

Van algemene hulpverlening en zorg naar justitie. Zijn tbs-opleggingen te voorkómen?

Introductie

Het is verheugend dat de Tweede Kamer in 2005 heeft besloten om, los van de emotie van de dag, het tbs-stelsel breed te gaan onderzoeken om zodoende op het spoor te komen van tekortkomingen in het stelsel en van mogelijkheden het te verbeteren. De forensische zorg – waarvan de tbs een belangrijk, maar zeker geen exclusief onderdeel uitmaakt – is een gecompliceerde sector doordat de verantwoordelijkheid wordt gedeeld door twee ministers. De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de tbs-klinieken en de minister van VWS voor de geestelijke volksgezondheid en samen daarmee grotendeels voor de forensische zorg en het tbs-stelsel.

De Tweede Kamer nam in 2005 een motie aan waarin onder meer wordt vastgesteld dat het tbs-stelsel in zijn huidige vorm onvoldoende in staat is de maatschappij te beschermen tegen mensen die na behandeling opnieuw ernstige misdrijven plegen.¹ Het doel van het onderzoek, dat tussen september 2005 en mei 2006 werd uitgevoerd door een tijdelijke kamercommissie, was de huidige stand van de forensische zorg verhelderd te krijgen zodat de politiek op dit punt de juiste keuzes kan maken.²

Het rapport van de commissie werd op 16 mei door voorzitter Arno Visser gepresenteerd.³ Het bestaat onder meer uit beschrijvingen van het tbs-stelsel en het beleid vanaf 1996 tot op heden. Belangrijk zijn de conclusies en de zeventien aanbevelingen voor verbetering. In een bijlage zijn alle gesprekken die zijn ge-

voerd uitgewerkt. In juni 2006 vonden de eerste debatten over het rapport plaats in de Tweede Kamer en met het kabinet.

Na alle onrust die er in de afgelopen jaren over de tbs is geweest, valt op dat het rapport een positieve, toekomstgerichte toonzetting heeft. Er is met een groot aantal binnenlandse en buitenlandse deskundigen gesproken, er zijn werkbezoeken afgelegd en er is ook kritisch naar de rol van de politiek en de media gekeken. De mogelijkheden en beperkingen van het tbs-stelsel zijn mijns inziens goed in beeld gebracht; de aanbevelingen sluiten grotendeels aan bij de nu levende discussies en de geconstateerde tekorten in het stelsel. Zo zijn er aanbevelingen, gericht op de uitstroom van patiënten uit de tbs-kliniek. Onder meer wordt daarin gesteld dat de periode waarin zij in de gaten gehouden moeten worden, verlengd zou moeten worden van drie jaar tot negen jaar en er moet meer en intensievere nazorg worden gegeven. Ook de uitvoering van de behandeling zelf zal moeten verbeteren, onder meer door de mogelijkheid in te voeren om dwangmedicatie te geven, het verlof beter te toetsen en medewerkers van klinieken beter op te leiden. Tbs-klinieken moeten zich volgens de commissie specialiseren in hun behandeling en behandelmethoden.⁴ De meeste aanbevelingen hebben zodoende 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.

Een gemiste kans is echter dat het rapport zich nauwelijks uitspreekt over de vraag hoe tbs-

* Dr. Jaap A. van Vliet is beleidsmedewerker bij Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering en redacteur van PROCES. E-mail: vliet.aktief@tiscali.nl.

1 *Kamerstukken II* 2004–2005, 29 452, nr. 25.

2 *Kamerstukken II* 2004–2005, 30 250, nr. 1, Brief van het presidium van de Tweede Kamer aan de leden.

3 *Kamerstukken II* 2005–2006, 30 250, nr. 4–5, *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*.

4 Het is daarbij interessant dat de specialisatie van de klinieken ongeveer acht jaar geleden onder druk van het ministerie van Justitie en tegen de zin van de tbs-klinieken moest worden afgeschaft. Iedere kliniek moest toen alle typen patiënten kunnen behandelen. Dat zou de onderlinge concurrentie en daarmee de kwaliteit verbeteren, volgens de toen geldende opvatting.

opleggingen zijn te voorkómen; hierover worden dan ook geen aanbevelingen gedaan. Dit zou, ook voor de Tweede Kamer, van belang zijn geweest vanuit de wetenschap dat een groot deel van de tbs-gestelden een lange historie heeft in de jeugdzorg, de verslavingszorg, de algemene geestelijke gezondheidszorg en andere vormen van zorg en hulpverlening, zoals blijkt uit onderzoek dat ik de afgelopen jaren heb gedaan.⁵ Hoewel niet is te voorspellen wie wel en wie niet ooit een delict zal plegen waarvoor een tbs opgelegd zal worden, is het wel mogelijk iets te zeggen over de groep mensen die een verhoogd risico loopt een dergelijk delict te plegen.

Deze bijdrage gaat onder meer over sturing en kwaliteit in de forensische zorg. En als het gaat om sturing gaat het ook om financiering, een onderwerp dat voor inhoudelijke professionals gemakkelijk taai en vervolgens onverteerbaar kan worden. Want geld is uiteindelijk binnen het geheel van de zorg geen onbelangrijke, maar toch niet meer dan een faciliterende factor om inhoudelijke doelstellingen en kwaliteit te realiseren. Maar de financiering blijkt vaak een sturende en bepalende rol te spelen bij de ontwikkeling en inrichting van processen en organisaties voor zorg en hulpverlening zonder dat de kwalitatief inhoudelijke gevolgen hiervan worden onderkend.

