

Straf en zorg: een paar apart



# Straf en zorg: een paar apart

Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Straf en zorg: een paar apart  
Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische  
problemen (advies 41)  
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

ISBN 978 90 6665 830 1  
NUR 740

© 2007 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

# Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Inleiding	13
1.1 Twee werelden	13
1.2 Opzet, vraagstelling en afbakening	18
2 Opmerkelijke knelpunten	23
2.1 Psychi(atri)sche problematiek bij gedetineerden	23
2.2 Hoge recidivecijfers	25
2.3 Gebrekkige nazorg	26
2.4 Onvoldoende preventie	27
2.5 Conclusie	28
3 Dieperliggende oorzaken	29
3.1 Doorgeschoten vermaatschappelijking	29
3.2 Daadgericht in plaats van dadergericht	31
3.3 De roep om meer veiligheid	34
3.4 De vermeende publieke opinie	36
3.5 Conclusie	39
4 Mogelijkheden voor verbetering	43
4.1 Straf en zorg: dokteren aan disciplineren	43
4.2 Wees helder in wat je wilt bereiken	45
4.3 Zoek passende interventies voor de gekozen doelen	47

4.4 Zoek mogelijkheden tot begrenzing én begeleiding	55
4.5 Drie varianten voor een systeemwijziging	59
5 Conclusie en aanbevelingen	67
5.1 Conclusie: De systemen passen niet bij de problemen	67
5.2 Aanbeveling 1: Kies het basisprincipe van doelstellingen en passende interventies	69
5.3 Aanbeveling 2: Werk aan verbeterde aansluiting straf- en zorginterventies	70
5.4 Aanbeveling 3: Ontsnap aan medialogica en blijf communiceren	72
5.5 Tot slot	73

Literatuur	75
------------	----

#### Bijlagen

Bijlage 1: Adviesaanvraag	83
Bijlage 2: Geraadpleegde deskundigen	85
Bijlage 3: <i>Dokteren aan disciplineren. Noties achter straf en zorg bij mensen met een psychiatrische stoornis die crimineel gedrag (kunnen) vertonen.</i> Door Hans Boutellier en Katinka Lünemann	87
Bijlage 4: Overzicht uitgebrachte publicaties RMO	119

## Voorwoord

Voor u ligt een advies over hoe we als samenleving (kunnen) omgaan met delictplegers met psychi(atri)sche problemen. De aanleiding van dit advies is de motie van het Eerste-Kamerlid R.H. van de Beeten, die in 2004 pleitte voor “meer samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen”.

Als reactie op de motie heeft de RMO in 2005 het vooronderzoek *Tussen zorgen en begrenzen* uitgebracht. De voornaamste conclusie luidt dat veel knelpunten in de aanpak van deze groep delictplegers een dwingend karakter hebben. De knelpunten komen voort uit een botsing van perspectieven: van de zorg, het strafrecht en de publieke opinie. De opdracht voor het adviestraject luidde een nieuw perspectief te ontwikkelen dat de bestaande perspectieven weet te overbruggen.

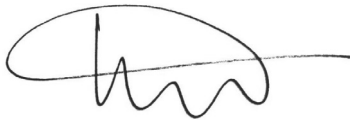
Het resultaat is het advies *Straf en zorg: een paar apart*. Het advies is bedoeld om een discussie los te maken over de vraag waarom we ten aanzien van delictplegers met psychi(atri)sche problemen de interventies plegen die we gewoon zijn te plegen. Het advies biedt een alternatieve denkrichting die uitgaat van passende interventies voor duidelijke doelstellingen.

Bij de totstandkoming van dit advies heeft de RMO dankbaar gebruik gemaakt van een aantal deskundigen. Zij staan achter in het advies vermeld. Een speciaal woord van dank gaat uit naar prof. dr. J.J.C. Boutellier en dr. mr. K.D. Lünemann van het Verwey-Jonker Instituut voor hun achtergrondstudie voor dit advies (zie bijlage 3), alsook voor het geleverde commentaar.

Het advies is vanuit de RMO voorbereid door:

prof. mr. J.M. Barendrecht (raad)  
mevr. Y. Koster-Dreese (raad)  
dr. R. Janssens (secretariaat)  
mevr. dr. M. Mootz (secretariaat)  
dr. S.M. Verhagen (secretariaat)

De verantwoordelijkheid voor het advies berust bij de Raad.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop at the top, followed by a horizontal line, and then several smaller, wavy loops below.

mevr. Y. Koster-Dreese  
waarnemend voorzitter

A handwritten signature in black ink, featuring a large, circular loop at the top, followed by several smaller, overlapping loops and a long, sweeping tail that extends to the right.

dr. K.W.H. van Beek  
secretaris



## Samenvatting

Aanleiding: verbeteringen zijn nodig

Sommige mensen hebben psychiatrische of ernstige psychische problemen én leveren gevaar op voor anderen. Het betreft bijvoorbeeld mensen die lijden aan schizofrenie of een antisociale persoonlijkheidsstoornis, die anderen schade berokkenen, leed veroorzaken of strafbare feiten plegen. Goed omgaan met deze mensen is een moeilijke opgave. Ze maken deel uit van twee werelden. Die van de zorg en die van justitie, die zich in de praktijk moeizaam tot elkaar verhouden.

Allereerst kampt een aanzienlijk deel van de gedetineerden in Nederlandse gevangenissen met psychi(atri)sche problemen, die niet altijd behandeld worden. Ten tweede zijn de recidivecijfers hoog. Binnen vier jaar na ontslag uit de gevangenis is 66% opnieuw veroordeeld voor een misdrijf. Ten derde – en in samenhang daarmee – zijn er knelpunten in het begeleiden van (ex-)gedetineerden bij hun terugkeer naar de maatschappij. Als beter en langer nazorg zou worden verleend, zou het risico op terugval kunnen worden verkleind. Tot slot komen psychiatrische patiënten die overlast veroorzaken niet altijd tijdig in beeld bij de hulpverlening. Daardoor kunnen zij terecht komen in situaties waarin zij delicten plegen die mogelijk hadden kunnen worden voorkomen.

