

## Tilburg University

### Van stoornis naar delict

van Vliet, J.A.; Oei, T.I.

*Published in:*

Pedagogiek: Wetenschappelijk forum voor opvoeding, onderwijs en vorming

*Publication date:*

2006

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

van Vliet, J. A., & Oei, T. I. (2006). Van stoornis naar delict: De verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenis van TBS-gestelden. *Pedagogiek: Wetenschappelijk forum voor opvoeding, onderwijs en vorming*, 26(3), 301-316.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Van stoornis naar delict

## De verbrokkelde hulpverlenings- geschiedenissen van tbs-gestelden

*Jaap A. van Vliet & Karel Oei*

---

### **From mental disorder to criminal act. The disorderly history of treatment and care of persons convicted to detention under hospital order (TBS)**

This article gives a literature search about the increase of the number of patients subject to a hospital order, and about the relation between injured people and common treatment and care. File research was done at the Court of Appeal in Arnhem (Netherlands). The research deals with the question whether more hospital orders are imposed as a result of the (dis)functioning of the Mental Health Service in the Netherlands. The file analysis shows that, before imposing a hospital order, most patients had long-term, frequent contacts with the Mental Health Service, with care and treatment for drug addicts and/or with child welfare, both voluntary and involuntary, clinically and ambulatory. It is certain that these patients had received care and treatment for years, but it must be doubted whether the correct type of care and treatment was offered. Both care and treatment could be suddenly terminated by the therapists or by the patient himself or herself and no (forced) aftercare was given. As a result, these people came in situations which sometimes led to serious deterioration of their condition, to serious criminal acts, and eventually to a hospital order. A conclusion is that, from this point of view, the functioning of the Mental Health Service and other organisations of common treatment and care contributes to an increase of the number of patients subject to a hospital order. Only a small group of patients may be concerned, but the impact is serious. Within these organisations, this must lead to a reflection on their attitude with respect to these patients.

---

**Jaap A. van Vliet** is organisatieadviseur, werkzaam als beleidsmedewerker bij Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering met in zijn takenpakket onder meer de aansluiting tussen justitie en zorg en de coördinatie van wetenschappelijk onderzoek.

**Karel Oei** is hoogleraar forensische psychiatrie aan de Universiteit van Tilburg.

Correspondentieadres: Dr. J.A. van Vliet, Händelstraat 21, 6815 CV, Arnhem. E-mail: vliet.aktief@tiscali.nl

## Inleiding

In het inleidende artikel van dit themanummer wordt zichtbaar dat het aantal veroordeelden in Nederland dat tbs krijgt opgelegd sinds midden jaren '90 sterk is toegenomen, terwijl het aantal beëindigingen nog niet de helft van het aantal opleggingen bedraagt, waardoor het aantal tbs-gestelden en benodigde tbs-plaatsen gestaag toeneemt. Er is de laatste jaren dan ook veel aandacht besteed aan alle mogelijke ontwikkelingen rondom de tbs (Doelmatig behandelen, 1995; Ministerie van Justitie, 2001; Over stromen, 1998). Het rapport van de Tijdelijke Kamercommissie die recent onderzoek naar het tbs-stelsel heeft uitgevoerd, is medio mei 2006 gepresenteerd. Belangrijk zijn de conclusies en de zeventien aanbevelingen voor verbetering. De mogelijkheden en beperkingen van het tbs-stelsel zijn goed in beeld gebracht en de aanbevelingen sluiten aan bij de nu levende discussies en de geconstateerde tekorten in het stelsel. Er zijn aanbevelingen gericht op de uitstroom van patiënten uit de tbs-kliniek: de periode waarin zij in de gaten gehouden moeten worden zou verlengd moeten worden van drie jaar tot maximaal negen jaar en er moet intensievere nazorg worden gegeven. Ook de uitvoering van de behandeling zelf zal moeten verbeteren (Tweede Kamer, 2006). De meeste aanbevelingen hebben betrekking op de situatie die ontstaat als de pleger van een delict al een tbs opgelegd heeft gekregen of al in een kliniek is behandeld. De voorstellen zijn grotendeels door de minister overgenomen en voor verdere uitwerking opgenomen in een Plan van Aanpak dat door de Tweede Kamer is goedgekeurd.

Het doel van het onderzoek was de huidige stand van de forensische zorg verhelderd te krijgen zodat de politiek op dit punt de juiste keuzes kan maken (Tweede Kamer, 2005). Binnen deze doelstelling is het echter een gemiste kans dat het rapport zich nauwelijks uitspreekt over de vraag hoe tbs-opleggingen zijn te voorkómen. Want hoewel vermoedelijk voorlopig niet is te voorspellen wie wel en wie niet ooit een delict zal plegen waarvoor tbs opgelegd zal worden is het wel mogelijk iets te zeggen over de hulpverleningshistorie van mensen die in de tbs terecht komen. Daarmee is mogelijk een uitspraak te doen over de groep mensen die een verhoogd risico loopt een dergelijk delict te plegen en een strategie te ontwikkelen voor een op deze groep gerichte, preventieve aanpak. Een dergelijke invalshoek zou, ook voor de Tweede Kamer, van belang zijn geweest; dat wetende kan ook daarop beleid worden ontwikkeld.

In dit artikel zullen wij een inzicht geven in de hulpverleningshistorie van tbs-gestelden. Het gaat daarbij om de intensiteit en de aard van contacten met de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz), de verslavingszorg, de jeugdzorg en andere vormen van zorg- en hulpverlening. Voorafgaand hieraan en in relatie hiermee zullen wij inzicht geven in meningen en onderzoek naar de toename van het aantal tbs-opleggingen en in de algemene ontwikkelingen ten aanzien van de zorg- en hulpverlening voor 'kwetsbare groepen'.

De registratie van kenmerken van tbs-gestelden – waaronder de hulpverleningshistorie van tbs-gestelden – door de afdeling 'Monitor en Research TBS'

(M&R) van het Dr. F.S. Meijers Instituut, heeft plaats gevonden van 1995 tot 2000. Als gevolg van de beëindiging van de werkzaamheden van M&R in 2000 werd het raadplegen van nadien verzamelde gegevens bemoeilijkt. De goed te raadplegen gegevens over de tbs-populatie betreffen de periode waarin M&R actief was (Van Emmerik & Brouwers, 2001). Deze gegevens zijn echter redelijk gedateerd en daarom is door Van Vliet in 2006 een beperkt kwalitatief dossieronderzoek gedaan bij de Penitentiaire Kamer in het Gerechtshof te Arnhem naar deze hulpverleningshistorie. In dit artikel wordt hiervan een samenvatting gegeven. Hiermee ontstaat een completer beeld van de praktijk van de hulpverlening aan tbs-gestelden voordat ze het delict pleegden waarvoor tbs werd opgelegd. Door middel van de gevonden gegevens zullen wij een poging doen de groep patiënten die een verhoogd risico lopen een tbs opgelegd te krijgen nader te preciseren en ten slotte zullen wij aanbevelingen doen voor op preventie gericht beleid.

