplossing komen voor de problematische uitstroom. Als belangrijke oplossing voor beide behoeften werd het verbeteren van toezicht op extramurale tbs-patiënten aangedragen. Naast een verlenging van de termijn voor voorwaardelijke beëindiging van 3 naar 9 jaar zou de kwaliteit van het toezicht verbeterd moeten worden. Hiervoor zou de resocialisatiefase een gezamenlijk traject moeten worden van de reclassering en de forensisch psychiatrische centra (FPC's). Dit heeft geresulteerd in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kunnen verschillende elementen onderscheiden worden. Het eerste element is *Samenwerking*: de FPC's en de reclasseringsorganisaties zijn vanuit hun expertise gezamenlijk betrokken bij het toezicht op tbs-gestelden gedurende het hele uitstroomtraject. Dit betekent dat de reclassering al een rol vervult tijdens de resocialisatiefase van de intramurale behandeling in het FPC en het transmurale verloop. Het FPC krijgt een taak in het toezicht en de behandeling tijdens het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging. Ook is een belangrijke rol weggelegd voor andere partners in de behandeling en het toezicht, zoals de GGZ-instellingen en de forensisch psychiatrische poliklinieken. De (intensiteit van) participatie door de verschillende partijen wordt op het individu afgestemd. Hierdoor kan, meer dan voorheen, maatwerk geleverd worden. Een uitgangspunt is dat een tbs-gestelde elke fase van de tbs-maatregel doorloopt, de zogeheten *Gefaseerde uitstroom*. Een ander element van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is de *Verdere professionalisering van de reclassering*.

In de testfase is het plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk verder uitgewerkt door de forensisch psychiatrische centra (FPC's) en de reclasseringsorganisaties. In mei 2008 was de officiële aftrap van deze testfase. Hierin participeerden tien van de 12 FPC's in samenwerking met de reclasseringsorganisaties. Het huidige onderzoek betreft een planevaluatie en een procesevaluatie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de testfase.

Planevaluatie

Aan de hand van wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van vormen van toezicht en samenwerking is onderzocht of op grond van de plannen verwacht mag worden dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal resulteren in de beoogde (eind)doelen. Hiertoe is het plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht eerst nader geëxpliciteerd, geherstructureerd en modelmatig weergegeven. Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht omvat de bovengenoemde elementen *Gefaseerde uitstroom*, *Verdere professionalisering reclassering* en *Samenwerking*. De doelstelling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is tweeledig, namelijk het terugdringen van de kans op recidive en het bevorderen van de door- en uitstroom. Nadere analyse van de stukken laat zien dat de elementen niet rechtstreeks in relatie staan tot de beoogde einddoelen. Deze worden bereikt via zogeheten intermediaire resultaten. Deze intermediaire resultaten zijn *Behoud kennis over de patiënt en vroegsignalering*, *Continuïteit en geleidelijke afbouw*, *Meer forensisch psychiatrische expertise*, *FPC eerder geneigd tot door- en uitstroom* en *GGZ eerdere bereid tot opname*.

Om de werkzaamheid van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht te kunnen beoordelen is ondermeer wetenschappelijke literatuur met betrekking tot samenwerking geraadpleegd. Hieruit komt naar voren dat samenwerking vruchtbaar kan zijn indien aan een aantal voorwaarden is voldaan, namelijk een *goede informatieoverdracht*, *duidelijke taakverdeling*, een *gezamenlijke visie* en *gelijkwaardige participatie*. Volgens de literatuur kan samenwerking echter ook problemen met zich meebrengen, zoals aanloopproblemen en afhankelijkheid van de betrokken personen. En wanneer zich de situatie voordoet dat er een verschil van inzicht is tussen de partijen dan kan dit ook problemen geven.

Vervolgens is onderzocht of de veronderstelde relaties binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden ondersteund door wetenschappelijk empirisch onderzoek naar de werkzaamheid van (onderdelen van) toezicht, begeleiding en behandeling van extramurale forensische patiënten. De resultaten hiervan moeten echter met terughoudendheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste is het aantal empirische studies van goede methodologische kwaliteit schaars. Daarnaast betreffen de empirische studies vrijwel altijd de werkzaamheid van een interventie als geheel, waarin verschillende aspecten verenigd zijn.

De werkzaamheid met betrekking tot de eerste doelstelling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, minder kans op recidive, wordt deels ondersteund door empirisch onderzoek. *Samenwerking* lijkt een positief effect te hebben op twee van de intermediaire resultaten, namelijk behoud kennis over de patiënt en vroegsignalering en meer forensisch psychiatrische expertise. Hiervoor moet er wel sprake zijn van een goede informatieoverdracht, een duidelijke taakverdeling, een gezamenlijke visie en een gelijkwaardige participatie. Of aan deze voorwaarden wordt voldaan zal in de praktijk moeten blijken. Het is onduidelijk of *Samenwerking* resulteert in meer continuïteit van het toezicht en een geleidelijke afbouw. Ook dit moet in het veld achterhaald worden. Twee andere elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, *Gefaseerde uitstroom* en *Verdere professionalisering*, lijken een positieve

bijdrage te kunnen leveren aan respectievelijk *Continuïteit en geleidelijke afbouw* van toezicht en *Meer forensisch psychiatrische expertise*. Op grond van de literatuur mag vervolgens verwacht worden dat drie van de intermediaire resultaten, *Behoud kennis over de patiënt en vroegsignalering*, *Continuïteit en geleidelijke afbouw* en *Meer forensisch psychiatrische expertise*, zullen bijdragen aan een vermindering van de kans op recidive.

Voor de idee dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een positieve bijdrage levert aan de tweede doelstelling, het bevorderen van de door- en uitstroom, is minder steun gevonden. Het is de vraag of samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal kunnen bijdragen aan een grotere geneigdheid van de FPC's om patiënten te laten door- en uitstromen en een grotere bereidheid binnen de GGZ om extramurale tbs-patiënten op te nemen. Een van de elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht heeft mogelijk een negatief effect op de door- en uitstroom, namelijk de idee dat alle tbs-gestelden verplicht alle verloffasen moeten doorlopen, oftewel de *Gefaseerde uitstroom*. De door- en uitstroom kunnen verder negatief beïnvloed worden door een toezicht dat *te* intensief is. Er zijn daarnaast ook externe factoren die een effect kunnen hebben op de door- en uitstroom. Een eventueel incident veroorzaakt door een tbs-gestelde zal er toe leiden dat FPC's en de GGZ zich in meer brede zin terughoudend zullen opstellen. Verder wordt de door- en uitstroom voor een belangrijk deel bepaald door factoren buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, namelijk door het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVt) en door de rechterlijke macht.

Procesevaluatie

De mate waarin bij aanvang van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht al werd samengewerkt in het resocialisatietraject door de FPC's en de reclassering is zeer verschillend per locatie. Maar voor alle locaties geldt dat door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht de samenwerking verder is ontwikkeld en geïntensiveerd. De vrijheid om in de testfase op lokaal niveau een eigen invulling te geven aan het Forensisch Psychiatrisch Toezicht heeft geleid tot enige verschillen per regio. Een vergelijking tussen de locaties wat betreft de intensiteit van het toezicht is echter gecompliceerd. Dit komt omdat de mogelijkheid om voor elke patiënt maatwerk te bieden wordt benut. Verder verschillen de plannen in de mate waarin ze op lokaal niveau schriftelijk zijn uitgewerkt. In vrijwel alle lokale plannen ontbreekt een idee over de wijze waarop het toezicht (geleidelijk) moet worden afgebouwd in geval de fase van voorwaardelijke beëindiging een lange periode gaat duren. In het resocialisatieproces spelen veel andere instanties een rol. Om welke instanties het gaat is verschillend per patiënt. De rol van deze instanties wordt uitgewerkt op individueel niveau, en is niet opgenomen in de lokale procesbeschrijvingen.

Door middel van de dossierstudie is een beeld gevormd van de populatie van tbs-gestelden waarop toezicht wordt gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Relatief vaak is er sprake van een combinatie van ernstige psychiatrische

problematiek, persoonlijkheidsproblematiek en middelengebruik. In de extramurale fase zijn vele verschillende partijen betrokken bij de zorg, begeleiding en het toezicht en relatief veel van de patiënten stromen uit naar 24-uurs voorzieningen. Ambulante (forensische) (thuis)zorg wordt georganiseerd voor de patiënten die uitstromen naar een begeleide woonvorm en voor vrijwel alle patiënten die zelfstandig of bij familie gaan wonen.

Aan de hand van ervaringen uit de praktijk is onderzocht in hoeverre de elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk zijn gerealiseerd. Ook is gekeken of in de praktijk aan de voorwaarden voor een goede samenwerking wordt voldaan, of zich problemen voordoen in deze samenwerking en of de veronderstelde relaties met de (intermediaire) doelen in de praktijk herkend worden.

Gefaseerde uitstroom: In de procesbeschrijvingen op lokaal niveau is duidelijk te zien dat per volgende fase de rol van het FPC afneemt, de rol van de reclassering toeneemt, terwijl over alle fasen heen de intensiteit van het toezicht afneemt. Of alle verloffasen inderdaad één voor één worden doorlopen hangt mede af van het OM en de rechter.

Verder professionalisering reclassering: Ontwikkelingen en verbetertrajecten hebben ook buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht plaatsgevonden. Daardoor is het lastig vast te stellen in welke mate het Forensisch Psychiatrisch Toezicht aan de professionalisering heeft bijgedragen. Het feit dat het aantal uren toezicht op de tbs-gestelden is verviervoudigd wordt ervaren als een aanzienlijke verbetering. Ook het TCO (Tbs Casuïstiek Overleg) wordt gezien als een belangrijk middel binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Samenwerking: Voor wat betreft de deelaspecten van de samenwerking kan geconcludeerd worden dat deze vrijwel allemaal gerealiseerd zijn in de praktijk. Een uitzondering betreft het multidisciplinaire toezicht en de ketenbenadering. In de praktijk wordt er wel nauw en veel samengewerkt met andere instanties, maar deze samenwerking is niet opgenomen in de procesbeschrijving. Het lijkt er op dat de participatie van de zogeheten derde partij in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht stagneert op uitvoerbaarheid.

In de praktijk van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is ook gekeken of aan de voorwaarden voor een vruchtbare samenwerking wordt voldaan. De uitvoeringsverantwoordelijken oordelen positief over de informatieoverdracht en de duidelijkheid van de taakverdeling. Toch is het zaak blijvend aandacht te besteden aan deze twee voorwaarden. Wat betreft gezamenlijke visie en gelijkwaardige participatie blijkt dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zelf weer bijdraagt aan de verwezenlijking van deze voorwaarden.

In de literatuur over samenwerking kwamen ook enkele mogelijke problemen naar voren die knelpunten kunnen vormen in de praktijk van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. In de praktijk van Forensisch Psychiatrisch Toezicht is gekeken naar de eventuele aanwezigheid van deze problemen. Het blijkt dat een succesvolle samenwerking ook binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht tijd vraagt. Dit impliceert dat een oordeel over het succes van het Forensisch Psychiatrisch

Toezicht, eventueel op lokaal niveau, niet te snel geveld mag worden. Ook de afhankelijkheid van individuele uitvoerders wordt gesignaleerd; bij personeelswisselingen kunnen de kwaliteit van de informatieoverdracht en de duidelijkheid van de taakverdeling onder druk komen te staan. Wat betreft een mogelijk verschil van inzicht wordt in de praktijk geopperd een centraal punt in te stellen waar eventuele problemen in de samenwerking neergelegd kunnen worden.

Conclusies

Met voorzichtigheid mag, op grond van zowel de literatuur als de praktijkervaringen, geconcludeerd worden dat het aannemelijk is dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht bijdraagt aan een vermindering van de kans op recidive. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat in de praktijk blijvend sprake is van een goede informatieoverdracht en een duidelijke taakverdeling; de realisatie van deze voorwaarden moet kritisch gevolgd worden.

Een onderdeel van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is in de praktijk echter nog nauwelijks van de grond gekomen: de multidisciplinaire samenwerking en ketenbenadering van partijen naast het FPC en de reclassering. De realisatie hiervan blijkt lastig uitvoerbaar. Zeker voor toezicht op de langere termijn, waarin andere partijen naast de reclassering en het FPC een steeds grotere rol toebedeeld krijgen, is het nodig de participatie van deze partijen te organiseren. Verder is nog nauwelijks voorzien in een afbouw van het toezicht in geval de fase van voorwaardelijke beëindiging een lange periode bestrijkt. Juist de ontwikkeling van een vorm van het toezicht voor een lange termijn was een van de wensen waaruit het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is voortgekomen.

Voor de veronderstelling dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ook bijdraagt aan een betere door- en uitstroom is minder steun gevonden. Gekeken is of de aspecten van samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kunnen bijdragen aan een grotere geneigdheid bij de FPC's om een patiënt door te laten stromen naar een volgende fase. In de praktijk zijn hier voorzichtige aanwijzingen voor. Of de samenwerking resulteert in een grotere bereidheid van GGZ-instellingen om patiënten op te nemen, kan nog niet beantwoord worden vanuit de huidige ervaring. Wel ziet men dat andere, wellicht sterkere factoren, invloed hebben op de door- en uitstroom.

Een uitgangspunt binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is dat de landelijke procesbeschrijving een raamwerk is dat door de FPC's samen met de reclassering in de praktijk verder wordt uitgewerkt. In de praktijk heeft men deze vrijheid als positief ervaren en is het efficiënt gebleken. Deze vrijheid heeft echter wel geresulteerd in enkele lokale verschillen. Wanneer er wordt samengewerkt buiten de eigen regio kan dit onduidelijkheid en zelfs problemen opleveren, bijvoorbeeld wat betreft de taakverdeling. Naast inhoudelijke verschillen zijn er ook verschillen op lokaal niveau

wat betreft de mate waarin de samenwerking is gerealiseerd. Het is zaak deze lokale verschillen te overbruggen.

Uit dit onderzoek is gebleken dat een aantal zaken nadere uitwerking behoeven. In de eerste plaats de multidisciplinaire samenwerking en ketenbenadering van partijen naast het FPC en de reclassering en het toezicht op langere termijn. Daarnaast lijkt er enige begripsverwarring rond de termen toezicht, controle, begeleiding en behandeling. Juist omdat de precieze verdeling van deze taken, alsmede de verhouding tussen deze componenten, zo nauw luistert, is het van belang hierover duidelijkheid te verschaffen. In plaats van praktijkervaringen en lokale oplossingen af te wachten is het noodzakelijk hier op centraal niveau leiding aan te geven. Ook voor de implementatie van nieuwe wetenschappelijke inzichten, ondermeer over effectief bewezen bestanddelen gericht op risicobeheersing en recidivevermindering, is sturing vanuit centraal niveau gewenst.

Het onderhavige onderzoek betreft een plan- en een procesevaluatie. De feitelijke werkzaamheid van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is niet onderzocht. Wel zijn de ervaringen met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk overwegend positief gebleken: men ervaart dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht belangrijke toegevoegde waarde heeft, zowel wat betreft samenwerking als kennisdeling. Ook ziet men dat de resocialisatie meer geleidelijk verloopt. Een aantal betrokkenen heeft de indruk dat over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht onrealistische ideeën leven binnen de rechtelijke macht. Het gevolg zou zijn dat de rechter eerder tot een voorwaardelijke beëindiging overgaat.

Om vast te kunnen stellen wat de precieze effecten van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn, zou een zogeheten effectevaluatie uitgevoerd moeten worden. Hiervoor is het noodzakelijk dat de verschillende onderdelen geoperationaliseerd worden en gegevens op gestandaardiseerde wijze worden vastgelegd. Door herhaald op systematische wijze gegevens vast te leggen, ook met betrekking tot de uitspraken in de zogeheten tbs- verlengingszaken, kunnen de effecten van toezicht middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in kaart gebracht worden.

Hoofdstuk 1

Introductie

1.1 Probleemstelling

Voor tbs-gestelden die extramuraal verblijven is een vernieuwde vorm van toezicht opgezet: het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Nieuw aan deze vorm van toezicht is dat het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) en de reclassering niet langer verantwoordelijk zijn voor slechts een deel van het uitstroomtraject, maar vanuit hun expertise gezamenlijk betrokken zijn bij het toezicht op de behandeling van tbs-gestelden gedurende het hele uitstroomtraject.

De uitgangspunten en randvoorwaarden van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn beschreven in een procesbeschrijving: Procesbeschrijving Forensisch Psychiatrisch Toezicht (Andreas, Van Gelderen, Schoenmaker & Zandbergen, 2008a). In deze procesbeschrijving komt aan de orde wanneer het Forensisch Psychiatrisch Toezicht dient te starten, wat de rol van het FPC en van de reclassering is tijdens de verschillende verloffasen van het resocialisatietraject en welke instanties in deze fasen verantwoordelijkheden hebben. Binnen deze (algemene) procesbeschrijving is ruimte voor de FPC's en de reclassering om het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op lokaal niveau vorm te geven en inhoudelijk in te vullen. In mei 2008 is de testfase van deze vorm van toezicht van start gegaan.

In opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie heeft er onderzoek plaatsgevonden naar de testfase van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. In dit onderzoek is het plan doorgelicht en is de verscheidenheid aan ervaringen die inmiddels is opgedaan in beeld gebracht. De resultaten geven mogelijk aanleiding om wijzigingen aan te brengen voordat wordt overgegaan tot landelijke implementatie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

De probleemstelling van het onderzoek was drieledig en luidde:

1. Is er een onderbouwing te geven op welke wijze het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kan bijdragen aan de beoogde doelstellingen?
2. Hoe wordt het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de testfase (verder) uitgewerkt?
3. Hoe zijn de eerste ervaringen met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht?

1.2 Plan- en procesevaluatie

Binnen de evaluatie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kunnen twee onderdelen onderscheiden worden: een planevaluatie en een procesevaluatie. In de planevaluatie wordt beschreven hoe het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op landelijk niveau is opgezet. Gekeken wordt of deze invulling aansluit bij de behoeften van waaruit het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is ontstaan. Aan de hand van kennis uit de wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van vormen van toezicht en samenwerking wordt onderzocht of op grond van de plannen verwacht mag worden dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal resulteren in de beoogde (eind)doelen.

In de procesevaluatie wordt gekeken naar de realisatie in de praktijk van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht tijdens de testfase. Een onderdeel van het plan is dat de FPC's en de reclasseringsorganisaties het in de praktijk nader invulling geven. Daarom wordt eerst in beeld gebracht op welke manier het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op lokaal niveau inhoudelijk vorm heeft gekregen. Vervolgens wordt gekeken wat de kenmerken zijn van de tbs-gestelden bij wie het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt toegepast. Welke problematiek kenmerkt deze groep, naar welke voorzieningen stromen zij uit en welke organisaties zijn betrokken bij de nazorg? De uitvoeringsbetrokkenen worden bevraagd over de ervaringen met de samenwerking en met de communicatie, en naar knel- en winstpunten. Dit laatste gebeurt vooral aan de hand van concrete ervaringen tot dusver met het toezicht op patiënten uit de eigen praktijk. Gekeken wordt in hoeverre het landelijke plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk is gerealiseerd.

1.3 Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 gaat vooraf aan het feitelijke onderzoek. De in dit onderzoek gehanteerde methoden van dataverzameling worden toegelicht. De hoofdstukken 3 tot en met 5 tezamen vormen de planevaluatie. Hoofdstuk 3 beschrijft de achtergrond van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Na een inleiding over de maatregel tbs en de verloffasen wordt geschetst vanuit welke behoefte de vernieuwde vorm van toezicht is ontstaan. Deze wens voor een vernieuwd toezicht kwam tot uiting tijdens het parlementaire onderzoek naar de tbs en is vervolgens nader uitgewerkt in een plan van aanpak waarin de kabinetsplannen naar aanleiding van dit onderzoek zijn geformuleerd. In hoofdstuk 4 wordt bekeken op welke manier het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op landelijk niveau is vormgegeven. Onderzocht wordt welke resultaten worden beoogd met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, middels welke elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht deze bereikt zouden moeten worden, en hoe de beoogde intermediaire resultaten in relatie staan tot de einddoelen. In Hoofdstuk 5 wordt het plan van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht geëvalueerd door de veronderstelde werkzame mechanismen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht te toetsen aan wat bekend is over werkzaamheid van toezicht in de wetenschappelijke literatuur. Beoordeeld wordt

of op grond van de plannen verondersteld mag worden dat met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht de beoogde einddoelen worden behaald.

De hoofdstukken 6 tot en met 9 vormen de procesevaluatie. Hierin wordt beschreven hoe het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de testfase in de praktijk heeft uitgepakt. Binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is ruimte gelaten voor invulling op lokaal niveau. In Hoofdstuk 6 wordt beschreven hoe men op lokaal niveau te werk is gegaan om het Forensisch Psychiatrisch Toezicht vorm te geven en welke verandering het Forensisch Psychiatrisch Toezicht heeft bewerkstelligd. Hoofdstuk 7 beschrijft de populatie van extramurale tbs-patiënten waarop toezicht wordt gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. In Hoofdstuk 8 komen de ervaringen van de uitvoeringsverantwoordelijken aan bod. De meerwaarde van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt geïllustreerd met behulp van enkele casussen. Conclusies met betrekking tot de realisatie in de praktijk van het oorspronkelijke plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden getrokken in Hoofdstuk 9. Naast de realisatie van de onderdelen van het plan wordt bekeken in hoeverre aan de voorwaarden voor een vruchtbare samenwerking wordt voldaan en of gegeven de ervaringen in de praktijk, verwacht kan worden dat met het plan van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht de beoogde doelen worden bereikt.

Het rapport sluit af met Hoofdstuk 10 waarin de oorspronkelijke onderzoeksvragen met betrekking tot (de testfase van) het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden beantwoord.

Hoofdstuk 2

Methoden en dataverzameling

2.1 Bronnen

Binnen dit onderzoek zijn verschillende informatiebronnen geraadpleegd.

Documenten

Alle documenten waarin het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt beschreven, of waarin de behoefte tot het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ter sprake komt, zijn verzameld. Dit waren allereerst het rapport TBS, vandaag over gisteren en morgen (2006) van de Commissie Visser en het Plan van Aanpak van het Kabinet¹ naar aanleiding van dit rapport. Informatie over de inhoud van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is gevonden in de Procesbeschrijving Forensisch Psychiatrisch Toezicht, het Plan van Aanpak Forensisch Psychiatrisch Toezicht en de brochure Forensisch Psychiatrisch Toezicht². Ook een advies van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008) waarin het plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt beoordeeld is bestudeerd. Daarnaast zijn per FPC de lokale procesbeschrijvingen opgevraagd. Dit zijn schriftelijke weergaven van de afspraken tussen FPC en reclassering op lokaal niveau. Deze procesbeschrijvingen zijn verkregen via contacten die zijn gelegd met leden van de Klankbordgroep Forensisch Psychiatrisch Toezicht (over deze Klankbordgroep zie 3.8).

De documenten zijn bestudeerd om in kaart te brengen vanuit welke achtergrond de behoefte aan een nieuwe vorm van toezicht is ontstaan (Hoofdstuk 3) en hoe hieraan invulling is gegeven, zowel op landelijk (zie Hoofdstuk 4) als op lokaal niveau (zie Hoofdstuk 6).

Interviews

Een belangrijke bron in het onderzoek zijn de interviews. Er hebben op verschillende niveaus semigestructureerde interviews plaatsgevonden. Vanuit een streven naar volledigheid is gekozen voor open interviews aan de hand van zogeheten topiclijsten. Dit heeft veel informatie opgeleverd maar heeft er wel in geresulteerd dat de interviews langdurig en intensief waren en veel gevraagd hebben van de geïnterviewden.

¹ Terbeschikkingstelling en Forensisch zorg in strafrechtelijk kader (TK 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr 48).

² Brochure mei 2008, Projectteam Forensisch Psychiatrisch Toezicht, Ministerie van Justitie.

Allereerst hebben interviews plaatsgevonden met de leden van de Projectgroep Forensisch Psychiatrisch Toezicht (over deze Projectgroep zie 3.6). Deze interviews betroffen met name het ontwerp van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op landelijk niveau. De resultaten zijn gebruikt om de idee achterliggend het Forensisch Psychiatrisch Toezicht te doorgronden (zie Hoofdstukken 4 en 5). Er zijn in totaal acht leden geïnterviewd.

Vervolgens zijn interviews gehouden met de leden van de Klankbordgroep. Zij zijn verantwoordelijk voor de invulling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op lokaal niveau. Deze resultaten zijn dan ook gebruikt om de invulling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op lokaal niveau in beeld te kunnen brengen (zie Hoofdstuk 6). Om in contact te komen met de leden van de Klankbordgroep hebben de onderzoekers bijeenkomsten bijgewoond en hebben zij een presentatie gegeven over het doel van het onderzoek. In totaal zijn negen interviews gehouden met in totaal 12 contactpersonen van de verschillende FPC's. Een FPC wilde niet meewerken aan een interview. Daarnaast is gesproken met de contactfunctionarissen van de reclassering die samenwerken met de FPC's in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Een keer is met twee contactfunctionarissen tegelijk gesproken. In totaal zijn 11 interviews gehouden met 12 contactfunctionarissen.

In een derde fase zijn de uitvoeringsverantwoordelijken geïnterviewd. De contactgegevens van deze personen zijn verkregen via de contacten uit de voorgaande interviewfase. In enkele gevallen waren de uitvoeringsverantwoordelijken ook verantwoordelijk voor de invulling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op lokaal niveau en reeds geïnterviewd in de vorige fase. Deze personen zijn dus twee maal geïnterviewd. Nog niet alle FPC's hadden op het moment van de interviews ervaring met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. In deze fase is met zeven uitvoeringsverantwoordelijken van de FPC's gesproken. Een reclasseringswerker werkte in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht samen met twee FPC's. Er hebben in totaal met zeven reclasseringswerkers interviews plaatsgevonden over de praktijkervaringen met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Samen met de ervaren winst- en knelpunten worden de resultaten hiervan beschreven in Hoofdstuk 8.

Vrijwel alle interviews hebben plaatsgevonden met twee onderzoekers. In de bijlagen is informatie te vinden over de data van de gesprekken. Alle gesprekken zijn opgenomen en vervolgens getranscribeerd. De getranscribeerde interviews zijn gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het kwalitatieve analyseprogramma MaxQda 2007.

Casussen

De interviews in de derde fase hadden betrekking op de ervaring met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk. Het doel was zo concreet mogelijke ervaringen te verzamelen. Om die reden zijn de gesprekken gehouden aan de hand van concrete casussen. Ter voorbereiding werden de geïnterviewden gevraagd één of twee casussen te selecteren (en te anonimiseren) waarbij de werking van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht duidelijk tot uitdrukking was gekomen. Enkele onderdelen van deze casussen

zijn ontgaan van eventuele herkenbare elementen en ter illustratie gebruikt in Hoofdstuk 8 over de ervaringen op uitvoeringsniveau.

Dossiers

Om een beeld te kunnen schetsen van de populatie van tbs-gestelden waarop toezicht wordt gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn de dossiers van zo veel mogelijk van deze patiënten bestudeerd. Deze dossierstudie heeft plaatsgevonden binnen de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie. Hiervoor zijn de dossiers geraadpleegd van patiënten waarover binnen DJI bekend was dat er sprake was van toezicht middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Als peildatum werd 1 juli 2009 aangehouden. Binnen de dossiers is veel informatie uit de meest recente verlofaanvragen en voortgangsverslagen gehaald. De dossierinformatie is gescoord, ingevoerd en geanalyseerd met behulp van het programma SPSS 16.0. De informatie is gebruikt in Hoofdstuk 7 voor de beschrijving van de populatie.

2.2 Toestemming

Voor de dataverzameling is toestemming verkregen van de drie reclasseringsorganisaties³ (3RO) en van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI, Ministerie van Justitie). Alle onderzoekers hebben een geheimhoudingsverklaring getekend.

In Hoofdstuk 8 worden enkele casussen beschreven om de werking van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht te illustreren. Deze casussen zijn geanonimiseerd door feitelijkheden te wijzigen.

2.3 Fasering

Het onderzoek is feitelijk van start gegaan begin 2009. In de eerste fase van het onderzoek zijn voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht relevante documenten verzameld en bestudeerd, waaronder de stukken betreffende het plan op landelijk niveau. Ook werden relevante wetenschappelijke publicaties verzameld. In april en mei 2009 hebben interviews plaatsgevonden met de leden van de Projectgroep. Het plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is vervolgens geëvalueerd door herstructurering van de achterliggende theorie (zie Klein Haarhuis & Leeuw, 2004; Wartna, 2005), het identificeren van de assumpties en vergelijking van deze assumpties met kennis uit de wetenschappelijke literatuur, voor zover aanwezig.

De interviews met de leden van de Klankbordgroep vonden plaats in de maanden mei en juni. In deze periode zijn ook de documenten betreffende de plannen op lokaal niveau verzameld en zijn de uitvoeringsverantwoordelijken gevraagd casusmateriaal aan te leveren. De interviews met de uitvoeringsverantwoordelijken vonden plaats in de maand juni. Vervolgens zijn de dossiers bestudeerd in de maanden

³ De drie reclasseringsorganisaties Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en Leger des Heils Jeugdzorg Reclassering (LJ&R), worden tezamen aangeduid als 3RO.

juli en augustus 2009. Zie voor meer informatie Bijlage 2 met een overzicht van de interviews. In de daaropvolgende procesevaluatie (zie Wartna, 2005) is de realisatie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk in beeld gebracht.

Hoofdstuk 3

Voorgeschiedenis en totstandkoming

3.1 Terbeschikkingstelling

De maatregel tbs (terbeschikkingstelling) kan door de rechter opgelegd worden aan een verdachte bij wie tijdens het begaan van het strafbare feit een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis bestond (Art. 37a Sr). De verdachte wordt verminderd of niet toerekeningsvatbaar geacht voor het delict en het strafbare feit moet een misdrijf betreffen waarop vier jaar of meer gevangenisstraf staat (Fokkens, 2004). De tbs-maatregel dient ter bescherming van de maatschappij tegen onaanvaardbare recidiverisico's maar heeft tegelijkertijd als doelstelling een doelmatige behandeling van de patiënt en een veilige terugkeer in de maatschappij. De maatregel kan telkens met maximaal twee jaar worden verlengd wanneer hiertoe aanleiding wordt gezien in het (resterende) delictgevaar van de tbs-gestelde.

De behandeling in het kader van de tbs met verpleging vindt plaats in een van de tbs-klinieken⁴, veelal aangeduid als Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's). Er zijn negen FPC's: Dr. S. van Mesdag, Veldzicht, Hoeve Boschoord, De Oostvaarderskliniek, Dr. Henri van der Hoevenkliniek, Oldenkotte, Pompestichting, De Kijvelanden en De Rooyse Wissel. Daarnaast zijn er drie forensisch psychiatrische klinieken (FPK's) waar patiënten in het kader van de maatregel tbs met verpleging behandeld worden. Dit zijn GGZ Drenthe, AMC de Meren en GGZ Eindhoven. In het navolgende worden de tbs-behandelinstellingen, dat wil zeggen zowel de tbs-klinieken als de FPK's, verder aangeduid met de term FPC of kliniek.

De tbs-gestelden worden aselekt toegewezen aan de FPC's die in principe plaatsen hebben voor patiënten met alle typen psychiatrische stoornissen. Er zijn echter afdelingen voor specifieke groepen tbs-gestelden die niet in iedere instelling aanwezig zijn. In de Van der Hoevenkliniek, Veldzicht, Oldenkotte, Hoeve Boschoord en de FPK's zijn plaatsen voor vrouwen. De Van Mesdagkliniek, Veldzicht en de Kijvelanden beschikken over extra beveiligde afdelingen. Patiënten met een IQ lager dan 80 gaan naar Hoeve Boschoord, Veldzicht of de Rooyse Wissel.

⁴ De naam van een aantal van de instellingen is de afgelopen jaren gewijzigd. In deze tekst is de naamgeving, zoals gehanteerd op de site van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (november 2009) gehanteerd. Inmiddels heeft GGZ Eindhoven de naam De Woenselse Poort gekregen en draagt AMC de Meren de naam Inforsa.

Het aantal patiënten in Nederland dat behandeld wordt in het kader van de maatregel tbs met verpleging is de afgelopen jaren toegenomen en lag in 2008 rond de 1900⁵. Tbs-patiënten lijden veelal aan een psychotische stoornis, een persoonlijkheidsstoornis, een verstandelijke handicap, een autismespectrum-stoornis of een combinatie van stoornissen (Regioplan Beleidsonderzoek, 2006). Bij veel patiënten is bovendien sprake van ernstige verslavingsproblematiek. De tbs-behandeling is gericht op het terugdringen van het recidivegevaar en een verantwoorde terugkeer van de patiënt in de maatschappij. Er is echter een groep patiënten waarbij het recidivegevaar onvoldoende kan worden teruggebracht. Voor deze groep patiënten zijn de *longstay* afdelingen ingericht (De Kogel & Verwers, 2003).

3.2 Verlof en uitstroom

Het verlof is een wezenlijk onderdeel van de tbs-behandeling en dient om de patiënt zo veilig en geleidelijk mogelijk te laten terugkeren in de maatschappij. Tijdens het verlof wordt de voortgang van de behandeling getoetst en vindt stap voor stap de resocialisatie plaats. De tbs-maatregel kent de volgende verloffasen:

- *Begeleid verlof*: in deze verloffase vinden verloven plaats buiten de beveiligde zone van de inrichting onder begeleiding van personeel. Het begeleid verlof begint met een beveiligde fase, waarin niet alleen sociotherapeuten maar ook een opgeleide beveiligder het verlof begeleidt.
- *Onbegeleid verlof*: hierbinnen vinden verloven plaats buiten de beveiligde zone van de instellingen zonder begeleiding van personeel.
- *Transmuraal verlof*: in deze fase vinden verloven plaats buiten de beveiligde zone van de inrichting, zonder begeleiding van personeel en voor langere tijd.
- *Proefverlof*: in deze fase keert de patiënt terug in de maatschappij. De reclassering stelt hiervoor een begeleidingsplan op in samenwerking met de kliniek en houdt toezicht. De kliniek is nog steeds eindverantwoordelijk.

Normaliter volgen deze verlofvormen elkaar op en is er sprake van toenemende vrijheden. Voor elke fase van verlof vraagt de behandelverantwoordelijke kliniek een machtiging aan bij het Ministerie van Justitie. De minister moet deze machtiging bekrachtigen. Om de kans op incidenten tijdens verlof te minimaliseren is de procedure van de aanvraag en beoordeling daarvan de afgelopen jaren op vele punten uitgebreid en aangescherpt. Zo moet een aanvraag geschreven worden volgens een format (het Verloftoetsingskader Terbeschikkinggestelden), wordt een aanvraag binnen de kliniek eerst door een interne verlofcommissie beoordeeld en is een adviescollege ingesteld, het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVt), dat alle bij het ministerie ingediende aanvragen inhoudelijk toetst.

Zowel behandelverantwoordelijken als reclasseringswerkers ervaren dat de patiënt door het doorlopen van de verschillende verloffasen geleidelijk terugkeert in de maatschappij en dat er daardoor een betere inschatting gemaakt kan worden van hoe

⁵ Bron: TBS in getal 2008. Brochure van de Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie.

een patiënt op een volgende stap zal reageren (Regioplan Beleidsonderzoek, 2006). Verder blijkt uit onderzoek naar recidivecijfers dat een geleidelijke terugkeer in de maatschappij leidt tot vermindering van de kans op recidive. Wanneer een maatregel wordt afgesloten met een proefverlof vindt er minder recidive plaats (Wartna, El Harbachi & Van der Knaap, 2005).