De vraagstelling van het advies luidt: hoe kunnen we beter omgaan met delictplegers met psychi(atri)sche problemen?

## Analyse: de systemen passen niet bij de problemen

Mensen met psychi(atri)sche problemen die delictgevaarlijk zijn, zitten klem in 'systemen' die niet goed bij hun situatie passen. Zorginstellingen komen pas in actie als er een duidelijke hulpvraag is, maar het probleem van personen uit de doelgroep van dit advies is dat ze vaak geen hulpvraag kunnen formuleren. Om hun verantwoordelijkheid te dragen, hebben zij een structuur, een context nodig, vaak gepaard aan een vorm van disciplineren. Deze ontbreekt echter, met als gevolg een toenemende kans om in aanraking met justitie te komen. De strafrechtketen waarin ze vervolgens terecht komen, staat primair in het teken van een reactie op de daad. Er is minder aandacht voor de noodzakelijke interventies met het oog op de dader, het slachtoffer en de maatschappij.

De dieperliggende oorzaak ligt in een verlegenheid met de vraag hoe we met de groep van delictplegers met psychi(atri)sche problemen willen omgaan. Is het de eerste opgave om het gepleegde delict te vergelden via een passende strafmaatregel, of is het meer van belang om herhaling van een dergelijk delict te voorkomen en de patiënt/dader terug te leiden naar de samenleving? In hoeverre is de samenleving bereid met genoegdoening milder om te gaan naarmate ze weet dat alles in het werk wordt gesteld om herhaling te voorkomen? De prioriteitstelling in doelen is doorgaans niet helder, met als gevolg dat de 'systemen' van straf en zorg ieder voor zich, en bovendien aangestuurd door de (vermeende) publieke opinie, voor een belangrijk deel de interventies bepalen.

Mensen met psychi(atri)sche problemen kunnen zo in de verdrukking komen. Nu eens komen ze in de zorg terecht terwijl ze daar niet de benodigde begrenzing krijgen; dan weer belanden ze in het justitiële circuit terwijl ze eigenlijk in reguliere zorgprogramma's thuishoren. Passende en effectieve interventies zijn eerder afhankelijk van goedwillende en doortastende professionals – die tegen de dagelijkse routine in tientallen telefoontjes plegen om mensen naar een voor hen zinvolle behandelings- en begrenzingssituatie te begeleiden – dan dat deze interventies ingebed zijn in het systeem zelf.

### Aanbeveling 1: Kies het basisprincipe van doelstellingen en passende interventies

De RMO adviseert met betrekking tot de omgang met delictplegers met psychi(atri)sche problemen het volgende. Laat niet de keuze tussen het straf- en zorgsysteem de interventie bepalen, maar bepaal eerst de doelen: wat willen we eigenlijk met deze groep bereiken als het gaat om bijvoorbeeld schuldvergoeding, recidivevermindering en preventie? De volgende stap moet zijn het zoeken naar passende interventies die deze doelen ondersteunen. Inzicht in 'wat werkt en wat niet werkt' kan daarbij slechts ten dele behulpzaam zijn. Belangrijker is te blijven zoeken (dokteren) naar verbeteringen met het oog op gewenste doelstellingen als resocialisatie, recidivevermindering en welzijn van patiënt/dader en slachtoffer. De evidence-based methode zal altijd moeten samengaan met value-based en practice-based methoden.

### Aanbeveling 2: Werk aan verbeterde aansluiting straf- en zorginterventies

Door niet langer de keuze tussen het straf- en zorgsysteem centraal te stellen, maar de vraag welk doel met welke middelen prioriteit heeft, ontstaat ruimte voor een betere aansluiting tussen straf- en zorginterventies. Enerzijds dient de zorg zich meer activerend en begrenzend op te stellen, anderzijds dient het strafsysteem meer ruimte te bieden voor passende zorginterventies. De RMO heeft hiervoor drie varianten onderscheiden, met ieder hun eigen waarde en beperkingen. De eerste variant gaat uit van de ingezette beweging van meer zorg binnen strafrechtelijk kader. Zoals in het verleden alternatieve straffen en voorwaardelijke veroordelingen van de grond zijn gekomen, zo zullen ook een uitgebreidere behandeling binnen detentie, versterking van de nazorg en meer preventieve maatregelen een vaste inbedding in het justitiële proces moeten krijgen. De tweede variant streeft naar een geïntegreerd straf- en zorgsysteem voor de groep delictplegers met psychi(atri)sche problemen. De keuze tussen straf en zorg vindt niet langer volgtijdelijk plaats, maar de interventies worden gelijktijdig door een multidisciplinair team bepaald. De derde variant beoogt de aansluiting tussen straf en zorg te vergroten door deze terug te brengen tot hun oorspronkelijke kerntaken. De rechter houdt zich uitsluitend bezig met de mate van leedtoevoeging en daarmee de *duur* van de vrijheidsontneming, een 'zorginstantie' bepaalt parallel hieraan de noodzakelijke zorginterventies en daarmee de *vorm* waarin de vrijheidsontneming gestalte moet krijgen.

### Aanbeveling 3: Ontsnap aan 'medialogica' en blij communiceren

De RMO adviseert mechanismen te vinden die meer balans brengen op het publieke speelveld waarin burgers, media en overheid opereren. Het belangrijkste is om werk te maken van een goede, objectieve communicatie naar het publiek. Niet alleen na ernstige incidenten wanneer de roep om krachtige maatregelen groot is, maar structureel en permanent. Niet naar aanleiding van één afschuwelijke daad, in de volle emoties van de verwerking daarvan, maar naar aanleiding van de patronen die steeds weer tot dat soort daden leiden. Geen debat over de reactie als het gebeurd is, maar een debat over preventie, herkenning van contexten waarin criminaliteit ontstaat, goed omgaan met slachtoffers en effectieve interventies richting daders. Onderzoeken naar straf- en zorginterventies moeten volgens de RMO zo worden opgesteld dat deze uitgebreide keuzemogelijkheden bij de antwoorden bevatten.