### **Toename van tbs-opleggingen**

In 2003 uitte de vice-president van het gerechtshof in Arnhem en voorzitter van de sectie tbs van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) Van Kuijck kritiek op de GGz. Het aantal veroordeelden dat tbs krijgt opgelegd is de afgelopen jaren sterk toegenomen en dat zou volgens Van Kuijck voor een belangrijk deel door de GGz worden veroorzaakt. Waar het ministerie van Justitie de stijging van het aantal tbs-opleggingen toeschrijft aan de toename van de criminaliteit in het algemeen meende Van Kuijck dat die redenering er aan voorbij gaat dat het aantal criminelen met psychische stoornissen toeneemt: mensen die al eerder behandeld werden in de Geestelijke Gezondheidszorg maar daarna buiten beeld zijn geraakt: draaideurpatiënten, zorgmijders, mensen met problemen waarmee de GGz geen raad weet. Ernstige misdrijven en tbs-opleggingen waren te voorkómen geweest als de betreffende daders in het verleden beter ofwel consistentere waren begeleid en minder lang hadden moeten doorlopen met hun problemen. De stijging van het aantal tbs-opleggingen betekent volgens Van Kuijck niet dat rechters tbs gemakkelijker opleggen dan in het verleden. Wanneer er meer capaciteit was in tbs-klinieken zou de rechter naar zijn mening, vanwege de ernst van de psychiatrische problematiek en de relatie daarvan tot het gepleegde delict, vaker besluiten tot het opleggen van een tbs. De tekorten aan behandelplaatsen zouden nog groter zijn dan op papier staat (De Gelderlander, 2003).

Deze constatering van Van Kuijck stonden niet op zichzelf. Al in 1999 werd door Van Kuijck, met zijn collega Vegter, in dezelfde zin gepubliceerd. Zij meenden dat de toename van het aantal opleggingen van de maatregel in belangrijke mate samenhang met het aantal daartoe strekkende adviezen van deskundigen. Zij constateerden een toename van het aantal tbs-adviezen. Daarnaast merkten zij op dat het "van algemene bekendheid is dat onder wetsovertreders het aantal personen met een geestelijke stoornis aanzienlijk is. Wellicht is er een verband te leggen met het (dis)functioneren van de geestelijke gezond-

heidszorg" (p.56). Vanuit hun opvatting over hun functie als rechter meenden zij dat er geen aanleiding was te veronderstellen dat een toename van het aantal veroordelingen tot tbs een directe samenhang had met een positieve beoordeling door de rechter van de behandeling in het kader van de tenuitvoerlegging van de maatregel (Van Kuijck & Vegter, 1999, p. 56-57).

Van Panhuis (1997) wijst er in zijn studie naar psychotische tbs-patiënten op, dat tbs-klinieken in toenemende mate een asielfunctie hebben gekregen, die voortkomt uit het loslaten van de asielfunctie van de algemene GGz. De algemene psychiatrie kan haar asielfunctie en custodiale functie ten opzichte van chronisch psychiatrische patiënten niet meer uitoefenen. Dit zou volgens hem te maken hebben met bezuinigingen en een eenzijdig op rechtspositie gerichte wetgeving. Anders dan volgens hem veelal wordt aangenomen, zou er op basis van bestudering van een aantal voornamelijk niet-Nederlandse publicaties enig verband zijn te leggen tussen psychiatrische pathologie en geweldscriminaliteit (Van Panhuis, 1997, p. 29-35).

Door Bulten (1998) wordt echter gesteld dat de relatie tussen het functioneren van de GGz en de prevalentie van psychische stoornissen onder gedetineerden niet helder is. Behalve de uitstoot van patiënten uit de GGz als verklaring voor een toename van het aantal psychisch gestoorde gedetineerden, noemt hij ook de samenhang tussen bepaalde typen stoornissen en criminaliteit als een mogelijke oorzaak. Samen met Dhondt constateerde Bulten een toename van gecompliceerde problematiek. Zij meenden dat het begrip comorbiditeit – het bij eenzelfde patiënt aanwezig zijn van een stoornis naast een andere – in veel gevallen binnen de gedetineerdenpopulatie vervangen zou kunnen worden door polymorbiditeit: de aanwezigheid van meer dan twee stoornissen naast elkaar. De specifieke relatie tussen bepaalde stoornissen en diverse maatschappelijke problemen is volgens de auteurs nog verre van opgehelderd (Bulten & Dhondt, 2000).

Raes et al. (2001) vermoeden dat bij veel tbs-gestelden sprake is van stoornissen die het totstandkomen van commitment aan de zorg belemmeren. Vroege hechtingsproblemen zouden deze patiënten predisponeren tot 'zorgwekkende zorgmijders'. De tbs is dan een laatste redmiddel. Verschillende auteurs noemen het toenemende gebruik van alcohol en drugs als een van de redenen voor de toename van geestelijk deraillement en geweld, wat een toename heeft bewerkstelligd van het aantal gestoorde onder de verdachten van een strafbaar feit (Van Marle, 1998; Noorlander, 1993).<sup>1</sup> Oei (2005) noemt vooral klinische redenen voor de toename van het aantal tbs-gestelden, in het bijzonder de complexe pathologie van de patiënten. De meerderheid van de tbs-gestelden kampt met ernstige persoonlijkheidsproblemen, vooral narcistische, psychopathische of borderline kenmerken, al of niet gecombineerd met verslavingsproblematiek en/of psychotische stoornissen of zwakbegaafdheid. Velen onder hen hebben behalve een historie met een indrukwekkende reeks GGz-opnames ook nog de staat van veelpleger verworven. Zij vormen volgens Oei het moeilijkste gedeelte van de patiëntenpopulatie voor psychiaters en psychologen.