Uitstroom uit de kliniek kan op verschillende manieren plaatsvinden. Allereerst is het mogelijk dat er proefverlof verleend wordt. De kliniek doet hiertoe een aanvraag en de beslissing ligt bij de minister van Justitie. Daarnaast kan de rechter besluiten de verpleging voorwaardelijk of de maatregel onvoorwaardelijk te beëindigen. Tot slot is het mogelijk dat de patiënt wordt overgeplaatst naar een *longstay* voorziening. In dat laatste geval houdt de tbs-maatregel niet op maar wordt de eigenlijke tbs-behandeling wel beëindigd.

Zowel tijdens het proefverlof als de voorwaardelijke beëindiging wordt de patiënt begeleid door een van de drie reclasseringsorganisaties: Reclassering Nederland (RN), Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LJ&R) of de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG). Tezamen worden de drie reclasseringsorganisaties aangeduid als de 3RO. De reclassering is ook als adviserende partij betrokken bij de voorbereiding van een proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging. De reclassering stelt een maatregelrapport op, waarin ze aangeeft onder welke voorwaarden het proefverlof of de voorwaardelijke beëindiging verantwoord en uitvoerbaar is (zie verder Van Vliet & Oldenburg, 2009).

In het rapport TBS in beeld van Regioplan Beleidsonderzoek (2006) worden enkele knelpunten gesignaleerd met betrekking tot de rol van de reclassering tijdens het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging. Zo blijkt dat de reclassering zich vooral beperkt tot het houden van toezicht en dat de begeleiding van de cliënt vaak onvoldoende inhoud krijgt. De consequentie is dat de kliniek vaak zelf de begeleiding moet blijven verzorgen. Bovendien sluiten de activiteiten van de kliniek en van de reclassering vaak niet goed op elkaar aan. De oorzaak ligt vooral bij een gebrek aan middelen. De vergoeding die de reclassering ontvangt voor het toezicht is voor elke cliënt gelijk, terwijl het toezicht op tbs-patiënten zeer arbeidsintensief is.

De rol van de reclassering eindigt als de tbs-maatregel wordt beëindigd. Vanaf dat moment wordt er vanuit Justitie geen begeleiding meer geboden. Tijdens het resocialisatieproces is echter gewerkt aan een netwerk van familie, vrienden, werk en eventueel hulpverleners waarop betrokkene kan terugvallen als het minder goed gaat.

3.3 Forensisch Psychiatrisch Toezicht oude stijl

In 2005 is reeds een nieuwe vorm van toezicht op extramurale tbs-gestelden gestart dat ook de naam Forensisch Psychiatrisch Toezicht droeg. Anders dan het huidige Forensisch Psychiatrisch Toezicht betrof dit een extra voorziening tussen het aanbod van de reclassering en het aanbod van de tbs-instelling. Deze voorziening bood een intensief toezicht dat zich in het bijzonder richtte op de categorie tbs-gestelden die de

beveiliging van de tbs-instelling niet langer nodig heeft, maar bij wie de reclassering onvoldoende mogelijkheden ziet om het toezicht uit te voeren. Deze vorm van toezicht werd in eerste instantie uitgevoerd door de tbs-instellingen en ging geleidelijk over in het reguliere proefverlof met reclasseringstoezicht. Het doel was een soepele overgang te bewerkstelligen vanuit de tbs-kliniek naar de fase van proefverlof of voorwaardelijke beëindiging. In de pilot participeerden vijf klinieken. In het navolgende wordt verwezen naar deze proef met toezicht op extramurale tbs-gestelden met de aanduiding Forensisch Psychiatrisch Toezicht *oude stijl*.

3.4 Parlementair onderzoek

Ernstige incidenten met ontvluchte tbs-gestelden hebben er de afgelopen jaren toe geleid dat de maatregel tbs met verpleging zwaar onder vuur kwam te liggen, zowel in de politiek als in de maatschappij in het algemeen. Op 16 juni 2005 besloot een ruime meerderheid van de Tweede Kamer tot een parlementair onderzoek naar de tbs-maatregel. Het doel van dit onderzoek was de huidige stand van de forensische zorg verhelderd te krijgen, zodat de politiek op dit punt de juiste keuzes kan maken. Van de parlementaire onderzoekscommissie, vooral bekend als de commissie Visser, verschijnt in mei 2006 het rapport TBS, vandaag over gisteren en morgen (Tijdelijke commissie onderzoek tbs, 2006).

Tijdens het parlementaire onderzoek komt duidelijk naar voren hoe het Nederlandse tbs-stelsel door verschillende (deels op elkaar inwerkende) factoren onder grote druk staat (zie ook Harte, 2007). Zo blijkt dat de instroom niet in verhouding staat tot de (beperkte) uitstroom⁶, waardoor het aantal tbs-gestelden jaarlijks met ongeveer honderd patiënten toeneemt (Regioplan Beleidsonderzoek, 2006). Als een van de oorzaken van de stagnerende uitstroom wordt de gebrekkige aansluiting bij de GGZ genoemd, waardoor er onvoldoende mogelijkheden zijn om patiënten op een verantwoorde wijze uit te plaatsen. Daarnaast constateert men een negatieve en stigmatiserende berichtgeving over de tbs in de media (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2006). Hierdoor zijn zowel behandelverantwoordelijken als externe gedragsdeskundigen steeds terughoudender met het aanvragen of goedkeuren van een verzoek tot verlof of het advies om een tbs-maatregel (voorwaardelijk) te beëindigen.

De commissie Visser concludeert in haar rapport dat de uitgangspunten en doelstellingen van het tbs-stelsel niet zijn achterhaald, maar dat er wel een reeks aanpassingen binnen het stelsel moet worden aangebracht. Zij doet hiertoe een reeks aanbevelingen. Zo concludeert de commissie ondermeer dat de beperkte duur van drie jaar van de voorwaardelijke beëindiging een belangrijk knelpunt is. Dit zou in de praktijk leiden tot terughoudendheid bij de tbs-klinieken en het openbaar ministerie om tot voorwaardelijke beëindiging over te gaan. Met een langere termijn kan terugval die uitmondt in een verhoogd risico langer worden gemonitord en bij overtreding van

⁶ Inmiddels is deze situatie al weer veranderd. Zoals ook blijkt uit de brochure TBS in getal 2008 van de Dienst Justitiële Inrichtingen (Ministerie van Justitie) neemt de instroom momenteel af.

de voorwaarden kan worden besloten tot strengere voorwaarden of zelfs terugplaatsing in de kliniek. Deze conclusie resulteert in de volgende aanbeveling:

Aanbeveling 1: Voorwaardelijke beëindiging verlengen

De commissie beveelt aan dat de wettelijke termijn voor voorwaardelijke beëindiging fors wordt verlengd tot maximaal 9 jaar (....) Niet iedere tbs-er hoeft 9 jaar voorwaardelijke beëindiging te krijgen. Tbs-ers met grotere zorg- en controlebehoefte (medicatie noodzaak, dan wel alcohol- en drugsverbod) kunnen op deze wijze gedurende een langere periode worden gevolgd. Terugvalgedrag dat kan uitmonden in verhoogd risico op recidive kan langer worden gemonitord en aan voorwaarden worden verbonden. Opeenvolgende perioden van voorwaardelijke beëindiging kunnen worden gebruikt om de patiënt te laten wennen aan de nieuwe verantwoordelijkheid die hoort bij resocialisatie. De zorgbehoefte kan steeds opnieuw worden ingevuld. De tbs-kliniek blijft verantwoordelijk en bij overtreding van de voorwaarden kan worden besloten tot strengere voorwaarden, of zelfs terugplaatsing in de kliniek. (...) in die gevallen waar verslechtering in de geestelijke stoornis dan wel verslechtering van gedrag momenteel de opmaat is naar het plegen van een nieuw delict, kan de kans op recidive verder worden teruggebracht. Tbs-kliniek en reclassering hebben hierbij aanvullende en in elkaar overlopende toezichttaken.

Het tweede verwachte effect is grotere bereidheid bij de klinieken om bij de advisering aan de officier van justitie bij de jaarlijkse verlenging van de tbs over te gaan tot voorwaardelijke beëindiging. (...) Datzelfde geldt voor de GGZ-instellingen die in zorg- en woonvormen voorzien. Deze aanbeveling leidt tot een langere periode van samenwerking tussen tbs-kliniek en GGZ en daarmee tot intensivering van de contacten en uitwisseling van (forensische) kennis en ervaring.

Ook concludeert de commissie dat het opstellen van (en toezicht houden op) de voorwaarden bij voorwaardelijke beëindiging zowel kennis van de tbs-gestelde als forensische psychiatrische expertise vergt. Dat vraagt volgens de commissie niet alleen om samenwerking tussen tbs-kliniek en reclassering maar ook om daadwerkelijke betrokkenheid van de tbs-kliniek bij het toezicht. Zij ziet graag dat het ambulante toezicht wordt verbeterd. Voor de verdere ontwikkeling van expertise zou de commissie graag een continu ontwikkelingsproces zien. Deze conclusies leiden tot de volgende aanbeveling:

Aanbeveling 2: Forensisch Psychiatrisch Toezicht

De commissie beveelt aan dat tijdens de (langere) voorwaardelijke beëindiging de klinieken samen met de reclassering en eventueel GGZ-instellingen toezicht houden op het naleven van de gestelde voorwaarden. De reclassering heeft hierin nu al een taak (rapporteert aan de officier van justitie en adviseert de rechtbank) maar kennis en kunde bij de reclassering is, gegeven de achtergrond van de tbs-

gestelde, vaak niet toereikend. Voorwaarden dienen vooral naleefbaar te zijn. Voorwaarden zijn naleefbaar wanneer toezicht en controle goed te organiseren zijn. Reclassering en GGZ-instellingen dienen dan tevoren in te stemmen met de opgelegde voorwaarden. Bij het overtreden van de voorwaarden worden de officier van justitie en de tbs-kliniek geïnformeerd over de consequenties van de overtreding.

Daarnaast kunnen de tbs-klinieken zelf nieuwe vormen van forensisch toezicht ontwikkelen met een tarief passend bij de geboden zorg (uitgedrukt in een daarop toegespitste DBBC). De GGZ en RIBW's blijken vaak huiverig om bepaalde forensische patiënten op te nemen (...). Een overbruggingsfase, waarin de kliniek de bemoeizorg biedt, kan in die gevallen soelaas bieden.

3.5 Plan van Aanpak Kabinet

In reactie op het rapport en de aanbevelingen van de commissie Visser biedt het kabinet de Tweede Kamer haar standpunt aan op 16 juni 2006 (TK 2005-2006, 30 250, nr 9) en in het daarop volgend Plan van Aanpak Terbeschikkingstelling en Forensische zorg in strafrechtelijk kader⁷ (TK 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr 48) wordt een aantal maatregelen aangekondigd. Maatregelen 1 en 2 hebben rechtstreeks betrekking op de eerdergenoemde twee aanbevelingen van de commissie Visser. Met name de aanbeveling voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt in dit Plan van Aanpak verder uitgewerkt.

Maatregel 1: Voorwaardelijke beëindiging verlengen.

Met de commissie is het kabinet van mening dat het aanbeveling verdient om, ter voorkoming van recidive en bevordering van de uitstroom, bepaalde tbs-gestelden gedurende een langere periode onder toezicht te kunnen stellen. Het gaat dan om tbs-gestelden die, bijvoorbeeld op grond van hun ziektebeeld, een langere duur van toezicht nodig hebben om succesvol te kunnen resocialiseren. Uitgangspunt is dat maatwerk en differentiatie in de intensiteit en de duur van het toezicht plaatsvindt. Het kabinet zal daarom met een wetsvoorstel komen om de maximale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de tbs met dwangverpleging te verlengen van drie tot maximaal negen jaar. (...)

Maatregel 2: Forensisch psychiatrisch Toezicht

De commissie acht de kennis en de kunde van de reclassering, gegeven de achtergrond van de tbs-gestelde, vaak niet toereikend om toezicht te kunnen houden op de naleving van de voorwaarden. Zij is van oordeel dat toezicht meer vereist dan samenwerking van reclassering met de tbs-kliniek, het vereist daadwerkelijke betrokkenheid van de tbs-kliniek. De commissie adviseert dat tijdens het langdurig toezicht, de tbs-klinieken samen met de reclassering en

⁷ Dit Plan van Aanpak heeft ook betrekking op de uitvoering van het kabinetsstandpunt inzake de motie Van de Beeten (EK 2003-2004, 28 979, E) en het project Vernieuwing forensische zorg in strafrechtelijk kader.

GGZ-instellingen toezicht houden, het zogenaamde forensisch psychiatrisch toezicht.

Deze aanbeveling ligt in het verlengde van de eerste aanbeveling (...). Thans hebben tbs-klinieken en de reclassering hun eigen verantwoordelijkheid en taak in de verschillende fasen van de tbs. (...) Forensisch Psychiatrisch Toezicht is een vorm van toezicht waarin de forensisch psychiatrische inbreng van de tbs-kliniek wordt gecombineerd met het reclasseringstoezicht. De kennis die bij de behandeling van de tbs-gestelde is opgebouwd kan zo ten gunste van het reclasseringstoezicht worden aangewend.

Met het oog op recidivevermindering wordt niet alleen de uitvoering van het reclasseringstoezicht verbeterd, ook wordt de inbreng van de tbs-kliniek bij de uitvoering van het reclasseringstoezicht versterkt. Dit verbetertraject spitst zich toe op drie punten:

1. Inhoud van toezicht

(...) de uurnormering per tbs-toezicht wordt verhoogd van 30 tot 120 uur per half jaar. (...) Bovendien wordt de reclassering omgevormd tot een 24-uurs bereikbaarheidsdienst zodat de mogelijkheid bestaat dag en nacht toezicht te houden.

2. Kwaliteit en invulling van het toezicht

(...) Differentiatie en maatwerk zijn het uitgangspunt. In de beginperiode is intensieve betrokkenheid van de tbs-(poli)kliniek nodig. Hiertoe worden nieuwe vormen van toezicht met duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling ontwikkeld. Daarbij worden de uitkomsten van de evaluatie van de pilots meegenomen. De kwaliteit van het toezicht wordt voorts verbeterd door de forensisch psychiatrische deskundigheid van reclasseringsmedewerkers te vergroten⁸.

3. Overdracht van het toezicht

De overdracht van het toezicht op de tbs-gestelde van tbs-kliniek naar reclassering wordt zorgvuldiger doordat reclasseringsorganisaties eerder en intensiever betrokken worden bij de uitstroom van tbs-gestelden uit de klinieken. (...) Voor elke tbs-kliniek wordt een contactfunctionaris aangesteld die zorg draagt voor een zorgvuldige overdracht van tbs-kliniek naar reclassering. (...)

3.6 De projectgroep

De 3RO greep de aanbevelingen van de commissie Visser aan om eenheid en lijn aan te brengen in het versnipperde tbs-beleid van de reclassering. Dit resulteerde in het project ‘Samen tbs verbeteren’, waarin voor de reclassering de aanbeveling van de commissie Visser verder werd uitgewerkt. Ten aanzien van het voorstel betreffende de ontwikkeling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht waren de klinieken aanvankelijk bang dat de reclassering zich te veel met de behandeling wilde bezighouden. Daarbij vroegen de klinieken zich af of de reclassering voldoende

⁸ Dit laatste wordt verder uitgewerkt in Maatregel 15 van het Plan van Aanpak, getiteld Forensisch Psychiatrisch Onderwijs.

geëquipeerd was om de resocialisatie goed te begeleiden. Wat ondertussen wel goed werkte waren samenwerkingsconvenanten die op dat moment landelijk waren afgesloten door de reclassering met de FPC's. Dankzij deze convenanten werden contactfunctionarissen gepositioneerd in de klinieken waar zij met behandelaars de resocialisatie van de tbs-patiënten voorbereidden.

Vanuit deze situatie is een eerste werkgroep voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht gestart, onder leiding van een directeur van een FPC. Vrij kort daarna is de uiteindelijke Projectgroep voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ingesteld. Er is bewust gekozen voor een evenwichtige samenstelling wat betreft de inbreng van de verschillende partijen. Als projectleider is een medewerker van de Directie Sanctie- en Preventiebeleid (DSP, Ministerie van Justitie) aangewezen, als vertegenwoordiger van de tbs-sector een medewerker van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI, Ministerie van Justitie) en daarnaast enkele vertegenwoordigers van de 3RO. Verder is de Projectgroep aangevuld met vertegenwoordigers van het OM en de GGZ.

In de eerste oriënterende fase is door de Projectgroep gesproken met veel mensen in het veld die te maken hebben met de uitstroom van tbs-patiënten. De Procesbeschrijving Forensisch Psychiatrisch Toezicht (Andreas e.a., 2008a), die daaruit is voortgekomen, is een gezamenlijk product van de Projectgroep. Vervolgens is ook een Plan van Aanpak (Andreas, Van Gelderen, Schoemaker & Zandbergen, 2008b) geschreven, waarin het proces van implementatie van de testfase, de organisatie en de begroting zijn opgenomen.

3.7 Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht

In het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn de FPC's en reclasseringsorganisaties vanuit hun expertise gezamenlijk betrokken bij het toezicht op tbs-gestelden gedurende het hele uitstroomtraject. Alle nieuwe verantwoordelijkheden en taken die het Forensisch Psychiatrisch Toezicht met zich meebrengt zijn geïntegreerd in de oude situatie voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (Andreas e.a., 2008a) en op deze wijze per resocialisatiefase beschreven in de Procesbeschrijving Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn de executie- en uitvoeringsverantwoordelijkheid ongewijzigd gebleven ten aanzien van de oude situatie. Er is echter een verantwoordelijkheid bijgekomen: de reclassering en het FPC werken *samen* in het houden van toezicht. Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht start wanneer een tbs-gestelde wordt opgenomen op een resocialisatieafdeling van een FPC. Dit is het moment waarop een contactfunctionaris, één functionaris namens de drie reclasseringsorganisaties, kennismakt met de tbs-gestelde en deel gaat uitmaken van het multidisciplinaire behandelteam. Het eindigt wanneer de tbs-maatregel beëindigd wordt.

Voor de reclassering werd door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht het aantal uren toezicht per tbs-gestelde verhoogd van 30 tot 120 uur per half jaar. Tegelijkertijd werd de reclassering omgevormd tot een 24-uurs bereikbaarheidsdienst zodat de mogelijkheid bestaat dag en nacht toezicht te houden. Een ander nieuw element is dat

nu niet alleen in de fase van proefverlof, maar ook in de fase van voorwaardelijke beëindiging het FPC de mogelijkheid heeft om een crisisopname te indiceren. Deze mogelijkheid wordt in de praktijk aangeduid met de term *time-out*.

3.8 De testfase en de Klankbordgroep

In mei 2008 was de officiële aftrap van de testfase van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Tien van de 12 FPC's⁹ startten in samenwerking met de reclassering met een testfase. Dit zijn FPC Dr. S. van Mesdag, FPC Veldzicht, Hoeve Boschoord, FPC De Oostvaarderskliniek, FPC Oldenkotte, FPC Pompestichting, FPC De Kijvelanden en FPC De Rooyse Wissel, AMC de Meren en GGZ Eindhoven. Binnen de (algemene) procesbeschrijving van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is ruimte voor de FPC's en reclassering om tijdens de testfase het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zelf verder vorm te geven. In deze testfase bepalen de FPC's zelf bij welke tbs-gestelden Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt toegepast in de resocialisatiefase.

Bij de start van de testfase is de zogeheten Klankbordgroep ingesteld. Dit overlegorgaan, dat tweemaandelijks bijeenkomt, begeleidt de test- en implementatiefase van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De deelnemers zijn afgevaardigden van de FPC's, de contactfunctionarissen uit de betreffende reclasseringsorganisaties, afgevaardigden van de hoofdkantoren van de drie reclasseringsorganisaties, en afgevaardigden van de Directie Sanctie- en Preventiebeleid (DSP) en de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). In de Klankbordgroep wordt besproken hoe op lokaal niveau invulling wordt gegeven aan het Forensisch Psychiatrisch Toezicht en worden eventuele knelpunten en oplossingen besproken en uitgewisseld.

Het huidige onderzoek betreft de plan- en procesevaluatie van de testfase.

⁹ Inmiddels participeren FPC Dr. Henri van der Hoevenkliniek en GGZ Drenthe ook in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Hoofdstuk 4

Ontwerp op landelijk niveau

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op landelijk niveau vorm heeft gekregen. Eerst worden definitie, doelstellingen en uitgangspunten bekeken. Voor een evaluatie is het noodzakelijk om de idee achter het Forensisch Psychiatrisch Toezicht nader te specificeren. Hiertoe worden (de relaties tussen) de elementen, de beoogde resultaten, veronderstelde werkzame mechanismen en de einddoelen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht achterhaald en modelmatig weergegeven.

4.2 Definitie en doelstellingen

In de Procesbeschrijving (Andreas e.a., 2008a) wordt het Forensisch Psychiatrisch Toezicht als volgt gedefinieerd:

“Het forensisch psychiatrisch toezicht is een specifiek op forensisch psychiatrische expertise gericht toezicht dat door forensisch psychiatrische centra en reclassering gezamenlijk wordt uitgevoerd op tbs-gestelden gedurende het gehele en gefaseerde uitstroomtraject. Het forensisch psychiatrisch toezicht richt zich op alle tbs-gestelden en meer in het bijzonder die categorie die voorheen niet in aanmerking kwamen voor proefverlof. Dit omdat het toezicht voorheen met onvoldoende waarborgen was omkleed om deze categorie tbs-gestelden verantwoord te doen uitstromen.”

Naast deze definitie bevat de Procesbeschrijving ook een vrij gedetailleerde beschrijving van de verschillende fasen van het resocialisatietraject. Het is feitelijk een stappenplan waarin de nieuwe verantwoordelijkheden en taken die het Forensisch Psychiatrisch Toezicht met zich meebrengt zijn geïntegreerd in de oude situatie zonder het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Op hoofdlijnen wordt weergegeven welke handelingen door de reclasseringswerkers en de medewerkers van de FPC's moeten worden verricht. Dit is het zogeheten landelijk model waar op lokaal niveau invulling aan wordt gegeven (zie verder Hoofdstuk 6).

De doelstelling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is tweeledig en wordt in de Procesbeschrijving als volgt beschreven:

- A. Het vergroten van de maatschappelijke veiligheid gedurende het uitstroomtraject van tbs-gestelden door het voorkomen dan wel verminderen van de (risico's op) recidive tijdens en na afloop van het toezicht.
- B. Het bevorderen van de door- en uitstroom van tbs-gestelden.

Naast de definitie en doelstelling wordt een aantal uitgangspunten en randvoorwaarden geformuleerd. Hieraan moet zijn voldaan, wil er sprake zijn van Forensisch Psychiatrisch Toezicht, aldus de Procesbeschrijving. Deze uitgangspunten zijn:

1. Meer maatwerk per tbs-gestelde

Het niveau van toezicht vanuit het FPC dan wel door de reclassering wordt meer dan voorheen afgestemd op de individuele zorg- behandel-, en controlebehoefte van tbs-gestelden. Hierin kunnen ook de GGZ en de forensisch psychiatrische poliklinieken een rol spelen.

2. Veiligheid is een voorwaarde

Slechts als veiligheid gewaarborgd is, bestaat de ruimte om resocialisatie te realiseren. Onnodige of niet in te schatten risico's worden vermeden.

3. Forensisch psychiatrisch toezicht als ketenbenadering

Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht betreft een ketenconcept. Niet de afzonderlijke verrichtingen van de reclasseringsorganisaties of de FPC's zijn bepalend voor het bereiken van het beoogde doel, maar de wijze waarop die individuele prestaties zijn ingebed in een breder samenhangend geheel.

4. Forensisch psychiatrisch toezicht start vanaf de resocialisatiefase

Reclasseringsmedewerkers kunnen tijdens de resocialiseringsfase in de kliniek relevante informatie verzamelen en ervaring opdoen over symptomen en signalen die aan delictgevaar voorafgaan.

5. Meer forensisch psychiatrische expertise

De rol van de FPC's op het gebied van toezicht wordt uitgebreid naar het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging.

6. Multidisciplinair toezicht

De FPC's en reclassering hebben vanwege hun wettelijke verantwoordelijkheden een centrale rol in de multidisciplinaire structuur. Hiernaast is een belangrijke rol weggelegd voor GGZ-instellingen en forensische poliklinieken.

7. Gefaseerd uitstroomtraject

De tbs-gestelde doorloopt elke fase van de tbs-maatregel.

8. Nazorg

De voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging zal zodanig moeten worden ingericht dat de tbs-gestelde nadien geen behandeling of begeleiding meer behoeft van Justitie.

9. Vroegsignalering en risicotaxatie

Signalen van terugval en dreigende recidive worden meer dan voorheen gesignaleerd.

10. Verdere professionalisering reclassering

Onderdeel van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is het verder professionaliseren van de werkzaamheden van de reclassering. Reclasseringsmedewerkers die toezicht houden in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden beter opgeleid in psychopathologie, risicomangement en het werken in een gedwongen kader. Verder wordt er een 24-uurs bereikbaarheidsdienst opgericht, is de interne organisatie van de reclassering aangepast, wordt duobegeleiding ingevoerd en worden alle tbs-ers besproken in een casuïstiekoverleg.

11. Verbetering door- en uitstroom

Extra waarborgen en mogelijkheden moeten er toe leiden dat forensisch psychiatrische centra eerder geneigd zullen zijn tot een uitstroom van tbs-gestelden naar het proefverlof.

12. Forensisch psychiatrisch toezicht is niet statisch

Naar gelang er nieuwe wetenschappelijke inzichten bekend zijn over effectief bewezen werkzame bestanddelen gericht op risicobeheersing en recidivevermindering worden deze nader ingevuld.

Na bestudering van de Procesbeschrijving blijven er vragen over de precieze inhoud van de afzonderlijke elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De doelstellingen zijn ruim en algemeen; deze sluiten aan op de voornaamste knelpunten die geconstateerd zijn door de commissie Visser met betrekking tot het hele tbs-stelsel en op het totale pakket aan verbeteringen dat in reactie hierop in gang is gezet. De doelgroep betreft alle tbs-gestelden, met daarbij de aantekening dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht vooral is voor die tbs-gestelden die voorheen niet in aanmerking kwamen voor proefverlof. De twaalf zogenoemde fundamentele uitgangspunten van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht blijken feitelijk **voorwaarden** (veiligheid, nazorg tijdens de maatregel, Forensisch Psychiatrisch Toezicht is niet statisch), **elementen** (meer maatwerk, ketensamenwerking, reclassering heeft taak in resocialisatiefase, multidisciplinair toezicht en gefaseerd uitstroomtraject), en **beoogde resultaten** (meer forensisch psychiatrische expertise, vroegsignalering en risicotaxatie en verdere professionalisering van de reclassering). Eén van de uitgangspunten, verbeterde door- en uitstroom, is gelijk aan de tweede doelstelling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

4.3 Nadere explicitering

Om te kunnen onderzoeken of het Forensisch Psychiatrisch Toezicht tegemoet komt aan de behoefte aan een beter toezicht op extramuraal tbs-patiënten is het noodzakelijk het Forensisch Psychiatrisch Toezicht nader te expliciteren, te herstructureren en modelmatig weer te geven. Hiertoe zijn eerst de Procesbeschrijving en het Plan van

Aanpak aan nader onderzoek onderworpen. Ook zijn interviews gehouden met leden van de Projectgroep, de ontwikkelaars van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, om duidelijkheid te krijgen over de ideeën achterliggende het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De volgende vragen zijn daarbij leidend geweest:

- Voor welke knelpunten in het huidige toezicht moet het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een oplossing bieden, en wat zijn de (aan deze knelpunten gekoppelde) beoogde intermediaire resultaten?
- Wat zijn de elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht waarmee de beoogde intermediaire resultaten behaald moeten worden, en welke doel-middel relaties worden verondersteld?
- Welke relaties worden verondersteld tussen de beoogde intermediaire resultaten en de einddoelen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht?
- Welke voorwaarden zijn gesteld aan de vorm van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht?
- Welke voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht relevante parallele ontwikkelingen zijn gaande?

4.3.1 Intermediaire doelen nader beschouwd

Nadere bestudering van de documenten laat zien dat met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een oplossing voor verschillende knelpunten beoogd wordt. Het richt zich op meerdere subdoelen, oftewel intermediaire resultaten, tegelijkertijd:

Behoud kennis en vroegsignalering

Er is geconstateerd (door de commissie Visser) dat in de extramurale fase bij de toezichthouders te weinig kennis is over de patiënten. Dit kan er toe leiden dat signalen voor risico's niet of te laat gesignaleerd worden waardoor risico's onjuist worden ingeschat.

Het gaat hier nadrukkelijk om de kennis over specifieke patiënten waarop toezicht wordt gehouden en niet de algemene forensisch psychiatrische expertise (zie hieronder). In de documenten over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt geen onderscheid gemaakt tussen beide typen kennis.

Doel: Kennis over de patiënt, opgedaan tijdens de intramurale behandeling, komt terecht bij alle toezichthoudende partners en blijft gedurende het hele resocialisatietraject behouden. Signalen voor risico's worden in een vroeg stadium gesignaleerd.

Continuïteit en geleidelijke afbouw

De overgang tussen verschillende fasen van verlof verloopt abrupt, waarbij het toezicht soms helemaal wordt overgedragen aan een andere (nieuwe) toezichthoudende partij. Zo droeg voorheen het FPC bij de overgang van de fase van transmuraal verlof naar de fase van proefverlof, het toezicht op de tbs-gestelde geheel over aan de reclassering.

Doel: Bij de overgangen tussen de verschillende verloffasen wordt het toezicht geleidelijk overgedragen aan een volgende toezichthoudende partij. Daarbij wordt de intensiteit van het toezicht over het hele resocialisatietraject geleidelijk afgebouwd.

Meer forensisch psychiatrische expertise

Er is geconstateerd (door de commissie Visser) dat de forensisch psychiatrische expertise van de reclassering en de intensiteit van het toezicht door de reclassering vaak niet toereikend zijn.

Doel: De reclassering en het FPC nemen kennis van elkanders expertise en de intensiteit van het toezicht door de reclassering wordt verhoogd.

FPC eerder geneigd tot uitstroom

“Het tbs-systeem dreigt te verstoppem”. Dit komt ondermeer doordat de FPC’s terughoudend zijn in het laten doorstromen van patiënten naar een volgende fase van het resocialisatietraject.

Doel: Het toezicht is zodanig ingericht dat de FPC’s eerder geneigd zijn patiënten te laten doorstromen naar een volgende resocialisatiefase.

GGZ eerder bereid tot opname

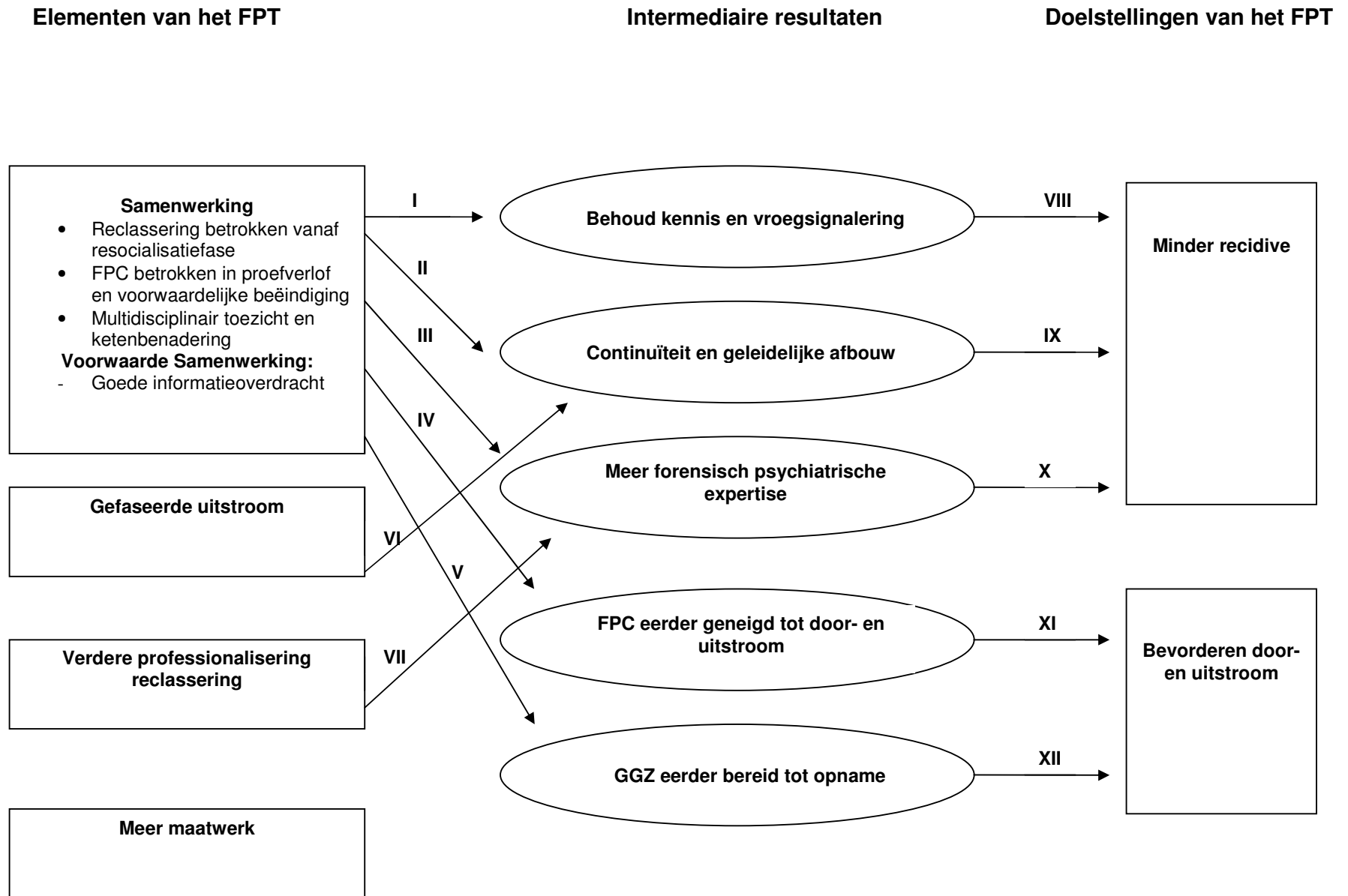
“Het tbs-systeem dreigt te verstoppem”. Dit komt ondermeer doordat de GGZ-instellingen terughoudend zijn in het opnemen van extramurale tbs-patiënten.

Doel: Het toezicht is zodanig ingericht dat de GGZ-instellingen eerder bereid zijn extramurale tbs-patiënten op te nemen.

4.3.2 Veronderstelde werkzame elementen

In een volgende fase is gekeken welke elementen binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht onderscheiden kunnen worden. De schriftelijke documentatie en de interviews zijn geraadpleegd om te achterhalen wat deze elementen zijn en op welke manieren deze elementen verondersteld worden bij te dragen aan het behalen van de resultaten. De veronderstelde relaties tussen de elementen en beoogde intermediaire resultaten staan weergegeven in Figuur 4.1.