#### Een kwestie van lange adem

Er lijkt soms bij het onderwerp van dit advies een sfeer van defaitisme te heersen. De vraag is of deze terecht is. Er zijn veel aanwijzingen dat de gevaren die sommige psychiatrische patiënten veroorzaken beter kunnen worden beheerst. Ieder slachtoffer is er één te veel, maar iedere succesvolle interventie die een vermindering van risico's oplevert, is ook een succes. Echt succes in de beheersing van dit type criminaliteit is een kwestie van een lange adem. Preventie in de jeugdfase levert pas twintig jaar later resultaat op. Of een duurzame gedragsverandering is bereikt waarbij recidive is uitgebleven, is pas op een termijn van vele jaren zichtbaar. Met de interventies van nu creëren we het klimaat van 2020. Dat geldt voor onze veiligheid en voor het leven dat mensen met psychische en psychiatrische problemen dan leiden.

# 1. Inleiding

## 1.1 Twee werelden

Sommige mensen hebben psychiatrische problemen én kunnen een gevaar opleveren voor anderen. We spreken dan bijvoorbeeld over mensen die lijden aan schizofrenie of een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Anderen hebben te maken met een zware drugs- of alcoholproblematiek of met een eigen historie van misbruik en geweld. Ook combinaties van problemen doen zich voor. In hun eigen leefomgeving, maar ook daarbuiten, kunnen sommige van deze mensen agressief zijn, delicten plegen en zelfs tot levensgevaarlijk gedrag komen.

### **Kader 1**

#### ***Peter***

Peter is 58 jaar en heeft negen jaar geleden een hersenbloeding gehad. Als gevolg hiervan kan hij zich niet meer goed zelfstandig redden. Voordien reisde hij in een driedelig pak als vertegenwoordiger door binnen- en buitenland. De mensen spraken hem aan met 'u' en 'de heer Z.', nu noemt iedereen hem Peter. Sinds zijn hersenbloeding heeft hij bovendien een karakterwijziging ondergaan en lukt het hem niet om een geregeld bestaan op te bouwen. In die negen jaar is hij een keer of negen betrapt op zendpiraterij. Hiervoor is hij drie keer gedetineerd geweest, maar ook voor onbetaalde boetes in verband met openbaar drinken van alcohol, het niet kunnen tonen van identiteitsbewijs enzovoort. Van februari 2005 tot 16 november 2005 is hij echter langer gedetineerd geweest. Deze keer worden zendpiraterij, onbetaalde boetes en voor

waardelijke straffen uit het verleden bij elkaar opgeteld en moet hij een detentieperiode van negen maanden tegemoet zien.

Bron: Schout (2006)

### **Robbie**

Robbie is 25 jaar en verblijft tijdelijk op de forensische unit in de gevangenis van Vught. Zijn levensgeschiedenis komt over als een opeenstapeling van kleine en grote rampen. Hij zit vast voor stalking van zijn ex-vriendin. Zelf ontkent hij dat bij hoog en laag, en houdt hij het erop dat hij door de vader van zijn ex, een politieagent, erbij gelapt is. Eerder is hij – en dat geeft hij wel toe – al veroordeeld wegens een poging tot doodslag en winkeldiefstal. Als 11-jarige experimenteerde hij samen met een clubje gelijkgezinde kinderen met xtc, wiet en coke. Zijn pa was nogal agressief ingesteld en sloeg hem om de haverklap. Zijn schuldgevoel kocht hij af met geld, waarvan de kleine Robbie weer drugs ging kopen. Vanwege zijn hyperactiviteit liep hij op zijn vijftiende al bij een psychiater. Na de zoveelste opname kwam hij het bewuste meisje tegen. “Ik was gek op haar. Zij was de enigste met wie ik om omging.” Nadat hij gearresteerd was, heeft hij naar eigen zeggen zes zelfmoordpogingen ondernomen, “Zo kapot was ik ervan.” Wat hij hoopt is dat de rechter hem gedwongen laat opnemen in een dubbele-diagnose-kliniek. “Want”, zegt hij, “als er dwang op zit, dan weet ik dat ik de cel weer in ga als ik 'm pees.” Inmiddels zit hij al acht weken in de forensische schakelunit zonder dat er enig schot in zijn zaak komt.

Bron: Van Kerkhof (2006)

### **Jacco**

Uitwerpselen in de kast, beschimmelde etensresten op de grond en persoonlijk vervuild. Zo werd Jacco (20) deze week in zijn cel in de Bredase gevangenis De Boschpoort aangetroffen. Zijn moeder, A. van H., wist niet wat ze hoorde toen een afdelingsdirecteur van De Boschpoort haar vertelde dat haar zoon ernstig vervuilde in zijn cel. “Toen hij nog thuis woonde (vóór zijn opname in een psychiatrisch ziekenhuis), was hij superproper op zich zelf. Hij ging drie keer per dag onder de douche. Kun je nagaan hoe ver hij geestelijk weg is.”

Ze had vorige week in opperste wanhoop nog naar de Tweede Kamer geschreven. Dat haar psychotische en verslaafde zoon niet in de gevangenis thuishoort omdat hij "van voren niet weet dat hij van achteren leeft". Dat hij als geesteszieke gedetineerde dringend gespecialiseerde psychiatrische hulp nodig heeft.

Ook bij het Openbaar Ministerie (OM) en de gevangenisdirectie trok ze aan de bel. Want Jacco trok zich totaal terug, wilde niemand zien en vervreemde volledig van de buitenwereld.

Voorlopig resultaat: Jacco werd deze week naar de FOBA in Amsterdam gebracht. Dat is een speciale afdeling van de Bijlmerbajes, waar – steeds tijdelijk – 66 mensen verblijven die in een ernstige crisis verkeren als gevolg van hun psychiatrische aandoening.