In het advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS over preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) wordt gesteld dat in gevangenissen en tbs-klinieken het percentage patiënten met een ASP veel hoger ligt dan daarbuiten. Mensen met een ASP hebben vaak nog een andere psychiatrische stoornis, zoals een verslaving of een andere persoonlijkheidsstoornis. Over de Nederlandse situatie zijn geen eenduidige cijfers bekend. Mensen met een ASP komen in de loop van hun leven vaak met zowel de GGz, het gevangeniswezen als de tbs in aanraking. Zij worden relatief vaak veroordeeld voor het plegen van een strafbaar feit. Maar zij worden op dit moment soms wel voor een verslaving of depressie behandeld, maar vrijwel nooit voor de persoonlijkheidsstoornis (Gezondheidsraad, 2006)

In een studie van Felsö en Theewes (2002) worden clusters van verklarende factoren geïdentificeerd voor de instroom in de tbs, zoals de ontwikkeling van (seksuele) geweldscriminaliteit, de 'demografische gevarenzone', het ontbreken van niet-justitiële alternatieven voor 'gestoord en gevaarlijke' delinquenten, de toename van het aantal jeugdige geweldsplegers en de aanwezigheid van mensen met een uitgebreid justitieel verleden.<sup>2</sup> Veel geïsoleerde mensen zijn vaak langdurig in aanraking geweest met verschillende takken van hulpverlening: jeugdzorg, psychiatrie of verslavingszorg en zij hebben soms tehuiservaringen achter de rug. Aparte circuits in de reguliere zorg voor psychiatrie, verslaving en verstandelijk gehandicapten zijn niet toereikend: kenmerk van de meeste tbs-gestelden is een overlap van stoornissen waardoor zij binnen de reguliere gecompartmenteerde zorg tussen wal en schip vallen. "Als deze personen dan ernstige geweldsdelicten begaan komen ze in de tbs terecht" (p. 11).

### **'Kwetsbare mensen' en de algemene zorg en hulpverlening**

De verschillende auteurs kijken niet steeds vanuit dezelfde invalshoek naar de toename van het aantal tbs-opleggingen. Van Kuijck en Vegter (1999) leggen het accent op de organisatie van de hulpverlening. Van Panhuis (1997) ziet oorzaken zowel in de organisatie als in de samenhang tussen organisatie en pathologie van de patiënten. Felsö en Theewes (2002) zien een samenhang tussen sociologische ontwikkelingen en veranderende uitingen van pathologie leidend tot een toename van gevaarlijke gestoordheid. De overige auteurs (Bulten, 1998; Bulten & Dhondt, 2000; Raes e.a, 2001; Van Marle, 1998; Oei, 2005) leggen het accent voor de toename voornamelijk op de patiëntenpathologie, waarbij in meerdere of mindere mate een relatie wordt gelegd met de organisatie van zorg en hulpverlening.

Uit de M&R-registratie van kenmerken van tbs-gestelden kan worden geconcludeerd dat ongeveer 70 procent van de tbs-gestelden een hulpverleningshistorie heeft in onder meer de algemene GGz, de jeugdzorg of de verslavingszorg. Deze patiënten ontvingen daar over het algemeen veel zorg en behandeling (Van Emmerik & Brouwers, 2001). Een aantal van hen komt uiteindelijk via een of meerdere periodes van detentie in de tbs terecht, zoals Felsö en Theewes (2002) constateerden.

Tbs-klinieken zijn nauw verbonden met (het functioneren van) het gevangeniswezen en de algemene GGz. De directies van de tbs-klinieken in Nederland positioneerden de tbs recent in een 'middenpositie': tussen de instellingen voor de algemene zorg en de zorg voor psychisch zieke gedetineerden in gevangenissen. Deze klinieken hebben een specifieke taak in de beveiliging van de maatschappij door een combinatie van geslotenheid én behandeling; een combinatie die niet door het gevangeniswezen of door de algemene GGz afzonderlijk kan worden geboden (Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken, 2006).

Naar de relatie tussen hulpverlening en patiëntkenmerken is ook buiten de tbs-sector vanuit verschillende invalshoeken onderzoek gepubliceerd, meestal met het accent op de algemene GGz. Ten Have (2004) concludeert dat in het algemeen de zorg in Nederland goed toegankelijk is, maar dat in het bijzonder lager opgeleiden vaker psychische stoornissen hebben, terwijl zij minder vaak dan hoger opgeleiden in de GGz terecht komen. Een mogelijke verklaring is dat lager opgeleiden wellicht minder positief staan tegenover GGz-behandeling of minder geschikt geacht worden voor GGz-hulp. Ook depressieve volwassenen met een alcoholverslaving en volwassenen met een bipolaire stoornis blijken meer buiten het bereik van de hulpverlening te blijven.

Bransen e.a. (2003) stellen dat bepaalde groepen verslaafde, sociaal kwetsbare mensen zelf alle moeite (moeten) doen om (opnieuw) hulp te krijgen. De hulpverlening stelt zich afwachtend tegenover hen op; zij weet weinig raad met mensen die zich niet aan de regels (kunnen) houden, die niet consequent zijn in hun keuzes, zich afwachtend en passief opstellen, die niet weten te onderhandelen en/of geen inzicht hebben in de routines van de hulpverlening. In hun onderzoek wordt gesteld dat over deze kwetsbare mensen nogal eens wordt gesproken in termen als 'zorgwekkende zorgmijders'. Deze blijken echter juist wel (veel) contact met hulpverlening te hebben; het moet echter betwijfeld worden of ze voldoende en passende zorg krijgen. In een advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001) wordt gesteld dat de hulpverlening moeite heeft met mensen die niet passen in het plaatje van de autonome, zelfredzame mens, die zelf verantwoordelijk is voor keuzes. Ook aan de kant van zorgaanbieders kan dus sprake zijn van mijdend gedrag.

Voorham (2006), die uitgebreid onderzoek deed naar sociale uitsluiting, stelt dat het individu dat onaangepast gedrag vertoont geconfronteerd wordt met morele afkeuring. De instituties, overheid en hulpverlening reageren daarop vooral met regelzucht en bureaucratie. Het individu wordt uitgesloten van zorg en hulpverlening en loopt een verhoogde kans uitgestoten te worden uit de samenleving. Zo eindigt de verantwoordelijkheid van de hulpverlening voor de patiënt.<sup>3</sup>

Bij verwijzingen van cliënten van de ene hulpverleningsorganisatie naar de andere blijkt in veel gevallen sprake te zijn van 'passief doorverwijzen'. Uit een onderzoek onder 368 hulpverleners blijkt dat ongeveer de helft van deze medewerkers van de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg en het welzijnswerk niet standaard nagaat of een doorverwezen cliënt is aangekomen. Eenzelfde aantal meldt niet aan verwijzers dat de cliënt is gearriveerd. Hulpverleners vonden dat

moeilijke doelgroepen onvoldoende worden bereikt, dat hulp na doorverwijzing te laat op gang komt, dat er vaak geen passend hulpaanbod te vinden is en dat cliënten waarover zorgen bestaan vaak uit beeld verdwijnen (NIZW, 2005). Er zijn daarnaast aanwijzingen dat ook de organisatie van de hulpverlening door instellingen, met inbegrip van de GGz, bijdraagt aan een inadequate aanpak van delictplegers met psychiatrische of psychische stoornissen. Door de RMO (2005) wordt geconcludeerd dat de aanpak van delinquente psychiatrische patiënten 'niet adequaat' is. Dat heeft verschillende oorzaken, zoals veranderende kennis omtrent psychische stoornissen, verkokering en versnippering van het zorgaanbod, verschil tussen algemene zorginstellingen en justitiële instellingen, onvoldoende professionalisering op uitvoeringsniveau en veranderende taakopvattingen van bijvoorbeeld de Reclassering.