Figuur 4.1: Conceptueel model Forensisch Psychiatrisch Toezicht



Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht omvat de volgende onderdelen:

Samenwerking

In het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is het toezicht in de resocialisatiefase een gezamenlijk traject van het FPC, de reclassering en eventuele ketenpartners in het uitvoeren van toezicht. De samenwerking in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kent drie duidelijk zichtbare deelaspecten:

- *Reclassering betrokken vanaf resocialisatiefase*

Bij aanvang van de resocialisatiefase maakt de contactfunctionaris kennis met de patiënt. Vanaf dat moment maakt de contactfunctionaris deel uit van het behandelteam. Ter voorbereiding van het proefverlof zorgt de contactfunctionaris dat er een vaste begeleider uit het arrondissement waar de tbs-gestelde zal uitstromen wordt aangewezen; de contactfunctionaris trekt zich op dat moment terug. De reclassering vervult binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht dus al een rol tijdens de resocialisatiefase van de intramurale behandeling in het FPC en het transmurale verlof.

- *FPC betrokken in proefverlof en voorwaardelijke beëindiging*

Het FPC krijgt een rol in het toezicht en de behandeling tijdens het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging. Indien geconstateerd wordt dat er ingegrepen moet worden in de situatie van de tbs-gestelde om terugval te voorkomen, wordt dit door de reclassering of GGZ- instelling gecommuniceerd aan het FPC. Naast behandeling op indicatie is in de fase van voorwaardelijke beëindiging een tijdelijke crisisopname een mogelijkheid: de *time-out* voorziening.

- *Multidisciplinair toezicht (ketenvorming)*

Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is een ketensamenwerking waar naast FPC en reclassering een belangrijke rol is weggelegd voor de GGZ-instellingen, aangezien een deel van de tbs-gestelden tijdens het uitstroomtraject in een dergelijke instelling verblijft. Ook de forensisch psychiatrische poliklinieken nemen een belangrijke rol in bij het toezicht en/of de behandeling van tbs-gestelden die in een zelfstandige of begeleide woonvorm verblijven tijdens het uitstroomtraject. In de keten wordt ook samengewerkt met andere justitiële ketenpartners (OM, politie), lokale overheden, semi-overheden en (semi-) particuliere organisaties.

Verondersteld wordt dat de samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal bijdragen aan de realisatie van de eerdergenoemde intermediaire resultaten. De Romeinse cijfers corresponderen met die in Figuur 4.1.

- I. Doordat verschillende partijen samenwerken vanaf aanvang van de resocialisatiefase, kan de reclassering al tijdens de intramurale fase relevante informatie en ervaring opdoen over symptomen en signalen die aan een nieuw delict voorafgaan. Door intensieve ketensamenwerking van toezichthoudende partijen blijft deze expertise over de signalen van risico's bij de betreffende patiënt behouden.
- II. Doordat de verschillende partijen in alle fasen betrokken zijn worden abrupte overgangen vermeden en worden opeenvolgende stappen in het

resocialisatieproces tijdig voorbereid. Dit draagt bij aan de continuïteit en geleidelijke afbouw.

- III. Doordat het FPC betrokken blijft is er meer forensisch psychiatrische deskundigheid aanwezig gedurende het hele resocialisatietraject.
- IV. Doordat het FPC zelf betrokken blijft gedurende het hele resocialisatietraject en behandeling op indicatie en tijdelijke crisisopname tot de mogelijkheden behoort, zal het FPC eerder geneigd zijn een patiënt te laten doorstromen naar een volgende resocialisatiefase.
- V. Doordat het FPC betrokken blijft gedurende het hele resocialisatietraject en behandeling op indicatie en tijdelijke crisisopname tot de mogelijkheden behoort, zal een GGZ-instelling eerder bereid zijn een extramurale patiënt op te nemen.

Erkend wordt dat voor samenwerking een goede informatieoverdracht een voorwaarde is. Daarom wordt voorgesteld informatieoverdracht als een vast onderdeel in de werkprocessen te incorporeren.

Gefaseerde uitstroom

Uitgangspunt van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is dat een tbs-gestelde elke fase van de tbs-maatregel doorloopt. Dit zal bijdragen aan een van de intermediaire resultaten, continuïteit en geleidelijke afbouw.

- VI. Alle fasen worden ruim van te voren gepland en besproken zodat tijdig voorzieningen kunnen worden getroffen en abrupte overgangen worden vermeden. Door een gefaseerd uitstroomtraject wordt continuïteit en geleidelijke afbouw gewaarborgd.

Verdere professionalisering reclassering

Reclasseringswerkers worden verder opgeleid in psychopathologie en risicomanagement en het werken in een gedwongen kader. De reclassering zal beschikking hebben over een 24-uurs bereikbaarheidsdienst en het aantal beschikbare uren voor toezicht wordt verviervoudigd.

Het toezicht vanuit de reclassering wordt uitgevoerd door taakspecialisten, die verder geschoold worden in de forensische psychiatrie, psychopathologie en risicomanagement. Dit zal er in resulteren dat gedurende het resocialisatietraject meer forensisch psychiatrische deskundigheid aanwezig is.

- VII. Door verdere professionalisering van de reclassering is er meer forensisch psychiatrische deskundigheid aanwezig gedurende het hele resocialisatietraject.

Meer maatwerk

Een kernbegrip binnen (de documentatie van) het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is meer maatwerk. Afhankelijk van de individuele zorg-, behandel- en controlebehoefte biedt het FPC dan wel de reclassering meer of minder toezicht. Ook de (intensiteit van) participatie door andere partijen in het toezicht wordt op het individu afgestemd.

Betrokken partijen evalueren herhaaldelijk het resocialisatietraject en stellen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht eventueel bij; niet voor iedere tbs-gestelde is intensief, langdurig toezicht nodig of zinvol. Hierdoor ontstaat een meer dan voorheen op maat toegesneden toezicht.

Op welke manier maatwerk in relatie staat met de intermediaire resultaten en einddoelen wordt niet duidelijk. In Hoofdstuk 5 zal op basis van een literatuurstudie worden bekeken op welke manier meer maatwerk kan bijdragen aan het behalen van de doelstellingen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

4.3.3 Intermediaire resultaten en einddoelen

In de Procesbeschrijving van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden twee doelstellingen geformuleerd: minder recidive en bevorderen door- en uitstroom. In de documenten en interviews is gezocht naar veronderstellingen over de relaties tussen deze doelstellingen en de intermediaire resultaten van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Dit heeft de volgende veronderstellingen opgeleverd:

- VIII. Wanneer kennis over de patiënt opgedaan in de intramurale fase beschikbaar blijft gedurende het gehele uitstroomtraject zullen signalen voor risico's gedurende dit gehele traject eerder gesignaleerd worden. Doordat hierop tijdig actie ondernomen kan worden wordt de kans op recidive kleiner.
- IX. Wanneer toezicht en begeleiding geen abrupte overgangen kent, zowel qua overdracht als intensiteit, wordt de kans op recidive kleiner.
- X. Wanneer gedurende het gehele uitstroomtraject meer forensisch psychiatrische expertise aanwezig is neemt de kwaliteit van het toezicht toe en wordt de kans op recidive kleiner.
- XI. Wanneer FPC's eerder geneigd zijn om een patiënt door te laten stromen zal dit een positief effect hebben op de door- en uitstroom.
- XII. Wanneer GGZ-instellingen eerder bereid zijn een tbs-gestelde op te nemen zal dit een positief effect hebben op de door- en uitstroom.

In Figuur 4.1 zijn de doelstellingen samen met de elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht en de resultaten weergegeven. Dit is het conceptuele model van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Middels pijlen is aangegeven hoe verondersteld wordt dat elementen, intermediaire resultaten en uiteindelijke doelstellingen met elkaar in relatie staan. Met betrekking tot het element 'meer maatwerk' worden in documenten noch interviews aannamen aangetroffen over de relatie met resultaten of doelstellingen. In Figuur 4.1 is dit element van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht nog niet in relatie gebracht met de doelstellingen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

4.3.4 Voorwaarden

In de Procesbeschrijving en het Plan van Aanpak worden ook enkele voorwaarden met betrekking tot (de vorm van) het Forensisch Psychiatrisch Toezicht geformuleerd.

Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is niet statisch

Er is nog onvoldoende bekend over de werkzaamheid van de bestanddelen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Naar gelang er nieuwe wetenschappelijke inzichten bekend zijn over effectief bewezen bestanddelen gericht op risicobeheersing en recidive-vermindering worden deze nader ingevuld (zie uitgangspunt Forensisch Psychiatrisch Toezicht is niet statisch in de Procesbeschrijving).

Duur van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht

Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht start wanneer de tbs-gestelde wordt opgenomen op de resocialisatieafdeling. In theorie is de laatste fase van het resocialisatietraject de fase van voorwaardelijke beëindiging. Deze fase duurt maximaal 9 jaar. De voorwaardelijke beëindiging van de verpleging zal zodanig moeten worden ingericht dat de tbs-gestelde nadien geen behandeling of begeleiding meer behoeft van Justitie (zie uitgangspunt Nazorg in de Procesbeschrijving).

Veiligheid

Slechts als veiligheid binnen Forensisch Psychiatrisch Toezicht gewaarborgd is bestaat ruimte om resocialisatie te realiseren, aldus de Procesbeschrijving. Onnodige risico's moeten worden vermeden (zie uitgangspunt Veiligheid als voorwaarde in de Procesbeschrijving).

Invulling in de praktijk

In het Plan van Aanpak wordt gesteld dat de landelijke procesbeschrijving in de praktijk door de forensische psychiatrische centra en reclasseringsorganisaties verder moet worden uitgewerkt.

4.3.5 Relevante parallele ontwikkelingen

In het rapport van de commissie Visser wordt gesteld dat de kennis en kunde van de reclassering vaak niet toereikend is om toezicht te kunnen houden op de naleving van voorwaarden door de tbs-gestelde. Voor de reclassering was dit aanleiding om haar interne organisatie aan te passen op wat in de uitvoering van dit toezicht gevraagd wordt. Zo is reeds in 2007 duobegeleiding ingevoerd. Dit houdt in dat elke tbs-gestelde die onder toezicht van de reclassering staat een tweede reclasseringswerker toegewezen heeft gekregen. Daarnaast worden alle tbs-gestelden waar de reclassering een rol speelt in het traject betrokken in het tbs casuïstiekoverleg 3RO (TCO 3RO). Hierin wordt het beleid besproken dat de reclassering voert in individuele cases. Daarnaast is het aantal uren voor begeleiding verviervoudigd en is de zogeheten 24-uurs bereikbaarheid gerealiseerd. Ook binnen de opleiding hebben ontwikkelingen

plaatsgevonden. Op HBO-opleidingen zijn sinds enkele jaren minor leergangen “werken in een justitieel kader”. Intern worden mensen bijgeschoold op het gebied van risicomanagement, psychopathologie en de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen. De recente ontwikkelingen en verbetertrajecten binnen de reclassering worden onder meer beschreven in Plaisier en Pennekamp (2009) en Poort en Eppink (2009).

Bovengenoemde componenten worden als onderdeel van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht aangemerkt maar zijn feitelijk parallelle ontwikkelingen.

Hoofdstuk 5

Planevaluatie

5.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is de idee achterliggende het Forensisch Psychiatrisch Toezicht nader geëxpliciteerd en modelmatig weergegeven. Deze stap was nodig om te kunnen onderzoeken of verwacht mag worden dat de veronderstelde causale relaties in werkelijkheid aanwezig zijn. In dit hoofdstuk wordt onderzocht of de veronderstelde relaties ondersteund worden door kennis uit de wetenschappelijke literatuur. Wanneer de gehanteerde begrippen onvoldoende geëxpliciteerd zijn wordt dit benoemd. Ook de mogelijke externe factoren die invloed hebben op de veronderstelde relaties en of eventuele neveneffecten van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden besproken.

5.2 Literatuur

Om de aannamen uit het Forensisch Psychiatrisch Toezicht te kunnen toetsen aan de kennis uit de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur, is allereerst literatuur verzameld waarin onderzoek naar de werkzaamheid van toezicht- en behandelprogramma's voor extramurale patiënten wordt beschreven. Recent is een diepgravende literatuurstudie naar dit onderwerp uitgevoerd door De Kogel en Nagtegaal (2008). Deze studie was een belangrijk vertrekpunt. Een van de conclusies van De Kogel en Nagtegaal is dat er relatief weinig wetenschappelijk onderzoek van goede methodologische kwaliteit is verricht naar de werkzaamheid van de programma's. Voor het onderhavige literatuuroverzicht zijn in De Kogel en Nagtegaal de aangehaalde meta-analyses geraadpleegd. Daarnaast zijn de studies gebruikt waarin een programma wordt onderzocht dat effectief is gebleken *en* dat van redelijke tot goede methodologische kwaliteit¹⁰ is. Studies naar de werkzaamheid van behandelprogramma's in detentie en daarbij behorende nazorg zijn buiten beschouwing gelaten. Een andere bron van informatie was de studie van Van Gestel, Van der Knaap en Hendriks (2006) naar toezicht op extramurale forensische patiënten.

¹⁰ De Kogel en Nagtegaal (2008) classificeerden de studies naar methodologische kwaliteit volgens de *Maryland Scientific Methods Scale* (SMS). Voor dit literatuuroverzicht zijn alleen die studies geselecteerd met een SMS-score van minstens 2/3.

Aanvullend is een literatuur search uitgevoerd om de meest recente publicaties met betrekking tot de effectiviteit van toezicht- en behandelprogramma's te vinden. Met behulp van (combinaties van) steekwoorden (*parol, probation, supervision, outpatient, treatment, mentally ill offenders*) is gezocht met digitale zoekmachines, zoals Picarta en Google Scholar. Tot slot is via de literatuurlijsten van de verzamelde artikelen nog een aantal relevante studies opgespoord.

In het onderzoek naar het effect van toezichtprogramma's zijn verschillende afhankelijke variabelen gebruikt. Het betrof echter altijd recidive of variabelen die daar sterk mee samenhangen, zoals middelengebruik, heropname en behandeltrouw. De Kogel en Nagtegaal maken binnen de effectstudies een onderscheid in drie subgroepen extramurale patiënten: patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis, ernstig verslaafde patiënten en zedendelinquenten. Onder personen met een ernstige psychiatrische stoornis (ook wel aangeduid als *major mental disorder*) worden patiënten met een primaire As-I stoornis¹¹ gerekend. Daar waar de werkzaamheid van een programma is onderzocht voor een specifieke groep patiënten wordt dit vermeld.

Zoals gezegd is er weinig evaluatieonderzoek van methodologisch goede kwaliteit uitgevoerd naar specifieke programma's of onderdelen daarvan. Bovendien is een aantal onderdelen van (de samenwerking binnen) het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zo specifiek dat naar de werkzaamheid hiervan geen onderzoek is verricht. In het navolgende wordt per aanname uit het plan achterliggende het Forensisch Psychiatrisch Toezicht gekeken of deze ondersteund wordt door kennis over *mogelijk* effectieve (onderdelen van) toezichtsprogramma's.

Het voornaamste onderdeel van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is de samenwerking tussen partijen. Naast wetenschappelijk empirisch onderzoek naar de werkzaamheid van (onderdelen van) toezicht, begeleiding en behandeling van extramurale forensische patiënten is daarom ook gekeken of wetenschappelijke literatuur op het gebied van samenwerking in het algemeen bruikbare informatie biedt. Echter, samenwerking is een breed begrip en vrijwel al het empirische onderzoek bleek niet van toepassing op het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Bruikbare studies voor de evaluatie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn de artikelen van Terpstra (2001), Ansell en Gash (2007) en het boek van Terpstra en Bakker (2002).

5.3 Onderbouwing aannamen

In het navolgende wordt elke aanname uit het model voor het idee achterliggende het Forensisch Psychiatrisch Toezicht inhoudelijk beoordeeld. Daarbij wordt gekeken of onderbouwing gevonden kan worden in wetenschappelijke literatuur waarin empirisch onderzoek naar de werkzame mechanismen is beschreven. Eventuele onduidelijkheden met betrekking tot de elementen binnen de veronderstelde relatie worden besproken. Wanneer verwacht kan worden dat externe factoren van invloed zijn op de veronderstelde relatie worden deze ook genoemd. Te verwachten neveneffecten als

¹¹ Volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), American Psychiatric Association.

gevolg van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht komen ook aan bod. Eerst worden de veronderstelde relaties tussen de elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht en de intermediaire resultaten besproken, daarna worden de veronderstelde relaties tussen de intermediaire resultaten en de einddoelen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht belicht en tot slot wordt afzonderlijk ingegaan op het element 'meer maatwerk'.

5.3.1 Relaties tussen elementen en intermediaire resultaten

Aan de veronderstelde relaties tussen de elementen en de beoogde intermediaire doelen liggen de volgende aannamen ten grondslag.

Aanname I: samenwerking → behoud kennis en vroegsignalering

Een belangrijk middel ter voorkoming van recidive is het tijdig herkennen van signalen die kunnen wijzen op een verhoogd risico (Fluttert e.a., 2008). Hiertoe wordt in de intramurale fase een individueel signaleringsplan opgesteld. Door de reclassering in een vroeg stadium in het resocialisatietraject te betrekken leert de reclasseringsmedewerker de specifieke voortekenen van recidive van de patiënt kennen. Deze specifieke kennis over de patiënt is nodig om signalen voor risico's te kunnen herkennen, zodat er tijdig ingegrepen kan worden. Doordat partijen blijven samenwerken gedurende het gehele resocialisatietraject blijft deze kennis behouden.

Uit de literatuur over samenwerking komt naar voren dat de verschillende participerende partijen van elkaar kunnen leren en dat zij elkaar kunnen corrigeren. Bovendien vullen zij elkaar aan met hun deskundigheid en middelen (Terpstra, 2001; Terpstra & Bakker, 2002). Door samenwerking binnen het toezicht kunnen de partijen beschikken over meer informatie over de patiënt.

Aanname II: samenwerking → continuïteit en geleidelijke afbouw

Door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht spelen zowel de reclassering als het FPC in enige mate een rol binnen alle fasen van het resocialisatietraject. Daarnaast kunnen andere toezichthoudende partijen betrokken zijn. Bij een overgang naar een nieuwe fase kan wel de rolverdeling van de partijen wijzigen, maar het toezicht wordt niet in het geheel overgedragen aan een nieuwe partij. Hierdoor is het in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht mogelijk de overgangen tussen fasen zo te organiseren dat de patiënt hier weinig van merkt. Bovendien kan een nieuwe verloffase ruim van te voren in gezamenlijkheid worden voorbereid.

De betrokkenheid van het FPC met de mogelijkheid om een *time-out* voorziening te bieden kan ook bijdragen aan de continuïteit van het resocialisatietraject. Bij ernstige terugval of recidivegevaar kan het FPC de patiënt ook in de fase van voorwaardelijke beëindiging tijdelijk opnemen. Wanneer het gevaar is geweken kan de patiënt het resocialisatietraject hervatten. In het verleden was de reclassering bij terugval in de fase van voorwaardelijke beëindiging genoodzaakt het

OM in te schakelen, hetgeen vaak resulteerde in terugplaatsing in een HvB waarna de tbs-behandeling weer van voor af aan begon.

Deze specifieke relatie is niet onderzocht middels empirisch wetenschappelijk onderzoek.

Aanname III: samenwerking → meer forensisch psychiatrische expertise

Doordat het FPC betrokken blijft gedurende het hele resocialisatietraject is het voor andere partijen mogelijk een beroep te doen op de forensisch psychiatrische expertise van het FPC. Door de samenwerking doet men ook kennis op van de werkwijze, ervaring en deskundigheid van de reclassering en andere partijen zoals de algemene GGZ. Hiermee wordt de kennis van elkanders expertise vergroot.

Uit de literatuur waarin onderzoek naar samenwerking wordt beschreven komt naar voren dat samenwerking resulteert in bekendheid met elkanders uitgangspunten, werkwijzen, deskundigheid en zwakke punten (Terpstra & Bakker, 2002).

Aanname IV: samenwerking → FPC eerder geneigd tot uitstroom

Wanneer het FPC een (actieve) rol kan blijven spelen in de extramurale fase, en ook in kan grijpen wanneer zij dat noodzakelijk acht, durft het FPC het eerder aan om de patiënt door te laten stromen naar een volgende fase.

Over de houdbaarheid van deze aanname is niets bekend; dit zal in de praktijk moeten blijken. Deze neiging tot uitstroom is echter van meer factoren afhankelijk dan de mogelijkheden die het Forensisch Psychiatrisch Toezicht biedt om betrokken te blijven bij het toezicht. Indien zich een ernstig incident voordoet met een extramurale patiënt is te verwachten dat de FPC's terughoudend zullen zijn om patiënten door te laten stromen naar een volgende extramurale fase. Dit zal zeker het geval zijn wanneer het incident is veroorzaakt door een patiënt van het betreffende FPC en wanneer toezicht op de recidiverende patiënt was georganiseerd middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Aanname V: samenwerking → GGZ eerder geneigd tot opname

Binnen de GGZ-instellingen bestaat huiver om forensische patiënten op te nemen. Wanneer meerdere partijen betrokken blijven bij het toezicht, en de GGZ instelling een beroep op deze partijen kan doen, is een GGZ-instelling eerder geneigd om een extramurale tbs-patiënt op te nemen.

Ook over de empirische houdbaarheid van deze veronderstelde relatie is (nog) geen onderzoek bekend; deze zal in de praktijk moeten blijken. Net als bij de vorige aanname is te verwachten dat een ernstig incident veroorzaakt door een extramurale tbs-patiënt er voor zal zorgen dat GGZ-instellingen zich terughoudend zullen opstellen.

Met betrekking tot aannamen I tot en met V: samenwerking

Voorgaande aannamen met betrekking tot samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn zeer specifiek. Omdat empirisch onderzoek naar deze precieze relaties veelal ontbreekt kunnen deze slechts in beperkte mate onderbouwd worden. Uit onderzoek naar samenwerking tussen partijen binnen het toezicht op extramurale forensische patiënten en onderzoek naar samenwerking in het algemeen kunnen echter voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht relevante conclusies getrokken worden.

Voor verschillende typen extramurale patiënten is uit empirisch onderzoek gebleken dat het van belang is dat de verschillende toezichthoudende partijen samenwerken. Dit lijkt zeker het geval wanneer het gaat om toezicht op extramurale patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis. Deze multidisciplinaire aanpak is een essentieel onderdeel van de zogeheten Assertive Community Treatment (ACT). Dit is een intensieve ambulante behandel- en begeleidingsmethode voor mensen met chronische, ernstige psychiatrische problematiek in combinatie met problemen als verslaving, dakloosheid en werkloosheid. De zorg wordt aangeboden in de eigen omgeving vanuit één multidisciplinair team dat zeven dagen per week bereikbaar is. De interventie ACT als geheel is in diverse empirische studies als werkzaam en efficiënt naar voren gekomen (Heilbrun & Griffin, 1993; Lamb, Weinberger & Gross, 1999; Marshall, Gray, Lockwood & Green, 1998; Swartz & Swanson, 2004; Torrey & Zdanowicz, 2001; Van Veldhuizen, Berkhout & Horsman, 2006). De relevantie van een nauwe samenwerking tussen strafrechtsketenpartners (rechtbank, reclassering) en psychische gezondheidsinstellingen blijkt verder uit het overzicht van empirische studies van Heilbrun en Griffin (1993) en wordt ook onderschreven door Müller-Isberner (1996). Een multidisciplinaire aanpak waarin verschillende expertises vertegenwoordigd zijn, waaronder ook specialisten zoals arbeidsconsulenten en woningbouwverenigingen, en het daarbij betrekken van de familie, is voor toezicht op dit type patiënten van belang gebleken (Lamb e.a., 1999; Skipworth & Humberstone, 2002).

Uit de studie van Perry e.a. (2006) komt naar voren dat multidisciplinaire samenwerking ook van belang is in de behandeling van en toezicht op extramurale forensische patiënten met verslavingsproblematiek. Hetzelfde geldt voor toezicht op zedendelinquenten. Samenwerking tussen de ambulante behandelinstelling en de reclassering is hiervoor relevant (Stalans, Seng & Yarnold, 2002; Wilson e.a., 2000). Meer in het algemeen geldt dat het actief verzamelen en vervolgens uitwisselen van informatie over delictgerelateerd gedrag tussen partijen (oftewel het werken volgens de zogeheten containment-benadering), waaronder met het sociale netwerk (Cumming & McGrath, 2000; Stalans, 2004), de kans op recidive vermindert. De Kogel en Nagtegaal (2008) concluderen dat het betrekken van stakeholders uit de maatschappij bij het toezicht, zoals OM, rechterlijke macht, politie, huisvestingsorganisaties, slachtofferorganisaties, buurtbewoners en scholen, de kans op recidive verlaagt.

Maar alvorens samenwerking tot een verbeterd toezicht kan leiden moet wel aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Allereerst is een duidelijke communicatie (niet alleen tussen de partijen maar ook met de patiënt) en een goede uitwisseling van informatie van essentieel belang (Nedopil & Banzer, 1996). Participerende partijen moeten dus goed weten welke informatie gemeld moet worden en bij wie. Indien personen elkaar beter kennen is men eerder bereid tot het uitwisselen van informatie. Dit wordt bevorderd wanneer partners zichtbaar en bereikbaar voor elkaar zijn en vaak overleggen, zodat ze elkaar leren kennen en elkaar weten te vinden. Een goede informatieoverdracht is dan ook afhankelijk van persoonlijke relaties (Terpstra & Bakker, 2002). Het belang van goede registratiesystemen of databases voor een goede informatieoverdracht binnen het toezicht wordt ook genoemd door Heilbrun en Griffin (1993) en Ridgely, Borum en Petrilu (2001). Over het belang, maar ook de praktische mogelijkheden en beperkingen voor de multidisciplinaire uitwisseling van informatie over extramurale tbs-patiënten is uitvoerig gerapporteerd in het evaluatieverslag van de pilot Zicht op Enschedese Tbs-gestelden (ZOET) (Leemans & Poolman, 2009).

Naast duidelijkheid over het uitwisselen van informatie moet er gewerkt worden met een transparante taakverdeling, oftewel een duidelijke coördinatie. Dit bevordert de communicatie, taakverdeling, het realiseren van de doelstellingen en het effectief inzetten van de middelen (Terpstra, 2001). Zonder duidelijke taakverdeling bestaat het gevaar dat men (ten onrechte) bepaalde taken beschouwt als de verantwoordelijkheid van de andere partij. Verantwoordelijkheden worden dan op elkaar afgeschoven en niet genomen. Ook voor de patiënt is deze duidelijkheid van belang. Uit de literatuur blijkt steun voor een vaste begeleider, aanspreekpunt of team voor de patiënt, zoals in ACT (Heilbrun & Griffin, 1993; Lamb e.a., 1999; Marshall e.a., 1998; Swartz & Swanson, 2004; Torrey & Zdanowicz, 2001).

Een andere voorwaarde voor een succesvolle samenwerking is een gezamenlijk belang en visie. Dit leidt tot meer consensus tussen de partijen (Ansell & Gash, 2007; Terpstra, 2001; Terpstra & Bakker, 2002). Verder moeten de partijen qua capaciteit, organisatie, status en middelen op gelijke voet participeren.

Of binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt voldaan aan de voorwaarden voor samenwerking, namelijk goede informatieoverdracht, duidelijke taakverdeling, gezamenlijke visie en participatie op gelijke voet, valt niet uit de plannen af te leiden en zal in de praktijk moeten blijken.

Naast voordelen kan samenwerking ook problemen geven (Terpstra & Bakker, 2002). Zo kan er sprake zijn van aanloopproblemen; partijen moeten eraan wennen dat een ander zich met hun werk bemoeit. Men is bang voor het verliezen van autonomie en voor inmenging in het eigen domein. Ook moet men er vaak aan wennen dat de andere partij vanuit een andere optiek werkt. De culturen van de twee organisaties kunnen van elkaar verschillen en verschillen in visies kunnen de samenwerking bemoeilijken. Ook kunnen belangen niet geheel met elkaar overeenkomen, wat ertoe kan leiden dat partijen op bepaalde punten geen inmenging willen met de ander. Hierdoor blijft ieder verantwoordelijk voor zijn eigen activiteiten en is het houden van overzicht moeilijk. Ook kunnen doelstellingen, belangen en opvattingen van elkaar verschillen wat kan

leiden tot schijnsamenwerking: het praten over samenwerking zonder deze praktisch uit te voeren. Vaak is ook onduidelijk welke informatie bij welke partij beschikbaar is. Kennis en inzichten worden hierdoor minder toegankelijk voor de ander. Verschillen in werkwijzen of registratiesystemen kunnen problemen en vertraging opleveren. Indien de partijen niet op gelijke voet participeren, niet gelijkwaardig aan elkaar zijn kan dit leiden tot onevenwichtigheden in de samenwerking.

Samenwerking is veelal persoonsgebonden. De bijdrage van afzonderlijke partijen is vaak sterk afhankelijk van de individuele werknemers en hun inzet, contacten en deskundigheid. De continuïteit kan onder druk komen te staan als er personele wisselingen plaatsvinden. Een ander mogelijk probleem is dat meldingen niet altijd goed doorkomen en afspraken niet altijd worden nagekomen (zie in dit kader ook de pilot Zicht op Enschedese Tbs-gestelden (ZOET), Leemans & Poolman, 2009). Dit kan gebeuren door gebrek aan capaciteit, verloop van personeel en onvoldoende alertheid. Tot slot kan het zich voordoen dat een gebrek aan professionaliteit bij de andere partij wordt geconstateerd. Hierover wordt meestal niet gesproken. Al met al is samenwerking voor een groot deel afhankelijk van intuïtie en ervaring. Een goede en gehele voortgangsbewaking moet nagestreefd worden.

Bovenstaande problemen kunnen zich ook binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht voordoen, hetgeen een negatief effect zal hebben op de kwaliteit en werkzaamheid van het toezicht. Of, en in welke mate, aanloopproblemen, verschillen in visie en werkwijze een rol spelen binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal in de praktijk achterhaald moeten worden. Wisseling van toezichthouders doet zich zeker ook in het tbs-veld voor, niet alleen door verloop van personeel maar ook doordat de patiënt het resocialisatietraject doorloopt. De mate waarin de samenwerking in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht afhankelijk is van personen moet in de praktijk onderzocht worden.

Aanname VI: gefaseerde uitstroom → continuïteit en geleidelijke afbouw

Binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht loopt elke tbs-gestelde achtereenvolgens alle verloffasen door. Deze fasen zijn begeleid verloff, onbegeleid verloff, transmuraal verloff, proefverloff waarna vervolgens de verpleging in het kader van de tbs in eerste instantie voorwaardelijk beëindigd wordt. Middels het doorlopen van al deze fasen en het zorgvuldig plannen en voorbereiden van de overgangen keert de tbs-gestelde gefaseerd terug in de maatschappij en wordt de intensiteit van het toezicht geleidelijk afgebouwd.

Uit onderzoek komt naar voren dat het in ieder geval voor forensische patiënten met een psychiatrische stoornis van belang is dat de overgang van intramurale naar extramurale zorg geleidelijk verloopt (Nedopil & Banzer, 1996). Uit de recidivestudie van Wartna e.a. (2005), blijkt dat een geleidelijke terugkeer in de maatschappij leidt tot vermindering van de kans op recidive.

Het verplicht doorlopen van alle fasen kan echter een negatief effect hebben op de door- en uitstroom. De aanvraagprocedure voor een volgende verloffase is langdurig. Wanneer het verantwoord is om een fase over te slaan wordt de doorstroom

door deze regel onnodig belemmerd. Of in de praktijk alle fasen doorlopen worden, wordt mede bepaald door de rechter. De rechter kan, in afwijking van het advies van de gedragsdeskundigen, besluiten de verpleging voorwaardelijk of onvoorwaardelijk te beëindigen. Of het Forensisch Psychiatrisch Toezicht effect heeft op de besluitvorming van de rechter zal in de praktijk moeten blijken.

Aanname VII: verdere professionalisering reclassering → meer forensisch psychiatrische expertise

Het is aannemelijk dat wanneer de reclasseringswerkers verder geschoold worden in psychopathologie en risicomangement en het werken in een gedwongen kader, en het aantal beschikbare uren voor toezicht door de reclassering wordt verviervoudigd, dit zal resulteren in meer forensisch psychiatrische expertise in het resocialisatietraject (zie ook Menger, 2009).

5.3.2 Relaties tussen intermediaire resultaten en einddoelen

Aan de veronderstelde relaties tussen de intermediaire doelen en de einddoelen liggen de volgende aannamen ten grondslag.

Aanname VIII: behoud kennis en vroegsignalering → minder recidive

Wanneer specifieke kennis over voortekenen van terugval en risico's voor recidive van een patiënt behouden blijft gedurende het hele traject, en gedeeld wordt door alle toezichthoudende partijen, dan kan tijdig worden ingegrepen om recidive te voorkomen.

Indien meer partijen participeren in het signaleren van voortekenen van risico's zitten daar echter ook gevaren aan. Ten eerste neemt, naarmate meer partijen meekijken, de kans toe dat gedrag ten onrechte als een signaal voor een risico wordt gezien; oftewel de kans op foutpositieven wordt groter. Dit heeft een negatief effect op de door- en uitstroom. Binnen een samenwerking met veel partijen is er bovendien meer kans op onduidelijkheid over de taakverdeling. Wie moet er tot actie overgaan en ingrijpen wanneer voortekenen gesignaleerd worden? Indien dit niet duidelijk is voor alle participerende partijen dan zou de kans op recidive kunnen toenemen.

Aanname IX: continuïteit en geleidelijke afbouw → minder recidive

Wanneer het toezicht continuïteit kent en geleidelijk wordt afgebouwd neemt de kans op recidive af. Deze aanname wordt door de wetenschappelijke literatuur ondersteund. Als voor elke patiënt een vaste toezichthouder wordt aangesteld dan wordt de kans op effectiviteit vergroot (zie Plaisier & Pennekamp, 2009). Vooral voor de ernstig psychiatrische patiënt is het van belang dat de continuïteit gewaarborgd wordt (Swartz & Swanson, 2004; Nedopil & Banzer, 1996).

Aanname X: meer forensisch psychiatrische expertise → minder recidive

Wanneer toezichthouders beter toegerust zijn voor hun taak, middels opleiding en uitbreiding van de contacturen, neemt de kans op recidive af.

Uit de literatuur komt naar voren dat het van belang is dat de behandelaar ervaring heeft met forensische patiënten. Volgens Müller-Isberner (1996) moet de behandelaar een ervaren psychiater zijn die een actieve houding aanneemt, oftewel er achteraan gaat als een patiënt niet komt opdagen. Een van de kernelementen van het ACT is dat hulpverleners een actieve en assertieve houding aannemen (Bond, Drake, Mueser & Latimer, 2001; Lamberti, Weisman & Faden, 2004; Marshall & Lockwood, 1998). Dit houdt ondermeer in dat zij contact moeten blijven zoeken met afwijzende ongemotiveerde cliënten. Door zijn stoornis is de patiënt zelf vaak onvoldoende in staat zich aan afspraken te houden. De contacten met de behandelaar (psychiater) moeten frequent zijn (Hodgins, Lapalme & Toupin, 1999; Swartz & Swanson, 2004) en de ervaring is dat een goede therapeutische relatie van belang is (Mueser, Bond, Drake & Resnick e.a., 1998; Nedopil & Banzer, 1996; Skipworth & Humberstone, 2002). De ervaring leert dat hulpverleners hun autoriteit moeten kunnen gebruiken (Lamb e.a., 1999) en over voldoende forensische expertise beschikken (Nedopil & Banzer, 1996).