Het advies van de *Interdepartementale Werkgroep Besturing en zorg in justitieel kader* – de ‘commissie Houtman’ – bijvoorbeeld, geeft een raming van de groeiende behoefte aan GGz-zorg: van 344 miljoen euro in 2003 naar 460 miljoen euro in 2010 als gevolg van prognoses over toename van de sanctiecapaciteit die voor 2010 een toename van GGz-zorg in strafrechtelijk kader met 22% laat zien.⁶

Een dergelijke prognose geeft weinig handvatten voor de dagelijkse praktijk en gaat bovendien uit van een scenario waarbij sprake is van ongewijzigd beleid. En mijns inziens is het interessanter om te bezien wat de gevolgen zijn van een organisatiestructuur van zorg en hulpverlening die de financiering centraal stelt in plaats van het proces dat de patiënt of cliënt moet doorlopen.

In deze bijdrage zal ik aan de hand van een voorbeeld laten zien hoe financiering de organisatie van de zorg en hulpverlening kan frustreren. Vervolgens zal ik trachten dit in een groter kader te plaatsen waarbij de vraag wordt gesteld wat de relatie is tussen delictgedrag en de organisatie van zorg en hulpverlening.

Organisatie van forensische zorg: een voorbeeld uit de praktijk

In mijn dagelijkse praktijk houd ik mij onder meer bezig met het ontwikkelen en ondersteunen van beleid en projecten op het terrein van de forensische zorg en het organiseren van wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe werkwijzen. Goede ideeën voor de ontwikkeling van een project dat voorziet in een praktische behoefte zijn in het algemeen volop aanwezig. Voor wie in de praktijk van de forensische zorg werkt, dienen deze zich als het ware vanzelf aan. Ook het uitwerken van een project en het enthousiasmeren van verschillende betrokken partijen lukt in het algemeen wel. Het wordt pas lastig als er een passende organisatiestructuur en financiering moet worden gevonden.

Zo bleek er vanuit de reclassering Leger des Heils een jaar of acht geleden behoefte aan een 24-uursaanpak voor moeilijk bereikbare cliënten: zorgmijders die met politie en justitie in aanraking kwamen en die zowel dakloos waren als kampten met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek en vaak ook met verslavingsproblemen. De ambulante hulp van de reclassering was onvoldoende, het niveau van maatschappelijke opvangvoorzieningen en RIBW meestal te licht en de psychiatrie was in beginsel niet meer genegen hen op te nemen of te behandelen.

Samen met de maatschappelijke opvang ontwikkelde de reclasseringsafdeling een plan voor een 24-uurs woon- en crisisopvangvoorziening.⁷ De voor dit werk speciaal aangetrokken reclasseringswerkers zouden hier fungeren als plaatsende instantie en casemanager en, behalve van het reclasseringsteam, functioneel deel uitmaken van het team van de bedoelde woonvoorziening. Het inhoudelijk vormgege-

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

6 Ministerie van Financiën, *Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*, Den Haag: Ministerie van Financiën 2005.

7 H.-M. Don, T. Bierens, D. de Bruyn & G. Verstraten, Effectieve reïntegratie in de praktijk, een Mission Impossible?, *PROCES* 2002, nr. 5-6, p. 88-92.

ven casemanagement was leidend en bedoeld om de continuïteit van de zorg te waarborgen.⁸ De woonvoorziening was in principe als tijdelijke fase een onderdeel van een langer durend proces. Organisaties die behandeling, medische zorg en dagbesteding boden, zouden vanuit het regionale netwerk bij de woonvoorziening worden betrokken. De kern van de werkwijze was zodoende een integrale aanpak, gestuurd door de noden en behoeften van de cliënt en met het uiteindelijke doel: vermindering van overlast en recidive.

Een eerste periode werd het werk gefinancierd vanuit de eigen organisatie en zo werd met een eerste woonvoorziening in Eindhoven ervaring opgedaan en werden velen in het land geenthousiasmeerd om deze werkwijze ook in andere steden en regio's over te nemen en verder te ontwikkelen. Het werd echter lastig toen structurele financiering voor het project moest worden gevonden. De AWBZ bood hier uitkomst, maar uitsluitend voor de woonvoorziening. In de aanvraag bij het zorgkantoor kon de rol van de reclassering maar marginaal worden meegenomen. Zorgkantoren kennen een dergelijke voorziening niet en financiering voor een dergelijke rol was er niet in de AWBZ. Werken in het kader van de AWBZ betekende vervolgens introductie van nieuwe registratie- en kwaliteitseisen en daarnaast werd een indicatiestelling gericht op zorg noodzakelijk. Dit laatste beperkte de mogelijkheden tot snelle, niet geïndiceerde crisisplaatsingen vanuit de reclassering.

De reclassering moest het werk, dat bedoeld was als een integraal onderdeel van het traject, plotseling uitsluitend doen vanuit de reclasseringsfinanciering, die niet voorzag in de integrale en zeer intensief begeleidende rol, die in dit verband was voorzien. Deze reclasseringswerkers konden binnen de bedoelde werkwijze niet voldoende 'productie'⁹ maken en moesten hun inzet in het project gaandeweg beperken ten koste van de bedoelde integrale werkwijze.