De RMO (2006) rondt najaar 2006 een vervolgonderzoek af over criminalisering van mensen met psychische of psychiatrische problemen, dat handvatten voor de praktijk zal moeten geven bij het overbruggen van verschillen in perspectief, waar het gaat om de aanpak van delictplegers met psychische en psychiatrische problemen. Onder meer het 'aanboddenken' in de zorg sluit volgens de Raad niet aan bij de nood en de (on)mogelijkheden van veel kwetsbare groepen.

De stijging van het aantal tbs-opleggingen leidde vanuit de praktijk van de forensische psychiatrie tot het ontwikkelen van een betere aansluiting tussen forensische psychiatrie en algemene zorg en hulpverlening, onder meer door middel van forensisch psychiatrische zorgcircuits. Na 2001 is er op verschillende plaatsen onderzoek verricht naar de verdere ontwikkeling van de samenwerking tussen tbs-/forensische psychiatrie enerzijds en algemene GGz anderzijds, waarvoor door de overheid geld beschikbaar werd gesteld. Uit onderzoek van Van Vliet (2006) ten aanzien van de circuitvorming in 2004/2005 blijkt dat deze samenwerking op individueel patiëntniveau niet tot een andere, betere (dat wil zeggen: effectievere en efficiëntere) patiëntenlogistiek en zorgverlening heeft geleid. Nog niet gepubliceerd onderzoek van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) lijkt deze conclusies te bevestigen.

## **Dossieronderzoek**

### *Inleiding*

De eerder in dit artikel genoemde uitspraken van Van Kuijk (De Gelderlander, 2003) ten aanzien van de toename van het aantal tbs-opleggingen zijn in het voorgaande vanuit diverse onderzoeken en publicaties van kanttekeningen voorzien. Dat er bij deze toename een verband is tussen de pathologie van patiënten, criminalisering en delictgedrag en de organisatie van zorg en hulpverlening, wordt vanuit meerdere publicaties en onderzoeken bevestigd en lijkt dan ook wel aannemelijk. Over de vraag hoe sterk dit verband is, is echter nog onvoldoende helderheid. Om hierin een beter inzicht te verkrijgen was dossieronderzoek noodzakelijk. Dit onderzoek werd in de eerste drie maanden van 2005 uitgevoerd.



### ***Opzet van het onderzoek bij de Penitentiaire Kamer van het Gerechtshof Arnhem.***

De kernvraag in dit onderzoek was of er, voordat de tbs-gestelde het uitgangsdelyct pleegde, (substantiële) contacten zijn geweest (zowel ambulante, poliklinische als residentiële) met de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGz), de verslavingszorg of de jeugdzorg.<sup>4</sup> Onze hypothese was dat in vrijwel alle zaken waarin tbs werd opgelegd eerdere contacten zouden zijn geweest met de GGz, de verslavingszorg en de jeugdzorg.

Er werd bij ons onderzoek gebruik gemaakt van de dagelijks wisselende voorraad 'lopende zaken' bij de Penitentiaire Kamer. 'Lopende zaken' betreffen dossiers die zijn voorbereid voor een hoger beroepszitting die op korte termijn zou plaatsvinden. Deze zaken bevatten een selectie van stukken ten behoeve van die zitting en daarnaast het gehele oorspronkelijke strafdossier vanuit het arrondissement waar de tbs-gestelde werd veroordeeld.<sup>5</sup> Aan de hand van de opgestelde vragenlijst met merendeels open vragen werd in de dossiers naar antwoorden gezocht.

In totaal werden op verschillende dagen in totaal veertien dossiers geselecteerd uit een voortdurend wisselende hoeveelheid hoger beroepszaken en ter plaatse, in het Paleis van Justitie in Arnhem, onderzocht. Per dossier werd hieraan gemiddeld een dagdeel besteed. De gevonden gegevens werden nadien uitgewerkt en verwerkt.

## **Analyse van de gegevens**

### ***Demografische gegevens van de onderzochte groep.***

De veertien dossiers uit de steekproef hadden allen betrekking op mannelijke tbs-gestelden. Dat is niet verwonderlijk aangezien bijna 94 procent van de tbs-populatie uit mannen bestaat en het hier een beperkte steekproef betrof. De leeftijd van deze tbs-gestelden lag tussen de 22 en 46 jaar. Dat is de leeftijdscategorie waarin ruim 85 procent van de gehele tbs-populatie valt volgens gegevens van ultimo 2003. (Ministerie van Justitie, 2005). Twee van de veertien tbs-gestelden waren niet in Nederland geboren, maar allen hebben wel de Nederlandse nationaliteit. Voor wat betreft deze gegevens zijn er geen grote afwijkingen met de gehele tbs-populatie.

Waar het gaat om de verblijfplaats van de tbs-gestelden ten tijde van het dossieronderzoek bleek dat tien patiënten verbleven in een tbs-kliniek, één patiënt in een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) en drie patiënten in een Huis van Bewaring (HvB). Deze laatste drie waren om verschillende redenen tijdelijk niet in behandeling.

### ***Rapportage en advisering***

Ten aanzien van de rapportage en advisering bij de oplegging van de tbs was steeds multidisciplinaire rapportage aanwezig, omdat deze wettelijk is vereist

bij de tbs-oplegging. Er was daarnaast in zes gevallen ook door de reclassering een rapport uitgebracht. In vier gevallen was er geen reclasseringsrapportage uitgebracht, in vier zaken was dit onbekend. Bij een al langer bestaand reclasseringscontact kan het van betekenis zijn dat bij de reclassering bekende informatie wordt overgedragen aan de Pro Justitia (PJ) rapporteurs en/of de tbs-kliniek. De rol van de reclassering bij de oplegging van een tbs met verpleging beperkte zich in de onderzochte dossiers tot het advies een PJ-rapport te laten uitbrengen. Wanneer dat rapport al was uitgebracht vóórdát de reclassering rapporteerde, werden de conclusies en het advies van het PJ-rapport onderschreven.