Aanname XI: FPC eerder geneigd tot door- en uitstroom → bevorderen door- en uitstroom

Wanneer het FPC het eerder aandurft om patiënten te laten doorstromen naar een volgende verloffase, dan zal dit de door- en uitstroom van de tbs-maatregel bevorderen. Er zijn echter andere factoren buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht die wellicht een grotere invloed hebben op de door- en uitstroom. Wanneer het FPC doorstroom naar een volgende verloffase verantwoord acht wordt hiertoe een aanvraag ingediend bij het Ministerie van Justitie. Sinds januari 2008 worden verlofaanvragen getoetst door het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVt). De instelling van dit college is het resultaat van de aanbevelingen door de commissie Visser. Met de introductie werd beoogd de kwaliteit van de verlofverlening te verhogen. Het AVt bepaalt in belangrijke mate de door- en uitstroom. Een negatief advies van het AVt wordt altijd overgenomen. Een andere bepalende partij in de door- en uitstroom is de rechterlijke macht. De rechter kan besluiten de verpleging (voorwaardelijk) te beëindigen, ook als de behandelverantwoordelijken adviseren de maatregel te verlengen.

Aanname XII: GGZ eerder bereid tot opname → bevorderen door- en uitstroom

Door de commissie Visser werd de houding van de GGZ, als het gaat om de bereidheid tot opname van patiënten die behandeld worden binnen de tbs-maatregel, gekwalificeerd als 'onwillig en terughoudend'. Indien de bereidheid tot opname toeneemt dan is aannemelijk dat dit een positief effect heeft op door- en uitstroom. Maar zoals beschreven onder aanname XI is de doorstroom in belangrijke mate

afhankelijk van factoren buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Of toename van de bereidheid van de GGZ zal resulteren in een waarneembaar grotere door- en uitstroom is de vraag.

Met betrekking tot aannamen XI en XII: bevorderen door- en uitstroom

Binnen de documentatie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt ten onrechte geen onderscheid gemaakt tussen twee kenmerken van het tbs-stelsel, namelijk de doorstroom van patiënten en de uitstroom van patiënten. Binnen de tbs-patiënten onderscheiden zich twee groepen. Allereerst de groep die ook zonder het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal uitstromen; de veronderstelling is dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht bijdraagt aan een versnelling van dit proces. Daarnaast is er een groep die zonder het Forensisch Psychiatrisch Toezicht *niet* zal uitstromen. De idee is dat een deel van deze groep dankzij het Forensisch Psychiatrisch Toezicht *wel* zal kunnen uitstromen. Het onderscheid is essentieel omdat het werkzame effect van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht voor de door- en uitstroom verschillend kan zijn.

5.3.3 Meer maatwerk

Binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt ‘meer maatwerk’ als een belangrijk en onderscheidend element gepresenteerd. De extramurale tbs-gestelden verschillen qua zorg-, behandel- en toezichtbehoefte. Het toezicht moet op het individu afgestemd worden en herhaaldelijk geëvalueerd en bijgesteld worden. Dat de effectiviteit van een interventie afhangt van de aansluiting bij de (situatie van de) specifieke justitiabele wordt alom erkend. Zo moet de intensiteit van het toezicht aansluiten bij het risico op recidive (risicoprincipe), moet de invulling van het toezicht gebaseerd zijn op de criminogene tekorten en behoeften van een justitiabele (behoefteprincipe) en moet toezicht aansluiten bij de leerstijl, mogelijkheden en motivatie van de justitiabele (responsiviteitsprincipe)¹².

Ook uit onderzoek komt naar voren dat bij verschillende typen forensische patiënten verschillende vormen van toezicht werkzaam zijn. Over de extramurale behandeling van forensische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis blijkt dat het primaire doel het behandelen van de stoornis en het inperken van de gevolgen van de stoornis is (Harte, 2008). De ervaring laat zien dat zowel voor behandelverantwoordelijken als patiënten een duidelijke behandelfilosofie en een realistisch behandeldoel van belang is (Heilbrun & Griffin, 1993; Lamb e.a., 1999). De behandeling moet gericht zijn op het individu en zijn specifieke kenmerken (Hodgings e.a., 1999; Hodgings e.a. 2007) en de noodzaak van medicatiegebruik moet daarin een belangrijk plaats innemen (Bond e.a., 2001; Heilbrun & Griffin, 1993; Mueser e.a. 1998). De begeleiding moet zich richten op het oplossen van de problemen die

¹² Deze principes zijn afkomstig uit de zogeheten *What Works* benadering. Zie ondermeer Bonta (2002), Van der Laan (2004) en Boone & Poort (2002).

patiënten ondervinden in het dagelijks leven en het ondersteunen bij zaken zoals het vinden van een woning en werk (Lamb & Weinberger, 2002; Mayfield, 2009; Nedopil & Banzer, 1996). Daarnaast is het relevant dat de patiënt wordt ondersteund bij het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk (Bond e.a., 2001; Lamb e.a., 1999; Mueser e.a., 1998; Nedopil & Banzer, 1996; Van Gestel e.a., 2006).

Geadviseerd wordt te werken met duidelijk omschreven voorwaarden (Heilbrun & Griffin, 1993) en de nadruk te leggen op structuur en supervisie (Lamb e.a., 1999). Medicatiegebruik onder toezicht (zoals depot medicatie) (Swartz & Swanson, 2004; Torrey & Zdanowicz, 2001; Hodgins e.a., 2007) en controle op middelengebruik (Hodgins, e.a. 2007; Phipps & Gagliardi, 2002) is van belang. Ook de frequentie van het contact tussen reclasseringswerker en cliënt is relevant (zie Wiederanders, Bromley & Choate, 1997).

In bovenstaande zijn de onderdelen van toezicht- en behandelprogramma's beschreven die mogelijk werkzaam zijn. De resultaten moeten echter met terughoudendheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste is het aantal empirische studies van goede methodologische kwaliteit schaars; veel conclusies zijn gebaseerd op observaties en ervaringen uit de behandelpraktijk. Daarnaast betreffen de empirische studies vrijwel altijd de werkzaamheid van een interventie als geheel, waarin verschillende aspecten verenigd zijn. Zo is de Assertive Community Treatment (ACT) als geheel onderzocht en werkzaam gebleken als het gaat om het terugdringen van psychiatrische recidive en het bevorderen van het welzijn van de patiënten (Heilbrun & Griffin, 1993; Lamb e.a., 1999; Marshall e.a., 1998; Swartz & Swanson, 2004; Torrey & Zdanowicz, 2001). Over de afzonderlijke werkzaamheid van specifieke aspecten van ACT, zoals de multidisciplinaire benadering en de actief assertieve benadering, is geen kennis voorhanden.

Voor de extramuraal forensische patiënt met verslavingsproblematiek blijkt dat het benadrukken van de positieve kanten van de patiënt een positief effect heeft op de uitkomst van de behandeling (Wexler, Melnick, Lowe & Peters, 1999). De behandeling of nazorg zou langdurig moeten zijn, continuïteit moeten bieden en op het individu toegespitst moeten zijn (Banks & Gottfredson, 2004; Gonzales, Schofield & Schmidt, 2006; Harrell e.a., 2002; Perry e.a., 2006; Wexler, Melnick e.a., 1999).

De begeleiding zou zich moeten richten op het helpen vinden van werk of dagbesteding, waardoor de patiënt structuur geboden wordt (Banks & Gottfredson, 2003; Wexler, Melnick e.a., 1999) en op het bieden van hulp bij het versterken van het sociale netwerk (Banks & Gottfredson, 2003; Hanlon, Nurco, Bateman & O'Grady, 1999). Wat betreft toezicht is voor dit type patiënten intensieve supervisie en controle van belang (Koeter & Van Maastricht, 2006). Verder zijn middelen waarmee de patiënt gedwongen kan worden om deel te nemen aan interventie essentieel (Farabee, Prendergast & Anglin, 1998). De contacten tussen de patiënt en de behandelaar moeten frequent zijn (Gonzales e.a., 2006) en er moet goed op worden toegezien dat de cliënt in behandeling blijft (Koeter & Van Maastricht, 2006; Wexler, De Leon

e.a.,1999). Volgens Wexler, Melnick e.a. (1999) zijn er positieve ervaringen met de inzet van ex-verslaafden als hulpverleners.

Wanneer we kijken naar de werkzaamheid van toezicht- en behandelprogramma's voor zedendelinquenten, in het kader van voorwaardelijke beëindiging, dan blijkt cognitieve gedragstherapie een werkzame behandeling (Mandeville-Norden & Beech, 2004; Turner, Bingham & Andrasik, 2000). Volgens de studies van Mandeville-Norden en Beech (2004) en Turner e.a. (2000) is het aanleren van terugvalpreventietechnieken van belang en resulteert het bewerkstelligen van een toename van empathie voor anderen in een afname van de kans op recidive. In de studie van Turner e.a. (2000) bleek groepsbehandeling effectief. Maletzky, Tolan en McFarland (2006) concluderen dat het beïnvloeden met medicatie van fysiologische en hormonale mechanismen die ten grondslag liggen aan seksuele behoeften, bijdraagt aan het verlagen van de kans op recidive.

Volgens Wilson e.a. (2000) is het in de begeleiding van belang om voor de zedendelinquent sociale steun en sociale controle te organiseren. Het toezicht moet intensief en frequent zijn en dient onaangekondigde bezoeken te omvatten (Stalans e.a., 2002; Stalans, 2004).

In het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt echter niet ingegaan op de inhoud en de organisatievorm van het toezicht en de behandeling. De invulling wordt overgelaten aan de deskundigheid van de betrokkenen. De idee is dat met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht meer dan voorheen mogelijk is om maatwerk te leveren. Op welke manier het Forensisch Psychiatrisch Toezicht dit mogelijk maakt wordt niet duidelijk. Nieuw aan het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is wel dat verschillende partijen, ieder met deels unieke expertise en middelen, in meer of mindere mate gedurende het hele resocialisatietraject ingezet worden. De taakverdeling en inzet van middelen kan per individu bepaald worden. Wanneer maatwerk op deze manier wordt opgevat is het feitelijk een onderdeel van de samenwerking tussen partijen binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Uit de Procesbeschrijving en het Plan van Aanpak wordt niet duidelijk op welke manier het element meer maatwerk verondersteld wordt bij te dragen aan de intermediaire resultaten of de einddoelen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Een mogelijk gevaar van maatwerk kan zijn dat toezichthoudende partijen, uit angst voor een incident, neigen naar een vorm van toezicht die zwaarder is dan noodzakelijk. De veronderstelling dat naarmate het toezicht intensiever is de kans op recidive meer afneemt wordt niet eenduidig gesteund door empirische studies (zie bijvoorbeeld Petersilia & Turner, 1993; Deschenes, Turner & Greenwood, 1995). Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Naarmate er meer voorwaarden en regels worden gesteld waaraan de patiënt zich moet houden, neemt de kans toe dat een voorwaarde geschonden wordt. Daarnaast kan intensiever toezicht er toe leiden dat nieuwe overtredingen van de patiënt vaker worden opgemerkt. Ook neemt de kans toe dat

gedrag ten onrechte wordt opgemerkt als een voorteken van terugval of recidive. Dit zal een negatief effect hebben op de door- en uitstroom.

5.4 Onderscheid toezicht en behandeling

De Kogel en Nagtegaal (2008) onderscheiden verschillende invalshoeken binnen de veronderstelde werkzame mechanismen die ten grondslag liggen aan programma's voor toezicht. Een aantal van deze mechanismen is gericht op een grotere beheersing van crimineel gedrag op de korte termijn, tijdens het toezicht. Voorbeelden hiervan zijn afschrikking, beperking en een grotere kans op detectie. Andere mechanismen richten zich op re-integratie en recidivevermindering op de lange termijn. De idee hierachter is dat intensief toezicht de dwang tot deelname aan behandelprogramma's vergroot. Door het volgen van de behandelprogramma's nemen relaties met anderen en sociale controle toe en wordt de kans op recidive kleiner.

Een belangrijke conclusie uit de studie van De Kogel en Nagtegaal (2008) is dat er wetenschappelijke ondersteuning is voor de effectiviteit van intensief toezicht als het programma naast controle-elementen (zoals het monitoren van gedrag en bewegingen) ook rehabilitatiecomponenten bevat zoals behandeling, zorg, vaardigheidstraining en praktische steun en begeleiding. Er blijkt nauwelijks ondersteuning te zijn voor de effectiviteit van toezichtprogramma's die hoofdzakelijk bestaan uit het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen. Ook Plaisier & Pennekamp (2009) en Poort en Eppink (2009) dragen diverse bronnen aan waaruit blijkt dat alleen de combinatie van controle *en* begeleiding leidt tot duurzame gedragsverandering en daarmee recidivevermindering.

In de plannen voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt echter onvoldoende onderscheid gemaakt tussen de begrippen toezicht, controle, begeleiding en behandeling. In de regel worden de toezichtstaken, bestaande uit controle en begeleiding, vooral uitgevoerd door de reclassering. Het FPC kan voor de extramurale patiënten zowel behandeling, controle als begeleiding verzorgen. Gedurende de resocialisatie wordt de behandeling vaak overgedragen aan een vervolginstelling of aan een (forensisch) ambulante behandelinstelling. De reclassering neemt gedurende het resocialisatietraject steeds meer controle en begeleidingstaken op zich. In het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt onder de term toezicht vaak zowel controle, begeleiding als behandeling gerekend, terwijl toezicht in engere zin slechts controle of begeleiding inhoudt. Een bijkomend probleem is dat er nog weinig bekend is over de meest optimale verhoudingen tussen de verschillende componenten.

Het gebrek aan onderscheid wordt ook opgemerkt door de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming in haar advies (2008). Zij waarschuwt dat eventuele lacunes of overlappings in de verdeling van taken onvoldoende zichtbaar zijn. De Raad beveelt dan ook aan om nog voor definitieve invoering van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling op te stellen, bijvoorbeeld aan de hand van zogeheten continuïteitsbalken voor behandeling en voor toezicht.

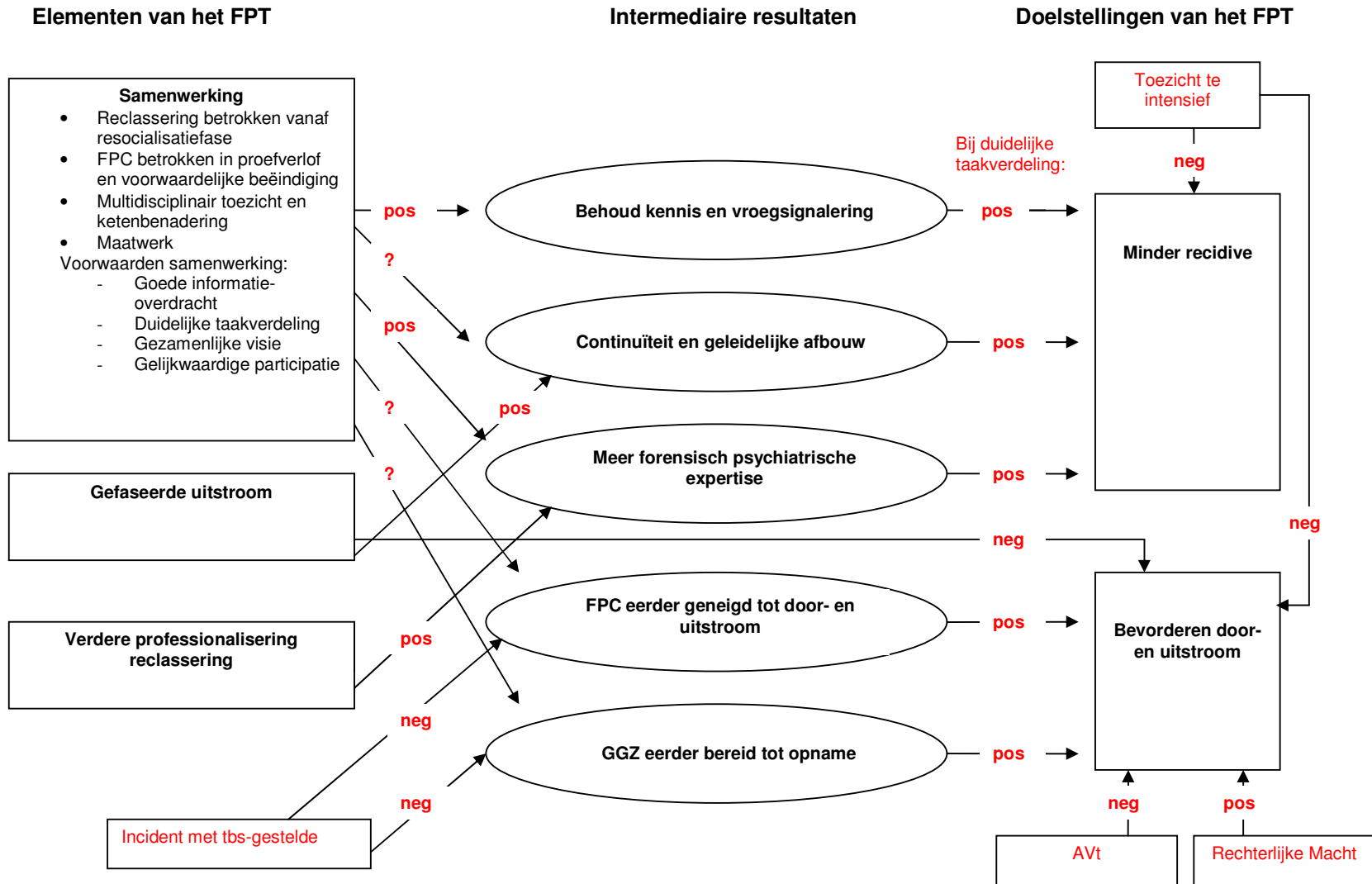
5.5 Conclusies

In voorgaande is onderzocht of op grond van de plannen onderbouwd kan worden of het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal resulteren in de beoogde einddoelstellingen. De resultaten van dit onderzoek staan weergegeven in Figuur 5.1.

De werkzaamheid met betrekking tot de eerste doelstelling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, minder recidive, wordt deels ondersteund door empirisch onderzoek. De deelaspecten van de samenwerking lijken een positief effect te hebben op twee van de intermediaire resultaten, namelijk behoud kennis over de patiënt en vroegsignalering en meer forensisch psychiatrische expertise. Hiervoor moet de samenwerking echter wel aan een aantal voorwaarden voldoen: er moet sprake zijn van een goede informatieoverdracht, een duidelijke taakverdeling, een gezamenlijke visie en een gelijkwaardige participatie. Of aan deze voorwaarden voldaan wordt zal in de praktijk moeten blijken. Het is onduidelijk of samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht resulteert in meer continuïteit van het toezicht en een geleidelijke afbouw. Ook dit moet in het veld achterhaald worden. Twee andere elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, een gefaseerde uitstroom en verdere professionalisering, lijken een positieve bijdrage te kunnen leveren aan respectievelijk continuïteit en geleidelijke afbouw van toezicht en meer forensisch psychiatrische expertise.

Op grond van de literatuur mag vervolgens verwacht worden dat de drie eerste intermediaire resultaten, behoud kennis over de patiënt en vroegsignalering, continuïteit en geleidelijke afbouw en meer psychiatrische expertise, zullen bijdragen aan een vermindering van de kans op recidive. Wederom is een duidelijke taakverdeling tussen de toezichthoudende partijen een belangrijke voorwaarde, met name om een positief effect te bereiken van behoud kennis en vroegsignalering op een vermindering van de kans op recidive. Echter, indien het toezicht *te* intensief is zal de kans op recidive juist kunnen toenemen.

Figuur 5.1: Relaties binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht



Voor de idee dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een positieve bijdrage levert aan de tweede doelstelling, het bevorderen van de door- en uitstroom, is minder steun gevonden. Het is de vraag of samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal kunnen bijdragen aan een grotere geneigdheid van de FPC's om patiënten te laten door- en uitstromen en een grotere bereidheid binnen de GGZ om extramurale tbs-patiënten op te nemen. Mocht in de praktijk blijken dat deze geneigdheid en bereidheid wel toenemen, dan is aannemelijk dat dit de door- en uitstroom bevordert. Een van de elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht heeft echter een negatief effect op de door- en uitstroom, namelijk de idee dat alle tbs-gestelden verplicht alle verloffasen moeten doorlopen, oftewel de gefaseerde uitstroom.

Ook voor de door- en uitstroom geldt dat deze negatief beïnvloed kan worden door een toezicht dat *te* intensief is. Er zijn daarnaast ook factoren buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht die een groot effect kunnen hebben op de door- en uitstroom. Een eventueel incident veroorzaakt door een tbs-gestelde zal er toe leiden dat FPC's en de GGZ zich juist terughoudend zullen opstellen. Verder wordt de door- en uitstroom voor een belangrijk deel bepaald door het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVt) en door de rechterlijke macht. Over elke verlofaanvraag van een FPC moet het AVt zich positief uitspreken alvorens het verlof door de Minister mag worden toegekend. Inherent aan deze taak is dat het AVt vanuit haar functie alleen een negatief effect kan hebben op de door-en uitstroom. Daarnaast kan de rechter besluiten een tbs (voorwaardelijk) te beëindigen, ook indien het FPC hier negatief tegenover staat.

Hoofdstuk 6

Invulling op lokaal niveau

6.1 Inleiding

In het Plan van Aanpak wordt gesteld dat de landelijke procesbeschrijving in de praktijk door de FPC's en de reclassering verder moet worden uitgewerkt. Zij kregen de opdracht de samenwerking zelf vorm te geven. Aangezien deze invulling een onderdeel is van het plan, wordt de praktijk van de uitwerking bestudeerd in het kader van de procesevaluatie. Meer specifiek wordt in dit hoofdstuk gekeken hoe de invulling op lokaal niveau heeft uitgepakt en in hoeverre er bij aanvang van de pilot al sprake was van samenwerking tussen het FPC en de reclassering.

6.2 Uitgangssituatie

De mate waarin bij aanvang van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht al werd samengewerkt in het resocialisatietraject door de FPC's en de reclassering, is zeer verschillend per locatie. In vier van de FPC's, De Rooyse Wissel, Hoeve Boschoord, Van Mesdag en De Kijvelanden, was deze samenwerking al intensief. Voor deze vier klinieken is met de introductie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht relatief weinig veranderd. Wel zijn door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht afspraken verder aangescherpt en is er meer op papier gezet. Verder is de *time-out* voorziening in de fase van voorwaardelijke beëindiging nieuw.

In de FPC's Oldenkotte, GGzE en Veldzicht was er voor de introductie van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht al sprake van enige samenwerking. In FPC Veldzicht was de contactfunctionaris al betrokken bij de behandelbesprekingen in de fase van transmuraal verlof. Dankzij het Forensisch Psychiatrisch Toezicht heeft de samenwerking verder vorm gekregen.

In AMC de Meren en in FPC Pompestichting was er voor de start van de pilot met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht vrijwel geen samenwerking met de reclassering in het resocialisatietraject. Er was weinig overleg en een eigen manier van werken. FPC De Oostvaarderskliniek is kort geleden verhuisd naar een andere regio en moest daardoor ook vrijwel al het contact met de reclassering uit de nieuwe regio

opbouwen. Binnen deze FPC's heeft het Forensisch Psychiatrisch Toezicht grote veranderingen teweeg gebracht.

De mate waarin er werd samengewerkt bij aanvang van de pilot Forensisch Psychiatrisch Toezicht staat ook weergegeven in Tabel 6.1 in de kolom Uitgangssituatie. Daarin staat ook sinds wanneer er wordt samengewerkt. In deze tabel is te zien dat er vijf FPC's waren die ook deelnamen aan het Forensisch Psychiatrisch Toezicht oude stijl, namelijk Veldzicht, De Kijvelanden, Oldenkotte, De Rooyse Wissel en Hoeve Boschoord. Dit zijn ook de klinieken waar (relatief) veel samenwerking was bij aanvang van de huidige pilot Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Dit impliceert dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht oude stijl reeds een zekere samenwerking heeft bewerkstelligd die ook stand heeft gehouden.

6.3 Procesbeschrijvingen op lokaal niveau

In het kader van de pilot Forensisch Psychiatrisch Toezicht is aan alle betrokkenen gevraagd de wijze waarin zij op lokaal niveau invulling hebben gegeven aan het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op papier te zetten. Dit heeft geresulteerd in de zogeheten lokale procesbeschrijvingen van vrijwel alle duo's FPC-reclassering. Op de bijeenkomsten van de Klankbordgroep zijn deze gepresenteerd en bediscussieerd.

Ten behoeve van het onderzoek zijn de lokale projectbeschrijvingen opgevraagd. Twee FPC's hadden de procesbeschrijving nog niet gereed. De acht ontvangen procesbeschrijvingen verschillen aanmerkelijk wat betreft opbouw, vorm en de mate waarin processen zijn uitgewerkt. Op grond van praktijkervaring of ervaringen van collega's in de Klankbordgroep worden deze werkdocumenten telkens aangepast.

De leden van de Klankbordgroep is gevraagd op welke manier de procesbeschrijving tot stand is gekomen. In de meeste gevallen is eerst een concept opgesteld door één of meerdere mensen van het FPC, dat vervolgens is voorgelegd aan de mensen van de reclassering. Vervolgens hebben zij dit concept becommentarieerd en aangevuld, waarna de procesbeschrijving is aangepast. Verschillende partijen stellen dat er nog het nodige moet gebeuren aan de procesbeschrijving. In de Klankbordgroep doet men veel informatie op omdat men daar ziet hoe anderen het doen. In één FPC was de procesbeschrijving een echte coproductie. Kliniek en reclassering zijn samen om de tafel gaan zitten hebben alle aspecten doorgenomen en op papier gezet. Later hebben zij de procesbeschrijving op grond van ervaringen aangevuld, onder meer met een beschrijving van de *time-out*. Ook hebben zij inmiddels ervaring opgedaan met een contraire voorwaardelijke beëindiging door de rechter (zie verder 6.6 onder voorwaardelijke beëindiging). Ook deze situatie is nu aan de procesbeschrijving toegevoegd.

Tabel 6.1: Uitgangssituatie voor en invulling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht op lokaal niveau, peildatum 1 juli 2009

(Noot: TMV = transmuraal verlof, PV = proefverlof, RO = reclasseringsorganisatie)

	Uitgangssituatie	Selectiecriteria testfase	Patiënten	Uitvoeringsbetrokkenen
FPC Van Mesdag/ Reclassering Groningen	Start FPT mei 2008 Vóór FPT was er sprake van samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen krijgt FPT. FPT met terugwerkende kracht voor mensen die al extramuraal verbleven. Contra-indicatie: <i>longstay</i> .	58 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none">• Onbegeleid: 0• Transmuraal: 32• Proefverlof: 19• Voorw. beëindiging: 7	FPC: ongeveer 10 medewerkers RO: 9 medewerkers
FPC Veldzicht/ Reclassering Zwolle	FPT oude stijl (2005) Vóór FPT was er sprake van enige samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen krijgt FPT. Contra-indicatie: geen.	8 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none">• Onbegeleid: 0• Transmuraal: 0• Proefverlof: 7• Voorw. beëindiging: 1	FPC: 7 medewerkers RO: onbekend
FPC De Oostvaarderskliniek/ Reclassering Lelystad	Start FPT augustus 2008 Vóór FPT was er geen sprake van samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen krijgt FPT. Contra-indicatie: geen.	12 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none">• Onbegeleid: 0• Transmuraal: 6• Proefverlof: 4• Voorw. beëindiging: 2	FPC: 20 medewerkers RO: 5-6 medewerkers
FPC Pompestichting/ Iriszorg Nijmegen	Start FPT juni 2008 Vóór FPT was er geen sprake van samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen met TMV krijgt FPT. Contra-indicaties: patiënt die naar 24-uursvoorziening gaat / slechte relatie met patiënt.	Aantal patiënten in FPT is onbekend	FPC: 4 medewerkers RO: onbekend
FPC de Kijvelanden/ Reclassering Rotterdam	FPT oude stijl (2005) Vóór FPT was er sprake van samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen met PV krijgt FPT. Contra-indicatie: psychiatrische pat. die naar GGZ gaan / slechte relatie met patiënt.	5 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none">• Onbegeleid: 0• Transmuraal: 0• Proefverlof: 4• Voorw. beëindiging: 1	FPC: 5 medewerkers RO: 3 medewerkers

Tabel 6.1: Vervolg (Noot: TMV = transmuraal verlof, PV = proefverlof, RO = reclasseringsorganisatie)				
	Uitgangssituatie	Selectiecriteria testfase	Patiënten	Uitvoeringsbetrokkenen
FPC Oldenkotte/ Reclassering Almelo	FPT oude stijl (2005) Vóór FPT was er sprake van enige samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen krijgt FPT. Contra-indicatie: geen.	18 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none"> • Onbegeleid: 0 • Transmuraal: 11 • Proefverlof: 6 • Voorw. beëindiging: 1 	FPC: 7 medewerkers RO: 6-8 medewerkers
FPC De Rooyse Wissel/ Reclassering Limburg	FPT oude stijl (2005) Vóór FPT was er sprake van samenwerking tussen FPC en reclassering.	Patiënten in onbegeleid verlof die niet meer binnen beveiligde ring wonen krijgen FPT. Contra-indicatie: uitstroom naar reguliere GGZ.	20 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none"> • Onbegeleid: 3 • Transmuraal: 8 • Proefverlof: 1 • Voorw. beëindiging: 8 	FPC: 5 medewerkers RO: 9 medewerkers
AMC de Meren¹³/ Reclassering Amsterdam	Start FPT onduidelijk Vóór FPT was er geen sprake van samenwerking tussen FPC en reclassering.	Het voornemen is: Geen selectie, iedereen krijgt FPT. Contra-indicatie: geen.	Nog geen patiënten in het FPT.	FPC: onbekend RO: onbekend
Hoeve Boschoord/ Reclassering	FPT oude stijl (2005) Vóór FPT was er sprake van samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen krijgt FPT. Contra-indicatie: geen.	22 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none"> • Onbegeleid: 0 • Transmuraal: 15 • Proefverlof: 7 • Voorw. beëindiging: 0 	FPC: 15 medewerkers RO: 13 medewerkers
GGZEindhoven/ Reclassering Eindhoven	Start FPT mei 2008 Vóór FPT was er sprake van enige samenwerking tussen FPC en reclassering.	Geen selectie, iedereen krijgt FPT. FPT met terugwerkende kracht voor mensen die al extramuraal verbleven. Contra-indicatie: geen.	18 patiënten in FPT <ul style="list-style-type: none"> • Onbegeleid: 0 • Transmuraal: 0 • Proefverlof: 18 • Voorw. beëindiging: 0 	FPC: 6-7 medewerkers RO: 12 medewerkers

¹³ Met AMC de Meren heeft geen interview plaatsgevonden.

6.4 Selectiecriteria voor patiënten

Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is bedoeld voor alle tbs-gestelden, aldus de Procesbeschrijving. In de testfase konden de FPC's en reclassering echter zelf bepalen voor welke patiënten zij toezicht wilden organiseren middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. In Tabel 6.1 is af te lezen of, en zo ja welke, selectiecriteria zijn gehanteerd. In de meeste FPC's, namelijk Oldenkotte, Hoeve Boschoord GGzEindhoven, Veldzicht en De Oostvaarderskliniek, krijgt elke patiënt die uitstroomt Forensisch Psychiatrisch Toezicht; er zijn voor deze klinieken geen contra-indicaties. AMC de Meren heeft ook het voornemen om Forensisch Psychiatrisch Toezicht voor alle patiënten te organiseren. Contra-indicaties voor andere klinieken zijn een *longstay* indicatie (FPC Van Mesdag) en uitstroom naar een 24-uurs voorziening of GGZ instelling (FPC Pompestichting, FPC De Kijvelanden, FPC De Rooyse Wissel). Het is echter de vraag of men in een 24-uurs voorziening of GGZ-instelling over voldoende forensische expertise bezit om een inschatting te kunnen maken van het risico die deze patiënten kunnen vormen. Verder is de contra-indicatie voor patiënten waar het FPC geen goede relatie mee heeft opmerkelijk.

Twee klinieken (FPC Van Mesdag en GGzE) hebben met terugwerkende kracht voor alle extramurale patiënten Forensisch Psychiatrisch Toezicht georganiseerd. De verschillen tussen de FPC's, wat betreft selectiecriteria en aanvang van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, maken dat de aantallen patiënten met Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de verschillende verloffasen, verschillend zijn. Deze aantallen (peildatum voorjaar 2009) staan ook in Tabel 6.1.

6.5 Uitvoeringsbetrokkenen

In hoeverre zijn de organisaties inmiddels bekend met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht? In de meeste FPC's zijn met name de mensen die werkzaam zijn op de resocialisatieafdelingen goed op de hoogte, oftewel de mensen die zelf het Forensisch Psychiatrisch Toezicht uitvoeren. In verschillende FPC's is men bezig om het Forensisch Psychiatrisch Toezicht meer bekendheid te geven, bijvoorbeeld door middel van het interne nieuwsbulletin. Binnen de reclassering is het Forensisch Psychiatrisch Toezicht inmiddels goed bekend bij alle reclasseringswerkers die met tbs-cliënten werken. Hoeveel mensen binnen de reclassering en de verschillende FPC's betrokken zijn bij de uitvoering van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht staat weergegeven in Tabel 6.1.

6.6 Invulling van de samenwerking

Met behulp van de lokale procesbeschrijvingen en aanvullende informatie uit de interviews is voor elke combinatie FPC-reclassering uitgewerkt hoe de inhoud van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in elke fase van het resocialisatietraject is vormgegeven. Deze omschrijvingen zijn ter verificatie voorgelegd aan de betrokkenen.

In Tabel 6.2 staat per FPC een samenvatting weergegeven van de inhoudelijke invulling. Hierbij is een waarschuwing op zijn plaats: ondanks dat informatie is voorgelegd ter controle op juistheid, is het mogelijk dat de informatie in deze tabel niet geheel in overeenstemming is met de actuele situatie. De afspraken en lokale procesbeschrijvingen worden immers voortdurend, op grond van nieuwe ervaringen, aangepast.

In Tabel 6.2 valt allereerst op dat, ondanks de mogelijkheid om op lokaal niveau een eigen invulling te geven aan de uitwerking van het FPT, de verschillende werkwijzen in grote mate overeenstemmen.

Aanvang Forensisch Psychiatrisch Toezicht

In de Procesbeschrijving en het Plan van Aanpak is vastgesteld dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht start wanneer een tbs-gestelde wordt opgenomen op de resocialisatieafdeling. Op dat moment maakt een contactfunctionaris kennis met de tbs-gestelde en gaat hij deel uit maken van het multidisciplinaire behandelteam.

Soms kent een FPC geen resocialisatieafdeling maar wel een uitstroomafdeling. Verder zijn de resocialisatie- of uitstroomafdelingen van de verschillende FPC's niet altijd gelijk wat betreft de precieze fase van de behandeling waarin de patiënt zich bevindt en de daarbij behorende vrijheden. Uit Tabel 6.2 blijkt dat er in de praktijk dan ook enige variatie bestaat tussen FPC's wat betreft de aanvang van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De reclassering wordt ingeschakeld zodra een patiënt wordt geplaatst op een resocialisatie of uitstroom afdeling, bij de indicatiestelling voor transmuraal verlof of pas tijdens de fase van transmuraal verlof, ter voorbereiding van het proefverlof. Binnen de Rooyse Wissel werd aanvankelijk met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht gestart op het moment dat in de fase van onbegeleid verlof het transmurale verlof was geïndiceerd. Later heeft men zich geconformeerd aan de overige locaties. In FPC Pompestichting vindt voor aanvang van het transmuraal verlof een behandelplanbespreking plaats waar de patiënt uitleg krijgt over de aanstaande taakverdeling tussen de verschillende toezichthoudende partijen.

