

## Effect van tbs is nog volslagen duister

Corine de Ruiter – 01/04/03, 00:00

**Na zeventig jaar tbs is nog onbekend welke behandeling werkt. Klinieken werken langs elkaar heen en onderzoek is schaars. En dus komt het nog vaak voor dat patiënten, inclusief verkrachters, opnieuw de fout in gaan.**

Van een groep van bijna honderd verkrachters die in het kader van de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) een aantal jaren intensief behandeld waren, viel 55 procent binnen 11 jaar na beëindiging van de tbs in herhaling met een nieuw gewelds- of zedendelict. Dat blijkt uit een onlangs gepresenteerd onderzoek van de Van der Hoevenkliniek.

Van een deelgroep van 17 verkrachters met een afwijkende seksuele voorkeur en psychopatie maakte zelfs 82 procent zich schuldig aan een nieuw zedendelict. Deze uitkomsten staan in schril contrast met het cijfer van 20 procent ernstige recidive dat het ministerie van justitie hanteert, maar in dat cijfer worden ook groepen meegeteld die weinig recidiveren, zoals partnerdoders die daarvoor nooit een misdrijf hebben gepleegd.

Er zijn kamervragen gesteld en luid en duidelijk klonk weer de roep om heropvoedingskampen en chemische castratie, waarbij libidoremmende middelen worden toegediend. Dergelijke emotionele reacties zijn begrijpelijk gezien de ernst van de delicten, maar bieden geen solide grond om tbs-beleid op te baseren. Degelijk tbs-beleid is gebaseerd op onafhankelijke, wetenschappelijke kennis.

Toen de aids-epidemie begin jaren tachtig uitbrak, eerst voornamelijk onder homoseksuelen, was dit in sommige landen aanleiding voor een hetze. Dat heeft de wetenschap er gelukkig niet van weerhouden onderzoek te doen naar behandelmethoden tegen deze ziekte. Hetzelfde zou moeten gelden voor het onderzoek naar werkzame behandelmethoden voor psychisch gestoorde delinquenten, waaronder bovengenoemde verkrachters.

Uit overweldigend veel wetenschappelijk onderzoek is bekend dat vrijheidsstraffen niet helpen als methode om herhaling van delicten te voorkomen. Wat wel werkt is het aanbieden van behandelmethoden die gericht zijn op vermindering van de risicofactoren voor nieuwe delicten. Voor elke individuele tbs'er kan zo'n risicoprofiel worden opgesteld. Bij verkrachters kunnen vele factoren van invloed zijn, bijvoorbeeld verslaving aan alcohol waardoor gedrag sneller ontremd raakt of negatieve opvattingen over vrouwen. De behandeling moet vooral gericht zijn op verandering van deze risicofactoren. Het continu in de gaten houden van risicofactoren is de taak van de behandelaars en pas wanneer een duidelijke risicovermindering is opgetreden kan de tbs'er meer vrijheden krijgen.

Een woordvoester van het ministerie van justitie noemde in een reactie de nieuwste onderzoeksbevindingen 'achterhaald' (NRC Handelsblad, 26 februari), hetgeen van nogal wat arrogantie getuigt, omdat nog nooit eerder in Nederland onderzoek naar belangrijke voorspellers van recidive bij verkrachters is uitgevoerd. Volgens het ministerie worden zedendelinquenten met een hoog recidiverisico, zoals de seksueel afwijkende psychopaten uit bovengenoemd onderzoek, inmiddels niet

meer vrijgelaten maar op een langverblijfafdeling geplaatst. Ik betwijfel dit sterk omdat het instrument waarmee de diagnose 'psychopathie' gesteld moet worden, de Psychopathie CheckList, niet in alle tbs-klinieken standaard wordt gehanteerd. Ook wordt niet in alle klinieken gewerkt met betrouwbare instrumenten voor risicotaxatie. Dit is een eerste voorwaarde om hoogrisico patiënten te kunnen selecteren, en hun vervolgens een geschikte behandeling en beveiligingsniveau aan te bieden.

De tbs-sector is met zijn 1300 bedden in vergelijking met de algemene psychiatrie een zeer kleine sector, die helaas allermindst een eenheid vormt. Samenwerking op het gebied van patiëntenzorg en onderzoek is echter absoluut noodzakelijk om tot kennis & overdracht en betere kwaliteit van zorg te komen.

Het ministerie van justitie doet er verstandig aan een deskundigennetwerk voor tbs in het leven te roepen, waarin onafhankelijke forensische wetenschappers (psychologen, psychiaters, juristen) het ministerie helpen bij het opzetten van een rationele, moderne tbs met een gemeenschappelijke onderzoeksagenda. Daarbij moet gezorgd worden voor deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbeleid. De Stichting Reclassering Nederland heeft reeds zo'n onafhankelijk deskundigennetwerk ingesteld, de tbs-sector zou daarbij kunnen aansluiten.

Onlangs is door de ministeries van justitie en volksgezondheid subsidie beschikbaar gesteld voor de oprichting van een landelijk expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP), dat het wetenschappelijk onderzoek in de tbs-sector moet coördineren. Het EFP wordt echter volledig gerund door medewerkers van Justitie, waardoor belangenverstrengeling dreigt.

De tbs-sector moet de komende jaren investeren in onderzoek naar het effect van (nieuwe) behandelmethoden. Na meer dan 70 jaar tbs weten we nog steeds niet of de behandeling werkt. Er dienen financiële en juridische mogelijkheden gecreëerd te worden om in de tbs gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van verschillende typen behandeling.

Behandeling met libidoremmers (chemische castratie) hoort daarbij, maar ook diverse psychotherapeutische methoden en behandeling met psychofarmaca die invloed hebben op de agressieregulatie.

Gedwongen behandeling zoals meteen na de uitkomsten van het recente onderzoek door een aantal politici gesuggereerd werd, is om meerdere redenen, waaronder gezondheidsethische, onwenselijk. Wat wel mogelijk zou moeten zijn is tbs'ers, net als 'gewone' psychiatrische patiënten op vrijwillige basis te laten deelnemen aan effect & onderzoek.

Systematisch onderzoek levert kennis op die kan worden ingezet om risico's te verminderen, zodat individuele tbs'ers veilig naar de maatschappij kunnen terugkeren. Door het ontbreken van systematisch onderzoek wordt iedere tbs'er nu op een geheel eigen wijze behandeld, waardoor de sector geen informatie krijgt over de gevolgde aanpak en dus ook niet van haar fouten leert. Voor die tbs'ers waarvoor op dit moment de kennis tekortschiet en een werkzame behandeling (nog) niet voorhanden is, is een langverblijf-afdeling aangewezen. De procedures die leiden tot plaatsing op zo'n afdeling dienen voor de betrokken tbs'er transparant te zijn en moeten onderworpen zijn aan intercollegiale toetsing.

Zo'n plaatsing ontslaat forensische wetenschappers niet van de plicht te blijven streven naar de ontwikkeling van effectieve interventies, ook voor de hoogste risicogroepen.