Het werd voor hen ook lastiger om een plaats in de woonvoorziening te reserveren voor het moment dat een cliënt uit een penitentiaire inrichting kwam. De woonvoorziening moest uiteindelijk zichzelf financieel bedruipen vanuit de AWBZ en een 100% bezettingsgraad realiseren. De reclassering werkte grotendeels volgens de gebruikelijke

productfinanciering voor trajectbegeleiding, die ook nog eens per 1 januari 2004 door het ministerie van Justitie werd gestopt omdat de nazorg – zonder voldoende voorbereiding door het ministerie van Justitie – aan de gemeentes werd overgelaten. Onbedoeld door de organisatie moest een kolomsgewijze, verticale financierings- en organisatiestructuur worden gehanteerd, waarbij de financiering leidend werd en niet het noodzakelijke traject van de cliënt door de verschillende organisaties voor hulpverlening heen. Deze wijze van kolomsgewijze financiering was een aantasting van het integrale karakter van het project en van de beoogde kwaliteit.

De huidige situatie is dat er in het land meerdere van de hier bedoelde woonvoorzieningen zijn. Er blijkt veel behoefte te zijn aan maatschappelijke opvang voor de zojuist genoemde doelgroep, ook wanneer deze niet door de reclassering wordt geplaatst. Betrokkenheid van de reclassering bij het project is inmiddels echter min of meer gelijk als bij andere voorzieningen, namelijk die van plaatsende instantie, en niet meer die van integraal verantwoordelijke medewerker. De beoogde continuïteit van zorg wordt niet meer geboden want langdurende casemanagementtrajecten zijn niet meer vanuit de reclassering te organiseren, hoe gewenst dit ook zou zijn. Het risico van recidive wordt hiermee verhoogd. In een aantal gevallen wordt zelfs gedroomd dat de klant een klein delict zal plegen, zodat bij de rechter alsnog een voorwaardelijke straf met reclasseringstoezicht kan worden gevraagd, waardoor begeleiding gedurende een periode tenminste gedeeltelijk wordt gefinancierd. Maar in het licht van de reclasseringsfunctie zou een dergelijke praktijk mijns inziens ongewenst zijn.

De financiering bepaalt zo gezien uiteindelijk de organisatie en de kwaliteit van de zorg en hulpverlening en niet de diagnostiek en de aan te pakken problematiek. De gewenste en zelfs noodzakelijke werkwijze en financiering is naar mijn mening dan ook niet verticaal, kolomsgewijs, maar horizontaal, trajectmatig, dwars door de kolommen heen, met inbreng van de deskundigheid en financiering vanuit de verschillende deelnemende partijen. Anders vallen er gaten in de totale aanpak, met alle risico's van dien voor het geheel.

8 H.-M. Don, *Domus Case management; methodiekbeknopt*, niet gepubliceerd, Utrecht 2000.

9 J.A. van Vliet, Tussen welzijn, wet en wetenschap. Over sturing in de reclassering, *PROCES* 2004, nr. 6, p. 249-260.

Kwetsbare mensen en de algemene zorg en hulpverlening

Veel patiënten die in de forensische zorg of forensische psychiatrie worden begeleid of behandeld, hebben een hulpverleningshistorie in onder meer de algemene GGz, de jeugdzorg of de verslavingszorg.¹⁰ Een aantal van hen komt uiteindelijk in de tbs terecht. Tbs-klinieken functioneren dan ook niet buiten de samenleving, maar 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 gevangenis.¹¹ Tbs-klinieken hebben een specifieke taak in de beveiliging van de maatschappij door een combinatie van geslotenheid én (psychiatrische) behandeling. Een combinatie die noch door het gevangeniswezen, noch door de algemene GGz op dit moment voldoende kan worden geboden.

Bekend is dat circa 60-70% van de tbs-gestelden, voordat zij in de tbs terecht kwamen, werd behandeld of begeleid in de algemene GGz, in de verslavingszorg en/of de jeugdzorg.¹² Deze patiënten ontvingen daar over het algemeen veel zorg en behandeling. Zij blijken zowel psychiatrisch, maatschappelijk als relationeel 'zwaar belast'. In mijn recente promotieonderzoek naar de 'tbs in zijn maatschappelijke context' heb ik op basis van literatuuronderzoek en dossieronderzoek geconcludeerd dat de door die instanties aangeboden zorg teveel is opgesplitst en vanuit afzonderlijke sectoren wordt aangeboden. Kennis over de betreffende patiënten vanuit de jeugdzorg, psychiatrie, verslavingszorg wordt onvoldoende bij elkaar gebracht in een samenhangend, zinvol hulpaanbod. Contacten van deze patiënten met de afzonderlijke hulpverleningsinstellingen duren vaak jaren, waarbij steeds weer nieuwe diagnoses worden gesteld. Naast afwisselend klinische en ambulante periodes lopen er meestal al con-

tacten met justitie en de reclassering, wordt een strafblad opgebouwd en verblijven de patiënten periodiek in detentie. Wanneer hulpverleningsinstellingen uiteindelijk het contact met deze patiënten verbreken of de patiënten het er zelf bij laten zitten, wordt veelal geen – meer of minder gedwongen – nazorg geboden. Er blijkt vaak grote waarde te worden gehecht aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, ook wanneer bekend is (of zou kunnen zijn) dat deze zijn eigen verantwoordelijkheid niet of niet volledig kan realiseren. De beperkingen van het eigen aanbod van de kliniek of instelling bepalen zodoende vaak de wijze van omgaan met de patiënt of cliënt.¹³

Ten Have concludeert dat in het algemeen de zorg in Nederland goed toegankelijk is, maar dat in het bijzonder lager opgeleiden vaker emotionele stoornissen ervaren, terwijl zij juist minder vaak dan hoger opgeleiden in de GGz terecht komen.¹⁴ Als mogelijke verklaring hiervoor noemt zij dat het erop lijkt dat lager opgeleiden minder positief staan tegenover GGz-behandeling of dat huisartsen hen minder geschikt achten voor GGz-hulp waardoor zij deze minder vaak ontvangen. Ondanks de in het algemeen goed toegankelijke zorg in Nederland lijken volgens Ten Have daarnaast ook depressieve volwassenen met een alcoholverslaving en volwassenen met een bipolaire stoornis onnodig buiten het bereik van de hulpverlening te blijven.