A. van H. vindt de manier waarop haar zoon werd behandeld "echt schandelijk". Ze wil klachten indienen tegen OM, de gevangenis en de psychiater die Jacco na zijn aanhouding vanwege autodiefstal "detentiegeschikt" verklaarde.

Bron: BN/De Stem, 25 februari 2006

Goed omgaan met deze mensen is een moeilijke opgave, maar ook een van de zwaarste verantwoordelijkheden waarvoor de samenleving zich gesteld ziet. Aan de ene kant zijn er de burgers die zich terecht grote zorgen maken over hun veiligheid en de risico's die deze groep van onvoorspelbare daders vormt. Er vallen vaak willekeurige slachtoffers die in geen enkel opzicht iets te verwijten valt. Aan de andere kant zijn er de delictplegers die door hun psychische problemen aandacht en zorg nodig hebben. Hun nood levert doorgaans een achterstand op om volwaardig te participeren en kan een factor vormen in het criminele gedrag dat zij tentoonspreiden. Deze twee perspectieven – van burger/slachtoffer en van dader/patiënt – vragen om een zorgvuldige afweging in de wijze waarop we als samenleving met deze groep omgaan. Deze zorgvuldigheid geldt des te meer omdat de samenleving tegenover hen zware interventies pleegt: vrijheidsberoving, (verplichte) behandeling en strenge controle.

In dit advies willen we alternatieven aanreiken voor de wijze waarop kan worden omgegaan met de groep delictplegers die ernstige psychische en psychiatrische problemen heeft. (In het vervolg zullen we spreken van psychi(atr)ische problemen). De wijze waarop we tot op heden met deze groep omgaan, roept namelijk vragen op. We noemen een viertal knelpunten. Allereerst blijken

gedetineerden met psychi(atri)sche problemen vaak niet of onvoldoende te worden behandeld. Een aanzienlijk deel van de gedetineerden – cijfers variëren van 10% tot 40%, en zelfs 70% – is psychisch ziek en/of heeft een specifieke zorgbehoefte. De wettelijke mogelijkheden voor behandeling in de detentie zijn weliswaar toegenomen, maar de praktijk blijkt tamelijk weerbarstig. In theorie hebben gedetineerden evenveel recht op specifieke zorg als anderen in de samenleving, maar in werkelijkheid schiet de invulling van dat recht te kort. “We zijn nu eenmaal geen behandelcentrum”, klinkt het haast wanhopig uit de mond van gevangenisdirecteuren. Ten tweede zijn er de hoge recidivecijfers in het gevangeniswezen. Maar liefst 71% recidiveert binnen zes jaar, een percentage dat voor de tbs-sector op ‘slechts’ 37% ligt.<sup>1</sup> Wordt tijdens de detentieperiode wel voldoende gedaan om niet in herhaling te vallen? Opvallend in dit verband – en dat is het derde waarop we wijzen – is dat ook de nazorg aan gedetineerden te wensen over laat. Niet alleen is er onvoldoende aansluiting op (bijvoorbeeld verslavings)zorgtrajecten, ook ontbreekt het gedetineerden vaak simpelweg aan onderdak, geld en een identiteitskaart. Voor mensen met een (psychisch) zorgprobleem is dit een directe uitnodiging om opnieuw in de fout te gaan. Tot slot – en dit loopt in elkaar over – lijken ook mogelijkheden om delicten te voorkomen en om deze groep perspectief te bieden (via zorg, behandeling en opvang, maar ook preventieve vormen van begrenzing) onvoldoende te worden benut.

In zijn vooronderzoek *Tussen zorgen en begrenzen* (2005) heeft de RMO deze knelpunten beschreven tegen de achtergrond van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen. De voornaamste conclusie was het dwingende karakter van de knelpunten: ze lijken diep in de systemen te zitten en nauwelijks vermijdbaar te zijn. Terwijl er steeds meer kennis is over de relatie tussen criminaliteit en psychische stoornissen, slagen we er niet in om de toegenomen kennis te vertalen in een betere aansluiting tussen curatieve en penitentiaire interventies en voorzieningen. Er lijkt sprake te zijn van twee verschillende werelden – zorg en justitie – die elkaar in de praktijk nauwelijks of in elk geval onvoldoende weten te bereiken (vergelijk ook de conclusie van de commissie-Houtman (Interdepartementale werkgroep 2005)). In veel gevallen levert dit zelfs impliciete en expliciete verwijten op. Zo sluiten volgens hulpverleners veel strafopleggingen niet aan bij wat de delictpleger aankan of vanuit oogpunt van resocialisatie en zorg nodig heeft. Ook zou justitie in haar streven naar recidivevermindering uitsluitend vanuit criminogene factoren te werk gaan en veel minder vanuit gezondheids- of welzijnsfactoren. Aan de andere



kant klinkt vanuit justitie het 'verwijt' dat een groot deel van het aanbod van GGZ-instellingen dusdanig gestandaardiseerd is dat het niet aansluit bij de specifieke hulpbehoefte van de patiënt. Zorginstellingen zijn volgens sommigen eerder 'patiëntmijdend' dan 'patiëntzoekend'. Is het dan vreemd dat de instroom in het justitiële circuit van mensen met psychische problemen toeneemt? Justitie verwordt, luidt de kritiek, tot 'de vuilnisbak van Volksgezondheid'.