Tabel 6.2: Invulling van het FPT op lokaal niveau

(Noot: RW= reclasseringswerker, CF= contactfunctionaris, TCO= tbs casuïstiekoverleg, MRR= maatregelrapport, BPB= behandelplanbespreking, RM= rechterlijke macht, PB= procesbeschrijving)

	Aanvang FPT	Transmuraal verlof	Proefverlof	Voorwaardelijke beëindiging	Bijzonderheden
FPC Van Mesdag	Vanaf plaatsing op de afdeling uitstroom (vanaf fase onbegeleid verlof).	CF neemt deel aan BPB's. <i>Vorbereitung proefverlof:</i> CF voert intake gesprek met cliënt. RW wordt aangewezen in TCO, schrijft MRR. FPC en RW overleggen over MRR. <i>Pré-toezicht:</i> RW bij BPB's en frequent contact met patiënt. CF op indicatie bij BPB.	RW toezicht. FPC/RW begeleiding. CF bemiddelende functie. FPC op indicatie huisbezoek. Structureel overleg via BPB's. RW 2maandelijksse rapportage aan FPC.	RW toezicht. FPC consulterende functie. FPC <i>time-out</i> . Overleg RW/FPC op indicatie.	In de PB is expliciet vermeld wat te doen in situatie dat proefverlof wordt overgeslagen en direct wordt overgegaan tot voorwaardelijke beëindiging.
FPC Veldzicht	In fase transmuraal verlof, zes maanden voor start proefverlof (vorbereitung).	CF neemt deel aan BPB's. <i>Vorbereitung proefverlof:</i> RW wordt aangewezen in TCO, bouwt begeleidingsrelatie op met patiënt en schrijft MRR. FPC en RW overleggen over MRR. Zowel RW als CF neemt deel aan BPB's. Op indicatie extra overleg tussen FPC en RW/CF. <i>Pré-toezicht:</i> RW bij BPB's en frequent contact met patiënt. CF op indicatie bij BPB.	RW toezicht. FPC/RW begeleiding. FPC op indicatie huisbezoek. Overleg RW/FPC op indicatie.	RW toezicht en begeleiding. FPC begeleiding op indicatie. FPC <i>time-out</i> . Overleg RW/FPC op indicatie.	
FPC De Oostvaarders-kliniek	Vanaf plaatsing op resocialisatieafdeling (in fase transmuraal).	CF neemt deel aan BPB's en 6maandelijksse evaluatie en voert op indicatie een kennismakingsgesprek met patiënt. Regelt indien nodig uitstroom naar andere regio. <i>Vorbereitung proefverlof:</i> RW wordt aangewezen in TCO, schrijft MRR en bespreekt deze met FPC en patiënt. <i>Pré-toezicht:</i> RW bij BPB's en frequent contact met patiënt.	RW toezicht en begeleiding. Overleg RW/FPC op indicatie. RW 2maandelijksse rapportage aan FPC.	RW toezicht. FPC consulterende functie. FPC incidenteel contact, op verzoek van patiënt. FPC <i>time-out</i> .	In de PB is expliciet vermeld wat te doen in situatie dat proefverlof wordt overgeslagen en direct wordt overgegaan tot voorwaardelijke beëindiging.

Tabel 6.2: Vervolg (Noot: RW= reclasseringswerker, CF= contactfunctionaris, TCO= tbs casuïstiekoverleg, MRR= maatregelrapport, BPB= behandelplanbespreking, RM= rechterlijke macht, PB= procesbeschrijving)

	Aanvang FPT	Transmuraal verlof	Proefverlof	Voorwaardelijke beëindiging	Bijzonderheden
FPC Pompe-stichting	Vanaf indicatiestelling transmuraal (in fase onbegeleid verlof).	CF neemt deel aan BPB's. Regelt indien nodig uitstroom naar andere regio. <i>Vorbereiding proefverlof:</i> RW wordt aangewezen in TCO, schrijft MRR en heeft contact met patiënt. CF heeft bemiddelende rol tussen RW en FPC. <i>Pré-toezicht:</i> vast onderdeel binnen transmuraal verlof, door CF of RW, afh. van verblijfplaats.	RW toezicht en begeleiding. FPC/RW huisbezoek. Overleg RW/FPC op indicatie. RW 2maandelijkse rapportage aan FPC.	RW toezicht en begeleiding. FPC kijkt mee met RW. FPC <i>time-out</i> . Overleg RW/FPC op indicatie.	Voor aanvang transmuraal verlof vindt BPB plaats tussen FPC, CF en patiënt om taakverdeling toe te lichten.
FPC de Kijvelanden	In fase transmuraal verlof.	CF neemt deel aan BPB's. <i>Vorbereiding proefverlof:</i> RW wordt aangewezen in TCO, schrijft MRR. Zowel RW als CF neemt deel aan BPB's. <i>Pré-toezicht:</i> RW start begeleiding patiënt in periode tussen MRR en start proefverlof.	RW toezicht. FPC/RW huisbezoek. Structureel overleg via BPB's. RW 2maandelijkse rapportage aan FPC.	RW toezicht en begeleiding. FPC signalerings- en adviesfunctie. FPC <i>time-out</i> . Structureel overleg via BPB's.	
FPC Oldenkotte	In fase transmuraal, met uitzicht op proefverlof.	CF neemt deel aan BPB's. Regelt indien nodig uitstroom naar andere regio. <i>Vorbereiding proefverlof:</i> FPC geeft opdracht tot opstellen MRR. RW wordt aangewezen in TCO, schrijft MRR en samen met FPC een concept toezichtplan. Afstemming tussen FPC en RW in projectvergadering. <i>Pré-toezicht:</i> RW start toezicht patiënt en neemt deel aan BPB's.	FPC werkt met het FPT (thuiszorg)-team. FPC/RW toezicht en begeleiding en regelmatig samen op huisbezoek. Frequent structureel overleg. RW 2maandelijkse rapportage aan FPC.	RW/FPC toezicht en begeleiding. FPC <i>time-out</i> .	FPT (thuiszorg)-team biedt op verzoek van patiënt ook nog begeleiding na beëindiging van de tbs-maatregel.
AMC de Meren	Bij aanvraag transmuraal, in fase onbegeleid verlof.	CF neemt deel aan BPB's.	Onbekend	Onbekend	

Tabel 6.2: Vervolg (Noot: RW= reclasseringswerker, CF= contactfunctionaris, TCO= tbs casuïstiekoverleg, MRR= maatregelrapport, BPB= behandelplanbespreking, RM= rechterlijke macht, PB= procesbeschrijving)

	Aanvang FPT	Transmuraal verlof	Proefverlof	Voorwaardelijke beëindiging	Bijzonderheden
FPC De Rooyse Wissel	In fase transmuraal met uitzicht op proefverlof.	CF neemt deel aan BPB's. Regelt indien nodig uitstroom naar andere regio. <i>Vorbereiding proefverlof:</i> RW wordt aangewezen in TCO, schrijft in overleg met FPC het MRR. FPC, RW en patiënt kennismakingsgesprek over taken en bevoegdheden. <i>Pré-toezicht:</i> RW bij BPB's, schrijft voortgangsverslagen en heeft contact met patiënt. Een keer per week overleg CF, RW en FPC.	RW toezicht en begeleiding. FPC begeleiding. FPC/RW huisbezoek. Structureel overleg via BPB's. Contact FPC/RW en patiënt. RW 2maandelijkse rapportage aan FPC.	RW begeleiding. FPC consulterende functie. FPC <i>time-out</i> . Overleg RW/FPC op indicatie.	Tot voor kort was aanvang FPT vanaf indicatiestelling transmuraal in fase onbegeleid verlof. N.a.v. landelijke FPT bijeenkomsten is dit gewijzigd. Proefverloffase wordt regelmatig overgeslagen door RM.
Hoeve Boschoord	Vanaf een half jaar na start transmuraal verlof. Startmoment is afhankelijk van verloop verloffase.	CF neemt deel aan BPB's en op indicatie aan multidisciplinair overleg. <i>Vorbereiding proefverlof:</i> FPC geeft opdracht tot opstellen MRR. RW wordt aangewezen in TCO, schrijft MRR en heeft in het kader hiervan contact met patiënt. <i>Pré-toezicht:</i> RW start begeleiding patiënt in periode tussen MRR en start proefverlof.	RW toezicht en begeleiding. FPC begeleiding. Praktische begeleiding wordt gedaan door de instelling waar patiënt verblijft. Structureel overleg via BPB's. RW 2maandelijkse rapportage aan FPC.	FPC <i>time-out</i> .	Meerderheid van patiënten van deze FPC stroomt uit naar 24uurs zorgvoorziening, waardoor taakverdeling anders is vormgegeven.
GGZEindhoven	In fase transmuraal verlof, zes maanden voor start proefverlof (vorbereiding).	CF neemt deel aan BPB's. Regelt indien nodig uitstroom naar andere regio. <i>Vorbereiding proefverlof:</i> FPC geeft opdracht tot opstellen MRR. RW wordt aangewezen in TCO, schrijft MRR en heeft in het kader hiervan contact met patiënt.	RW toezicht en begeleiding. FPC behandeling/begeleiding op indicatie. Structureel overleg via BPB's.	RW toezicht. FPC toezicht en nazorg. FPC behandeling op indicatie. FPC <i>time-out</i> . Overleg op indicatie.	

Transmuraal verlof

In de fase van transmuraal verlof bepaalt voornamelijk het wettelijke kader de verdeling van de taken tussen het FPC en de reclassering. Het FPC heeft de eind- en uitvoeringsverantwoordelijkheid. Daar liggen in deze fase ook de meeste taken. De taken van de reclassering beperken zich tot het kennis maken met de patiënt en het schrijven van een maatregelrapport. In alle FPC's neemt de contactfunctionaris van de reclassering deel aan de behandelplanbesprekingen om informatie te verzamelen over de patiënt. Tevens kijkt hij met het FPC mee of de patiënt in aanmerking komt voor proefverlof. Indien de patiënt uitstroomt naar een andere regio draagt de contactfunctionaris de relevante rapportages over aan de contactfunctionaris in de andere regio.

Zodra een patiënt in aanmerking komt voor proefverlof wordt een reclasseringswerker aan de patiënt toegewezen. De toewijzing vindt plaats in het zogeheten tbs-casuïstiek overleg (TCO). Deze reclasseringswerker legt contact met de patiënt voor het schrijven van het maatregelrapport. In de periode tussen het opstellen van het maatregelrapport en ingang van het proefverlof is in vrijwel alle klinieken sprake van het zogeheten pré-toezicht: hoewel de tbs-gestelde nog intramuraal verblijft, heeft de reclasseringswerker al contact met de patiënt, zodat continuïteit in het toezicht gewaarborgd is tijdens de overgang van transmuraal verlof naar proefverlof. Indien nodig wordt in deze fase een woning en werk geregeld voor de patiënt. Hiervoor wordt in de meeste gevallen (intensief) samengewerkt tussen FPC en reclassering.

Met uitzondering van AMC de Meren, waar de samenwerking grotendeels nog van de grond moet komen, zijn geen aanmerkelijk verschillen tussen de FPC's wat betreft de wijze waarop het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is ingevuld in de fase van transmuraal verlof.

Proefverlof

Zodra proefverlof is verleend, verandert de verdeling van de uitvoeringsverantwoordelijkheid. Deze komt nu vooral bij de reclassering te liggen, waarbij de omvang van de rol van het FPC afneemt. Er vindt als het ware een kanteling plaats van de taakverdeling. Het FPC heeft nog wel de eindverantwoordelijkheid en de reclassering moet aan het FPC verantwoording afleggen. De fase van proefverlof is de fase waar het meest intensief wordt samengewerkt door het FPC en de reclassering.

De precieze rol van het FPC tijdens de fase van proefverlof verschilt per regio. In een aantal regio's is deze groot, in andere regio's ligt de primaire taak bij de reclassering en in sommige regio's is er sprake van een gelijke verdeling van taken tijdens proefverlof. De verdeling van de toezichts- en begeleidingstaken is verschillend. Soms zijn de toezichttaken toebedeeld aan de reclasseringswerker terwijl het FPC de begeleiding op zich neemt terwijl op andere locaties beide organisaties hier verantwoordelijkheden in hebben. In een aantal gevallen liggen vrijwel alle toezichts- en begeleidingstaken bij de reclasseringswerker en is het FPC op indicatie

beschikbaar. Veel van de FPC's gaan, al dan niet samen met de reclassering, (op indicatie) op huisbezoek bij de patiënt.

De informatie in Tabel 6.2 geeft geen inzicht in de exacte intensiteit van het contact tussen de toezichthoudende partijen onderling en met de patiënt. Per locatie bestaat grote diversiteit. De intensiteit van het toezicht wordt afgesproken afhankelijk van de individuele patiënt. Dit betekent dat de mogelijkheid om maatwerk te bieden in de praktijk zeker wordt benut.

Voorwaardelijke beëindiging

In de fase van voorwaardelijke beëindiging ligt wettelijk gezien alle verantwoordelijkheid bij de reclassering. De rol van het FPC wordt dan ook aanzienlijk beperkter.

In alle regio's bevindt het FPC zich in deze fase voornamelijk op de achtergrond maar is in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht beschikbaar voor consult, een eventuele *time-out* of voor begeleidende gesprekken op indicatie. Structureel overleg vindt slechts in één FPC plaats, in andere regio's vindt overleg tussen reclassering en het FPC in deze fase op indicatie plaats. Voor Hoeve Boschoord is de rol tijdens de voorwaardelijke beëindiging relatief beperkt. Dit komt door de specifieke patiëntenpopulatie van deze kliniek die veelal uitstroomt naar een 24-uurs voorziening. FPC Oldenkotte vervult in de voorwaardelijke beëindiging nog steeds een grote rol in de begeleiding en biedt eventueel, op verzoek van de patiënt, ook nog begeleiding na beëindiging van de tbs-maatregel.

Op verschillende locaties heeft men inmiddels ervaring met de situatie dat de rechter, in afwijking van het advies van het FPC en de reclassering, de verpleging voorwaardelijk wil beëindigen. Dit kan betekenen dat de fase van proefverlof wordt overgeslagen. Dit levert binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een bijzondere situatie op. De reclassering kan dan de opdracht krijgen de mogelijkheden voor een voorwaardelijke beëindiging te onderzoeken. Doordat beide partijen in deze situatie een andere opdracht, rol en belangen hebben, wordt de samenwerking gecompliceerd. FPC Van Mesdag en FPC De Oostvaarderskliniek anticiperen in hun procesbeschrijving op deze situatie.

6.7 Multidisciplinaire samenwerking en ketenbenadering

Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is een ketensamenwerking waar naast FPC en reclassering een belangrijke rol is weggelegd voor andere instellingen, zoals GGZ-instellingen en forensisch psychiatrische poliklinieken maar ook andere justitiële ketenpartners. Deze partijen worden in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ook wel aangeduid als de derde partij. De samenwerking tussen het FPC en de reclassering is op zich al multidisciplinair van aard. In dit verband zou "multi-institutionele samenwerking en ketenbenadering" wellicht een betere benaming zijn voor de participerende rol van de derde partij. Aan de leden van de Klankbordgroep is gevraagd of de rol van deze derde partij ook is opgenomen in de procesbeschrijving.

Er wordt nauw samengewerkt met vele instanties en geparticipeerd in brede netwerken. Soms wordt de derde partij wel genoemd in de procesbeschrijving, maar vrijwel niemand heeft de rol van deze instanties uitgewerkt. Hier worden verschillende redenen voor gegeven. Voor iedere patiënt wordt zorg op maat gemaakt. Dit betekent dat voor vrijwel elke patiënt andere instanties de rol van derde partij vervullen. Daar worden telkens aparte afspraken mee gemaakt. Deze afspraken liggen wel vast, bijvoorbeeld in het proefverlofplan. Het is echter ondoenlijk om al die afspraken met afzonderlijke partijen op te nemen in het algemene model.

Een aantal mensen meent dat in de procesbeschrijving alleen de rol van de verantwoordelijke partijen uitgewerkt moeten worden. Zo is een RIBW wel een samenwerkingspartner maar geen verantwoordelijkheidspartner. Een meerderheid van de respondenten meent echter dat het wel de bedoeling is om in de toekomst andere partijen bij het Forensisch Psychiatrisch Toezicht te betrekken. Met name de communicatie en kennisoverdracht tussen alle betrokken partijen is belangrijk en dit kan gerealiseerd worden binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Tegelijkertijd moet de keten niet te groot worden; zonder een duidelijke regiefunctie zou een ketenbenadering vertraging in de hand kunnen werken.

Op de vraag welke instanties in de toekomst betrokken moeten worden in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt vooral de GGZ genoemd. Er vindt immers een belangrijke uitstroom plaats naar de GGZ. Andere partijen die genoemd worden zijn de RIBW, de gemeente, het Openbaar Ministerie, de politie, de forensische polikliniek, het FPA, de huisarts en de ambulante verslavingszorg. Ook de verstandelijke gehandicaptenzorg wordt door een aantal respondenten genoemd omdat deze groep moeilijk uit te plaatsen is. Ook oppert een aantal respondenten de idee het Forensisch Psychiatrisch Toezicht vorm te geven naar voorbeeld van het veiligheidshuis waarbinnen casusoverleg plaatsvindt waarbij meerdere partijen participeren en samenwerken.

6.8 Invulling toezicht op langere termijn

De fase van voorwaardelijke beëindiging is vrij recent verlengd en kan nu maximaal negen jaar duren. Deze mogelijkheid hoeft echter niet te betekenen dat de fase van voorwaardelijke beëindiging in veel gevallen ook negen jaar zal duren. Dit zal nog moeten blijken. Voorheen was de maximale termijn drie jaar en deze is ook niet altijd helemaal benut.

Middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht moet aan het toezicht voor de eventueel lange termijn gezamenlijk vorm worden gegeven. De fase van voorwaardelijke beëindiging moet daarbij een afbouw in de intensiteit van het toezicht behelzen, omdat er in deze fase toegewerkt moet worden naar het beëindigen van de tbs. Hoe de fase van voorwaardelijke beëindiging vorm moet krijgen indien deze langdurig is, is echter nog niet uitgewerkt.

De geïnterviewden hebben wel ideeën over de betrokkenheid van het FPC in een eventueel lang durende fase van voorwaardelijke beëindiging. De meesten vinden

dat het FPC alleen betrokken moet worden op indicatie. Dit kan zijn in een consulterende functie of in het kader van een *time-out*. De *time-out* mogelijkheid kan voor logistieke problemen gaan zorgen nu de voorwaardelijke beëindiging negen jaar kan duren. Dit betekent dat er steeds meer capaciteit gereserveerd moet worden voor mogelijke terugplaatsingen.

Een vraag die leeft bij verschillende respondenten is of een patiënt negen jaar door dezelfde reclasseringswerker begeleid moet worden en of de objectiviteit dan nog wel gewaarborgd blijft. Verder wordt geconstateerd dat wanneer de voorwaardelijke beëindiging inderdaad negen jaar bestrijkt, andere partijen dan reclassering en FPC belangrijker worden. Het betrekken van deze derde partijen in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt daarmee extra relevant.

6.9 Conclusies

In dit hoofdstuk is beschreven hoe op lokaal niveau invulling is gegeven aan het Forensisch Psychiatrisch Toezicht en wat de ideeën achter de gemaakte keuzes waren. Bij aanvang van de testfase van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht waren er grote lokale verschillen wat betreft de reeds bestaande contacten en samenwerking tussen FPC's en reclassering. Het lijkt er op dat participatie in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht oude stijl veel samenwerking en contacten heeft bewerkstelligd die tot op heden in stand zijn gebleven.

Ondanks de mogelijkheid om op lokaal niveau een eigen invulling te geven aan de uitwerking van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht komen de werkwijzen in grote mate overeen. Deze vrijheid heeft geleid tot enkele verschillen per regio wat betreft selectiecriteria, de aanvang in het resocialisatieproces en de taakverdeling in de verschillende fasen van het resocialisatietraject. Per locatie zijn er ook verschillen qua intensiteit van invulling per patiënt. Er wordt zichtbaar gebruik gemaakt van de mogelijkheid om maatwerk te bieden. Hierdoor is een vergelijking tussen locaties lastig te maken.

Over hoe het toezicht in geval van een lange periode van voorwaardelijke beëindiging ingevuld moet worden en hoe de afbouw van het toezicht in die periode zal moeten plaatsvinden is nog vrijwel niets vastgelegd. In het resocialisatieproces spelen verder veel andere instanties een rol. Om welke instanties het gaat is verschillend per patiënt. De afspraken met al deze betrokken partijen zijn niet opgenomen in de procesbeschrijving maar worden veelal uitgewerkt en op papier gezet op individueel niveau.

Hoofdstuk 7

De patiëntenpopulatie in de testfase

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de populatie tbs-gestelden waarop toezicht wordt gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De resultaten zijn gebaseerd op informatie verkregen door middel van een dossieronderzoek dat heeft plaatsgevonden bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie. In deze dossierstudie zijn alle dossiers van tbs-gestelden waarop volgens de informatie van de DJI toezicht werd gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht bestudeerd.

7.2 De onderzoeksgroep

Op 1 juli 2009 (peildatum) was op de DJI van 112 patiënten bekend dat op hen toezicht werd gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Van zes van de 112 patiënten waren, op het moment van de dossierstudie, de dossiers niet beschikbaar of incompleet. In Tabel 7.1 is te zien vanuit welke FPC's de overige 106 patiënten zijn behandeld. Op grond van de informatie uit de interviews (zie Tabel 6.1) kan geconcludeerd worden dat het aantal patiënten in de testfase van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in werkelijkheid hoger ligt. Dit geldt vooral voor de aantallen patiënten van FPC Van Mesdag en van Hoeve Boschoord (volgens de interviews respectievelijk 58 en 22 patiënten). Desondanks geeft de onderzoeksgroep een representatief (algemeen) beeld van de populatie patiënten in de testfase.

De 106 dossiers betroffen 95 mannen (89,6%) en 11 (10,4%) vrouwen. De oudste patiënt is geboren in 1926 en de jongste in 1983.

Tabel 7.1: Verdeling patiënten in het FPT over de FPC's

<u>FPC</u>	<u>frequentie</u>	<u>percentage</u>
Van Mesdag	24	22.6
GGzEindhoven	18	17.0
Oldenkotte	16	15.1
Veldzicht	8	7.5
De Rooyse Wissel	19	17.9
De Kijvelanden	5	4.7
De Oostvaarderkliniek	11	10.4
Hoeve Boschoord	5	4.7
Pompestichting	-	-
AMC de Meren	-	-
Totaal	106	100

Uit Tabel 7.2 blijkt dat Forensisch Psychiatrisch Toezicht vooral wordt ingezet tijdens de fase van proefverlof. Drie patiënten met Forensisch Psychiatrisch Toezicht bevinden zich nog in de fase van onbegeleid verlof; één van hen verblijft maximaal 6 nachten per week buiten de kliniek. Omdat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht recent van start is gegaan kan verwacht worden dat het aantal patiënten in de fase van voorwaardelijke beëindiging zal toenemen en uiteindelijk de grootste groep zal vormen.

Tabel 7.2: Verloffase van patiënten met FPT

<u>Verloffase</u>	<u>frequentie</u>	<u>percentage</u>
Onbegeleid verlof	3	2.8
Transmuraal verlof	19	17.9
Proefverlof	62	58.5
Voorwaardelijk beëindigde tbs	22	20.8
Totaal	106	100

7.3 Psychiatrische en verslavingsproblematiek

In Tabel 7.3 is informatie te vinden over de problematiek van de 106 tbs-gestelden in de pilot van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Tabel 7.3: Frequenties en percentages van de diagnoses en problematiek

Diagnose As I (DSM-IV)	<u>Frequentie</u>	<u>Percentage</u>
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	12	11.3
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornissen	3	2.8
Cognitieve stoornissen	-	-
Stoornissen door somatische aandoening	-	-
Misbruik of verslaving (in remissie):		
Harddrugs	38	35.9
Softdrugs	63	59.4
Alcohol	62	58.5
Overige middelen	7	6.6
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	48	45.3
Stemmingsstoornissen	5	4.7
Angststoornissen	3	2.8
Nagebootste stoornissen	1	0.9
Dissociatieve stoornissen	-	-
Seksuele stoornissen	10	9.4
Stoornissen in de impulsbeheersing of gokverslaving	7	6.6
Aanpassingsstoornissen	1	0.9
Andere aandoeningen die reden tot zorg geven	14	13.2
Eetstoornis	1	0.9
Diagnose As II (DSM-IV)		
Persoonlijkheidsstoornis cluster A		
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	-	-
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	1	0.9
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	1	0.9
Persoonlijkheidsstoornis cluster B		
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	15	14.2
Borderline persoonlijkheidsstoornis	8	7.5
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	-	-
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	9	8.5
Persoonlijkheidsstoornis cluster C		
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	-	-
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	3	2.8
Obsessiecompulsieve persoonlijkheidsstoornis	1	0.9
Persoonlijkheidsstoornis NAO	56	52.8
Zwakzinnigheid	11	10.4

Bij vele patiënten zijn meerdere stoornissen gediagnosticeerd. Als gevolg daarvan tellen de aantallen niet op tot 106 en de percentages niet tot 100%. In deze groep is veel problematisch middelengebruik. Relatief veel patiënten lijden aan een psychotische stoornis. Persoonlijkheidsstoornissen zijn vooral gediagnosticeerd als Persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anderszins omschreven); het betreft voornamelijk cluster B problematiek (DSM-IV).

7.4 Het indexdelict

De ernst van het indexdelict, dat wil zeggen het delict naar aanleiding waarvan de rechter de tbs-maatregel heeft opgelegd, is gescoord met behulp van de zogeheten BOOG systematiek (Van Kordelaar, 2003). De resultaten staan in Tabel 7.4. Hieruit blijkt dat, zoals te verwachten is bij een populatie tbs-patiënten, de indexdelicten ernstige delicten betreffen. De categorie Leven extra betreft gekwalificeerde doodslag of moord.

Tabel 7.4: Ernst van het indexdelict volgens de BOOG systematiek

<u>BOOG score</u>	<u>frequentie</u>	<u>percentage</u>
Vermogen en profijt	1	0.9
Middelzwaar geweld	8	7.5
Vermogen met geweld	5	4.7
Zwaar geweld	28	26.4
Zeden	11	10.4
Zeden jeugd	10	9.4
Doodslag	14	13.2
Brand	9	8.5
Leven extra	20	18.9
Totaal	106	100

Uit Tabel 7.5 blijkt in hoeveel gevallen het indexdelict een zedendelict betreft. Er is een onderscheid gemaakt tussen de zedendelicten waarbij het slachtoffer jonger was dan 16 jaar en de zedendelicten waarbij het slachtoffer 16 jaar of ouder was.

Tabel 7.5: Aanwezigheid seksuele component indexdelict

<u>Seksuele component</u>	<u>frequentie</u>	<u>percentage</u>
Geen seksuele component aanwezig	82	77.4
Seksuele component slachtoffer jonger dan 16 jaar	12	11.3
Seksuele component slachtoffer 16 jaar of ouder	12	11.3
Totaal	106	100

In Tabel 7.3 was te zien dat er bij veel patiënten sprake is van verslavingsproblematiek. Uit Tabel 7.6 is af te leiden dat, voor zover bekend, het indexdelict in relatief veel gevallen is gepleegd onder invloed van middelen.

Tabel 7.6: Invloed middelen ten tijde van indexdelict

<u>Invloed middelen</u>	<u>frequentie</u>	<u>percentage</u>
Niet	44	47.3
Onder invloed van alcohol	19	20.4
Onder invloed van drugs	19	20.4
Onder invloed van alcohol en drugs	11	11.8
<i>missing</i>	13 ¹⁴	-
Totaal	106	100

¹⁴ Bij het berekenen van de percentages zijn de *missing values* buiten beschouwing gelaten.

7.5 Situatie extramuraal

In de Tabellen 7.7 tot en met 7.9 is informatie te vinden over de woonsituatie van de extramurale patiënten. Hieruit valt af te leiden dat ongeveer een derde van de patiënten (34.9%) zelfstandig of bij familie woont of gaat wonen. Acht patiënten verblijven in een transmurale tbs-voorziening; mogelijk gaan zij in een volgende verloffase ook zelfstandig of bij familie wonen. Ongeveer tweederde stroomt uit naar een 24-uurs voorziening zoals een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) of een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) of naar een begeleide woonvorm zoals een regionale instelling beschermde woonvormen (RIBW) of een woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten.

Tabel 7.7: Uitstroomvoorziening na FPC

<u>Uitstroom naar</u>	<u>frequentie</u>	<u>percentage</u>
(Transmurale) tbs-voorziening	8	7.5
APZ	14	13.2
FPA	13	12.3
RIBW	29	27.4
Woonvoorziening verstandelijk gehandicapten	5	4.7
Zelfstandig of bij familie wonen	37	34.9
Totaal	106	100

Zoals in Tabel 7.8 is te zien wordt van 15 patiënten de financiële situatie expliciet als problematisch beschouwd. Voor deze patiënten is ondersteuning en extra toezicht op financieel gebied georganiseerd.

Tabel 7.8: Problematische financiële situatie

<u>Problematische financiën</u>	<u>frequentie</u>	<u>percentage</u>
Nee	78	83.9
Ja	15	16.1
<i>missing</i>	13	-
Totaal	106	100

In Tabel 7.9 is te lezen dat naast het FPC en de reclassering vele partijen een rol hebben in de extramurale zorg, toezicht of begeleiding. Uiteraard zijn dit de eventuele 24-uurs voorzieningen of de begeleide woonvorm waar de patiënt verblijft. Opvallend is dat één patiënt verblijft in een algemeen ziekenhuis. Andere patiënten krijgen ambulante (forensische) (thuis)zorg. Verder zijn verschillende zorg- of toezichtstaken neergelegd bij vele andere instellingen. Zo wordt de controle op eventueel middelengebruik soms uitgevoerd door instellingen voor verslavingszorg. Buiten de reclassering zijn ook anderen betrokken bij begeleiding op diverse vlakken, zoals werk en financiën. Opmerkelijk is dat in vier gevallen de voogd van de kinderen betrokken is bij het toezicht op de patiënt.

Tabel 7.9: Zorgaanbieders naast FPC en Reclassering

<u>Zorgaanbieder klinisch</u>	<u>frequentie</u>
RIBW	29
APZ	14
FPA	13
Woonvoorziening verstandelijk gehandicapten	5
Verblijf algemeen ziekenhuis	1
<u>Zorgaanbieder ambulante</u>	
Forensisch psychiatrische polikliniek	35
Forensisch psychiatrische thuiszorg	19
Ambulant contact GGZ	10
<u>Overig</u>	
Controle op middelengebruik (Jellinek, Brijder, Maliebaan, GGGD)	10
Gezinsvoogd van de kinderen	4
Arbeidsbegeleiding	9
Begeleiding financiële zaken	5
Toezicht op medicatie	1
Trefpunt autisten	1
Zelfhulp verslaafden	1

7.6 Typen extramurale patiënten

In hun overzichtstudie naar toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten maken De Kogel en Nagtegaal (2008) een onderscheid tussen drie typen extramurale patiënten: ernstige psychiatrische patiënten, patiënten met verslavingsproblemen en zedendelinquenten. In Tabel 7.10 is te zien in welke mate deze typen patiënten vertegenwoordigd zijn binnen de groep patiënten met toezicht georganiseerd middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht en wat de overlap is tussen deze categorieën.

De meeste patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis kampen ook met verslavingsproblematiek. De combinatie van ernstige psychiatrische problematiek en zedendelicten komt vrijwel niet voor. Dit komt overeen met hetgeen gevonden wordt in de literatuur (Alish e.a., 2007; Nijman, Cima, & Merkelbach, 2003; Soyka, Morhart-Klute, Schoech, 2004), namelijk dat dit type patiënten zelden zedendelicten pleegt. Verder zijn er 17 patiënten (16.0%) die in geen van de categorieën vallen.

Tabel 7.10: Frequenties en percentages van patiënten volgens de indeling van De Kogel en Nagtegaal

<u>Type patiënt</u>	<u>Frequentie</u>	<u>Percentage</u>
Patiënten met ernstige psychiatrische stoornis	10	9.4
Patiënten met verslavingsproblematiek	23	21.7
Zedendelinquenten	16	15.1
Patiënten met ernstige psychiatrische stoornis <i>en</i> verslavingsproblematiek	32	30.2
Patiënten met ernstige psychiatrische stoornis <i>en</i> zedendelinquent	-	-
Patiënten met verslavingsproblematiek <i>en</i> zedendelinquent	6	5.7
Patiënten met ernstige psychiatrische stoornis <i>en</i> verslavingsproblematiek <i>en</i> zedendelinquent	2	1.9
Patiënten die in geen van de categorieën vallen	17	16.0
Totaal	106	100

Naast een indeling van extramurale patiënten naar problematiek en type delict is het ook mogelijk een indeling te maken naar uitstroombaliteit. In Tabel 7.11 geeft een dergelijke indeling voor de patiënten in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht weer. Hierbij is de groep die woonachtig is in een transmurale voorziening buiten beschouwing gelaten. Per uitstroombaliteit (APZ, FPA, RIBW, woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten of zelfstandige woning) wordt de problematiek beschreven: ernstige psychiatrische stoornis, persoonlijkheidsproblematiek, zwakbegaafdheid, zedendelinquentie en verslavingsproblematiek. Binnen de zedendelinquentie is een onderscheid gemaakt tussen daders van zedendelicten met een slachtoffer jonger dan 16 jaar en zedendelinquenten waarbij het slachtoffer 16 jaar of ouder was. Op deze manier wordt een beeld geschetst van de typen patiënten die in de verschillende voorzieningen terechtkomen of zelfstandig of bij familie gaan wonen.

Tabel 7.11: Problematiek en ambulant toezicht van patiënten naar uitstroombaliteit

	<u>APZ</u> (n=14)	<u>FPA</u> (n=13)	<u>RIBW</u> (n=29)	<u>Woonvoorziening</u> <u>verstandelijke</u> <u>gehandicapten</u> (n=5)	<u>Zelfstandige</u> <u>woning</u> (n=37)
Ernstige psychiatrische stoornis	12	11	10	-	11
Persoonlijkheidsproblematiek	12	9	25	4	36
Zwakbegaafd	1	2	2	5	1
Zedendelinquent, slachtoffer jonger dan 16 jaar	-	-	1	3	5
Zedendelinquent, slachtoffer 16 jaar of ouder	2	1	4	2	2
Verslavingsproblematiek					
- Harddrugs	7	8	10	-	12
- Softdrugs	8	6	9	-	13
- Alcohol	6	3	16	1	16
- Overig	-	1	2	-	3
Ambulante zorg	2	1	16	1	33

Het lijkt er op dat in de praktijk alle typen patiënten met (combinaties van) ernstige psychiatrische problematiek, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblematiek naar alle verschillende modaliteiten uitstromen. Al deze instellingen krijgen de zorg voor patiënten die (onder invloed van middelen) delictgevaarlijk kunnen worden. Ook de zedendelinquenten komen op verschillende plaatsen terecht, waaronder niet forensische zorginstellingen.

Onderaan in Tabel 7.11 is weergegeven hoe de eventuele ambulante (forensische) zorg zich verhoudt tot de uitstroommodaliteiten. Het blijkt dat deze zorg voornamelijk wordt georganiseerd voor de patiënten die zelfstandig gaan wonen en de patiënten die verblijven in een RIBW.