Wanneer een tbs met voorwaarden werd opgelegd kon er een duidelijke rol voor de reclassering zijn: het verlenen van hulp en steun onder dwang en drang, in de praktijk 'reclasseringstoezicht' genoemd. Van deze mogelijkheid wordt in de praktijk vrijwel steeds gebruikgemaakt, ook al was er nog wel eens sprake van zogenaamde 'cadeaugevallen' (Reclassering Nederland, 2006).<sup>6</sup> Er zijn indicaties dat de kans dat mensen met psychiatrische problematiek zich aan reclasseringstoezicht onttrekken (en recidiveren) groter is dan bij mensen zonder een dergelijke problematiek (Skeem & Loudon, 2006). Het goed faciliteren van de rol van de reclassering in tijd en instrumentarium is dan ook aan te bevelen. Als hieraan niet kan worden voldaan dan is de tbs met voorwaarden bijna per definitie niet uitvoerbaar (Ministerie van Justitie, 2006). In de drie onderzochte gevallen waar een tbs met voorwaarden werd opgelegd heeft de reclassering deze rol in twee gevallen gespeeld. In het derde geval werd de klinische behandeling in een FPK, die al gaande was vóór het plegen van het uitgangsdelict en de tbs-oplegging, in het kader van de tbs met voorwaarden voortgezet zonder betrokkenheid van de reclassering.

### *Uitgangsdelict*

In de steekproef was in negen van de veertien gevallen het uitgangsdelict een delict in de relationele sfeer. Als gesproken wordt over een delict in de relationele sfeer wil dat zeggen dat dader en slachtoffer elkaar langere tijd kenden of een persoonlijke, intieme relatie met elkaar hadden of hebben gehad. Het relatief hoge aantal levensdelicten in de steekproef wijkt nauwelijks af van de totale tbs-populatie. Daarbinnen is volgens gegevens van Van Emmerik & Brouwers (2001) in ruim 50 procent van de gevallen het slachtoffer geen onbekende, bij levensdelicten zelfs in driekwart van de gevallen. In alle gevallen binnen de steekproef was sprake van een geweldsdelict dat tot de tbs-oplegging leidde. In vijf van de veertien zaken werden een of meer personen gedood, vier maal was sprake van een poging tot doding van een of meerdere personen.<sup>7</sup> Van ontucht en verkrachting bij meerderjarigen was in twee gevallen sprake; van seksuele delicten tegen minderjarigen in vier gevallen. In alle zaken werden de doding, de poging tot doding of de seksuele delicten voorafgegaan door- of vergezeld van diverse vormen van geweld, vrijheidsberoving, afpersing en dergelijke. In de steekproef komen geen brandstichtingen voor, terwijl dit delict in 10 procent

van alle tbs-opleggingen een rol speelt. In geen van de dossiers was sprake van een tbs-oplegging op basis van uitsluitend vermogensdelicten.

### ***Strafblad***

In elf van de veertien dossiers uit de steekproef had de tot een tbs veroordeelde voor het plegen van het uitgangsdelict al een strafblad. In tien gevallen kwamen in het vaak uitgebreide strafblad soortgelijke delicten voor als het uitgangsdelict. Dit betekent dat al voor het plegen van het uitgangsdelict de extreme gewelddadigheid en/of de neiging tot seksueel geweld van deze patiënten bekend waren bij justitie. Uit het dossieronderzoek blijkt dat dit ook bekend was bij zorg- en hulpverleningsinstellingen.

Ten aanzien van de drie first offenders waren er enkele overeenkomende factoren: er werden in geen van de drie gevallen gegevens gevonden die er op duiden dat zij bekend waren geweest bij de jeugdhulpverlening; in alle drie de dossiers was echter sprake van diverse soorten verslaving, in ieder geval van langdurige alcoholverslaving. Het is mogelijk dat het ontbreken van gegevens vanuit de jeugdhulpverlening een vroegtijdige signalering van de later zichtbaar geworden problematiek in de weg heeft gestaan.

### ***Hulpverlening voorafgaande aan de tbs-oplegging***

De analyse werd, zoals eerder vermeld, uitgevoerd aan de hand van justitiedossiers. Dit had beperkingen omdat de hulpverleningservaring moest worden afgeleid uit de in het dossier aanwezige multidisciplinaire rapportages, die door de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) of het Pieter Baan Centrum (PBC) waren opgesteld. Deze rapporten waren niet uniform samengesteld. Alleen wanneer contacten met hulpverleningsinstellingen door de betreffende rapporteurs waren vermeld én geverifieerd, werden deze in ons onderzoek meegenomen.

De tbs-gestelden uit de steekproef hadden allemaal substantiële hulpverleningservaring. Over ervaring met jeugdhulpverlening – zowel contacten met de jeugdzorg als opnames in jeugdinrichtingen – werd in vijf dossiers gerapporteerd. Ervaringen met de verslavingszorg werden tien dossiers gerapporteerd, met de GGz, zowel ambulante als klinisch, in elf dossiers.

Van de veertien geanalyseerde dossiers was in drie gevallen sprake van substantiële hulpverleningservaringen in zowel de jeugdzorg, de verslavingszorg als de GGz. In deze drie gevallen was ook steeds sprake van substantieel middelengebruik (alcohol en/of drugs) zowel voor- als tijdens het delict. De behandelduur in de GGz was in deze gevallen vijf, acht en negen jaar. Waar het gaat om het middelengebruik valt op dat er sprake is van langdurig gebruik van alle mogelijke middelen en een vroegtijdige start van het gebruik. De contacten met de GGz zijn vaak versnipperd en worden niet regulier beëindigd. Een voorbeeld:

*Als puber is patiënt gestart met softdrugs gebruik, daarom van school gestuurd. Via aanmelding bij RIAGG enkele jaren geplaatst in een kinderkuis. Vanaf 20-jarige leeftijd veel middelengebruik. Kwam hiermee in aanraking doordat zijn vader hierin handelde. Had contacten met psychiaters en psychologen. Gebruikte een antipsychoticum dat wordt voorgeschreven bij schizofrenie. Werd gedurende acht jaar acht maal opgenomen in een APZ met diagnoses als: recidiverende paranoïde schizofrenie, recidiverend poly-harddrug gebruik en ADHD. Nam tijdens zijn opnames geen medicatie, hield zich niet goed aan afspraken en onttrok zich vaak tegen advies vroegtijdig aan de behandeling.*

In vijf dossiers werd een hulpverleningshistorie aangetroffen in zowel de verslavingszorg als de GGz. In alle vijf de gevallen was sprake van substantieel middelengebruik voorafgaande aan het delict, in drie gevallen ook tijdens het delict. De behandeling in de GGz is in een enkel geval net gestart als het uitgangsdelict wordt gepleegd en in een ander geval heeft de huisarts jarenlang medicatie voorgeschreven. Daarnaast zijn er GGz-contacten gerapporteerd van één, zeven en zestien jaar. Ook hier is sprake van veel verbrokkeling van contact, veel verschillende opnames en ambulante contacten met wisselende hulpverleners, verschillende diagnoses en niet reguliere beëindigingen van het contact.