Voor de RMO waren de uitkomsten van dit vooronderzoek aanleiding dieper in de werelden – of beter gezegd de perspectieven – van zorg en recht te duiken. Dat de twee perspectieven verschillend zijn, is duidelijk en ook buiten discussie. Het recht kijkt primair naar de gepleegde daad en de wijze waarop die daad voor samenleving, slachtoffer én dader vereffend, 'rechtgezet' dient te worden. De zorg kijkt primair naar de hulpbehoevende persoon en welke zorgmaatregelen hij/zij nodig heeft om zijn/haar<sup>2</sup> kwaliteit van leven te bevorderen. Dat neemt niet weg dat binnen deze kaders veel ruimte overblijft voor interpretatie en toepassingen. Onder strafrechtjuristen bestaan verschillende stromingen over de doelstellingen van het toe te passen recht. Heeft de sanctie naast vergelding niet ook preventieve, opvoedende en beschermende taken? En ook binnen de zorg lopen de meningen uiteen over de wijze waarop het doel van de hulpverlening bereikt moet worden. In hoeverre is bijvoorbeeld bemoeizorg voor de groep patiënten met psychische problemen (ethisch) verantwoord?

De antwoorden op deze vragen, op de precieze invulling van het kader van zorg en recht, is mede afhankelijk van veranderende opvattingen, in politiek, maatschappij en wetenschap. Kennis over oorzaken van stoornissen en achtergronden van delicten neemt toe en/of verandert. Er komt steeds meer inzicht over 'wat werkt' om recidive te voorkomen, bijvoorbeeld op het gebied van gedragsbehandeling of de tenuitvoerlegging van (taak)straffen. Tegelijk kunnen ernstige incidentele recidives de druk op politiek en rechterlijke macht vergroten om maatregelen te nemen ter beveiliging van de maatschappij. Burgers leggen een voorkeur aan de dag voor strengere straffen, zo bleek uit een recent onderzoek (De Keijser et al. 2006). Deze gebeurtenissen en opvattingen (we komen er nog op terug in hoeverre de beeldvorming daarover correct is) hebben mede geleid tot een trend van repressie, meer en langere onvoorwaardelijke straffen en minder geduld en tolerantie ten opzichte van de delictpleger of de overlastgevende psychiatrisch patiënt. De media spelen

daarbij een rol, al was het alleen maar omdat de burger zijn kennis over rechterlijke interventies, criminaliteitsbeleid en incidenten voor het overgrote deel hieruit opdoet.

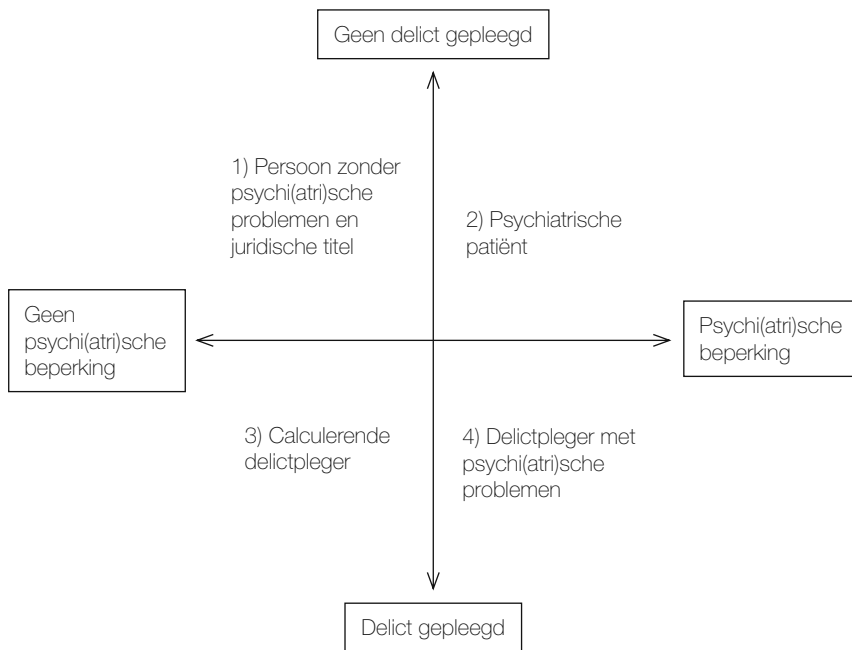
## 1.2 Opzet, vraagstelling en afbakening

Over de aansluiting van straf en zorg is de laatste tijd een aantal adviezen en rapporten verschenen. De commissie-Houtman, een interdepartementale werkgroep van de Ministeries van Justitie, VWS en Financiën, heeft in 2005 voorstellen gedaan voor een betere bestuurlijke en financiële afstemming van penitentiaire en curatieve voorzieningen, waarbij een continuering van zorg kan plaatsvinden zowel tijdens als na afloop van het justitiële traject.<sup>3</sup> De commissie-Visser, de parlementaire commissie die het tbs-stelsel heeft onderzocht, heeft eveneens aanbevelingen gedaan voor een betere samenwerking tussen de verschillende schakels in de straf/zorgketen (maar dan toegespitst op de tbs-populatie), variërend van eerder ingrijpen via bijvoorbeeld bemoeizorg en scherpere indicatiestellingen tot een betere uitstroom naar klinieken en meer en langer psychiatrisch toezicht na afloop van de tbs-maatregel (Tijdelijke commissie onderzoek TBS 2006). Het Ministerie van Justitie heeft intussen laten weten voor de komende jaren extra middelen te zullen vrijmaken voor zorg, behandeling en beveiliging. Zo komt er een uitbreiding van de tbs-capaciteit met in totaal 350 plaatsen en worden binnen het gevangeniswezen 700 plaatsen aangepast voor forensische zorg aan psychisch gestoorde gedetineerden (Ministerie van Justitie 2006a).

Maar een betere aansluiting tussen straf en zorg is niet alleen een kwestie van meer geld, uitbreiding van capaciteit en een andere bestuurlijke aansturing. In aanvulling op genoemde rapporten heeft het voorliggende advies van de RMO het doel om de problematiek vanuit een *maatschappelijke* invalshoek te benaderen en de vraag te beantwoorden in hoeverre de maatschappelijke doelen gediend zijn bij de interventies die we gewend zijn te plegen. Dit advies beoogt aangrijpingspunten te zoeken om de straf- en zorgsystemen beter op elkaar te laten aansluiten vanuit de maatschappelijke opdracht (en verlegenheid daarmee) om op een passende wijze met een groep delictplegers met psychi(atri)sche problemen om te gaan. Daarbij gaat het om de groep (potentiële) delictplegers die aantoonbaar psychi(atri)sche problemen hebben. Het betreft dus niet de groep calculerende criminelen en evenmin de groep mensen met psychi(atri)sche problemen die geen gevaar voor anderen vormen. De

mensen aangeduid met 'delictplegers met psychi(atri)sche problemen' in kwadrant 4 vormen de doelgroep van dit advies (vergelijk schema 1).