7.7 Conclusies

Door middel van de dossierstudie is een beeld gevormd van de populatie van tbs-gestelden waarop toezicht wordt gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De psychiatrische problematiek van deze groep patiënten kenmerkt zich door psychotische problematiek, cluster B persoonlijkheidsproblematiek en problematisch middelengebruik. Daarbij is vaak sprake van comorbiditeit, oftewel een combinatie van verschillende stoornissen. Veel patiënten kampen met problemen met betrekking tot middelengebruik. De delicten zijn vaak gepleegd onder invloed van middelen. Een indeling van de patiënten volgens de categorieën van De Kogel en Nagtegaal (2008) blijkt in de praktijk lastig omdat deze categorieën niet uitsluitend zijn en een groot aantal patiënten tot meerdere categorieën behoren. Met name de overlap tussen ernstige psychiatrische stoornis en verslavingsproblematiek is groot.

In de extramurale fase zijn vele verschillende partijen betrokken bij de zorg, begeleiding en het toezicht en relatief veel van de patiënten stromen uit naar 24-uurs voorzieningen. Ambulante (Forensische) (thuis)zorg is met name georganiseerd voor de patiënten die uitstromen naar een RIBW of die zelfstandig of bij familie gaan wonen. Van deze laatste groep ontvangt bijna iedereen deze zorg.

Hoofdstuk 8

Ervaringen in de praktijk

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ervaringen met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de testfase op uitvoeringsniveau weergegeven. Naast algemene ervaringen met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is, aan de hand van concrete casussen van patiënten waarop toezicht wordt gehouden, ingegaan op de praktische gang van zaken in deze gevallen. Dit waren in totaal 14 verschillende casussen. Een aantal van deze casussen wordt uitgebreid weergegeven om de werkzaamheid van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk te illustreren. Hiervoor is feitelijke informatie gewijzigd, zodat eventuele herkenning niet mogelijk is.

In dit hoofdstuk wordt eerst gekeken in hoeverre aan de voorwaarden voor samenwerking in de praktijk is voldaan en daarna wordt de uitwerking besproken van enkele onderwerpen die in de praktijk als belangrijk naar voren zijn gekomen.

8.2 Voorwaarden voor samenwerking

In de literatuur over samenwerking kwam naar voren dat samenwerking alleen tot een verbeterd toezicht kan leiden indien aan een aantal voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden zijn goede informatieoverdracht, duidelijke taakverdeling, gezamenlijke visie en gelijkwaardige participatie. Gekeken is hoe het in de praktijk staat met deze voorwaarden in de testfase van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

8.2.1 Informatieoverdracht

De samenwerking in het Forensisch Psychiatrisch vraagt om snelle communicatie en duidelijkheid over welke informatie gemeld moet worden. De meest gebruikte communicatiemiddelen zijn de e-mail en de telefoon. Daarnaast wordt informatie ook vaak mondeling overgedragen, zoals tijdens een vast werkoverleg. Ook komt het voor dat medewerkers van het FPC en reclassering samen de patiënt thuis bezoeken, relatiebegeleiding geven of gezamenlijke afspraken hebben met bijvoorbeeld een woningcorporatie. Ook op dergelijke momenten wordt informatie uitgewisseld. De reclassering en het FPC hebben geen toegang tot elkanders registratiesysteem, zoals het elektronisch patiëntendossier.

Volgens de meeste geïnterviewden is duidelijk *welke* informatie uitgewisseld moet worden. Anderen hebben de regel dat voor de zekerheid relatief snel en veel wordt gemeld. Iedere kleine wijziging in de situatie van de patiënt is het melden waard, omdat je nooit weet hoe zich dat gaat ontwikkelen, zegt een reclasseringswerker hierover. Enkelen ervaren onduidelijkheid; één persoon meldt voor de zekerheid alles maar. Bij het overtreden van voorwaarden is het duidelijk dat je dat moet melden, maar verder is het uitzoeken hoe je dit moet aanpakken, zegt iemand hierover. Een andere respondent ervaart dat door personeelwisselingen de communicatie niet altijd goed verloopt. Slechts één respondent heeft meegemaakt dat er in de communicatie tussen de reclassering en het FPC echt iets mis is gegaan. Het feit dat een patiënt grote schulden had gemaakt was pas in een laat stadium gemeld aan het FPC. Van dit incident hebben ze veel geleerd.

Reclasseringwerkers bespreken elke casus in het TCO. Hierin komt ook aan bod wanneer je als toezichthouder aan de bel moet trekken en wanneer dit overdreven is. Naast een uitleg over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kan gediscussieerd worden over de vraag wat de kliniek mag verwachten van de reclassering en andersom. In veel gevallen wordt de reclassering bij de behandelplanbesprekingen van het FPC uitgenodigd.

8.2.2 Duidelijkheid taakverdeling

In het advies van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008) wordt aanbevolen om een duidelijk onderscheid te maken tussen de behandeling, zorgtaken en het toezicht. Zij adviseert het gebruik van zogeheten continuïteitsbalken om helderheid te krijgen in de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot toezicht en zorg tussen FPC en reclassering, per fase van de maatregel. Aan de leden van de Klankbordgroep is gevraagd hoe zij tegen de verdeling van de behandeling en toezichttaken tussen FPC en reclassering aankijken.

Een groot aantal geïnterviewden is van mening dat de taken duidelijk verdeeld zijn. Het FPC doet de behandeling, controle en begeleiding. Eventueel wordt de behandeling in een latere fase overgenomen door een (forensische) polikliniek of door de reguliere GGZ. De reclassering houdt toezicht en geeft begeleiding maar heeft geen behandeltaken. Een behandelaar van een FPC omschrijft het als volgt: “De reclassering geeft begeleiding bij wonen, werken en vrije tijd en controleert zaken als medicatiegebruik, middelengebruik en financiën. Zij kijken of de cliënt zich aan de regels houdt. De forensische medewerkers van het FPC kijken hoe het met de cliënt gaat en hoe of hij omgaat met bijvoorbeeld zijn persoonlijkheidsproblematiek. Zij vergelijken het huidige beeld van de cliënt met hoe zij hem hebben leren kennen in de kliniek. Beide partijen kijken dus anders naar dezelfde cliënt en vullen elkaar daarmee aan. Door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht hebben we echt een volledig team.”

Door sommigen wordt erkend dat het onderscheid tussen toezicht en behandeling soms lastig is. De reclassering biedt immers ook interventies aan, zoals een budgetteringscursus. En wanneer een FPC van mening is dat de reclassering

onvoldoende controleert, dan heeft zij soms de neiging om deze taak over te nemen. Bovendien kan een gezamenlijk optreden tegen de patiënt ook inhouden dat de reclassering participeert in het behandelproces.

Aan de uitvoeringsverantwoordelijken is ook gevraagd of de taakverdeling voldoende is uitgewerkt en schriftelijk vastgelegd. Een medewerker van een FPC stelt dat zij wel weten wat hun taken zijn, maar dat de reclassering waar zij mee samenwerken onvoldoende weet wat Forensisch Psychiatrisch Toezicht inhoudt en welke activiteiten van hen verwacht worden. De meesten bevestigen wel dat de taken en verantwoordelijkheden zijn verdeeld en vastgelegd op papier. Maar enkelen van hen vragen zich af of het voldoende is. Sommigen menen dat eventuele onduidelijkheden zullen blijken in de praktijk, wanneer zich incidenten voordoen of wanneer er tussen reclassering en FPC toch een verschil van mening ontstaat.

8.2.3 Gezamenlijke visie

Bestaat er een verschil tussen reclassering en FPC in visie op toezicht en veiligheid? Op basis van de interviews lijkt er geen sprake van een structureel andere visie. In de praktijk worden er wel verschillen ervaren, maar deze lijken sterk afhankelijk van de personen die betrokken zijn en niet van de instanties die zij vertegenwoordigen. Zo zijn er soms verschillen van inzicht over eventuele risico's. Er is echter geen consistent beeld: de één vindt de FPC voorzichtiger, de ander de reclassering. De reclassering werkt met een patiënt in de buitenwereld en vanuit dat kader moet zij volgens een respondent pragmatischer zijn. Maar een ander noemt de reclassering juist weer strenger, bijvoorbeeld ten aanzien van drugsgebruik. Een veel gehoord uitgangspunt van de reclassering is dat zij vindt dat de patiënt een kans moet krijgen. Waar de kliniek soms terughoudend is, wil de reclassering juist met behulp van maatregelen kijken hoe de patiënt in de buitenwereld functioneert. De meerderheid van de respondenten ziet dat media en politiek een belangrijke invloed hebben op de visie van de FPC en de reclassering op veiligheid. Volgens een aantal respondenten zijn FPC's voorzichtiger en terughoudender geworden waar het gaat om verlof, sinds de reactie vanuit de politiek een aantal jaar geleden. In geval van een incident komt de kliniek met naam in de krant.

Hoewel er verschillen in visie bestaan, blijkt dit in de praktijk zelden tot problemen te leiden. Dankzij het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden problemen juist eerder gesignaleerd en ontstaat de discussie in een vroeg stadium, nog voordat de patiënt met proefverlof gaat. Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kan eventuele visieverschillen vereffenen. Bovendien zorgt het Forensisch Psychiatrisch Toezicht er voor dat men elkaars visie leert kennen. Hier is wel tijd voor nodig. Door intensiever contact en begrip en het openstaan voor de argumenten en visie van de ander, verloopt de samenwerking steeds beter. En wanneer dit niet lukt, is tenslotte de verantwoordelijkheid zoals die wettelijk is vastgelegd doorslaggevend.

Een concrete situatie waarin verschillende visies tussen FPC en reclassering ontstaan, is het geval waarin de rechter tegen het advies van de kliniek de verpleging (voorwaardelijk) wil beëindigen. De reclassering krijgt dan de opdracht de mogelijkheid (en niet zozeer de wenselijkheid) te onderzoeken van een (voorwaardelijke) beëindiging, terwijl de kliniek de rechter ervan probeert te overtuigen van deze beslissing af te zien. Casus A laat een situatie zien waarin de kliniek en de reclassering een andere opdracht hebben voor de rechtbank. Daarnaast laat deze casus zien welke meerwaarde de begeleiding door de kliniek in de fase van voorwaardelijke beëindiging kan hebben.

Casus A

A is een 28-jarige vrouw die behandeld wordt in het kader van de maatregel tbs. Op het moment dat zij 6 maanden in de fase van transmuraal verlof is, overweegt de rechter de behandeling voorwaardelijk te beëindigen. Dit is nadrukkelijk tegen het advies van de kliniek, die de fase van transmuraal verlof nog wil voortzetten. Volgens de kliniek is “ het leven van A nog onvoldoende op de rails”.

De reclassering krijgt van de rechter de opdracht de voorwaarden te onderzoeken waaronder de behandeling van A voorwaardelijk kan worden beëindigd. De reclassering is nog niet betrokken geweest bij het transmurale verlof en heeft nog niet eerder contact gehad met A. Het eerste contact vindt dus plaats in het kader van het opstellen van het maatregelrapport.

Wanneer de rechter de tbs-behandeling voorwaardelijk beëindigt, besluiten de reclassering en de kliniek te starten met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Op deze manier kan de kliniek betrokken blijven in de fase van de voorwaardelijke beëindiging en ondersteuning bieden bij het op orde krijgen van het leven van A. Zij heeft nog geen eigen woning, maar in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kan zij in de huurwoning van de kliniek blijven wonen. Na een aantal maanden ontstaat een moeilijke situatie voor A, omdat zij haar baan kwijtraakt en daardoor tijdelijk geen inkomen heeft. In afwachting van de uitkering besluit de kliniek dat A geen huur hoeft te betalen.

De kliniek had volgens de reclassering geen goede relatie met A, maar toch bleef zij betrokken en kon de reclassering gebruik maken van het feit dat de kliniek afspraken had met de sociale dienst en de woningbouwvereniging. Naar mening van de toezichthoudende partijen had A het niet gered indien de kliniek niet was bijgesprongen. De overgang zou te groot zijn geweest, omdat haar leefomstandigheden nog niet aangepast waren aan een volgende fase.

Indien er geen Forensisch Psychiatrisch Toezicht was geweest dan had de kliniek geen middelen om A in de voorwaardelijke beëindiging te begeleiden. De kliniek had dan de volledige verantwoordelijkheid aan de reclassering moeten overlaten.

8.2.4 Gelijkwaardige participatie

Door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is meer dan voorheen sprake van gelijkwaardige participatie van de reclassering en het FPC in het gehele resocialisatietraject. Beide partijen zijn gedurende het gehele traject betrokken, maar hun specifieke rol is afhankelijk van de fase waarin de patiënt zich bevindt en van de mate van toezicht en begeleiding die nodig wordt geacht. Beide partijen hebben hun eigen expertise die door de gezamenlijke participatie in het gehele traject samenkomt. Aan de leden van de Klankbordgroep en aan de uitvoeringsbetrokkenen van de FPC's en reclassering is gevraagd wat zij als expertise van het FPC beschouwen en wat als expertise van de reclassering. Tevens is gevraagd wat de bundeling van deze expertise inhoudt en welk effect dit heeft in de praktijk.

Expertise FPC

Het grootste deel van de respondenten meent dat de expertise van het FPC de kennis over de betreffende patiënt betreft en de ervaring met de omgang met deze patiënt. Het FPC heeft jarenlang met de patiënt gewerkt en kent de signalen en problematiek. Deze kennis is van groot belang op het moment dat iemand terugkeert in de maatschappij. Daarnaast vinden de respondenten de expertise op het gebied van psychopathologie, risicotaxatie en risicomangement een belangrijke meerwaarde van het FPC. Verder wordt genoemd: de behandeling die het FPC biedt, het combineren van de behandeling met controle, de diagnostiek en kennisoverdracht naar andere partijen, waaronder de reclassering.

Expertise reclassering

De meeste geïnterviewden zien het toezicht houden op (en het controleren van) de tbs-gestelde buiten de kliniek als belangrijkste expertise van de reclassering. Een aantal noemt de expertise van de reclassering dan ook het combineren van toezicht met het geven van vrijheid. Daarnaast noemt een aantal respondenten het regelen van praktische zaken in het dagelijks leven, zoals het begeleiden in wonen, werken en vrijetijdsbesteding.

Ook contact met toezichthoudende partijen (anders dan het FPC of de reclassering) en het sociale netwerk van de patiënt wordt als kwaliteit van de reclassering gezien. Verder noemt men de focus op de positieve kanten van de cliënt, de kennis over verslaving bij de verslavingsreclassering en het zorgen voor een snellere afbouw van de tbs-maatregel indien dit mogelijk lijkt te zijn.

Slechts één respondent, werkzaam bij een FPC, meent dat de reclassering geen expertise heeft die het FPC niet heeft. In het verleden was dit wel het geval maar het FPC heeft zich zodanig ontwikkeld dat zij inmiddels ook bekend is en ervaring heeft met alle taken van de reclassering.

Bundeling van expertises

Over de meerwaarde van de samenwerking, of de bundeling van expertises, wordt verschillend gedacht. Als belangrijkste meerwaarde van de samenwerking noemt een aantal respondenten het kunnen aanvullen van elkanders taken, informatie en expertise. Naast het aanvullen van elkaars expertise kan er indien gewenst ook expertise van de andere partij overgenomen worden. Twee respondenten verwachten dat de doorstroom versneld wordt omdat het FPC langer betrokken blijft en er meer onderling vertrouwen is. Verder maakt de bundeling van expertises een geleidelijke overgang van toezicht door het FPC naar toezicht door de reclassering mogelijk; dit is een belangrijke meerwaarde.

Een andere meerwaarde die wordt genoemd is dat de partijen elkaar kunnen raadplegen. De kans dat iets over het hoofd wordt gezien wordt kleiner. Overige voordelen die genoemd worden zijn: de patiënt krijgt minder kans om partijen tegen elkaar uit te spelen, er kan een beter op de persoon afgestemd maatregelrapport geschreven worden, in een vroeg stadium blijkt hoe de samenwerking tussen de reclasseringswerker en de patiënt uitpakt, het risicomanagement van het FPC wordt daadwerkelijk vertaald naar de situatie buiten en het FPC en de reclassering kunnen gezamenlijk hun advies verdedigen tegenover de rechterlijke macht of tegenover de patiënt, en staan daardoor sterker.

Casus B laat zien hoe de reclassering en het FPC elkaar kunnen raadplegen en gebruik kunnen maken van elkanders expertise in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de fase van voorwaardelijke beëindiging.

Casus B

B is een zwakbegaafde man van 52 jaar die behandeld is in het kader van de maatregel tbs. Het indexdelict betrof ernstige mishandeling van zijn toenmalige vrouw. De tbs-behandeling is voorwaardelijk beëindigd. B woont al enige tijd zelfstandig en het contact met de reclassering in het kader van proefverlof en voorwaardelijke beëindiging verloopt goed.

Na enige tijd krijgt B een nieuwe relatie en er ontstaat een situatie die sterke gelijkenissen vertoont met de situatie op het moment van het indexdelict. De reclassering benadert de kliniek omdat volgens hen sprake is van een zorgwekkende situatie en mogelijk een verhoogd recidiverisico. Gezamenlijk wordt besloten alsnog te starten met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid voor de kliniek om te participeren in een fase waarin de eindverantwoordelijkheid bij de reclassering ligt. Waar de kliniek kennis en ervaring heeft over de voorgeschiedenis, het indexdelict en aanwezige psychopathologie, is de reclassering goed op de hoogte van de huidige situatie van B omdat zij regelmatig contact met hem hebben. Door de kennis en ervaring van beide partijen te bundelen, ontstaat een helder beeld en kan er vanuit de overtuiging dat er sprake is van een risicovolle situatie actie ondernomen worden.

De reclassering en de kliniek besluiten samen het gesprek met B aan te gaan, waarin de gelijkenissen tussen de huidige relatie en de relatie met zijn ex-partner uitgebreid worden besproken. Ook wordt uitgelegd dat beide partijen het zo ernstig vinden dat een tijdelijke terugplaatsing in de kliniek serieus wordt overwogen. Het gesprek in de kliniek maakt veel indruk op B, doordat de kliniek erbij betrokken wordt en hij de dreiging van een terugplaatsing voelt. Met name de kliniek kan in dit gesprek een kritische houding aannemen ten aanzien van B, omdat zij in tegenstelling tot de reclassering geen begeleidingscontact hebben waardoor er meer afstand tussen hen en B bestaat.

Er vinden in totaal twee gesprekken plaats tussen de reclassering, de kliniek en B en daarnaast is in deze periode regelmatig (telefonisch) overleg tussen de reclasseringswerker en de kliniek. Voor beide partijen is de rolverdeling duidelijk: de regie blijft bij de reclassering, zij nemen het voortouw, maar doordat de kliniek betrokken is, heeft de reclasseringswerker het gevoel er niet alleen voor te staan en de verantwoordelijkheid te kunnen delen. De kliniek en de reclassering komen overeen dat er geen noodzaak is tot terugplaatsing, omdat beide partijen samen de situatie onder controle kunnen houden. B mag de relatie voortzetten onder strikte voorwaarden en intensiever toezicht, waarbij ook de kliniek betrokken blijft. Uiteindelijk verbreekt B zelf de relatie, waardoor de maatregelen niet nodig zijn. De reclassering kan het begeleidingscontact continueren en de kliniek trekt zich weer terug uit het traject.

Doordat de reclassering in het kader van Forensisch Psychiatrisch Toezicht de hulp kon inroepen van de kliniek, hoefde zij niet direct het OM in te schakelen met als mogelijke consequentie terugplaatsing van B in een HvB en omzetting van de voorwaardelijke beëindiging naar tbs met verpleging.

8.3 Door- en uitstroom

In de praktijk ziet men dat de door- en uitstroom voor een groot deel bepaald wordt door externe factoren, buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht; de vele stappen en schalen die genomen moeten worden binnen het proces van resocialisatie, het oordeel van de rechterlijke macht en de mogelijkheden binnen de reguliere GGZ om tbs-gestelden op te nemen.

Er wordt verschillend gedacht over de mogelijke bijdrage van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht aan de door- en uitstroom. Een aantal personen meent dat het huidige beleid van het ministerie erg terughoudend is en vindt het niet aannemelijk dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht daar veel aan kan veranderen. Anderen spreken de hoop uit dat door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht de reclassering en de FPC's samen zullen optrekken om het ministerie er van te overtuigen dat mensen sneller dan nu terug de maatschappij in kunnen. In sommige gevallen ervaart men wel dat het FPC en de reclassering door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht de door- en uitstroom

kunnen beïnvloeden. Zo bestaat de indruk dat een FPC in bepaalde gevallen eerder dan voorheen naar een volgende verloffase over durft te gaan omdat zij betrokken kan blijven bij de patiënt tijdens proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. Ook komt het in de praktijk voor dat de reclassering door vroegtijdige betrokkenheid invloed kan uitoefenen op de door- en uitstroom. Doordat zij in een vroeg stadium mee kan kijken met het FPC of het verantwoord is de patiënt naar een volgende verloffase te laten doorstromen.

Uitstroom buiten de regio

Aan de leden van de Klankbordgroep is gevraagd of zij verwachten dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht meer mogelijkheden biedt voor uitstroom buiten de regio.

De idee van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is dat men de kennis over een patiënt die in een FPC is opgebouwd blijft gebruiken in de volgende fasen. Verschillende FPC's menen dat het voor hen vrijwel niet mogelijk is om deze kennis over de patiënt aan een andere FPC over te dragen. Ook ten aanzien van het overnemen van toezicht op patiënten uit andere FPC's met Forensisch Psychiatrisch Toezicht is men terughoudend. Hiervoor is het nodig dat men ruim de tijd krijgt om de patiënt te leren kennen. Een FPC stelt als voorwaarde dat de patiënt via de eigen resocialisatieafdeling uitstroomt en via het eigen netwerk wordt uitgeplaatst.

Omdat de taken van het FPC niet overgedragen kunnen worden impliceert een uitstroom buiten de regio grote reisafstanden voor de contactpersoon van het FPC.

Binnen de reclassering wordt wel overgedragen als een cliënt naar een andere regio verhuist. De reclassering is in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht eerder in het traject betrokken dan voorheen en kan dan ook al in een vroeg stadium contact leggen met de reclasseringsorganisatie in de betreffende regio. Een aantal FPC's zegt dankzij het Forensisch Psychiatrisch Toezicht eerder dan voorheen uitstroom naar een andere regio aan te durven.

Casus C laat zien hoe het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt uitgevoerd in het geval van uitstroom buiten de regio.

Casus C

C is een 40-jarige man die behandeld wordt in het kader van de maatregel tbs. Wanneer de fase van transmuraal verlof nadert blijkt dat C graag in de buurt van zijn familie wil resocialiseren. Zij wonen in Utrecht, ver buiten de regio van de kliniek. De reclassering is sinds de fase van onbegeleid verlof bij C betrokken, maar de controlerende taak ligt in deze periode nog bij de kliniek.

Tijdens de fase van onbegeleid verlof en later van transmuraal verlof besteedt de reclassering aandacht aan het uitstromen in de regio Utrecht. De reclassering en kliniek werken nauw samen om alle zaken rondom de uitstroom op orde te krijgen, zoals het vinden van een woning. De reclassering zoekt contact met de reclasseringsinstelling in de regio Utrecht en bereidt hen voor op de komst van C. Met name in de maand voor de overplaatsing vindt veel contact plaats tussen de kliniek en de reclasseringswerker. Ook vindt er een gesprek plaats tussen C, de persoonlijk begeleider vanuit de kliniek, de reclasseringswerker uit de regio van oorsprong en de toekomstige reclasseringswerker in Utrecht.

Momenteel heeft C zijn leven op orde in Utrecht. De oorspronkelijke reclasseringswerker heeft geen contact meer met C. De reclassering in de regio Utrecht heeft de begeleiding volledig overgenomen. De kliniek heeft driewekelijks contact met de nieuwe reclasseringswerker en heeft wekelijks telefonisch of face-to-face contact met C.

Doordat in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht sprake is van een nauwe samenwerking tussen de kliniek en de reclassering en de reclasseringsinstellingen onderling, is het mogelijk geweest C al in de transmurale fase in een andere regio uit te laten stromen. De reclassering ziet zichzelf als een soort 'onderaannemer' die de zaak controleert en die de kliniek direct op de hoogte stelt indien er bijzonderheden plaatsvinden. Zonder het Forensisch Psychiatrisch Toezicht was de kliniek volgens de reclassering waarschijnlijk veel terughoudender geweest in uitstroom buiten de regio in zo een vroeg stadium van de resocialisatie.

Een kanttekening die door enkele geïnterviewden wordt gemaakt bij uitstroom buiten de regio heeft betrekking op de verschillen in werkwijzen van de reclasseringsorganisaties en FPC's. De samenwerking met een instelling buiten de eigen regio loopt vaak nog niet zo soepel. Buiten de regio is er minder frequent contact en is er eerder onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden. Bovendien zijn er verschillen tussen regio's wat betreft de invulling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Hieruit komt naar voren dat de samenwerking aan personen gebonden is maar ook dat een vruchtbare samenwerking tijd vraagt.

Uitstroom naar reguliere GGZ

Indien een patiënt uitstroomt naar een RIBW of 24-uurs voorziening regelt het FPC over het algemeen de overgang. In een aantal regio's bestaan er convenanten tussen de kliniek en reguliere GGZ-instellingen. Vaak vindt de overdracht plaats in de transmurale fase, wanneer de kliniek nog alle verantwoordelijkheid draagt. De reden is ook dat de kliniek plaatsen kan inkopen en de reclassering niet. De RIBW gaat in

eerste instantie dan ook een contract aan met de kliniek. De reclassering komt in het kader van de maatregelrapportage in beeld bij de patiënt. Bij een 24-uurs instelling komt de taakverdeling er vaak anders uit te zien. In de regel komen veel verantwoordelijkheden bij de instelling te liggen, terwijl de rol van de reclassering relatief beperkt is. Indien een patiënt zelfstandig woont is er vaak contact met een Forensisch Psychiatrische Polikliniek (FPP). Wie het contact met de derde partij onderhoudt, reclassering of FPC, wordt over het algemeen op individueel niveau afgestemd en is ook afhankelijk van de taken van de derde partij. In een aantal FPC's vindt er standaard overleg plaats tussen FPC, reclassering en derde partij.

De meeste respondenten geven aan dat de doorstroom naar de reguliere GGZ vaak lastig is, onder andere doordat deze instellingen niet altijd weten hoe om te gaan met tbs-gestelden. Het is volgens een respondent van groot belang om met de reguliere GGZ van te voren af te spreken dat in geval van crisis een ambulante GGZ-klant geplaatst kan worden in een GGZ-instelling. Volgens enkele respondenten is de cultuur binnen de GGZ-instellingen vaak minder gericht op risicofactoren. Om deze reden is het van belang dat de reclassering een actieve rol blijft spelen in het toezicht. Hoewel de doorstroom in de praktijk vaak nog moeizaam verloopt, is wel de verwachting dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een bijdrage kan leveren aan de verbetering hiervan. Het FPC en de reclassering kunnen meer dan voorheen garanties bieden aan de GGZ-instelling. Beide partijen kunnen (al dan niet op de achtergrond) betrokken blijven bij de patiënt en indien nodig kan een tijdelijke terugplaatsing in het FPC gerealiseerd worden.

8.4 Continuïteit

In het kader van het evaluatieonderzoek hebben geen interviews plaatsgevonden met patiënten. Wel is aan de leden van de Klankbordgroep gevraagd wat zij denken dat de gevolgen zijn van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht voor de patiënten.

Over het algemeen merken patiënten dat de reclassering eerder in het traject komt. Omdat de buitenwereld eraan lijkt te komen, is dit positief voor de motivatie van de patiënt. Dit heeft volgens een respondent echter ook een keerzijde. Te vroeg instappen van de reclassering kan leiden tot valse hoop en teleurstelling. Het lijkt dus van belang zorgvuldig af te wegen wanneer de reclassering betrokken raakt.

Naast een eerdere rol van de reclassering blijft de kliniek in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht langer in beeld. Volgens meerdere respondenten roept dit zowel negatieve als positieve reacties op bij patiënten. Sommige patiënten vinden het een veilig en fijn idee dat de kliniek (op de achtergrond) aanwezig blijft, maar anderen vinden het moeilijk omdat zij juist graag verlost willen zijn van de kliniek. Het feit dat er nu meerdere partijen en mensen meekijken in het traject ervaart een aantal patiënten als bedreigend. Een gevolg kan zijn dat bij de overgang van transmuraal naar proefverlof de intensiteit van het toezicht toe- in plaats van afneemt. Een respondent geeft een voorbeeld van een patiënt die in de fase van transmuraal verlof veel vrijheid en zelfstandigheid had. Zodra deze patiënt in proefverlof kwam,

nam het toezicht en de controle toe omdat hij nu ook te maken kreeg met de reclassering.

Binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ervaart men dat een goede afstemming van cruciaal belang is. De mogelijkheid voor de patiënt om te splitsen tussen de verschillende partijen wordt kleiner en signalen dat het minder goed gaat kunnen tijdig worden doorgegeven. Een goede afstemming zorgt er ook voor dat de patiënt eenduidige informatie krijgt. Duidelijkheid over de taakverdeling en verantwoordelijkheden van beide partijen in de verschillende fasen is voor de patiënt heel belangrijk. Een aantal mensen heeft ervaren dat de overgang van fasen versoepeld kan worden door in de eerste periode een aantal keer gezamenlijk bij een patiënt op bezoek te gaan. Dit bevordert ook de verdere samenwerking.

8.5 Meerwaarde in de praktijk

Winstpunten

In de interviews is gevraagd naar de (eventueel onvoorziene) winstpunten van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Over het algemeen zijn de betrokkenen zeer positief over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht: het Forensisch Psychiatrisch Toezicht heeft belangrijke toegevoegde waarde voor de resocialisatie. Men ervaart verbeteringen dankzij de samenwerking. Een contactfunctionaris zegt hierover: *“We waren eerst twee eilanden. Doordat je nu overlegt verandert dat. Je hebt een gezicht erbij en niet het idee van een instelling. Elkaar kennen brengt al heel veel mogelijkheden met zich mee.”* Een andere respondent vindt een winstpunt van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht dat door een hechtere en intensievere samenwerking er geen wantrouwen meer hoeft te zijn naar elkaar. Voor een medewerker van een FPC waar de samenwerking met de reclassering voorheen al goed verliep, zit de meerwaarde van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht erin dat de samenwerking nu formeel is. Andere genoemde winstpunten als gevolg van samenwerking zijn: het gebruik maken van elkaars expertise, kennisoverdracht en meer overleg. Ook ziet men dat dankzij de samenwerking de overgangen tussen de verschillende verloffasen veel geleidelijker verlopen. Als onvoorziene positieve effecten van de samenwerking noemt men: het vergroten van bekendheid met het werk van de andere partij, men weet elkaar makkelijker te vinden en eventuele vooroordelen worden weggenomen.

Casus D laat zien dat de kliniek en reclassering door samen op te trekken invloed kunnen uitoefenen op de beslissing van de rechterlijke macht.

Casus D

D is een 45-jarige tbs-patiënt. Hij bevindt zich in de fase van proefverlof. De kliniek en de reclassering houden gezamenlijk toezicht middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Tegen het advies van zowel de kliniek als de reclassering besluit de rechtbank de tbs maatregel van D onvoorwaardelijk te beëindigen. Het OM gaat tegen deze uitspraak in hoger beroep. In de aanloopperiode naar het hoger beroep is er intensief contact tussen de kliniek en de reclassering, waarbij een gezamenlijk plan van aanpak wordt ontwikkeld. De reclassering besteedt in overleg met de kliniek in deze periode veel aandacht aan verbetering van de samenwerking. Door heldere afstemming en een verbeterde werkrelatie weten de reclassering en de kliniek samen de raadsheren van het Hof te overtuigen van de zin en het belang van voortzetting van de maatregel, waarop het Hof besluit tot verlenging van de maatregel.

Een aantal respondenten spreekt de verwachting uit dat de kans op recidive zal afnemen door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Hoewel dit nog niet door feiten kan worden onderbouwd heerst de idee dat recidive dankzij het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal verminderen; door intensieve samenwerking wordt een eventueel recidiverisico of (oplopende) spanning eerder gesignaleerd en kan eerder worden ingegrepen.

Een ander belangrijk en concreet winstpunt is de mogelijkheid voor een *time-out* tijdens de voorwaardelijke beëindiging. Bij ernstige terugval is het niet nodig dat de patiënt naar het HvB moet en weer terug bij af is in de behandeling.

Casus E illustreert een situatie waarin nog geen toezicht werd gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Deze casus laat zien wat een *time-out* in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kan toevoegen.

Casus E

E, een 41-jarige man, bewoont sinds de voorwaardelijke beëindiging van zijn tbs-behandeling een zelfstandige woning. Er wordt op E geen toezicht gehouden middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Als gevolg daarvan is de kliniek sinds de voorwaardelijke beëindiging niet meer in beeld; de begeleiding wordt gegeven door de reclassering en vanuit een RIBW.

Tijdens de voorwaardelijke beëindiging gaat het niet goed met E: hij zegt zijn begeleiding bij de RIBW op, hij houdt zich niet meer aan de afspraken omtrent zijn dagbesteding en hij decompenseert. Ook zijn contact met de reclassering houdt hij af; hij belt sporadisch als hij er zin in heeft. De reclassering zoekt contact met de kliniek,

maar omdat er geen sprake is van toezicht middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kan de kliniek niets betekenen. Er is geen mogelijkheid voor een time-out tenzij E er zelf voor kiest tijdelijk in de kliniek te verblijven.

Zowel de kliniek als de reclassering hebben geen contact meer met E. De kliniek kan niets doen en de reclassering zal zich verplicht zien zich te wenden tot het OM. Dit kan resulteren in een plaatsing van betrokkene in het HvB, in afwachting van herplaatsing in een FPC.

Indien er sprake was geweest van Forensisch Psychiatrisch Toezicht had de kliniek E (in een vroeg stadium) zonder zijn instemming kunnen opnemen tot zijn situatie weer stabiel zou zijn.

Knelpunten

Hoewel alle respondenten positief staan tegenover het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ervaren zij ook enkele knelpunten in de uitvoering en worden ook enkele minder gunstige onvoorziene effecten geconstateerd.

In sommige gevallen wordt onduidelijkheid over verantwoordelijkheid en taakverdeling als knelpunt van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht gezien. Ook is er is soms sprake van andere verwachtingen ten aanzien van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Zo noemt een respondent als voorbeeld dat de reclassering graag structurele overlegmomenten in de vorm van behandelplanbesprekingen wil in de fase van proefverlof, maar kiest de kliniek er voor om dit niet meer structureel te laten plaatsvinden. Ook is de rol van de contactfunctionaris niet altijd helder en is onduidelijk in welke mate hij inspraak en bevoegdheden heeft.

Een onvoorzien effect is volgens enkele betrokkenen de verzwaring van het takenpakket voor het FPC, doordat medewerkers uit de kliniek langer betrokken blijven. Een ander effect dat wordt genoemd is dat patiënten door de aanwezigheid van de reclassering in een vroeg stadium, een te optimistisch beeld hebben over de voortgang van de behandeling, en hierdoor in een later stadium gedemotiveerd raken.

Men ervaart verder dat met name door het OM en de rechter de mogelijkheden van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden overschat. Doordat het FPC betrokken blijft gaat men eerder tot een voorwaardelijke beëindiging over. Een enkeling acht de kans aanwezig dat door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht proefverloven op termijn helemaal gaan verdwijnen. Dit is dus tegengesteld aan wat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in eerste instantie beoogt, namelijk dat alle verloffasen worden doorlopen.