Uit het onderzoek *Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg* blijkt dat bepaalde groepen verslaafde, sociaal kwetsbare mensen zelf alle moeite (moeten) doen om (opnieuw) hulp te krijgen. Maar 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 het onderzoek wordt gesteld dat over deze kwetsbare mensen nogal eens

- 10 GGz wordt ook hier en in het vervolg van deze bijdrage breed opgevat en sluit de verslavingszorg en de jeugdzorg in, zowel intramuraal als extramuraal.
- 11 Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken, *De terbeschikkingstelling in de middenpositie*, 29 december 2006.
- 12 J.L. van Emmerik & M. Brouwers, *De terbeschikkingstelling in Maat en Getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*, Den Haag: DJI 2001.
- 13 Van Vliet, *De tbs in zijn maatschappelijke context*.
- 14 M. ten Have, *Care Service Use for Mental Health Problems in the General Population: Trends and explanations*, Utrecht: Trimbos Instituut 2004.

wordt gesproken in termen als 'zorgwekkende zorgmijders'. Deze 'zorgmijders' blijken echter (veel) contact met hulpverlening te hebben, maar betwijfeld moet worden of ze voldoende en passende zorg krijgen.¹⁵

Ook in het advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), *Kwetsbaar in het kwadraat*, 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. Niet is uitgesloten dat ook aan de kant van zorgaanbieders sprake is van mijndend gedrag.¹⁶

Voorham, die uitgebreid onderzoek deed naar sociale uitsluiting, stelt dat het individu dat onaangepast gedrag vertoont geconfronteerd wordt met morele afkeuring.¹⁷ De instituties, overheid en hulpverlening, reageren daarop met regelzucht en bureaucratie. Wanneer deze 'kwetsbare mens' geen gebruik kan of wil maken van het aanbod, eindigt de verantwoordelijkheid van de instelling voor de patiënt.¹⁸

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 waar-

over zorgen bestaan vaak uit beeld verdwijnen.¹⁹

Er zijn daarnaast aanwijzingen dat ook de organisatie van de hulpverlening door andere organisaties dan de GGz bijdraagt aan een inadequate aanpak van delictplegers met psychiatrische of psychische stoornissen. In een vooronderzoek over 'criminalisering van psychiatrische patiënten' dat door de RMO in 2005 is verricht, wordt geconcludeerd dat de aanpak van delinquente psychiatrische patiënten 'niet adequaat' is. Het onderzoek beschrijft verschillende oorzaken voor de gebrekkige aansluiting tussen 'zorg' en 'straf': veranderende kennis omtrent psychische stoornissen, verkokering en versnippering van het zorgaanbod, twee fundamenteel verschillende werelden van zorg- en justitiële instellingen, onvoldoende professionalisering op uitvoeringsniveau, een veranderend politiek-maatschappelijk klimaat waarin de roep om repressie belangrijker is geworden en veranderende taakopvattingen van bijvoorbeeld de reclassering.²⁰ De RMO heeft in januari 2007 een vervolgonderzoek hierop afgerond over criminalisering van mensen met psychische of psychiatrische problemen, dat vooral handvatten voor de praktijk geeft bij het overbruggen van verschillen in het medische, socialiserende, justitiële en maatschappelijke perspectief waar het gaat om passende interventies voor 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.²¹

- 15 E. Bransen, L. Hulsebos, S. Nicholas & J. Wolf, *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: Ketenzorg voor chronisch zieke mensen, Utrecht: Trimbos Instituut 2003.
- 16 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Kwetsbaar in het kwadraat*, Den Haag: RMO 2001.
- 17 C.A. Voorham, *Er buiten staan. Onderzoek naar sociale uitsluiting onder cliënten van het Leger des Heils*, Almere: Leger des Heils 2006.
- 18 In een aantal gevallen loopt er nog wel een contact met de reclassering. Gezien echter de bezuinigingen op de reclassering, onder meer gecombineerd met een verambtelijkte, aanbodgestuurde werkwijze op basis van outputsturing, strengere selectie op te verwachten succes en afschaffing van nazorg is contact met cliënten na detentie bijna niet meer mogelijk en is contact op vrijwillige basis uitgesloten. Zie bijvoorbeeld: M.S.H. Ridder-Padt, Nieuwe perspectieven voor de aan het strafrecht gerelateerde hulpverlening, *PROCES* 2004, nr. 6, p. 220-225; G. van der Laan, De metamorfose van de reclassering als teken des tijds, *PROCES* 2004, nr. 6, p. 233-241, en Van Vliet, Tussen welzijn, wet en wetenschap.
- 19 NIZW, *Passief doorverwijzen*, E-zine Jeugdzorg, nr. 484, 1 juli 2005.
- 20 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atrische) problemen. Vooronderzoek van de Raad voor maatschappelijke ontwikkeling*, Den Haag, RMO 2005.
- 21 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Amsterdam, SWP 2007.