Schema 1



Bovenstaande indeling is uiteraard een versimpeling van de werkelijkheid. Ten eerste is lang niet altijd duidelijk in hoeverre de persoon in kwestie psychi(atri)sche problemen heeft en of deze een rol hebben gespeeld bij het plegen van het misdrijf. De grens tussen 'bad' en 'mad' (het derde en vierde kwadrant) is verhelderend, maar is in de praktijk niet altijd eenduidig. Bij sommigen spelen weliswaar psychi(atri)sche problemen, maar deze houden niet altijd direct verband met het gepleegde delict. Bij anderen is dat wel het geval, maar dat betekent niet dat zij als ontoerekeningsvatbaar worden aangemerkt. Bij weer anderen ontstaan psychi(atri)sche problemen eerder ten gevolge van de delictpleging en de daaropvolgende vrijheidsontneming dan dat ze daaraan ten grondslag liggen. En tot slot is er de complicerende factor van de veranderende kennis (en opvattingen) over de oorzaken van criminaliteit: heeft niet elke misdadiger tot op zekere hoogte een psychi(atri)sch of in elk geval een gedragsmatig probleem?

Ook al vloeien de lijnen tussen calculerende delictplegers en delictplegers met psychi(atri)sche problemen dus in elkaar over, voor de duidelijkheid van het advies maken we toch een (modelmatige) keuze. In dit advies gaat het om delictplegers die in principe toerekeningsvatbaar zijn voor het gepleegde misdrijf, maar die tegelijk overduidelijke psychi(atri)sche problemen hebben. Het advies gaat dus niet primair om de ernstige groep (qua misdrijf en psychi(atri)sch probleem) ontoerekeningsvatbaren die in aanmerking komt voor tbs, maar om de grotere categorie daaronder die – ondanks hun psychi(atri)sche problemen – verantwoordelijk is voor het vergrijp en die momenteel in gevangenissen verkeert of daar in terecht kan komen.

Een tweede kanttekening bij schema 1 betreft de relatie tussen de groep delictplegers met psychi(atri)sche problemen (kwadrant 4) en de groep mensen met psychi(atri)sche problemen die geen delict heeft gepleegd (kwadrant 2). Dit advies handelt over personen uit het vierde kwadrant: mensen bij wie zowel sprake is van psychi(atri)sche problematiek als van crimineel gedrag. Het gaat dus niet primair om mensen die louter psychi(atri)sche problemen hebben en vanuit deze situatie kwetsbaar en hulpbehoevend zijn (vergelijk RMO 2001). Wel is er binnen deze brede categorie van kwetsbare psychiatrische patiënten een groep die – vanuit een tekort aan hulp en begrenzing – vatbaar is voor crimineel gedrag. In die zin rekken we de doelgroep van het advies op door ook *potentiële* delictplegers met psychi(atri)sche problemen erbij te betrekken. Dat zijn mensen die psychi(atri)sche problemen hebben en delictgevaarlijk zijn. In feite gaat het advies dus over drie groepen (vergelijk Boutellier en Lünemann, bijlage 3):

Schema 2 (Potentiële) delictplegers met psychische problemen

1. Mensen met een psychiatrische achtergrond die risico lopen om delinquent te worden gezien hun persoonskenmerken en sociale achtergrondkenmerken;
2. Mensen met een psychiatrische achtergrond die het strafrechtelijke systeem uit zijn en nazorg nodig hebben; <sup>4</sup>
3. Mensen met psychiatrische achtergrond die een delict hebben gepleegd en in het strafrechtstelsel zitten.

In dit advies is het ons vooral te doen om de wijze waarop we als samenleving met deze (brede) groep mensen omgaan. Welke interventies zijn we gewend te plegen op het terrein van straffen en zorg en hoe kunnen we verbeteringen

aanbrengen in de bestaande knelpunten en fricties in het systeem? De vraagstelling voor het advies luidt:

*Hoe kunnen we beter omgaan met delictplegers met psychi(atri)sche problemen?*

We werken deze vraag als volgt uit. Allereerst staan we nader stil bij de knelpunten (hoofdstuk 2). Vanwege het hardnekkige karakter van de huidige knelpunten richten we ons vervolgens op een aantal dieperliggende oorzaken. Op basis van het vooronderzoek heeft de RMO de indruk dat de gebreken in de aanpak van de groep delictplegers met psychi(atri)sche problemen voortkomen uit afstemingsproblemen tussen de systemen rondom straf en zorg. Het betreft systemen met eigen mechanismen, incentives en dynamiek. Naast het systeem van het strafrecht en dat van de zorg komt ook de zogeheten medialogica aan bod, omdat die zoals vermeld mede van invloed is op de praktische invulling van zorg en straf (hoofdstuk 3). Als helder is waaruit de knelpunten voortkomen, willen we ons vervolgens richten op verbetermogelijkheden (hoofdstuk 4). Wat willen we eigenlijk met straffen en zorgen bereiken en hoe kan dit het beste gerealiseerd worden? Wat is bekend over effectieve aanpakken in binnen- en buitenland? En hoe kunnen we verantwoord omgaan met de publieke opinie? Ook willen we ingaan op de vraag in hoeverre de systemen van straf en zorg aanpassing vergen om de verbetermogelijkheden een kans te geven. We schetsen daarvoor een aantal varianten, variërend van verbeteringen binnen de huidige aanpak, een nieuw, geïntegreerd straf/zorgsysteem, en een scherpere scheiding van straf- en zorgfuncties. Het laatste hoofdstuk (5) bevat tot slot de conclusie en aanbevelingen.