Hoewel men blij is met de mogelijkheid tot een *time-out* worden in de uitvoering wel enkele knelpunten geconstateerd. Deze voorziening roept bij de meesten nog veel vragen op wat betreft de financiering en de praktische uitvoering. Moet een kliniek bedden leeg gaan houden met het oog op mogelijke terugplaatsingen en wordt dit financieel gecompenseerd? Ook is er onduidelijkheid over de duur van de *time-out* en de toegestane frequentie van een *time-out* in de voorwaardelijke

beëindiging. Een respondent waarschuwt dat de *time-out* niet mag leiden tot legitimatie voor de GGZ om niet zelf in te grijpen. De *time-out* voorziening moet volgens haar goed afgebakend worden, zodat de GGZ het daarna moet overnemen.

Tot slot wordt als knelpunt genoemd dat de samenwerking in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht erg afhankelijk is van personen. Door personeelwisselingen stagneerde de samenwerking soms in bepaalde opzichten of moest deze weer van voor af aan opgebouwd worden. Vooral voor de functie van contactfunctionaris is continuïteit essentieel.

8.6 Behoeften uit de praktijk

Tijdens de interviews met de betrokkenen bij de uitvoering kwamen enkele wensen en ideeën naar voren over de verdere invulling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

Toezicht op toezicht

In het advies van de Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (2008) wordt in overweging gegeven te kiezen voor een gelaagde vorm van toezicht op de uitvoering van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Dit is een vorm van systeemcontrole waarbij een onafhankelijke organisatie het functioneren beoordeelt van zorgverlenende en toezichthoudende instanties. Volgens Van Veldhuizen, Berkhout & Horsman (2006) heeft onderzoek uitgewezen dat het effect van monitoring van en toezicht op de uitvoering aanzienlijke effecten heeft op het terugdringen van recidive, het terugdringen van heropnames, het continu in zorg houden van patiënten en de gezondheidstoestand van patiënten. Een dergelijke systeemmonitoring is met name van belang voor de verlengde toezichttermijn, omdat de verhoudingen tussen de tbs-gestelde enerzijds en de behandelaars en toezichthouders anderzijds na verloop van tijd door gewenning aan bepaalde patronen en het oprekken van grenzen minder ‘scherp’ kunnen worden. Aan de leden van de Projectgroep en de Klankbordgroep is gevraagd hoe zij denken over een dergelijke vorm van toezicht op het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De meerderheid van de respondenten is hier geen voorstander van. Men vreest meer bureaucratiesing en een star controlerend mechanisme. Tegelijkertijd meent men dat er wel een vorm van hiërarchische aansturing moet zijn, bijvoorbeeld voor het geval de reclassering en het FPC er samen niet uit komen. Wanneer een van beide partijen haar taken niet naar behoren uitvoert is het, in een gelijkwaardig samenwerkingsverband, soms moeilijk of zelfs niet mogelijk om de andere partij zelf aan te spreken. Enkele anderen vinden het een goed idee omdat het volgens hen bij zal dragen aan verdere verbeteringen. Het Ministerie van Justitie en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (IS) worden genoemd als partijen die hierin een rol zouden kunnen spelen.

Landelijk informatiepunt

Bij eventuele vragen of onduidelijkheden kunnen medewerkers van een FPC terecht bij de Directie Forensische Zorg van de DJI. Medewerkers van de reclassering kloppen aan bij de landelijke beleidsmedewerker tbs zaken van de Reclassering Nederland. Daarnaast wordt de Directie Sanctie- en Preventiebeleid (DSP) van het Ministerie van Justitie genoemd als instantie waar men met vragen terecht kan. Vooral de Klankbordgroep wordt genoemd als forum voor het uitwisselen van informatie en het vinden van antwoorden op vragen en onduidelijkheden. Velen vinden de bijeenkomsten van de Klankbordgroep waardevol en hopen dat deze in de toekomst voortgezet worden. De informatie die uit de Klankbordgroepbijeenkomsten naar voren komt, kan efficiënt gebruikt worden ter verbetering van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Dit komt mede omdat contactfunctionarissen van de reclassering naast de Klankbordgroep ook deelnemen aan het landelijk overleg contactfunctionarissen.

Velen noemen de wens dat er een centraal punt wordt ingesteld waar alle verschillende partijen met vragen over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht terecht kunnen. Bovendien zouden vanuit dit punt vragen en knelpunten geïnventariseerd moeten worden. Dit zou efficiënt zijn omdat je nu, zoals een respondent beeldend uitlegt, vaak 'boekwerken moet doorworstelen' voordat je duidelijkheid krijgt. Daarnaast zou over punten die nadere uitwerking behoeven (bijvoorbeeld de *time-out*) meer eenduidigheid komen indien er een centraal punt zou zijn voor vragen. Dit centrale punt zou voor meer partijen dan alleen de reclassering en het FPC toegankelijk moeten zijn. Gedacht wordt aan de rechterlijke macht en de andere zorgverlenende instanties.

Voorlichting rechterlijke macht

Tijdens de interviews met de leden van de Projectgroep en de leden van de Klankbordgroep kwam meerdere malen de rol van de rechterlijke macht ter sprake. Velen menen dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht daar onvoldoende bekend is. Hierdoor kan het gebeuren dat de rechterlijke macht beslissingen neemt die op een onjuist idee over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn gebaseerd. Hoewel dit niet met zekerheid is vast te stellen, denkt een aantal respondenten dat de rechter door de komst van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht sneller geneigd is een voorwaardelijke beëindiging uit te spreken. Er zouden verschillende voorbeelden zijn van zaken waarin de rechtbank tot voorwaardelijke beëindiging heeft besloten omdat de rol van het Forensisch Psychiatrisch toezicht door de rechter zou worden overschat. Men vindt het onwenselijk wanneer de rechter vanwege het Forensisch Psychiatrisch Toezicht tegen de adviezen in de verpleging voorwaardelijk beëindigt, zeker wanneer de patiënt nog veel toezicht en ondersteuning vanuit het FPC nodig heeft. Fasering en gecontroleerde afbouw zijn belangrijk en het is niet wenselijk dat fasen overgeslagen worden om de resocialisatie te versnellen.

Hoofdstuk 9

Procesevaluatie

9.1 Inleiding

In de voorgaande drie hoofdstukken is beschreven hoe men op lokaal niveau te werk is gegaan met de invulling van het landelijke plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Vervolgens is de patiëntenpopulatie in de testfase weergegeven en is besproken hoe het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt ervaren in de uitvoeringspraktijk. In dit hoofdstuk wordt aan de hand van deze informatie gekeken in hoeverre het plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk uitvoerbaar is gebleken. Specifiek wordt gekeken in welke mate de verschillende elementen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn gerealiseerd en of aan de voorwaarden voor een vruchtbare samenwerking is voldaan. Vervolgens wordt bekeken of de veronderstelde werkzame mechanismen van de samenwerking herkend worden in de praktijk.

In het model van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, zoals weergegeven in Figuur 5.2, is het Forensisch Psychiatrisch Toezicht opgebouwd uit verschillende elementen. In het navolgende wordt eerst ingegaan op de realisatie in de praktijk van de elementen gefaseerde uitstroom en verder professionalisering reclassering. Vervolgens worden de praktijkervaringen met de samenwerking in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht uitgebreid besproken.

9.2 Ervaringen met gefaseerde uitstroom

Het element gefaseerde uitstroom is gebaseerd op de idee dat wanneer de tbs-gestelde elke fase van de tbs-maatregel één voor één doorloopt, het resocialisatietraject meer geleidelijk wordt afgebouwd. In de procesbeschrijvingen op lokaal niveau is duidelijk te zien (zie Tabel 6.2) dat voor elke fase van het uitstroomtraject is voorzien in een andere vorm van samenwerking tussen reclassering en FPC. Per volgende fase neemt de rol van het FPC af, neemt de rol van de reclassering toe, terwijl over alle fasen heen de intensiteit van het toezicht afneemt.

Of alle verloffasen inderdaad één voor één worden doorlopen hangt mede af van het OM en de rechter. In de praktijk is het mogelijk dat de rechter de behandeling voorwaardelijk of de maatregel onvoorwaardelijk beëindigt, ook wanneer de behandelverantwoordelijken adviseren tot verlenging. In de uitvoeringspraktijk van het

Forensisch Psychiatrisch Toezicht bestaat de indruk dat de rechter en het OM, door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, vaker dan voorheen geneigd zijn tot (voorwaardelijke) beëindiging. Men vermoedt dat de mogelijkheden van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht door het OM en de rechter worden overschat. Of een contraire voorwaardelijke beëindiging nu werkelijk het gevolg is van onrealistische verwachtingen binnen de rechterlijke macht over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht moet nader onderzocht worden. Er kunnen immers ook andere redenen zijn om het advies van de behandelverantwoordelijken niet over te nemen. Maar als blijkt dat de verwachtingen van het OM en de rechters inderdaad niet kloppen met de realiteit, dan is het zaak meer gerichte voorlichting te geven over de (on)mogelijkheden van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht.

9.3 Ervaringen met verdere professionalisering reclassering

In paragraaf 4.3.5 is al opgemerkt dat binnen de reclassering diverse ontwikkelingen en verbetertrajecten hebben plaatsgevonden. Net als het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zijn deze voortgekomen uit de aanbevelingen van de commissie Visser. Deze ontwikkelingen lopen parallel aan de ontwikkeling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Maar tegelijkertijd vormen het wezenlijke onderdelen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, zoals het tbs-casuïstiekoverleg (TCO), de verviervoudiging van het aantal uren voor begeleiding door de reclassering, de 24-uursbereikbaarheid en de vele ontwikkelingen op het gebied van opleiding en scholing. Het is lastig om in het kader van dit onderzoek uitspraken te doen over de ervaringen met de verdere professionalisering van de reclassering, specifiek voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Wat in ieder geval wel duidelijk naar voren komt is dat het TCO wordt gezien als een belangrijke toevoeging. Hier worden ervaringen uitgewisseld op het gebied van informatieoverdracht en het inschatten van signalen voor risico's. Ook het feit dat het aantal uren toezicht voor de reclassering is verviervoudigd wordt als een aanzienlijke verbetering ervaren.

9.4 Ervaringen met samenwerking

Over de praktijk van de samenwerking in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is in dit onderzoek veel informatie verzameld. In Figuur 5.1 is te zien dat binnen de samenwerking vier deelaspecten worden onderscheiden: de reclassering is betrokken vanaf de resocialisatiefase, het FPC is betrokken in de fasen van proefverlof en voorwaardelijke beëindiging, er is sprake van multidisciplinair toezicht en ketenvorming en met betrekking tot taakverdeling en intensiteit van het toezicht wordt maatwerk geboden. Voor alle deelaspecten is gekeken in hoeverre deze gerealiseerd zijn in de praktijk van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De resultaten zijn samengevat in de Tabel 9.1.

Voor wat betreft de deelaspecten van de samenwerking kan geconcludeerd worden dat deze vrijwel allemaal gerealiseerd zijn in de praktijk. Een uitzondering

betreft het multidisciplinaire toezicht en de ketenbenadering, oftewel de participatie van de derde partij. Op lokaal niveau wordt het Forensisch Psychiatrisch Toezicht vooral beschouwd als een samenwerking tussen de reclassering en de FPC's. In de praktijk wordt er wel nauw en veel samengewerkt met andere instanties. En naarmate de patiënt verder is in het resocialisatietraject neemt de rol van deze instanties verder toe. Deze samenwerking is in vrijwel geen enkele lokale procesbeschrijving opgenomen. De reden hiervan is dat voor vrijwel elke patiënt andere instanties een taak vervullen in de zorg of het toezicht. Deze afzonderlijke afspraken liggen wel vast op individueel niveau, bijvoorbeeld in het proefverlofplan, maar niet in het algemene model.

Het lijkt er op dat de participatie van de zogeheten derde partij in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht stagneert op uitvoerbaarheid. Wellicht is het een idee om in de procesbeschrijving op te nemen waar eventuele afspraken met een derde partij vastgelegd worden. In de praktijk moet geïnventariseerd worden hoe de ervaringen zijn met het overdragen van taken op het gebied van zorg en toezicht aan de derde partij, en hoe de communicatie met deze partij verloopt. Ook voor deze nieuwe samenwerkingsverbanden moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan, zoals goede informatieoverdracht en duidelijke taakverdeling. Ook hier geldt dat de ontwikkeling van een vruchtbare samenwerking om tijd vraagt.

In Tabel 9.2 is te lezen in hoeverre in de praktijk de voorwaarden voor een vruchtbare samenwerking zijn gerealiseerd. Deze voorwaarden zijn: goede informatieoverdracht, duidelijke taakverdeling, gezamenlijke visie en gelijkwaardige participatie.

Het blijkt dat men in de praktijk voornamelijk positief oordeelt over de informatie-uitwisseling en de taakverdeling. Toch is het zaak blijvend aandacht te besteden aan deze twee aspecten. Dit kan door te blijven evalueren en ervaringen daar waar mogelijk schriftelijk vast te leggen. Het is onmogelijk om op alle toekomstige situaties te anticiperen. Het is daarom zaak alert te blijven en herhaald de informatieoverdracht en duidelijkheid van de taakverdeling aan de hand van de praktijk te evalueren. Het schriftelijk vastleggen is van belang om er voor te zorgen dat de samenwerking zo min mogelijk afhankelijk is van personen. Wat betreft gezamenlijke visie en gelijkwaardige participatie blijkt dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zelf weer bijdraagt aan de verwezenlijking van deze voorwaarden.

In de literatuur over samenwerking kwamen ook enkele mogelijke problemen naar voren die knelpunten kunnen vormen in de praktijk van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Dit waren: aanloopproblemen, afhankelijkheid van individuele uitvoerders en verschil van inzicht. Verder kwam in de praktijk een specifiek knelpunt naar voren: namelijk wanneer de situatie zich voordoet dat de reclassering, contrair het advies van het FPC, in opdracht van de rechter moet onderzoeken of een (voorwaardelijke) beëindiging van de behandeling mogelijk is.

In Tabel 9.3 staat per mogelijk knelpunt weergegeven in hoeverre deze worden waargenomen in de praktijk. Het blijkt dat een succesvolle samenwerking ook binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht tijd vraagt. Dit impliceert dat een oordeel over het succes van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, ook op lokaal niveau, niet te snel geveld mag worden. De afhankelijkheid van individuele uitvoerders is al aan de orde geweest bij de voorwaarden informatieoverdracht en duidelijkheid taakverdeling. Op dit punt is alertheid geboden. Wat betreft een mogelijk verschil van inzicht wordt in de praktijk geopperd een centraal punt in te stellen waar eventuele problemen in de samenwerking neergelegd kunnen worden.

Tot slot kijken we of, op grond van de praktijkervaringen, geconcludeerd mag worden dat de samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht erin slaagt de intermediaire doelen te bereiken, zoals geformuleerd in Hoofdstuk 5. Deze doelen zijn behoud van kennis over de patiënt en vroegsignalering, continuïteit en geleidelijke afbouw, meer forensisch psychiatrische expertise, FPC eerder geneigd tot door- en uitstroom en GGZ eerder geneigd tot opname. In de praktijk is gekeken of men inderdaad een positieve relatie tussen samenwerking en deze intermediaire doelen waarneemt. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 9.4.

Samenwerking lijkt inderdaad te zorgen voor meer behoud van kennis over de patiënt en vroegsignalering. Dit verband zou echter nog sterker zijn wanneer de zogeheten derde partij daadwerkelijk participeert in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. In de meeste gevallen zorgt samenwerking voor meer continuïteit en geleidelijke afbouw van het toezicht. Punt van zorg is wel het feit dat er nog weinig ideeën bestaan over de inhoud, vorm en afbouw van het toezicht wanneer de fase van voorwaardelijke beëindiging meerdere jaren duurt. Dat samenwerking in het Forensisch Psychiatrisch Toezicht leidt tot meer forensisch psychiatrische expertise wordt in de praktijk ook zo ervaren.

Over een eventueel effect van samenwerking op de door- en uitstroom is men gematigd positief. Op uitvoeringsniveau ziet men dat dit in belangrijke mate bepaald wordt door factoren buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. In sommige gevallen durft men wel eerder een volgende verloffase aan. Ook ziet men dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht meer garanties biedt voor een verantwoorde door- of uitstroom.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat samenwerking volgens het plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk goed uitvoerbaar blijkt en ook grotendeels gerealiseerd is. De plaats van de derde partij in de multi-institutionele ketensamenwerking is echter nog nauwelijks van de grond gekomen. Realisatie van dit aspect blijkt in de praktijk lastig. Ook over de vorm, inhoud en afbouw van het toezicht middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, in geval van toezicht op lange termijn, zijn nog vrijwel geen ideeën. Hoewel men in de praktijk positief oordeelt over de kwaliteit van de informatieoverdracht en de duidelijkheid van de taakverdeling, is het raadzaam alert te blijven ten aanzien van deze twee aspecten. Het is immers

onmogelijk om te anticiperen op alle toekomstige ontwikkelingen en gebeurtenissen. Om dezelfde reden is het aan te raden, nog voordat problemen zich hebben voorgedaan, te anticiperen op de mogelijke situatie dat partijen er samen niet uit komen of wanneer de expertise of participatie van een van de partijen naar mening van de ander, tekort schiet. Hiertoe zou een centraal punt voor informatie en aansturing een oplossing kunnen bieden.

Tabel 9.1: Realisatie van de deelaspecten van samenwerking in de praktijk

Deelaspecten Samenwerking	Realisatie in de praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Reclassering betrokken vanaf resocialisatiefase	Dit gebeurt op elke locatie. Er zijn enige verschillen over het precieze moment van aanvang van participatie van de reclassering in het resocialisatietraject. Zodra de contactfunctionaris de taken overdraagt aan een reclasseringswerker wordt in vrijwel alle FPC's met het zogeheten pré-toezicht gestart.
<ul style="list-style-type: none">• FPC betrokken in de fase van proefverlof en voorwaardelijke beëindiging	Op één FPC na is deze participatie verwezenlijkt. Dit element wordt als belangrijk ervaren. Op twee locaties is in de testfase met terugwerkende kracht voor alle extramurale patiënten toezicht middels het FPT georganiseerd. In de fase van proefverlof is er veel samenwerking tussen FPC en reclassering. De intensiteit van het toezicht en de taakverdeling verschilt niet alleen per locatie maar hangt ook af van de behoeften en situatie van de individuele patiënt. In de fase van voorwaardelijke beëindiging is op vrijwel alle locaties het FPC op de achtergrond aanwezig en kan zij op indicatie geraadpleegd worden. De <i>time-out</i> voorziening in de fase van voorwaardelijke beëindiging wordt als een belangrijke aanvulling gezien. In de praktijk leven wel vragen over de organisatie en de bekostiging.
<ul style="list-style-type: none">• Multidisciplinair toezicht en ketenbenadering	Dit onderdeel is deels gerealiseerd. Het FPT wordt vooral beschouwd als een samenwerking tussen de partijen die verantwoordelijkheid dragen in het toezicht, namelijk de reclassering en de FPC's. Naast het FPC en reclassering zijn vele verschillende partijen betrokken bij het resocialisatietraject. Zij participeren in het toezicht op en begeleiding van patiënten met ernstige problematiek. De samenwerking met deze partijen is op individueel niveau vastgelegd, maar niet in de procesbeschrijvingen FPT. Naarmate de fase van voorwaardelijke beëindiging langer gaat duren, zal de rol van de partijen naast het FPC en de reclassering toenemen.
<ul style="list-style-type: none">• Maatwerk	De taakverdeling tussen de partijen en de intensiteit van toezicht en begeleiding door de verschillende partijen wordt op individueel niveau afgestemd. Dit blijkt van belang gezien de heterogeniteit van de problematiek van de groep. In de praktijk wordt deze mogelijkheid dan ook benut.

Tabel 9.2: Realisatie van de voorwaarden voor samenwerking in de praktijk

Voorwaarden voor Samenwerking	Realisatie in de praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Goede informatieoverdracht	<p>Tot op heden heeft de informatieoverdracht geen problemen opgeleverd. De meeste uitvoeringsbetrokkenen menen dat duidelijk is wat gemeld moet worden aan de andere partij. Het is echter niet mogelijk te anticiperen op alle mogelijke toekomstige situaties. Het is zaak deze voorwaarde binnen de samenwerking blijvend te evalueren en afspraken en ervaringen waar mogelijk vast te leggen, mede om te voorkomen dat het FPT te veel van personen afhankelijk is.</p> <p>Een goede informatieoverdracht is ook van belang om te voorkomen dat een patiënt partijen tegen elkaar kan uitspelen.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Duidelijke taakverdeling	<p>In de praktijk ervaart men over het algemeen dat de taakverdeling voldoende duidelijk is. De precieze uitwerking van de taakverdeling moet op veel locaties nog worden vastgelegd. Het is zaak deze voorwaarde binnen de samenwerking blijvend te evalueren en afspraken en ervaringen vast te leggen, mede om te voorkomen dat het FPT te veel van personen afhankelijk is.</p> <p>De taken toezicht, controle, begeleiding en behandeling worden niet altijd voldoende onderscheiden.</p> <p>Ook voor de patiënt is het van belang te weten voor welke taken de verschillende partijen verantwoordelijk zijn.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Gezamenlijke visie	<p>Er lijkt geen structureel verschil in visie op toezicht en veiligheid tussen de FPC's en de reclassering. Dergelijke verschillen doen zich in de praktijk wel voor maar zijn meer persoonsgebonden dan afhankelijk van de organisatie.</p> <p>De samenwerking binnen het FPT bevordert de ontwikkeling van een gezamenlijke visie. Door het FPT komen eventuele verschillen in visie vroegtijdig aan het licht, zodat deze in een eerder stadium opgelost kunnen worden.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Gelijkwaardige participatie	<p>Over het hele resocialisatietraject beschouwd is de participatie van het FPC en reclassering min of meer gelijkwaardig. Aanvankelijk heeft het FPC de voornaamste rol, in de fase van het proefverlof is de participatie vaak gelijkwaardig en tijdens de voorwaardelijke beëindiging heeft de reclassering de voornaamste rol.</p> <p>Gelijkwaardige participatie betekent ook een erkenning van elkanders expertise en ervaring. Het FPT draagt hier zeker aan bij.</p>

Tabel 9.3: Waarnemingen van mogelijke problemen met samenwerking in de praktijk

Mogelijke problemen bij Samenwerking	Waarnemingen in de praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Aanloopproblemen; de realisatie van een vruchtbare samenwerking vraagt tijd	<p>Ook binnen het FPT is te zien dat een succesvolle samenwerking tijd vraagt. Dit blijkt ondermeer uit het feit dat de klinieken die participeerden in het FPT oude stijl op dit moment verder zijn in de (uitwerking van de) samenwerking.</p> <p>De uitstroom buiten de regio ervaart men als lastiger omdat men dan moet samenwerken met personen waarmee in de regel nog geen werkrelatie is opgebouwd.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Afhankelijkheid van individuele uitvoerders; samenwerking is veelal persoonsgebonden	<p>Ook binnen het FPT hangt de mate waarin wordt samengewerkt af van de betrokken personen en de door hen opgebouwde relatie. Dit maakt de samenwerking binnen het FPT, door personeelwisseling en het feit dat de patiënt verder doorstroomt in het resocialisatietraject, kwetsbaar. Vooral de voorwaarden informatieoverdracht en taakverdeling kunnen dan onder druk komen te staan.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Verschil van inzicht	<p>Er hebben zich nog geen noemenswaardige incidenten voorgedaan binnen de samenwerking. Toch moet geanticipeerd worden op de mogelijke situatie dat partijen er samen niet uit komen of wanneer de expertise of participatie van een van de partijen naar mening van de ander, tekort schiet. Er is behoefte aan een centraal punt voor informatie en aansturing.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Overig, specifiek voor het FPT	<p>In de praktijk doet zich een complicatie voor in de samenwerking wanneer de rechter in tegenstelling tot het advies van het FPC de tbs-maatregel (voorwaardelijk) wil beëindigen. De reclassering krijgt de opdracht om de mogelijkheden voor een voorwaardelijke beëindiging te onderzoeken. De samenwerking wordt dan bemoeilijkt. In verschillende lokale procesbeschrijvingen is deze situatie inmiddels verwerkt.</p>

Tabel 9.4: Waarnemingen van de relatie tussen samenwerking en de intermediaire doelen van het FPT

Relaties Samenwerking en Intermediaire doelen	Waarnemingen in de praktijk
<ul style="list-style-type: none"> • Door samenwerking meer Behoud kennis (op patiëntniveau) en vroegsignalering 	<p>Doordat de reclassering vroegtijdig in het resocialisatietraject wordt betrokken en het FPC tot in de fase voorwaardelijke beëindiging betrokken blijft, wordt kennis over signalen voor risico's gedeeld en blijft deze behouden.</p> <p>Door de partijen die naast het FPC en de reclassering participeren in het resocialisatietraject ook daadwerkelijk deel te laten nemen aan het FPT kunnen hier mogelijk betere resultaten behaald worden.</p> <p>Deze relatie is afhankelijk van de mate waarin is voldaan aan de voorwaarden <i>goede informatieoverdracht en duidelijke taakverdeling</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Door samenwerking meer Continuïteit en geleidelijke afbouw 	<p>Men ervaart door het FPT dat de overgangen tussen de verschillende verloffasen meer geleidelijk verlopen en er meer continuïteit is in de zorg en het toezicht.</p> <p>In de praktijk is gebleken dat voor enkele patiënten het toezicht niet geleidelijk afgebouwd wordt, namelijk voor de patiënten die in de transmurale fase al relatief veel vrijheid kenden en in de daaropvolgende fase van proefverlof het toezicht zagen intensiveren door de toegevoegde rol van de reclassering.</p> <p>De afbouw, de vorm en de organisatie van het toezicht in het geval dat de fase van voorwaardelijke beëindiging lange tijd duurt (deze fase kan maximaal 9 jaar duren) is nog niet ingevuld.</p> <p>Indien de rechter, tegen het advies van de behandelverantwoordelijken in, de tbs-maatregel voorwaardelijk wil beëindigen, kunnen reclassering en FPC door samen op te trekken hun standpunt steviger overbrengen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Door samenwerking Meer forensisch psychiatrische expertise 	<p>Dit wordt ook zo ervaren in de praktijk; de samenwerkende partijen leren van elkanders kennis en ervaring.</p>

Tabel 9.4: Vervolg

<ul style="list-style-type: none">• Door samenwerking is het FPC eerder geneigd tot door- en uitstroom	<p>In de praktijk ziet men dat de door- en uitstroom in belangrijke mate wordt bepaald door factoren buiten het FPT.</p> <p>Men ziet dat het FPC soms eerder over wil gaan naar een volgende verloffase, omdat ze door het FPT nog betrokken kunnen blijven bij de patiënt.</p> <p>Door de vroegtijdige betrokkenheid van de reclassering wordt soms in een eerder stadium gesignaleerd dat het verantwoord is de patiënt door te laten stromen naar een volgende verloffase.</p> <p>Het FPT biedt in specifieke gevallen meer mogelijkheden voor het realiseren van uitstroom naar een andere regio. Reeds in een vroeg stadium kan de reclassering uit een andere regio betrokken worden. Voor het FPC blijven de mogelijkheden voor het overdragen van haar taak beperkt.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Door samenwerking is de GGZ eerder bereid tot opname	<p>Binnen deze pilot zijn nog te weinig ervaringen opgedaan om een eventuele grotere bereidheid door het FPT waar te kunnen nemen. Wel ervaart men dat de doorstroom naar de GGZ over het algemeen nog steeds moeizaam is.</p> <p>De betrokkenen van de reclassering en het FPC zijn van mening dat het FPT meer garanties biedt (waaronder de <i>time-out</i> voorziening) voor een verantwoorde uitstroom naar de GGZ.</p>

Hoofdstuk 10

Conclusies en discussie

10.1 Inleiding

In dit afsluitende hoofdstuk wordt allereerst gereflecteerd op eventuele beperkingen van het onderhavige onderzoek en mogelijke consequenties daarvan voor de resultaten. Vervolgens worden de hoofdvragen van dit onderzoek beantwoord. In hoeverre kan, op grond van de resultaten, de werkzaamheid van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht worden onderbouwd? Op welke manier heeft het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zich ontwikkeld; en wat zijn de verwachtingen en behoeften ten aanzien van toekomstige ontwikkelingen? En tot slot, hoe kan (in de toekomst) het effect van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in beeld gebracht worden?

10.2 Reflectie

Binnen het onderzoek zijn er keuzes gemaakt door de onderzoekers. In Hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht nog niet scherp is afgebakend. Om de veronderstelde werkzaamheid te kunnen onderzoeken middels een planevaluatie zijn eerst de elementen, veronderstelde mechanismen, intermediaire resultaten en relaties met de einddoelen nader gedefinieerd en modelmatig weergegeven. In het daaropvolgende onderzoek naar de uitwerking van het plan in de praktijk, de procesevaluatie, is er voor gekozen de nadruk te leggen op het kernelement van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht: samenwerking tussen de participerende partijen.

Toezicht op extramuraal tbs-gestelden is een onderwerp dat zowel maatschappelijk als politiek gevoelig ligt en grote belangstelling geniet van de media. Met name de werknemers van de FPC's zijn zich hier terdege van bewust. Het is mogelijk dat geïnterviewden hierdoor selectief zijn geweest in het geven van informatie, bijvoorbeeld wanneer onderwerpen als miscommunicatie of incidenten aan de orde kwamen. Hoewel de onderzoekers veel medewerking en behulpzaamheid hebben ervaren, en ook op diverse momenten benadrukt hebben dat informatie zorgvuldig behandeld wordt, valt niet uit te sluiten dat dit (onbewust) enige *bias* heeft veroorzaakt.

Het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is in ontwikkeling, en zal dat zeker de komende jaren zo blijven. Nieuwe ervaringen worden vaak onmiddellijk verdiscon-

teerd in de werkwijzen, en de populatie van patiënten met Forensisch Psychiatrisch Toezicht is voortdurend aan verandering onderhevig. Feiten waren regelmatig achterhaald en documenten soms verouderd. En niet alle dossiers van patiënten waarop toezicht middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht wordt gehouden konden bestudeerd worden. De reden was dat ten tijde van de dossierstudie (nog) niet alle namen van deze patiënten bekend waren op het departement. Desondanks geven de resultaten een representatief beeld. Echter, gevolgtrekkingen over de lokale werkwijzen dienen altijd op actualiteit te worden gecheckt.

10.3 Onderbouwing werkzaamheid

In 2006 deed de commissie Visser, de tijdelijke Tweede Kamer onderzoekscommissie tbs, onderzoek naar de vraag of de tbs-maatregel nog wel in staat is om de maatschappij voldoende te beschermen. Uit dit onderzoek kwamen twee belangrijke wensen naar voren. Ten eerste wilde men het aantal incidenten veroorzaakt door (voormalig) tbs-patiënten tot een zo laag mogelijk niveau terugbrengen. Ten tweede moest er een oplossing komen voor de problematisch lage uitstroom. Als belangrijke oplossing voor beide behoeften tegelijk werd het verbeteren van toezicht op extramuraal tbs-patiënten aangedragen. Naast een verlenging van de termijn voor voorwaardelijke beëindiging van 3 naar 9 jaar zou de kwaliteit van het toezicht verbeterd moeten worden. Dit laatste zou bereikt kunnen worden door te zorgen dat de resocialisatiefase een gezamenlijk traject wordt van reclassering en FPC's. Vanuit deze wensen, het terugdringen van de kans op recidive en het bevorderen van de door- en uitstroom, is het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ontwikkeld. Het huidige onderzoek betreft een evaluatie van de plannen voor dit Forensisch Psychiatrisch Toezicht (planevaluatie) en van de mate waarin deze plannen in de praktijk uitvoerbaar zijn gebleken (procesevaluatie).

Uit een literatuurstudie bleek dat er relatief weinig empirische studies zijn verricht naar (de specifieke werkzaamheid van onderdelen van) toezichts- en behandelprogramma's. Met voorzichtigheid mag, op grond van de literatuur, geconcludeerd worden dat het aannemelijk is dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht bijdraagt aan behoud van kennis over de patiënt en vroegsignalering, continuïteit en geleidelijke afbouw en meer forensisch psychiatrische expertise. Deze intermediaire resultaten dragen bij aan een vermindering van de kans op recidive. Hiervoor moet wel aan de voorwaarden voor een goede samenwerking worden voldaan: een goede informatieoverdracht, duidelijke taakverdeling, gezamenlijke visie en gelijkwaardige participatie. In de praktijk van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht bleek dat in grote lijnen aan deze voorwaarden wordt voldaan. Wel moeten de voorwaarden informatieoverdracht en duidelijke taakverdeling blijvend kritisch geëvalueerd worden.

Een van de deelaspecten van samenwerking is echter in de praktijk nog nauwelijks van de grond gekomen: de rol in de multidisciplinaire samenwerking en ketenbenadering van partijen naast het FPC en de reclassering, de zogenoemde derde

partij. De realisatie hiervan binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht blijkt lastig uitvoerbaar. Zeker voor toezicht op de langere termijn, waar andere partijen naast de reclassering en het FPC een steeds grotere rol krijgen, is het nodig de participatie van deze partijen te organiseren.

Voor de veronderstelling dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht ook bijdraagt aan een betere door- en uitstroom is minder steun gevonden. Gekeken is of de aspecten van samenwerking binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht kunnen bijdragen aan een grotere geneigdheid bij de FPC's om een patiënt door te laten stromen naar een volgende fase. In de praktijk zijn hier voorzichtige aanwijzingen voor. Of de samenwerking resulteert in een grotere bereidheid van GGZ-instellingen om patiënten op te nemen, kan nog niet beantwoord worden vanuit de huidige ervaring. Wel ziet men dat externe, wellicht sterkere factoren, invloed hebben op de door- en uitstroom.

Een verbetering van de kwaliteit van het toezicht dat bovendien voor een langere periode plaatsvindt lijkt een voor de hand liggende en relatief eenvoudige oplossing. Dit onderzoek laat echter zien dat de realisatie ingewikkeld is. Vragen als: Wat behelzen precies de verschillende taken (toezicht, controle, begeleiding en behandeling)? Wat is de meest optimale verhouding tussen deze taken? Hoe worden de taken verdeeld over de betrokken partijen? En hoe moet de afbouw hiervan gedurende het resocialisatietraject vorm krijgen? zijn nog onvoldoende beantwoord. Het tot stand brengen van een vruchtbare samenwerking binnen het toezicht is een gecompliceerd proces, dat tijd, inzet en voortdurende voortgangsbewaking vraagt. Daarbij is de behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek naar de werkzame bestanddelen van toezichts- en behandelprogramma's groot.

10.4 De ontwikkeling

Een uitgangspunt binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht is dat de landelijke procesbeschrijving een raamwerk is dat door de FPC's samen met de reclassering in de praktijk verder wordt uitgewerkt. De idee hierachter is dat goede praktijkervaringen onmiddellijk kunnen worden ingezet. Bovendien zijn er in elke regio andere samenwerkingsverbanden aanwezig; het is ondoenlijk om alle verschillende situaties in één keurslijf te proppen. Daarnaast zou enige vrijheid op lokaal niveau meer draagvlak voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht opleveren dan een uitgewerkt plan dat van bovenaf wordt opgelegd.