Is er sprake van langdurige contacten (één jaar of meer) met de GGz in brede zin, met soms meerdere opnames en veel niet reguliere beëindigingen van opnames of contact, dan is sprake van een klimaat waarin de cliënt/patiënt naar een ernstig delict toe kan groeien. Langdurige, ernstige verslaving zal hierbij vaak een stimulerende rol spelen. Er is dan ook een verband tussen het functioneren van de algemene GGz en tbs-opleggingen. Het functioneren van de algemene GGz draagt vanuit dit gezichtspunt bij aan de instroom van tbs-gestelden in tbs-klinieken.²²

Welke patiënten?

Deze conclusies betekenen nog niet dat kan worden voorspeld wie wel en wie niet ooit een tbs-waardig delict zal plegen. Ook de op dit moment bekende risicotaxatie-instrumenten kunnen daarbij niet behulpzaam zijn. Philipse, die hiernaar jarenlang onderzoek deed, haalt met instemming de onderzoekers Grubin en Wingate aan, die stellen dat risicotaxatie-instrumenten ons voornamelijk vertellen dat impulsieve, drankzuchtige en gewetenloze gewoontecriminelen gevaarlijk zijn.²³ Een andere invalshoek ten aanzien van de patiëntkenmerken wordt belicht door Lehnecke in haar promotieonderzoek naar *De rol van moeder-zoon symbiose in perversie en zedendelinquentie*. Zij onderzocht een groep zedendelinquenten, zowel tbs-gestelden als een groep die, na onderzoek door Forensisch Psychiatrische Diensten (FPD), ambuland werd behandeld. Ten aanzien van de door haar onderzochte doelgroepen concludeert zij: 'dat er bij de tbs-groep een grotere sociaal-maatschappelijke geïsoleerdheid is ontstaan en dat het aantal zwakke vaders (vooral op seksueel gebied) aanzienlijk groter is bij de tbs-gestelden dan bij de FPD'ers. Bovendien zijn er verschillen tussen de twee groepen op het vlak van opleiding, werk en zelfs op relationeel niveau. De FPD-groep komt op deze ge-

bieden beter uit de bus. Het maakt hen maatschappelijk kansrijker dan de tbs-gestelden. [...] Het gunstige opleiding-werkniveau van de FPD-groep is een belangrijke faciliterende factor voor een goede maatschappelijke inbedding. De tbs-groep is psychiatrisch en maatschappelijk zwaarder belast, als gevolg waarvan ook het recidivegevaar groter wordt gevonden. Hun arbeidskansen zijn in de meeste gevallen minimaal.'²⁴

Hoewel deze gegevens nog beperkt zijn, is hier wellicht toch een indicatie te vinden dat tbs-gestelden – en zij die op termijn een verhoogd risico lopen een tbs-waardig delict te plegen – als groep een van reguliere GGz-patiënten afwijkende pathologie en gedragspatroon hebben.

Het is ook vanuit mijn onderzoek niet mogelijk een sluitend psychiatrisch en sociaal-maatschappelijk profiel op te stellen van de patiënt die het in de algemene GGz niet redt. Vermoedelijk zal een groot aantal zijn te typeren onder de diagnose 'antisociale persoonlijkheidsstoornis'²⁵ in combinatie met een verslaving.²⁶ Daarnaast zullen zij, naast psychiatrische problematiek, op maatschappelijk en relationeel gebied zijn gedepriiveerd; zij hebben een tekort aan essentiële zaken om een 'normaal', zelfstandig leven te leiden. Het gaat om mensen die onvoldoende regie hebben over hun eigen leven. Zij kunnen de complexiteit van hun problemen niet overzien en zijn niet in staat hiervoor adequate hulp te vragen. Als zij in contact komen met de hulpverlening kunnen zij zich moeilijk aanpassen aan de verwachtingen van hulpverleningsinstellingen. Zij worden structureel overvraagd ten aanzien van de aanwezigheid van motivatie voor begeleiding of behandeling, het goed kunnen verwoorden van een hulpvraag en het kunnen maken van de juiste keuzes voor de aangeboden hulp. Mede daardoor is het risico groot dat hulpverleners en behandelaars na enige tijd op hen 'afbranden'. Ik kwalificeer dit structureel 'overvragen' van

22 Van Vliet, *De tbs in zijn maatschappelijke context*.

23 M.W.G. Philipse, Stoornis en delictgevaar. Spraakverwarring in de tbs, *De Psycholoog*, september 2005, p. 460-461.

24 K.M. Lehnecke, *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*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2004.

25 Gezondheidsraad, *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*, Den Haag: Gezondheidsraad 2006, publicatie nr. 2006/07.

26 E.A. Noorlander, Verslavingsbehandeling in tbs-kader, in: J.W. Fokkens e.a. (red.), *Overheid en patiënt*, Arnhem: Gouda Quint 1993, p. 243-250.

patiënten, hen aanspreken op een eigen verantwoordelijkheid in het maken van relevante keuzes voor hulp die zij niet kunnen maken als 'geinstitutionaliseerde verwaarlozing'. Het gaat daarbij dan niet om bewuste verwaarlozing op individueel cliënt- of patiëntniveau, maar om de niet op de kenmerken van 'kwetsbare' patiënten en cliënten aangepaste organisatie van zorg en hulpverlening, het kolomsgewijs (per sector gestuurd) aanbieden van niet gecoördineerde zorg op verschillende leefgebieden en het zodoende stellen van irreële eisen aan cliënten en patiënten. Er wordt hiermee overigens geen oordeel uitgesproken over de inzet, professionaliteit en verantwoordelijkheid van individuele hulpverleners ten aanzien van patiënten of cliënten.