#### Noten

1. Het verschil in percentages is voor een deel te verklaren uit het feit dat een groep tbs'ers doorstroomt naar de long stay. Dit doet echter niets af aan de hoge recidivecijfers in het gevangeniswezen.
2. In het vervolg zal alleen de mannelijke vorm worden gebruikt.
3. Kern van het advies van de commissie-Houtman is dat justitie de benodigde zorg kan inkopen bij GGZ zolang er sprake is van een justitiële titel. Na afloop daarvan vindt continuering van de zorg plaats onder verantwoordelijkheid van de GGZ (Interdepartementale werkgroep 2005).
4. De eerste en tweede categorie lopen in de praktijk gedeeltelijk in elkaar over.



## 2. Opmerkelijke knelpunten

In de inleiding werd een aantal knelpunten genoemd als het gaat om de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen. In dit hoofdstuk werken we deze nader uit. De knelpunten zijn niet uitputtend en hangen voor een deel ook met elkaar samen.

### 2.1 Psychi(atri)sche problematiek bij gedetineerden

Veel gedetineerden in Nederlandse gevangenissen kampen met psychi(atri)sche problemen. Van de totale detentiepopulatie heeft 10% dermate ernstige psychische stoornissen dat er – medisch gezien – een behandelingsnoodzaak bestaat voor een plaatsing in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, terwijl deze plaatsing om uiteenlopende redenen niet gebeurt (Van Marle 2006). Een aanzienlijk deel van de gedetineerden (17%) heeft een (licht) verstandelijke handicap in de vorm van een IQ van onder de 80 (tegen 4% onder de gewone bevolkingspopulatie). Tussen de 4 en 6% van de gedetineerden lijdt aan een psychotische stoornis, ongeveer 10 tot 16 maal meer dan onder de gewone bevolking voorkomt. Depressie komt voor bij 14 tot 35% van de gedetineerden, terwijl 30% last heeft van aanpassingsstoornissen als gevolg van het penitentiaire klimaat (Bulten en Van Kordelaar 2005). Deze lijst met prevalentiecijfers kan nog verder worden aangevuld, al naar gelang het type probleem/stoornis en type onderzoek. Sommige studies concluderen uiteindelijk dat 70 tot 80% van de gedetineerden op een of andere wijze psychisch ziek is en/of een specifieke zorgbehoefte heeft (Schoemaker en Van Zessen 1997; Bulten 1998).

In principe hebben gedetineerden recht op zorg en behandeling. Sinds eind jaren negentig van de vorige eeuw is dit recht theoretisch onderbouwd (Vegter 1999) en door de politiek ook erkend (motie Tweede Kamer op 16 december 1999). Voor die tijd was behandeling binnen detentie nauwelijks aan de orde (Ministerie van Justitie 2003). De behandeling kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Voor de basale gezondheidszorg geldt het 'equivalentiebeginsel': gedetineerden hebben, gegeven de detentiesituatie, evenveel recht op zorg als gewone burgers in de samenleving. Dat betekent recht op een huisarts (in dit geval de inrichtingsarts), een tandarts, verpleegkundige hulp en ook psychologische en psychiatrische zorg. Ongeveer 15% van de algemene gedetineerdenpopulatie ontvangt aanvullende psychomedische hulp (Bulten en Van Kordelaar 2005). Naast dit basale niveau zijn er speciale afdelingen voor extra zorgbehoeftigen of voor gedetineerden met opvallende gedrags- en beheersproblemen.

Het blijkt echter lastig om het theoretische recht op zorg en behandeling in de praktijk ook daadwerkelijk te geven. Dat heeft vooral te maken met het klimaat van gevangenis dat naar zijn aard niet gericht is op behandeling, maar op vrijheidsontneming en beveiliging. Gevangenis kennen over het algemeen een echte 'bajescultuur', waarin eerder sprake is van een taboe op psychische problemen dan een open en transparant klimaat (Van Marle 2006). Gedetineerden beschikken dikwijls over weinig bagage (kennis maar ook durf) om hun klachten ter sprake te brengen en zullen eerder neigen naar medicijnen dan naar psychi(atri)sche behandelingen. Gevangenis op hun beurt introduceren weliswaar mondjesmaat ambulante psychi(atri)sche hulpverlening, maar zien zichzelf toch in eerste instantie als een penitentiaire inrichting, gericht op beheersbaarheid en beveiliging en niet op zorg en behandeling (Bulten et al. 2003; Bulten en Van Kordelaar 2005).

Het erkende recht op behandeling staat bovendien op gespannen voet met de maatschappelijke tendens tot versoering van het detentieregime. Het huidige klimaat neigt onmiskenbaar naar langer en vaker straffen, meer personen in één cel, uitbreiding van de celcapaciteit en strengere beveiligingsmaatregelen (Muller 2005). De toekomstige inrichting van het gevangenisregime (De Nieuwe Inrichting, DNI) streeft naar een tweedeling in de groep justitiabelen: de grootste groep (95%) krijgt een standaard- en sobere aanpak ten aanzien van zorg en beveiliging. Een kleinere 'bijzondere groep' krijgt maatwerk met oog op verslaving, psychi(atri)sche stoornis, hoog vluchtrisico et cetera. Ervan



uitgaande dat inderdaad mogelijk 70% van de gedetineerden psychi(atri)sche problemen heeft, betekent dat dat een grote groep (65%) de nodige zorgbehandling zal moeten ontberen. Cru geformuleerd is de tendens: meer stenen, meer tralies en minder zorg.