*De man maakte als kind meerdere malen mee dat zijn depressieve moeder het gezin dreigde te doden met een keukenmes. Vader mishandelde de kinderen en stookte zelf alcohol voor 'gezinsgebruik'. RIAGG-contact na een suïcidepoging (na excessief alcoholgebruik) op 16-jarige leeftijd. Hij haakte af toen het beter ging. Hij had enkele maanden per jaar depressieve klachten en kreeg hiervoor antidepressiva van de huisarts die hem echter niet hielpen.*

In drie gevallen zijn uitsluitend GGz-contacten gerapporteerd. In één zaak gaat het om een eerste gestelde diagnose op het moment dat het uitgangsdelict werd gepleegd; in de twee overige zaken om GGz-contacten van zes en acht jaar. In één geval is in het geheel geen sprake van middelengebruik. In de andere gevallen is het gebruik vóór het delict onbekend (niet in dossier aangetroffen), maar er is wel sprake van middelengebruik tijdens het delict.

*Man gebruikte geen middelen. Diverse opnames in een APZ. Hij wordt beschreven als 'extreem defect' met chronische psychose. Veel medicatiegebruik om agressieve ontladingen onder controle te houden. Heeft gedurende 7 jaren een ambulante contact met een psychiater. Ongeveer een jaar voor het uitgangsdelict stopt deze zijn praktijk. Er wordt getracht een andere psychiater voor de man te vinden, maar dit is niet gelukt.*

*Man met laag intelligentieniveau (IQ ca. 50). Diverse opnames in APZ-en en PAAZ-en, waarbij de laatste keer poging een verpleegkundige te wurgen. Er is een fors medicatieregime. Hij heeft daarnaast zo'n 10 jaar intensief contact met een psychiater. Nadat deze zijn praktijk beëindigde (ca. een jaar voor het uitgangsdelict) kwam geen nieuwe verwijzing tot stand.*

In twee dossiers werden wel contacten aangetroffen met de jeugdzorg en (vermoedelijk) de verslavingszorg, maar niet met de GGz. In deze zaken is sprake van excessief geweld, hetzij van de ouders ten opzichte van de kinderen, dan wel van het kind ten opzichte van de ouders. Er worden in deze gevallen meerdere afgebroken, wisselende opnames en hulpverleningsinstellingen genoemd.

*Man was van derde levensjaar slachtoffer van perversief seksueel geweld door vader. Na echtscheiding van de ouders, op 10 jarige leeftijd, bevorderde de Raad voor de Kinderbescherming een uithuisplaatsing. Gedurende 6 jaar werden meerdere plaatsingen in Justitiële Jeugdinrichtingen gerapporteerd.*

In één dossier werd uitsluitend ernstige verslaving gerapporteerd. Deze man gebruikte tijdens het delict alcohol. Hoewel hiervoor geen hulpverlening wordt genoemd, wordt vermeld dat hij druk en impulsief was en *acting out*-gedrag vertoonde. Wat betreft zijn alcoholgebruik wordt opgemerkt dat dit in aanvang incidenteel overmatig was; de laatste jaren voor het delict was dit dagelijks overmatig. Daarnaast was hij sinds zijn puberteit gokverslaafd. Hij komt uit een fanatiek godsdienstig gezin. Zijn moeder was depressief. Hij pleegde zijn uitgangsdelict enkele dagen na haar overlijden.

## **Conclusies en aanbevelingen**

In dit artikel hebben wij op basis van literatuuronderzoek en een dossieronderzoek van een beperkte steekproef van tbs-gestelden inzicht gegeven in het traject dat tbs-gestelden hebben afgelegd in de hulpverlening voorafgaande aan het delict waarvoor zij een tbs kregen opgelegd, het uitgangsdelict. Wat opvalt, is dat de gegevens uit het dossieronderzoek veel overeenkomst vertonen met de gegevens uit het literatuuronderzoek. Het dossieronderzoek kleurt als het ware de geaggregeerde gegevens uit het literatuuronderzoek in met nieuwe inzichten ten aanzien van het niet adequate verloop van de hulpverleningscontacten. Een belangrijke constatering is dat er, vanuit de historie van patiënten die tot een tbs zijn veroordeeld, een relatie is te leggen tussen een voorgeschiedenis van ernstige pathologie en (niet adequate) opnames en/of behandelingen in algemene zorg- en hulpverleningsinstellingen en het plegen van een ernstig delict waarop een tbs-oplegging volgt.

Uit het onderzoek van Van Emmerik & Brouwers (2001) op basis van gegevens die tussen 1995 en 2000 zijn verzameld in de 'Monitor en Research TBS', blijkt dat iets meer dan 70 procent van de tbs-populatie hulpverleningscontac-

ten heeft gehad voor de tbs-oplegging. Ruim 35 procent heeft tehuiservaring en ruim 20 procent heeft ambulante ervaring in de jeugdhulpverlening. Bijna 20 procent van de populatie is onvrijwillig en ruim 25 procent is vrijwillig opgenomen geweest in de GGz.

Uit het hier beschreven dossieronderzoek blijkt dat binnen de steekproef een aanzienlijk deel van de tbs-gestelden vóór het uitgangsdelict contacten heeft gehad met de Algemene GGz, in iets mindere mate met de verslavingszorg en met Justitiële Jeugdinstellingen of met de jeugdzorg. De aangeboden zorg was echter vaak verbrokkeld en opgesplitst. Dit roept de vraag op of kennis vanuit jeugdzorg, GGz, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg voldoende bij elkaar werd gebracht in een samenhangend en gedifferentieerd hulp- of behandeltraject. De contacten met de GGz duurden vaak meerdere jaren, er werden alle mogelijke diagnoses gesteld, er werd medicatie verstrekt en daarnaast was de justitiële voorgeschiedenis (die bijna altijd aanwezig blijkt te zijn) bekend bij de hulpverlening. Toch blijkt dat patiënten die het contact verbraken niet werden overgedragen aan een meer passende voorziening die hen wel had kunnen helpen en dat deze patiënten vaak geen of nauwelijks nazorg kregen. Onze hypothese en de opvatting van Van Kuijck, dat in de tbs veelal mensen terecht komen die al eerder contact hadden met of behandeld werden in de GGz, en die daarna uit het zicht van de hulpverlening zijn geraakt, vindt ondersteuning in het onderzoek. Deze constatering behoeft de nodige voorzichtigheid, omdat het dossieronderzoek een beperkte omvang had. Het is van groot belang het onderzoek in een breder verband opnieuw uit te voeren om zodoende meer valide gegevens te verkrijgen.