In het licht van het voorgaande is het begrijpelijk dat deze patiënten, wanneer zij eenmaal een ernstig delict hebben gepleegd, een tbs hebben opgelegd gekregen en in een tbs-kliniek zijn behandeld, na hun behandeling niet met voorrang welkom zijn in de algemene GGz.

Circuitvorming

In 2001 heb ik met Wilken een breed landelijk onderzoek afgerond naar de stand van de 'circuitvorming' tussen de forensische zorg en de algemene GGz in 2000.²⁷ Wij concludeerden dat de forensische psychiatrie in de voorgaande jaren geïsoleerd was geraakt van haar professionele omgeving; daarin leek een voorzichtige kentering gaande. Verschillende justitiële en niet-justitiële instellingen trachtten elkaar te vinden maar de algemene GGz vervulde hierbij slechts incidenteel een voorttrekkersrol. Veel samenwerking werd georganiseerd vanuit persoonlijke betrokkenheid van individuele professionals. Dit was waardevol, maar het maakte de samenwerking kwetsbaar in zijn continuïteit.

Vijf jaar later moet, op basis van mijn literatuuronderzoek, worden geconcludeerd dat er ten aanzien van deze samenwerking weinig

vooruitgang is geboekt.²⁸ Betwijfeld moet worden of er binnen de betrokken ministeries en instellingen wel een breed gedragen visie bestaat die bijdraagt aan een verdere ontwikkeling van adequate samenwerking, gericht op: noodzakelijke behandeling, noodzakelijke zorg en vereist beveiligingsniveau op het juiste moment. Er is hier nog steeds geen sprake van doelgerichte sturing. Zo is het opvallend dat de forensische sector meer en meer eigen oplossingen voor uitstromende patiënten gaat creëren, los van de algemene GGz. Daarnaast blijkt dat in het bijzonder de tbs-klinieken bij de circuitvorming weinig te winnen hebben. Overleg in circuitverband gaat voornamelijk over moeilijke en/of gestoorde patiënten of cliënten in het algemeen, maar nauwelijks over tbs-gestelden die de tbs-kliniek moeten verlaten.²⁹

Het in augustus 2005 verschenen advies van de Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader (de commissie-Houtman) bevestigt dit beeld.³⁰ Volgens deze commissie is er onder meer te weinig capaciteit, samenhang en sturing. De commissie adviseert jaarlijks een budget voor justitiegebonden zorg op te nemen op de justitiebegroting, zodat Justitie de nodige zorg kan inkopen. Dit advies wordt binnen de tbs-klinieken en de algemene GGz in grote lijnen als een bedreiging gezien. De brancheorganisatie GGz-Nederland meent onder meer dat de forensische psychiatrie thuishoort binnen de AWBZ en benadrukt de noodzaak dat, 'om kwalitatief verantwoorde zorg te bieden, de zorg in zowel een strafrechtelijk, civielrechtelijk als regulier kader een goed sluitende keten vormt. Dat wordt moeilijker als delen van de keten vanuit verschillende departementen worden aangestuurd'.³¹ Gezien de 'state-of-the-art' van de circuitvorming en de wijze van organisatie van zorg die leidt tot 'geinstitutionaliseerde verwaarlozing' lijkt het mij echter dat de algemene GGz het advies van 'Houtman' over zichzelf heeft afgeroepen; als de problematiek niet sectoraal wordt opgelost, gaat de overheid er zich helaas mee bemoeien.

27 J.A. van Vliet & J.P. Wilken, *Ons kent ons...de praktijk van samenwerking in de forensische zorg*, Amsterdam: SWP 2001.

28 Van Vliet, *De tbs in zijn maatschappelijke context*.

29 J.C. Zwemstra, Grensverkeer van forensisch psychiatrische patiënten tussen het justitiële en GGz-domein, *Sancties* 2004, nr. 6, p. 341-348.

30 Ministerie van Financiën, *Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*.

31 GGz-Nederland, *Tbs ter discussie*, Amersfoort, 22 augustus 2005.

Maar ook al is de *analyse* van ‘Houtman’ verhelderend, het betekent nog niet dat het *advies* op alle punten hout snijdt. Het is teleurstellend dat ‘Houtman’ ervan uitgaat dat sturing via financiering tot een beter resultaat voor de patiënten zal leiden. De eerder genoemde onderzoeken en mijn ervaring met en betrokkenheid bij het ontwikkelen van zorgvernieuwing in deze sector heeft mij geleerd dat de organisatie van de zorg zich kenmerkt door versnippering; de patiënt moet voor elk deelprobleem bij een andere organisatie aankloppen. Dit is voor een groot deel het resultaat van een overheidsbeleid dat zich kenmerkt door marktwerking, waarbij concurrentie het wint van samenwerking. Elke organisatie wordt gestuurd door zijn eigen ‘productdefinities’, targets en bijbehorende financierings- en afrekeningssystematiek. Elke organisatie of professional ziet een *ziekte*, maar niemand ziet de *zieke* als geheel. Voortdurend worden opnieuw diagnoses en indicaties gesteld. De patiënt moet zich voortdurend aanpassen aan de organisatie van de zorg, waardoor het afbreukrisico – en voor de eerder genoemde groep patiënten het delictrisico – toeneemt.