In de praktijk heeft men deze vrijheid als positief ervaren en is het efficiënt gebleken. Ervaringen met enkele aspecten van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, die vooraf niet helemaal voorzien waren, konden onmiddellijk in de plannen worden verwerkt. Een voorbeeld is de situatie waarin de rechter de fase van proefverlof wil overslaan, of de praktische invulling van de *time-out* voorziening. Deze vrijheid heeft echter wel geresulteerd enkele in lokale verschillen. Wanneer er wordt samengewerkt buiten de eigen regio kan dit onduidelijkheid en zelfs problemen opleveren, bijvoorbeeld wat betreft de taakverdeling en de selectiecriteria voor het Forensisch

Psychiatrisch Toezicht. Een aantal FPC's hanteert als contra-indicatie de uitstroom naar een 24-uurs voorziening of GGZ-instelling. Het is de vraag of deze instellingen voldoende forensische expertise in huis hebben om toezicht te houden op deze patiënten, die veelal aan zware problematiek lijden en in het verleden een ernstig delict hebben gepleegd. Dit vraagstuk behoeft landelijke afstemming. Naast inhoudelijke verschillen zijn er ook verschillen wat betreft de mate waarin de samenwerking van de grond is gekomen. Het is zaak deze lokale verschillen te overbruggen.

Het op papier zetten van procedures en werkwijzen ten behoeve van de lokale procesbeschrijving vraagt veel tijd en is niet eenvoudig. Een nadeel van de vrijheid op lokaal niveau is dat men in elke regio ditzelfde proces doormaakt. Vervolgens is het resultaat dat de lokale procesbeschrijvingen verschillen qua omvang en mate waarin onderdelen zijn uitgewerkt. Er zou echter, meer nog dan nu het geval is, gebruik gemaakt kunnen worden van (onderdelen van) elkanders concepten en standaardformuleringen. Dit zal een uniforme terminologie bevorderen en zal bijdragen aan kennisdeling en vermindering van de lokale verschillen.

Uit dit onderzoek is gebleken dat een aantal zaken nadere uitwerking behoeven. Ten eerste is dit de eerder genoemde rol binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht van partijen die betrokken zijn bij het toezicht en de behandeling van de extramurale patiënt, anders dan het FPC en de reclassering. In de praktijk blijkt het lastig deze participatie te passen binnen het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De resultaten van de dossierstudie onderstrepen het belang van ketenvorming en een goede overdracht van kennis over de patiënt. Hieruit bleek dat het patiënten betreft met ernstige (vaak meervoudige) problematiek, die in het verleden ernstige delicten hebben gepleegd en die uitstromen naar zeer diverse GGZ-instellingen. Een ander punt is de invulling (en afbouw) van het toezicht wanneer de fase van voorwaardelijke beëindiging een lange periode voortduurt. Deze beide aspecten hangen samen: wanneer de extramurale fase langer duurt wordt de intensiteit van het toezicht afgebouwd waarbij de rol van de derde partij toeneemt. De uitwerking van dit mechanisme in de vorm van een plan als onderdeel van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht blijkt ingewikkeld. Het is daarom niet verstandig praktijkervaringen en lokale oplossingen af te wachten. Gezien het gevaar van eventuele incidenten is een dergelijke afwachtende houding zelfs ongewenst. Als orgaan van waaruit sturing zou kunnen plaatsvinden lijkt de Klankbordgroep het meest aangewezen. Dit forum wordt in het veld als waardevol beoordeeld.

In de landelijke Procesbeschrijving wordt gesteld dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht niet statisch is; plannen en werkwijzen worden voortdurend aangepast aan nieuwe wetenschappelijke inzichten over effectief bewezen bestanddelen gericht op risicobeheersing en vermindering van recidive. Het is echter de vraag hoe deze inzichten de praktijk bereiken. Het is niet realistisch te veronderstellen dat reclasseringswerkers en medewerkers van een FPC voortdurend de wetenschappelijke literatuur bijhouden. Ook hiervoor is steun vanuit centraal niveau gewenst. Verder is opgemerkt dat in de plannen voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht onvoldoende onderscheid wordt gemaakt tussen de begrippen toezicht,

controle, begeleiding en behandeling. Dit gebrek aan onderscheid, dat ook is geconstateerd door de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, kan in de praktijk een goede en duidelijke taakverdeling in de weg staan, hetgeen weer een nadelig effect kan hebben op werkzaamheid van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Vanuit dit perspectief is ook de naam van de samenwerking, het Forensisch Psychiatrisch *Toezicht*, wellicht minder gelukkig gekozen. Toezicht wordt in deze naam in brede zin opgevat, aangezien hier ook begeleidings- en behandelingstaken onder vallen.

10.5 Het effect

Het onderhavige onderzoek betreft een plan- en een procesevaluatie. In de planevaluatie is onderzocht of verondersteld mag worden dat het plan voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zal resulteren in de beoogde (eind)doelen. Het is aannemelijk gebleken dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht werkzaam is met betrekking tot de eerste doelstelling, het terugdringen van de kans op recidive. Voor de idee dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een positieve bijdrage levert aan de tweede doelstelling, het bevorderen van de door- en uitstroom, is minder steun gevonden. In de procesevaluatie is onderzocht in hoeverre de plannen tot uitvoering zijn gebracht in de praktijk. Voor de procesevaluatie is mede gebruik gemaakt van de ervaringen van de uitvoeringsbetrokkenen. Hieruit komt naar voren dat veel van de elementen van het FPT in de praktijk gerealiseerd zijn en dat in de praktijk veelal aan de voorwaarden voor een goede samenwerking wordt voldaan.

De ervaringen met het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in de praktijk zijn overwegend positief gebleken: men ervaart dat het Forensisch Psychiatrisch Toezicht een belangrijke toegevoegde waarde heeft, zowel wat betreft samenwerking als kennisdeling. Ook ziet men dat de resocialisatie meer geleidelijk verloopt. Een aantal betrokkenen heeft de indruk dat over het Forensisch Psychiatrisch Toezicht onrealistische ideeën leven binnen de rechtelijke macht. Het gevolg zou zijn dat de rechter eerder tot een voorwaardelijke beëindiging zou overgaan.

Om te kunnen vaststellen of het Forensisch Psychiatrisch Toezicht daadwerkelijk in de beoogde doelen resulteert zou een zogeheten effectevaluatie uitgevoerd moeten worden. Hiervoor is het noodzakelijk dat op een gestandaardiseerde wijze gegevens worden vastgelegd. De einddoelen van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht, vermindering van de kans op recidive en de bevordering van de door- en uitstroom, staan echter mede onder invloed van factoren buiten het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Een evaluatie van het effect van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht zou zich daarom in de eerste plaats moeten richten op de variabelen die in het huidige onderzoek zijn aangeduid met de term intermediaire doelen. Dit zijn de variabelen behoud kennis over de patiënt en vroegsignalering, continuïteit en geleidelijke afbouw, meer forensisch psychiatrische expertise, grotere geneigdheid binnen het FPC tot door- en uitstroom en grotere bereidheid van de GGZ tot opname. Het is duidelijk dat de operationalisatie van deze variabelen geen eenvoudige opgave

is. Naast een duidelijk onderscheid tussen toezicht, controle, begeleiding en behandeling en een eenduidige interpretatie van deze begrippen in het veld, is het bovendien noodzakelijk een duidelijk verschil te maken tussen de variabelen doorstroom en uitstroom. Voor de realisatie van een effectstudie is het raadzaam op korte termijn een werkgroep in te stellen die de opdracht krijgt deze variabelen nader te operationaliseren en de voorgenoemde termen duidelijk te definiëren en af te bakenen. Gezien de inhoud van de variabelen is het onvermijdelijk dat (een aantal van) de indicatoren kwalitatief van aard zullen zijn.

Het onderzoek zal de vorm hebben van een zogeheten observationele studie. Een (quasi-)experimentele opzet is immers niet mogelijk aangezien alle FPC's inmiddels participeren en toezicht organiseren middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. De dataverzameling zal in de kern moeten bestaan uit Routine Outcome Monitoring (ROM); een herhaalde meting van de uitkomstvariabelen in combinatie met een doorlopende registratie van de feitelijk geboden behandeling (zie Drieschner, Hesper & Marrozos, 2010). Door op korte termijn te beginnen met het op systematische wijze herhaald vastleggen van gegevens, ook met betrekking tot de rechterlijke uitspraken in de zogeheten tbs- verlengingszaken, kunnen de effecten van toezicht middels het Forensisch Psychiatrisch Toezicht in beeld worden gebracht.

Summary

Forensic Psychiatric Supervision

In 2006 the Visser Commission, the temporary Dutch Parliamentary Committee of Inquiry on *tbs* (detention under a hospital order), set out to investigate whether *tbs* still provided society with sufficient protection. Two important findings emerged from this investigation. Firstly, a desire to reduce the number of incidents committed by current and former forensic patients to the lowest possible level. Secondly, the need to resolve the problem of low patient 'outflow'. Improving the supervision of forensic outpatients was proposed as a solution for both these problems. In addition to extending the period for conditional termination from three to nine years, it was agreed that the quality of supervision also needed improving. If these objectives were to be achieved, the resocialization phase needed to be jointly overseen by the Probation and After-Care Service and the Forensic Psychiatric Centres (FPCs), and this decision resulted in the adoption of the 'Forensic Psychiatric Supervision' approach.

Forensic Psychiatric Supervision comprises various different elements. The first of these is 'Cooperation': because of their expertise the FPCs and probation organizations are jointly involved in supervising forensic patients throughout the outflow process. This means that the Probation and After-Care Service is already involved in the resocialization phase of intramural treatment in the FPC and the transmural leave, while the FPC will have a role in supervision and treatment during trial leave and conditional termination. Other partners, such as the GGZ (Dutch Mental Healthcare Association) institutions and forensic psychiatric outpatients' departments, will also have an important role in treatment and supervision. The extent to which each party participates is determined by the needs of the individual patient. This allows more scope than in the past for individual treatment plans. 'Phased Outflow', meaning a forensic patient has to complete each phase of the *tbs* measure, is an underlying principle of the process, with another element of Forensic Psychiatric Supervision being the 'Further Professionalization of the Probation and After-Care Service'.

The plan for Forensic Psychiatric Supervision was further developed in practice by the FPCs and the probation organizations during the test phase, which was officially launched in May 2008. Ten of the twelve FPCs participated in the test phase in cooperation with the probation organizations (3RO). The present study evaluates the plan and the process.

Evaluation of the plan

Using scientific literature on the effectiveness of different forms of supervision and cooperation, we examined whether Forensic Psychiatric Supervision could be expected, based on the plan, to result in the stated objectives and the stated ultimate objectives being attained. To this end, the Forensic Psychiatric Supervision plan was first clarified, restructured, and represented as a model. Forensic Psychiatric Supervision comprises the elements referred to above: Phased Outflow, Further Professionalization of the Probation and After-Care Service, and Cooperation. The objective of Forensic Psychiatric Supervision is twofold: reducing the chance of recidivism and promoting flow and outflow. Detailed analysis of the documents shows that there is no direct relationship between the elements and the stated ultimate objectives, which are to be attained through what are referred to as intermediate results. These intermediate results are: Retention of patient knowledge and early recognition of warning signs; Continuity and progressive lessening of supervision; More forensic psychiatric expertise; Promotion of flow and outflow by the FPC; Earlier admittance by the GGZ. The scientific literature consulted to assess the efficacy of Forensic Psychiatric Supervision included studies of cooperation. The review showed that cooperation can be beneficial, providing a number of conditions are met. These include good information transfer, a clear division of tasks, joint vision and equal participation. However, the literature consulted also showed that cooperation can present problems, such as start-up problems and dependency on the individuals involved, while diverging opinions between parties may also create difficulties.

We subsequently researched whether the assumed relationships within Forensic Psychiatric Supervision are supported by empirical scientific research into the efficacy of supervision, counselling and treatment, or elements thereof, of forensic outpatients. These results should, however, be interpreted with caution. Firstly, the number of empirical studies of good methodological quality is scarce and, secondly, these empirical studies almost always examine the efficacy of an overall intervention, in which different aspects are combined.

The efficacy with respect to the first objective of Forensic Psychiatric Supervision – less recidivism – is partly supported by empirical research. 'Cooperation' seems to have a positive effect on two of the intermediate results, being 'Retention of patient knowledge and early recognition of warning signs' and 'More forensic psychiatric expertise'. However, good information transfer, a clear division of tasks, joint vision and equal participation are also necessary in this respect. Practice will have to show whether these conditions are met. It is not clear whether 'Cooperation' will result in more continuity and a progressive lessening of supervision. This, too, will have to be examined in practice. Two other elements of Forensic Psychiatric Supervision – 'Phased outflow' and 'Further professionalization' – seem to contribute positively to 'Continuity and progressive lessening of supervision' and 'More forensic psychiatric expertise' respectively. Based on the literature review, three of the intermediate results – 'Retention of patient knowledge and early identification',

'Continuity and progressive lessening of supervision' and 'More forensic psychiatric expertise' may be expected to help reduce the chance of recidivism.

Less support was found for the idea that Forensic Psychiatric Supervision could contribute positively to the second objective of promoting flow and outflow. It remains to be seen whether cooperation within Forensic Psychiatric Supervision can indeed promote flow and outflow of patients by the FPCs, and enhance the willingness within the *GGZ* to admit forensic outpatients. One of the elements of Forensic Psychiatric Supervision may affect flow and outflow negatively: the requirement for all forensic patients to complete all the phases of 'leave', or 'Phased outflow'. A level of supervision that is *too* intense may also affect flow and outflow. In addition, flow and outflow may also be affected by external factors: FPCs and the *GGZ* may become more reticent if a forensic patient causes an incident, and flow and outflow are to a large extent determined by factors outside Forensic Psychiatric Supervision, that is by the Advisory Board responsible for reviewing leave from detention under a hospital order (*Adviescollege Verloftoetsing tbs (Avt)*) and by the judiciary.

Evaluation of the process

The extent to which the FPCs and the Probation and After-Care Service were already working together in the resocialization process at the beginning of the Forensic Psychiatric Supervision approach varies considerably from location to location, but in all cases Forensic Psychiatric Supervision has further developed and intensified cooperation. The freedom to further develop the plan at a local level with respect to Forensic Psychiatric Supervision in the test phase has resulted in some differences among regions. A comparison between locations as to the intensity of supervision is, however, complex as individual treatment plans can be and are being designed for each patient. Furthermore, plans may differ in the way they have been formulated in writing at a local level. Almost all local plans fail to specify how supervision should be gradually lessened, in situations where conditional termination phases cover long periods of time. Many other institutions also play a role in the resocialization process, with the specific institutions involved varying from patient to patient. The role of these institutions is further developed at the individual level and not included in local process descriptions.

Case studies have provided a picture of the forensic patient population subject to Forensic Psychiatric Supervision. Combinations of severe psychiatric disorders, personality disorders and substance abuse were found relatively often. Many different parties are involved in providing care, counselling and supervision during the extramural phase, and relatively high numbers of patients move on to 24-hour care. Outpatient care, forensic outpatient care or home care is arranged for all patients moving on to assisted living, and for almost all patients returning to live with their families or independently.

We researched the extent to which elements of Forensic Psychiatric Supervision have been achieved in practice, using experience in practice. We also examined whether the conditions for successful cooperation were met in practice, whether problems were encountered in this cooperation, and whether the assumed relationships with the objectives and intermediate objectives were recognized in practice.

Phased outflow: The process descriptions at the local level clearly show that the role of the FPC decreases and that of the Probation and After-Care Service increases in each subsequent phase, while the intensity of supervision decreases throughout the phases. Whether all the different phases of leave are indeed completed one by one also depends on the Public Prosecution Service and the courts.

Further Professionalization of the Probation and After-Care Service: Developments have also taken place outside Forensic Psychiatric Supervision, and action plans have been implemented, and these make it difficult to determine the extent to which Forensic Psychiatric Supervision has contributed to professionalization. The fact that the number of hours of supervision received by forensic patients has quadrupled is seen as a considerable improvement, and the *TCO* (casuistry consultation *tbs*) is seen as an important tool within Forensic Psychiatric Supervision.

Cooperation: With respect to the various sub-elements of cooperation it can be concluded that almost all of these have been achieved in practice, with the exception of multidisciplinary supervision and the chain approach. In practice, close cooperation with other institutions is frequent, but this form of cooperation is not included in the process description. Participation of the 'third party' in Forensic Psychiatric Supervision seems to be hindered by practical problems.

Whether the conditions for fruitful cooperation in Forensic Psychiatric Supervision were met in practice was also considered. Those responsible for implementation have a positive view on the transfer of information and the clarity of the division of tasks. Continuous attention to these two aspects is, however, important. As regards joint vision and equal participation, Forensic Psychiatric Supervision itself appears to contribute to achieving these conditions.

Literature on cooperation revealed some potential problems that could become obstacles to Forensic Psychiatric Supervision in practice. The existence of these problems in Forensic Psychiatric Supervision was researched and it became apparent that within Forensic Psychiatric Supervision, too, successful cooperation takes time to materialise. This means that an opinion on the success of Forensic Psychiatric Supervision, including at a local level, should not be given too hastily. The study also mentions the dependency on the individuals responsible for implementation, which could pose a threat to the quality of the information transfer and the clarity of the division of tasks. With respect to possible differences of opinion, people involved in practice have suggested setting up a central point of contact to which problems relating to cooperation can be reported.

Conclusion

Based on a review of literature and experience in practice, we can conclude, with some reservations, that Forensic Psychiatric Supervision is likely to contribute to reducing the chance of recidivism. In practice, however, efforts are needed to ensure good information transfer and a clear division of tasks on a permanent basis. The ensuring of these conditions should be monitored critically.

One aspect of Forensic Psychiatric Supervision in practice is still in the early stages of development: multidisciplinary cooperation and the chain approach of parties other than the FPC and the Probation and After-Care Service. Accomplishing this aspect of Supervision is proving, however, to be difficult. Especially in respect of longer-term supervision, in which parties other than the Probation and After-Care Service and the FPC are being given an increasing role, their participation needs to be properly organized. In addition, there are few provisions in place for lessening supervision in cases where conditional termination covers longer periods of time. And it was precisely the wish to develop a form of supervision for the longer term that was one of the aims underlying the introduction of Forensic Psychiatric Supervision.

Less support was found for the assumption that Forensic Psychiatric Supervision contributes to a better flow and outflow of patients. We researched whether the aspects of cooperation within Forensic Psychiatric Supervision can contribute to a greater tendency among FPCs to seek to move patients on to the next phase. Conservative indications that this is occurring can be seen in practice. Although, based on present experience, the question of whether cooperation will result in a greater willingness among GGZ institutions to admit patients cannot yet be answered, it is evident that other, perhaps stronger, factors influence flow and outflow.

It is a basic principle within Forensic Psychiatric Supervision that the national process description is a framework to be further developed by the FPCs and the Probation and After-Care Service jointly in practice. This latitude is seen as positive and has proved efficient in practice, although it has resulted in some local differences. These may create a lack of clarity or even problems in the case of cross-regional cooperation, for instance with regard to the division of tasks. Besides differences in content, there are also differences in the extent to which various locations have achieved cooperation, and these local differences need to be resolved.

This study has shown that some matters need further attention. Firstly multidisciplinary cooperation and the chain approach of parties other than the FPC and the Probation and After-Care Service, and longer-term supervision. There also seems to be some confusion about the terms supervision, monitoring, counselling and treatment. It is precisely because the specific division of these tasks and the relationship between the various components are so essential that it is important to provide clarity in this matter. Rather than waiting for practical experience or local solutions, supervision at a central level is needed. Direction from a central level is also desirable with respect to implementing new scientific insights on methods aimed at, *inter alia*, risk management and reducing recidivism that have proven effective.

The present study provides an evaluation of the plan and the process. The actual effectiveness of Forensic Psychiatric Supervision has not been examined. Experience with Forensic Psychiatric Supervision in practice has mainly, however, proved positive: Forensic Psychiatric Supervision is seen as having important added value with respect to both cooperation and knowledge sharing, and the resocialization process is seen to have become more gradual. Some stakeholders believe the judiciary may have unrealistic ideas about Forensic Psychiatric Supervision, and that this could result in courts being more likely to allow conditional termination.

An 'effect evaluation' will need to be performed if the precise effects of Forensic Psychiatric Supervision are to be determined. The different elements of this Supervision will need to be operationalized and the data recorded in a standardized manner. By repeatedly recording data in a systematic way, also with respect to decisions in what are referred to as '*tbs* extension cases', the effects of supervision by Forensic Psychiatric Supervision can be identified.

Literatuur

Alish, Y., Birger, M., Manor, N., Kertzman, S., Zerzion, M., Kotler, M., & Strous, R.D. (2007). Schizophrenia sex offenders: A clinical and epidemiological comparison study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 459-466.

Andreas, A., Gelderen, S.K. van, Schoenmaker, L., & Zandbergen, W.E. (2008a). *Procesbeschrijving Forensisch Psychiatrisch Toezicht*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Andreas, A., Gelderen, S.K. van, Schoenmaker, L., & Zandbergen, W.E. (2008b). *Plan van Aanpak Implementatie Forensisch Psychiatrisch Toezicht*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.

Banks, D., & Gottfredson, D.C. (2003). The Effects of Drug Treatment and Supervision on Time to Rearrest Among Drug Treatment Court Participants. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 382-412.

Banks, D., & Gottfredson, D.C. (2004). Participation in drug treatment court and time to rearrest. *Justice Quarterly*, 21(3), 637-658.

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141-159.

Bonta, J. (2002). Recidivepreventie bij delinquenten. Een overzicht van de huidige kennis en een visie op de toekomst. *Justitiële verkenningen*, 28(8), 20-35.

Boone, M., & Poort R. (2002). Wat werkt (niet) in Nederland? De What Works principes toegepast op het programma-aanbod van de reclassering. *Justitiële verkenningen*, 28(8), 48-63.

- Cumming, G., & McGrath, R. (2000). External Supervision. How can it increase the effectiveness of relapse prevention? In: D.R. Laws, S.M., Hudson, & T. Ward (eds.). *Remaking relapse prevention with sex offenders. A sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage, p. 236-253.
- Deschenes, E. P., Turner, S., & Greenwood, P.W. (1995). Drug court or probation: An experimental evaluation of Maricopa County drug court. *Justice System Journal, 18*, 55–73.
- Drieschner, K.H., Hesper, B., & Marrozos, I. (2010). Effectonderzoek in de tbs-sector. *De Psycholoog, 45*(2), 38-48.
- Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation, 62*, 3-10.
- Fluttert, F., Meijel, B. van, Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing, 22*(4), 208-216.
- Fokkens, J.W. (2004). De terbeschikkingstelling. In: B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker (red.). *De psychiatrie in het Nederlandse recht*. Deventer: Kluwer, p. 129-139.
- Gestel, B. van, Knaap, L.M. van der, & Hendriks, A.; m.m.v. C.H. de Kogel, M.H. Nagtegaal & S. Bogaerts (2006). *Toezicht buiten de muren: Een systematische review van extramuraal toezicht op TBS-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland*. Den Haag: WODC.
- Gonzales, A.R., Schofield, R.B., & Schmidt, G.R. (2006). *Drug courts: The second decade*. Washington: National Institute of Justice.
- Hanlon, T.E., Nurco, D.N., Bateman, R.W., & O’Grady, K.E. (1999). The Relative Effects of Three Approaches to the Parole Supervision of Narcotic Addicts and Cocaine Abusers. *The Prison Journal, 79*, 163-181.
- Harrell, A., Mitchell, O., Hirst, A., Marlowe, D., & Merrill, J.C. (2002). Breaking the Cycle of Drugs and Crime: Findings from the Birmingham BTC Demonstration. *Criminology and Public Policy, 1*(2), 189-216.
- Harte, J.M. (2007). Gaan we de TBS-maatregel verlengen of beëindigen? Beschouwing naar aanleiding van een parlementair onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 62*, 612-626.

Harte, J.M. (2008). *De effectiviteit van behandelinterventies voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid: een literatuurstudie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Heilbrun, K., & Griffin, P.A. (1993). Community-Based Forensic Treatment of Insanity Acquittes. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13, 133-150.

Hodgins, S., Lapalme, M., & Toupin, J. (1999). Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2 year follow-up. *Journal of affective disorders*, 55(2-3), 187-202.

Hodgins, S., Tengström, A., Österman, R., Kronstrand, R., Eaves, D., Hart, S., Webster, C., Ross, D., Levin, A., Levander, S., Tuniger, E., Müller-Isberner, R., Freese, R., Jöckel, D., Kreuzer, A., Tiihonen, J., Kotilainen, I., Repo-Tiionen, E., Väänänen, K., Eronen, M., Vokkolainen, A., & Vartiainen, H. (2007). *Criminal Justice and Behavior*, 34, 211-228.

Klein Haarhuis, C., & Leeuw, F.L. (2004). De reconstructie van programmatheorieën. *Justitiële verkenningen*, 30(5), 11-30.

Koeter, M.W.J., & Maastricht, A.S. van (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.

Kogel, C.H. de, & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Effectiviteit en veronderstelde mechanismen*. WODC/Boom serie Onderzoek en Beleid, nummer 263. Den Haag: WODC/Boom.

Kogel, C.H. de, & Verwers, C. (2003). *De longstay afdeling van Veldzicht. Een evaluatie*. WODC/Boom serie Onderzoek en Beleid, nummer 207. Den Haag: WODC/Boom.

Kordelaar, W.F. van (2003) Delictclusters en hun signaalwaarde voor gedragsdeskundig onderzoek. In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, p. 69-86, Deventer: Kluwer.

Laan, P.H. van der (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie. *Justitiële verkenningen*, 30(5), 31-48.

Lamb, H.R, Weinberger, L.E., & Gross, B. (1999). Community Treatment of Severely Mentally Ill Offenders Under the Jurisdiction of the Criminal Justice System: A Review. *Psychiatric Services*, 50(7), 907-913.

- Lamb, H.R., & Weinberger, L.E. (2002). A call for more program evaluation of forensic outpatient clinics: The need to improve effectiveness. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 548-552.
- Lamberti, J.S., Weisman, R., & Faden, D.I. (2004). Forensic Assertive Community Treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 1285-1293.
- Leemans, M.J.P. & Poolman, M.R. (2009). *Evaluatie pilot Zicht op Enschedese TBS-gestelden (ZOET)*. Arnhem: KplusV Organisatie-advies.
- Maletzky, B.M., Tolan, A., & McFarland, B. (2006). The Oregon depo-Provera Program: a five year follow up. *Sexual Abuse*, 18, 303-316.
- Mandeville-Norden, R., & Beech, A. (2004). Community-based treatment of sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 10(2), 193-214.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998, 2. Art. NO.: CD000050.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998, 2. Art. NO.: CD001089.
- Mayfield, J. (2009). *The dangerous mentally ill offender program: For- Year Felony Recidivism and Cost Effectiveness*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- Menger, A. (2009). Wie werkt? Over het vakmanschap van de reclasseringswerker. *Proces*, 88(3), 155-165.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Müller-Isberner, J.R. (1996). Forensic Psychiatric Aftercare Following Hospital Order Treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 81-86.
- Nedopil, N., & Banzer, K. (1996). Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany: Current Structure and Future Developments. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 75-79.

Nijman, H., Cima, M., & Merkelbach, M. (2003). Nature and antecedents of psychotic patients' crimes. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14, 542-553.

Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey, C., Lunn, J., & McDougall, C. (2006). Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-56.

Petersilia, J. & Turner, S. (1993). Intensive Probation and Parole. *Crime and Justice: A Review of the Research*, 17, 281-335.

Phipps, P., & Gagliardi, G.J. (2002). *Implementation of Washington's Dangerous Mentally Ill Law: Preliminary findings*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.

Plaisier, J., & Pennekamp, S. (2009). *Planevaluatie reclasseringstoezicht*. Amsterdam: WODC, Impact R&D.

Poort, R., & Eppink, K. (2009). *Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van de reclassering*. Onderzoek verricht ten behoeve van de Adviescommissie Onderzoeksprogrammering Reclassering. Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Ontsnappen aan medialogica; TBS in de maatschappelijke beeldvorming*. Bijlage bij eindrapport Tbs, vandaag over gisteren en morgen, Tijdelijke commissie onderzoek tbs. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008). Forensisch psychiatrisch toezicht, 6 september 2008. Den Haag: RSJ.

Regioplan Beleidsonderzoek (2006). *TBS in beeld. Een beschrijving van het Nederlandse TBS-stelsel*. Bijlage bij eindrapport Tbs, vandaag over gisteren en morgen, Tijdelijke commissie onderzoek TBS. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Ridgely, M.S., Borum, J., & Petrila, J. (2001). *The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight states*. Santa Monica, CA: RAND.

Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(412), 47-53.

Soyka, M., Morhart-Klute, V., & Schoech, H. (2004). Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 289-294.

Stalans, L.J., Seng, M., & Yarnold, P.R. (2002). *Long-term Impact Evaluation of Specialized Sex Offender Probation Programs in Lake, DuPage and Winnebago Counties*. Chicago: Illinois Criminal Justice Information Authority.

Stalans, L.J. (2004). Adult sex offender community supervision. A review of recent assessment and treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 13(5), 564-608.

Swartz, M.S., & Swanson, J.W. (2004). Involuntary Outpatient Commitment, Community Treatment Orders, and Assisted Outpatient Treatment: What's in the Data? *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 585-591.

Terpstra, J. (2001). Netwerken en samenwerking bij de uitvoering van beleid. *Beleidswetenschap*, 15(2), 141-168.

Terpstra, J., & Bakker, I. (2002). *Met recht lokaal. Evaluatie van Justitie in de Buurt*. Enschede: IPIT.

Tijdelijke commissie onderzoek tbs (2006). *TBS, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Torrey, E.F., & Zdanowicz, M. (2001). Outpatient commitment, What, why, and for whom. *Psychiatric Services*, 52, 337-341.

Turner, B.W., Bingham, J.E., & Andrasik, F. (2000). Short-term community based treatment for sexual offenders: enhancing effectiveness. *Sexual addiction & Compulsivity*, 7, 211-223.

Veldhuizen, J.R. van, Berkhout, J.J., & Horsman, L. Th. (2006). Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: check, check, double check. *Proces*, 170-179.

Vliet, J.A. van, & Oldenburg, L.M. (2009). Risico's of kansen? *Sancties*, 222-234.

Wartna, B.S.J. (2005). *Evaluatie van daderprogramma's: een wegwijzer voor onderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies speciaal gericht op het terugdringen van recidive*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Wartna, B.S.J., Harbachi, S. el, & Knaap, L.M. van der (2005). *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. WODC/Boom serie Onderzoek en Beleid, nummer 230. Den Haag: WODC/Boom.

Wexler, H.K., Leon, G. de, Thomas, G., Kressel D., & Peters, J. (1999). The Amity Prison TC Evaluation: Reincarceration Outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 147-167.

Wexler, H.K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for Amity in prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal*, 79, 321-336.

Wiederanders, M.R., Bromley, D.L., & Choate, P.A. (1997). Forensic conditional release programs and outcomes in three states. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 249-257.

Wilson, R.J., Stewart, L., Stirpe, T., Barrett, M., & Cripps, J.E. (2000). Community-based sex offender management: Combining parole supervision and treatment to reduce recidivism. *Canadian Journal of Criminology*, 42(2), 177-188.

Bijlage 1: Begeleidingscommissie

drs. J.R. van Veldhuizen (voorzitter)
GGZ Noord Holland Noord

mw. drs. I. Bakker
Verwey-Jonker Instituut

dr. A. Bartels
dr. Leo Kannerhuis

dr. R.H.S. van den Brink
UMC Groningen – Rob Giel Onderzoekscentrum (RGOc)

mw. drs. A. Menger
Hogeschool Utrecht – Kenniscentrum Sociale Innovatie

mw. drs. L. Schoenmaker
Ministerie van Justitie - Dienst Justitiële Inrichtingen

dr. H.C.J. van der Veen
Ministerie van Justitie – Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum
(WODC)

dr. J.A. van Vliet
Hogeschool Utrecht – Kenniscentrum Sociale Innovatie

mr. W.E. Zandbergen
Ministerie van Justitie - Directie Sanctie- & Preventiebeleid

Onderzoekers:

mw. dr. J.M. Harte
Vrije Universiteit – Faculteit der Rechtsgeleerdheid
Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR)

mw. W.D. van Kalmthout MSc
Vrije Universiteit – Faculteit der Rechtsgeleerdheid

mw. J.J.M.C. Knüppe
Vrije Universiteit – Faculteit der Rechtsgeleerdheid

Bijlage 2: Overzicht interviews

I. Interviews Projectgroep

	Organisatie	Datum
Respondent 1	Openbaar Ministerie	17 april 2009
Respondent 2	Directie Sanctie- en Preventiebeleid	20 april 2009
Respondent 3	Dienst Justitiële Inrichtingen	20 april 2009
Respondent 4	GGZ Palier	20 april 2009
Respondent 5	GGZ Nederland	21 april 2009
Respondent 6 Respondent 7	Reclassering Nederland	23 april 2009
Respondent 8	Leger des Heils	12 mei 2009

II. Interviews Klankbordgroep

	FPC	Datum
Respondent 1	FPC Van Mesdag	25 mei 2009
Respondent 2	FPC Veldzicht	13 mei 2009
Respondent 3	FPC De Oostvaarderskliniek	18 mei 2009
Respondent 4	FPC Pompestichting	4 juni 2009
Respondent 5	FPC de Kijvelanden	27 mei 2009
Respondent 6 Respondent 7	FPC Oldenkotte	20 mei 2009
Respondent 8 Respondent 9	FPC De Rooyse Wissel	11 mei 2009
<i>Respondent 10</i>	<i>FPC AMC de meren</i>	<i>Niet deelgenomen</i>
Respondent 11 Respondent 12	FPC Hoeve Boschoord	26 mei 2009
Respondent 13	FPC GGZEindhoven	6 mei 2009

	Reclassering	Datum
Respondent 1	RN Groningen	25 mei 2009
Respondent 2	RN Zwolle	16 juni 2009
Respondent 3	RN Lelystad	18 mei 2009
Respondent 4	Tactus Verslavingszorg Lelystad	2 juni 2009
Respondent 5	IrisZorg Nijmegen	12 mei 2009
Respondent 6 Respondent 7	RN Rotterdam	27 mei 2009
Respondent 8	RN Almelo	20 mei 2009
Respondent 9	RN Roermond	11 mei 2009
Respondent 10	RN Amsterdam	2 juni 2009
Respondent 11	RN Groningen	26 mei 2009
Respondent 12	RN Eindhoven	6 mei 2009

III. Interviews uitvoerders

	FPC	Datum
Respondent 1	FPC Van Mesdag	8 juni 2009
Respondent 2	FPC Veldzicht	24 juni 2009
Respondent 3	FPC De Oostvaarderskliniek	10 juni 2009
<i>Respondent 4</i>	<i>FPC Pompestichting</i>	<i>Niet deelgenomen</i>
Respondent 5	FPC de Kijvelanden	27 juni 2009
Respondent 6	FPC Oldenkotte	10 juni 2009
Respondent 7	FPC De Rooyse Wissel	22 juni 2009
<i>Respondent 8</i>	<i>FPC AMC de meren</i>	<i>Niet deelgenomen</i>
<i>Respondent 9</i>	<i>FPC Hoeve Boschoord</i>	<i>Niet deelgenomen</i>
Respondent 10	FPC GGZEindhoven	16 juni 2009

	Reclassering	Datum
Respondent 1	RN Groningen	8 juni 2009
Respondent 2	RN Zwolle	16 juni 2009
Respondent 3	RN Lelystad	15 juni 2009
<i>Respondent 4</i>	<i>IrisZorg Nijmegen</i>	<i>Niet deelgenomen</i>
Respondent 5	Bouman GGZ Rotterdam	22 juni 2009
Respondent 6	RN Almelo	24 juni 2009
Respondent 7	RN Roermond	22 juni 2009
<i>Respondent 8</i>	<i>RN Amsterdam</i>	<i>Niet deelgenomen</i>
<i>Respondent 9</i>	<i>Reclassering Groningen</i>	<i>Niet deelgenomen</i>
Respondent 10	Novadic-Kentron Eindhoven	1 juli 2009