Gezien de compartimentering van de organisaties en het functioneren van de Algemene GGz en andere zorg- en hulpverleningsinstellingen ten aanzien van 'kwetsbare' mensen in het algemeen en justitiabelen in het bijzonder, valt te concluderen dat een deel van de justitiabele patiënten soms veel en langdurige zorg en behandeling krijgt, maar dat betwijfeld moet worden of dit de juiste zorg en behandeling is. Dit blijkt uit het gegeven dat hun zorg en behandeling plotseling door de behandelaars of door de patiënt zelf kan worden beëindigd zonder dat er een verwijzing plaatsvindt naar een instelling die wel de nodige hulp kan bieden en zonder dat er meer of minder gedwongen (na)zorg wordt geboden. Achteraf gezien kan worden vastgesteld dat deze organisaties ten aanzien van een groep justitiabele patiënten op enig moment een afweging maken die uiteindelijk kan leiden tot een ernstig deraillement en een (of meer) ernstige delict(en). Wanneer deze patiënten buiten het blikveld van de zorg terecht komen en een ernstig geweldsdelict begaan, hebben zij een verhoogde kans in de tbs terecht te komen. De verbrokkelde wijze waarop zorg en hulpverlening zijn georganiseerd draagt vanuit dit gezichtspunt dan ook bij aan een toename van uitingen van gevaarlijke gestoordheid en uiteindelijk aan de groei van het aantal tbs-gestelden. Hoewel het hier om een kleine groep gaat, kunnen de gevolgen wel zodanig zijn dat dit moet leiden tot bezinning op de attitude die ten aanzien van patiënten binnen de bedoelde organisaties bestaat.

Gezien de ernstige gevolgen die deze gang van zaken kan hebben, kan men niet volstaan met een verwijzing naar de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Een dergelijke verwijzing moet worden gekwalificeerd als een vorm van geïnstitutionaliseerde verwaarlozing. Hiermee wordt bedoeld op het structureel overvragen van deze patiënten in het maken van relevante keuzes en de – vaak onuitgesproken – verwachting dat zij intrinsiek kunnen kiezen voor de hen aangeboden hulp (Bransen, e.a., 2003; Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2001; NIZW, 2005). Het gaat hier dus om de feitelijke organisatie, regelgeving en financiering van de hulpverlening en de hulpvraag; er wordt hier geen oordeel uitgesproken over de inzet en verantwoordelijkheid van individuele hulpverleners ten aanzien van patiënten of cliënten.

Het is echter wel noodzakelijk dat hulpverleners en behandelaars zich van de ernst van dergelijke situaties bewust zijn en een attitude ontwikkelen waarbij bovengenoemde contacten worden voortgezet in de vorm van bemoeizorg of een ander passend aanbod op het moment dat ze afgebroken dreigen te worden. Dergelijke vormen van werken moeten worden ontwikkeld, begeleid en op hun effect onderzocht. Er kan overwogen worden aan hulpverleners en behandelaars een meldingsplicht op te leggen om te voorkomen dat deze risicovolle patiënten alsnog uit het zicht dreigen te verdwijnen.

Er zijn indicaties te vinden dat tbs-gestelden voorafgaande aan het uitgangsdelict nog meer gedeprimeerd zijn dan andere ‘kwetsbare mensen’ die met justitie in aanraking komen (Lehnecke, 2004). Verder onderzoek naar de mate waarin tbs-gestelden afwijken, dan wel te onderscheiden zijn van reguliere GGz-patiënten in ontwikkeling, pathologie, gedrag of andere kenmerken, is dringend gewenst om tot een meer gerichte aanpak te komen van preventie van tbs-opleggingen.<sup>8</sup> Daarbij moet worden overwogen om, naast de justitedossiers, ook de bijbehorende GGz-dossiers inhoudelijk te onderzoeken op het binnen de algemene GGz uitgevoerde zorg- en behandelproces.

## Noten

- 1 Verslaving speelt in het leven van veel tbs-gestelden een grote rol. De betekenis van verslaving als stoornis is binnen de tbs behandeling nog nauwelijks ontwikkeld. Noorlander (1993; 2000; 2006) stelt dat recente publicaties over tbs en toerekeningsvatbaarheid het niet hebben over verslaving en dat we nog veel te weinig weten van processen die een rol spelen bij het ontwikkelen en in stand houden van verslaving bij tbs-gestelden. Bij tbs-gestelden is de in de voorgeschiedenis aanwezige verslaving meestal op jeugdige leeftijd ontwikkeld. Intensief gebruik van alcohol/alcoholverslaving is volgens het Meijersinstituut de meest frequent voorkomende vorm van verslaving tijdens het delict (circa 50 procent), gevolgd door softdrugs (bijna 40 procent). Ruim 25 procent heeft harddrugs gebruikt of is daaraan verslaafd. Gokken en medicijnverslaving komen relatief beperkt voor. Ruim tweederde van de populatie (68 à 70 procent) is aan één of meer middelen verslaafd of gebruikt intensief (Van Emmerik & Brouwers, 2001). Hilterman (2001) noemt de relatie tussen voorgaand gebruik en het onder invloed zijn gedurende het ‘tbs-delict’ zeer sterk.