Het is in het licht van deze gegevens opmerkelijk dat de reclassering met ingang van 1 mei 2006 onder druk van het ministerie van Justitie arrondissementaal moest overgaan tot de oprichting van een ‘reclasseringsbalie’ met daaraan gekoppeld een werkwijze waarbij de toedeling, de adviesfunctie en het toezicht op cliënten strikt van elkaar zijn gescheiden. Deze werkwijze is vergelijkbaar met de huidige organisatie van de jeugdzorg, waarvan inmiddels bekend is dat deze tot een verambtelijktte praktijk heeft geleid. Uit onderzoek van de reclassering zelf naar deze scheiding van functies bij onder andere de Bureaus Jeugdzorg blijkt bijvoorbeeld dat deze heeft geleid tot de inmiddels legendarische lange wachttijden en doorlooptijden, een steeds grotere bureaucratie door gedetailleerde beschrijvingen van werkprocessen, een breuk in de gewenste continuïteit van zorg en het ontbreken van één persoon of instantie met ketenverantwoordelijkheid. Met de nieuwe organisatievorm van de reclassering wordt onder meer een objectieve voorlichting aan het openbaar ministerie beoogd. Maar gezien de ervaringen die de moeilijkst te bereiken cliënten veelal al hebben opgedaan in de jeugd-

zorg, verslavingszorg en/of de algemene GGz wordt hiermee de kans nog vergroot dat deze risicovolle cliënten zullen afhaken met als gevolg een *verhoogd recidiverisico*. Het is niet te verklaren hoe deze ontwikkeling valt te rijmen met het door de Minister van Justitie en de samenleving gewenste terugdringen van recidive.

Deze ontwikkeling, waarbij het contact met de cliënt wordt opgesplitst, is ook niet in overeenstemming met de uitgangspunten van ‘What works’, het referentiekader waaraan de activiteiten van de reclasseringsinstellingen in Nederland in toenemende mate worden getoetst. In een onderzoeksrapport over casemanagement van Partridge, gebaseerd op deze benadering, geldt ‘continuity of (case manager) contact’ als belangrijk uitgangspunt. Onder het kopje ‘Key findings’ wordt onder meer gesteld: ‘continuity of contact with the same case manager and other staff was essential to building confidence and rapport with the offender, particularly during the initial stages of supervision.’ Als aanbeveling voor de toekomst wordt in dit verband genoemd: ‘Whatever type of model is in operation, the research indicated several core principles which can improve the ability to engage and motivate the offender. These can be summarised as “continuity of contact” and carefully managing the transition points between teams and at different stages of supervision to “minimise a fragmented experience” for offenders.’ Onder het kopje ‘Continuity of case manager contact’ stelt Partridge: ‘Offenders indicated the importance of working with the same Probation Officer, who they knew and trusted, throughout their order. The continuity of the human contact allowed offenders to develop a trusting relationship with their supervising officer, which in turn allowed them to talk openly about personal issues and ask for help with criminogenic needs. Offenders reported taking time to gain confidence with new members of staff and expressed fatigue at repeatedly having to explain their problems to someone new. They were also concerned about differential treatment and that new members of staff would take time to address the real issues while they got to grips with their case.’³²

32 S. Partridge, *Examining case management models for community sentences*, Home office online report 17/04, 2004.

Ook de Gezondheidsraad, in een recent advies over de *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*, meent dat risicomangement vaak om continuïteit van (bemoei)zorg vraagt en acht het dan ook noodzakelijk dat de GGz, het gevangeniswezen en de tbs-klinieken beter gaan samenwerken.³³

Maar terwijl veelvuldig de noodzaak van vraaggestuurde zorg en continuïteit van zorg wordt benadrukt, lijkt de realisatie daarvan verder weg dan ooit.

Conclusies en aanbevelingen

Het recente parlementaire onderzoek naar het tbs-stelsel laat zien waar het stelsel goed werkt en waar verbeteringen nodig en mogelijk zijn. Maar het opleggen van een tbs wordt altijd voorafgegaan door een ernstig delict. In de meeste gevallen is dat een geweldsdelict waarvan het slachtoffer en diens omgeving, maar ook de pleger en diens omgeving de gevolgen moeten dragen. Ook de materiële en immateriële gevolgen voor de samenleving als totaal zijn aanzienlijk, hoe goed het tbs-stelsel ook voldoet. Het is daarom de moeite waard te bezien op welke wijze tbs-opleggingen zijn te voorkómen.

Dat er een verband is tussen de wijze waarop de hulpverlening – door onder meer de algemene GGz – is georganiseerd met de toename van het aantal tbs-opleggingen en de prevalentie van psychisch gestoorden in het gevangeniswezen, kan uit de onderzoeksgegevens in mijn onderzoek worden afgeleid. Deze constatering moet met de nodige voorzichtigheid worden gedaan, omdat, ondanks dat de dossiers uit het dossieronderzoek bij de Penitentiaire Kamer in het Gerechtshof te Arnhem diepgaand werden doorgewerkt, 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 om de groep mensen die het in de algemene GGz niet redt nader te kunnen omschrijven.

Voorshands ga ik ervan uit dat een verbetering van de in deze bijdrage geschetste problematiek ten minste vraagt om een goede toegankelijkheid van de algemene GGz en andere hulpverleningsinstellingen voor mensen met een gecompliceerde problematiek. Verder een sterke beperking van bureaucratie, bevordering van continuïteit van zorg en een goede coördinatie van de zorg, zodat afbreukrisico's en delict-risico's zoveel mogelijk worden beperkt. Als een van de oplossingen is hier, onder meer op casuïstiekniveau en regionaal georganiseerd, plaats voor samenwerking.³⁴ Ter voorkoming van ernstig deraillement is preventief én na behandeling in de tbs een verantwoorde mate van opgedrongen zorg gedurende een lange periode – 'bemoeizorg' – aan te bevelen, zoals ook in het rapport van de tijdelijke kamercommissie wordt gesteld. Hulpverleners moeten gelegitimeerd worden zich in te spannen voor mensen die hulp afwijzen maar deze onmiskenbaar nodig hebben.

Er bestaat vanuit de praktijk van de forensische samenwerking behoefte om, na beëindiging van een justitiële titel, in een aantal gevallen langdurig contact met patiënten of cliënten te blijven houden door middel van bemoeizorg. Bemoeizorg biedt (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe problematiek waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunt dienen. Deze 'zorg op maat' hulpverlening maakt gebruik van verschillende op elkaar afgestemde methodieken en strategieën. De hulpverlening heeft een actief, outreachend en laagdrempelig karakter.³⁵ De reclassering wordt inmiddels sinds 1 januari 2004 niet meer gefinancierd om dergelijke contacten te onderhouden zonder justitiële opdracht of justitiële titel, wat in het licht van de inzichten die in deze bijdrage zijn beschreven getuigt van niet door inhoudelijke en kwalitatieve motieven onderbouwd beleid. Hier wordt op financiële gronden een knip aangebracht in het totale begeleidings- en zorgproces.

33 Gezondheidsraad, *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*.

34 Zoals het 'circuitoverleg' OGGZ in Arnhem, waar periodiek de in de regio aanwezige problematische patiënten/cliënten door operationele professionals worden doorgenomen en afspraken worden gemaakt ten aanzien van opnames, nazorg, medicatie en hoe (en door wie) te handelen in crisissituaties. Dit werkt ontlastend én ondersteunend naar alle instellingen.

35 Dit geldt eveneens voor nazorg aan veroordeelden tot een onvoorwaardelijke of voorwaardelijke gevangenisstraf, zeker wanneer in dat kader sprake is (geweest) van een vorm van behandeling of intensieve zorg.

Er is mijns inziens plaats voor een tussenmaatregel, die in overleg met het OM kan worden uitgevoerd. Een dergelijke maatregel zou kunnen worden ontwikkeld en uitgevoerd door de reclassering, een forensische polikliniek of een andere passende organisatie en kan voor deze organisatie de legitimatie vormen om een vorm van bemoeizorg ten aanzien van een risicovolle groep ex-justitiabelen te vervullen. In het advies van de Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg worden in dit verband twee functies genoemd ten behoeve van de door hen genoemde 'psychisch gehandicapte', die ook met betrekking tot de bedoelde groep justitiabelen (met vaak ook psychiatrische stoornissen, verslavingsproblematiek en beperkte sociale vaardigheden) kunnen worden overwogen. Als eerste wordt genoemd de intermediair tussen de psychisch gehandicapte en organisaties en groeperingen in de samenleving. Deze intermediair biedt steun bij het leggen van contacten met werkgevers, verhuurders en dergelijke. De tweede professional is een dienstverlener vanuit de zorg, waarvan elke psychisch gehandicapte er één aan zijn zijde zou moeten hebben. Het is de case-

manager, netwerker en steungever die dicht bij de cliënt en zijn cliëntsysteem staat, maar ook oog voor de samenleving heeft. Beide rollen zouden mijns inziens binnen deze context goed kunnen worden uitgevoerd. Verder onderzoek naar de wijze van uitvoering en effectiviteit van een dergelijke werkwijze is wenselijk.³⁶

Onderzocht moet worden of (Forensische) Assertive Community Treatment, ook wel de 'ambulante kliniek' genoemd, hier als organisatievorm van het casemanagement kan worden toegepast, zoals door Van Veldhuizen en anderen op een realistische wijze wordt voorgesteld in een recent nummer van PROCES.³⁷ In elk geval moet casemanagement niet als standaardmethodiek worden ingezet, maar steeds worden aangepast aan de noden en behoeften van de doelgroep.³⁸ Samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties is van wezenlijk belang om deze groep cliënten met de hulpverlening in contact te brengen. Hierbij dient het belang van het te behalen resultaat met betrekking tot de cliënt niet te worden vervangen door het financiële belang van de overheid of eigenbelang van de (hulpverlenings)instellingen.

36 Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg, *Erbij horen, commissie Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg*, Amsterdam 2002.

37 J.R. van Veldhuizen, J.J. Berkhout & L.Th. Horsman, Forensisch Psychiatrische Patiënten en de maatschappij: Check, check, double check, *PROCES* 2006, nr. 5, p. 170-179; zie ook C.L. Mulder & H. Kroon, *Assertive Community Treatment*, Nijmegen: Cure & Care 2005.

38 J. Draine & P. Solomon, Jail recidivism and the intensity of case management services among homeless persons with mental illness leaving jail, *The Journal of Psychiatry & Law* 1994, vol. 22, nr. 2, p. 245-261. Don, *Domus Case management; methodiekb beschrijving*.