- 2 Met de 'demografische gevarenzone' wordt bedoeld op de toename van 'gevaarlijke geestoorde' als resultante van sociologische verschijnselen, zoals het wegvallen van het maatschappelijke vangnet en de versplintering van de maatschappij.
- 3 In een aantal gevallen loopt er nog wel een contact met de reclassering. Gezien echter de voortdurende reorganisatie van de reclassering, onder meer gecombineerd met een verambtelijkt, aanbodgestuurde werkwijze op basis van outputsturing, strengere selectie op te verwachten succes en afschaffing van nazorg, wordt continuïteit van contact ernstig bemoeilijkt, contact met cliënten na detentie bijna niet meer mogelijk en is contact op vrijwillige basis uitgesloten (Van Vliet, 2004).
- 4 Met het uitgangsdelict wordt het delict bedoeld waarvoor de tbs is opgelegd.
- 5 Hoger beroepszaken rond tbs worden niet behandeld bij de rechtbank die de tbs heeft opgelegd, maar vanuit het hele land uitsluitend bij de Penitentiaire Kamer van het Gerechtshof in Arnhem.
- 6 Met 'cadeaugevallen' worden zaken bedoeld waarin de tbs met voorwaarden tegen advies is opgelegd of waarvoor geen rapportage is aangevraagd en waarbij dus voor de oplegging van de tbs met voorwaarden niet is onderzocht of de maatregel zinvol en veilig is uit te voeren.
- 7 Wij gebruiken hier de term 'doding' omdat er een slachtoffer is gedood, ongeacht of er in juridische zin sprake is van moord, doodslag of anderszins.
- 8 GGz wordt hier breed opgevat, inclusief verslavingszorg en jeugdzorg.

## Literatuur

- Bransen, E., Hulsebos, L., Nicholas, S. & Wolf, J. (2003). *Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg. Deelstudie in het kader van de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de Staat van de Gezondheidszorg 2003: Keten zorg voor chronisch zieke mensen*. Utrecht: Trimbo's-Instituut.
- Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*. (dissertatie) Deventer: Kluwer.
- Bulten, B.H. & Dhondt, J. (2000). Forensisch gedragskundig onderzoek in het Gevangeniswezen, In T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen (red.). *Forensische Psychiatrie anno 2000, Actuele ontwikkelingen in breed perspectief*. Deventer: Gouda Quint.
- Doelmatig behandelen (1995). *Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Emmerik, J.L. van (m.m.v. Brouwers, M.) (2001). *De terbeschikkingstelling in Maat en Getal. Een beschrijving van de Tbs-populatie in de periode 1995 – 2000*. Den Haag: DJI.
- Felsö F.A. & Theewes, J.J.M. (2002). *De vraag naar Tbs. Haalbaarheidsstudie naar een voorspelmodel voor de vraag naar Tbs*. Den Haag, WODC.
- Gelderlander, De (2003). *Door falen zorg meer Tbs'ers*. 24 december.
- Gezondheidsraad (2006). *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr. 2006/07.
- Have, M. ten (2004). *Care Service Use for mental Health Problems in the General Population: Trends and Explanations*. (dissertatie) Utrecht: Trimbo's Instituut.
- Hilterman, E.L.B. (2001). Statische vergelijking van tijdens verlof recidiverende en niet-recidiverende Tbs-gestelden. *Proces*, 7/8. p. 121-127
- Kuijck, Y.A.J.M. van & Vegter, P.C. (1999). De Tbs in de rechtspraak. *Justitiële Verkenningen*, 4, p. 54-66
- Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (2006). *De terbeschikkingstelling in de middenpositie*. 29 december.



- Lehnecke, K.M. (2004). *De rol van moeder-zoon symbiose in perversie en zedendelinquentie. Een wetenschappelijke verantwoording over de mogelijke gevolgen van een symbiotische moeder-zoonrelatie die niet door vader wordt beëindigd.* (dissertatie) Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Marle, H.J.C. van (1998). *De bedwongen populariteit van de Tbs, Recht door de eeuw.* Deventer: Kluwer.
- Ministerie van Justitie (2001). *Veilig en wel. Een beleidsvisie op de tbs.* Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie (2005). *Feiten in Cijfers.* www.dji.nl.
- Ministerie van Justitie (2006). *Reclasseringstoezicht op veroordeelden tot Tbs met voorwaarden. Inspectierapport themaonderzoek.* Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing.
- NIZW (2005). *Passief doorverwijzen. E-zine Jeugdzorg - nummer 484, 1 juli.*
- Noorlander, E.A. (1993). *Verslavingsbehandeling in Tbs-kader. Overheid en patiënt.* Arnhem: Gouda Quint.
- Noorlander, E.A. (2000). *Verslavingsbehandeling in een Tbs setting, Voordracht psychiatrisch juridisch gezelschap 6 maart 1999.* F. Koenraadt (red.) *Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie.* Deventer: Gouda Quint.
- Noorlander, E.A. (2006). *Verslavingsbehandeling in de Tbs setting.* In T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.) *Capita Selecta van de Forensische psychiatrie anno 2006.* Deventer: Kluwer.
- Oei, T.I. (2005). *De terbeschikkingstelling. Van een bijzondere maatregel tot een gewone maatregel? Justitiële Verkenningen, 1, p. 23-36*
- Over Stroom (1998). *Interdepartementaal beleidsonderzoek in, door- en uitstroom bij de Tbs.* Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Panhuis P.J.A. van (1997). *De psychotische patiënt in de Tbs. Van kwaad tot erger.* (dissertatie) Arnhem:Gouda Quint.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001). *Kwetsbaar in het kwadraat.* Den Haag: RMO.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2005). *Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen. Vooronderzoek van de Raad voor maatschappelijke ontwikkeling.* Den Haag: RMO.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Psychiatrische patiënten. Vervolg op vooronderzoek 'criminalisering van psychiatrische patiënten'.* <http://www.adviesorgaan-rmo.nl/info/advies.php?id=102&s=8>.
- Raes, B.C.M., Miedema, A.G. & Paesen, J.L. (2001). *De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Psychiatrie, 43/8, 575-578.*
- Reclassering Nederland (2006). *Er uit gelicht. Steekproef Tbs voorwaarden vanaf 1997 tot heden.* Utrecht: Reclassering Nederland.
- Skeem, J. L. & Loudon, J. E. (2006). *Toward Evidence-Based Practice for Probationers and Parolees Mandated to Mental Health Treatment. Psychiatric Services, 57/3, pp. 333-342.*
- Tweede Kamer (2005). *Brief van het presidium van de Tweede Kamer aan de leden.* TK 30 250, nr. 1.
- Tweede Kamer (2006). *Tbs, vandaag over gisteren en morgen.* TK 2005 – 2006, Kamerstukken 30 250, nrs. 4-5
- Vliet, J.A. van (2004). *Tussen welzijn, wet en wetenschap. Over sturing in de reclassering, Procces, 6, p. 250-260.*
- Vliet, J.A. van (2006). *De Tbs in zijn maatschappelijke context. De relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg.* (dissertatie) Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Voorham, C.A. (2006). *Er buiten staan. Onderzoek naar sociale uitsluiting onder cliënten van het Leger des Heils.* (dissertatie) Almere: Leger des Heils.