## 2.2 Hoge recidivecijfers

Straf- en detentieoplegging lijken vooral effect te hebben op de korte termijn. Gedurende de periode van vrijheidsontneming wordt de schuld vereffend en geniet de maatschappij bescherming tegen herhaling. Op de langere termijn ziet de situatie er minder rooskleurig uit. De recidive van ex-gedetineerden is hoog. Van de ex-gedetineerden is binnen een jaar 17% weer ingesloten, binnen twee jaar 29% (Linckens 2003, aangehaald in Bulten en Van Kordelaar 2005). Vier jaar na ontslag uit de penitentiaire inrichting is ongeveer 66% opnieuw vervolgd wegens het plegen van een misdrijf. Na acht jaar heeft zelfs driekwart van de ex-gedetineerden een nieuw justitiecontact (Wartna et al. 2005a). Deze cijfers gelden zowel voor gewone ex-gedetineerden als voor ex-gedetineerden met psychi(atri)sche problemen.

Een vergelijking tussen de recidivecijfers van ex-gedetineerden en die van ex-tbs'ers laat een opvallend verschil zien. De algemene recidive onder tbs'ers bedraagt na zes jaar 37% tegen 71% onder gewone gedetineerden. Voor de ernstige recidive luiden de cijfers na zes jaar achtereenvolgens 28% en 58% (Wartna et al. 2005b). Toch leidden de recente tbs-incidenten tot forse politiekmaatschappelijke verontwaardiging, terwijl de veel hogere recidive onder gewone gedetineerden nauwelijks de pers haalde. Daarbij speelt uiteraard een rol dat het in geval van een tbs per definitie om zeer ernstige misdrijven gaat. Maar vanuit het perspectief van de effectiviteit van wat er aan behandelingen gebeurt (of ontbreekt), is dit verschil in maatschappelijke publiciteit niettemin opmerkelijk.

Welke factoren bepalen nu die hoge recidive? Onderzoek naar criminogene factoren (kenmerken of omstandigheden van delictplegers die bijdragen aan crimineel gedrag) laat vooral de invloed zien van antisociale attitudes, antisociale relaties, antisociaal gedrag en antisociale persoonlijkheid: de zogeheten 'big four'. In een steekproef onder 355 gedetineerden werden bij 40 tot 60% geringe tot ernstige criminogene factoren aangetroffen. Invloed op het crimineel gedrag hadden onder meer het psychisch welbevinden, het arbeidsverleden,

een delictgerelateerde kennissenkring en problemen ten aanzien van druggebruik en gedragsuitingen (Bulten en Van Kordelaar 2005).

### 2.3 Gebrekkige nazorg

Recidive- en criminaliteitsvermindering vragen om een goede nazorg aan ex-gedetineerden. De maatschappelijke opvang voor deze groep schiet echter aanzienlijk te kort. Een rapport van het Ministerie van Justitie uit 2004 noemt talloze knelpunten: geen tijdige overdracht van activiteiten en begeleiding van gevangeniswezen naar reclassering, onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen justitie en lokale overheden, het ontbreken van inkomen, woonruimte of zelfs een identiteitskaart voor ex-gedetineerden wanneer ze worden vrijgelaten, onvoldoende capaciteit van maatschappelijke opvang, onvoldoende voorlichting tijdens de detentie met oog op huisvesting, gebrekkige aansluiting tussen gevangeniswezen en verslavingszorg, onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van reïntegratie, et cetera (Ministerie van Justitie 2004, zie ook IBO Maatschappelijke opvang 2003).

De knelpunten in de nazorg houden mogelijk verband met de ontwikkeling die de reclassering doormaakt, waar de oude taak om (ex-)gedetineerden praktisch te begeleiden bij de terugkeer naar de maatschappij onder druk is komen te staan. De reclassering beperkt zich tot veroordeelden met een straf van minimaal vier maanden, heeft te maken gehad met diverse bezuinigingen (al is sinds 2005 het budget weer jaarlijks verhoogd) en ziet haar activiteiten begrensd door een vanuit het Ministerie van Justitie strak vormgegeven productfinanciering. In de loop van de tijd zijn haar taken aanzienlijk uitgewaaid – van het stellen van diagnoses en het geven van ‘vroeghulp’ tot het organiseren van werkstraffen, het opstellen van voorlichtings- en adviesrapporten voor de Rechterlijke Macht en het geven van trainingen – waardoor haar voormalige kerntaak, het regelen van woonruimte, een uitkering en een ID, het wel eens moet ontgelden. Voor extra inspanningen ten behoeve van individuele ex-gedetineerden is geen budget. Daar komt bij dat op een gegeven moment de reikwijdte van de reclassering ook gewoon ophoudt, omdat zij afhankelijk is van andere partijen als gemeenten en woningcorporaties. Ondanks verbeterplannen (zoals het Programma Terugdringen Recidive) blijft de aansluiting tussen de verschillende partners gebrekkig. In theorie is de reclassering bij uitstek een instantie op het grensgebied van zorg en justitie; in de praktijk kan ze dit niet waarmaken (vergelijk RMO 2005).

## 2.4 Onvoldoende preventie

De stijgende zorgvraag binnen het justitiële circuit vloeit mede voort uit een veranderende psychische problematiek in de samenleving. De komst (of het toenemende gebruik) van drugs heeft geleid tot een wezenlijke verandering in manifestatie van psychische en psychiatrische ziekten. Druggebruik leidt dikwijls tot agressieve ontsporingen en heeft vaak het plegen van delicten tot gevolg (Van Marle 2006).

Empirisch gezien bestaat er onvoldoende zicht op zowel de omvang van de psychische problematiek als de directe relatie tussen zorgbehoefte en het plegen van delicten (RMO 2005). Het is riskant om de groep van psychiatrische patiënten als voorportaal te zien van de gedetineerden met een psychiatrische stoornis. Aan de andere kant schiet de samenleving onmiskenbaar tekort in het bereiken van deze groep en ligt een verband met de stijgende instroom bij justitie voor de hand. Nederland kent 10.000 á 12.000 daklozen met ernstige psychiatrische problemen. Daarnaast zijn er ongeveer 8.000 zogeheten 'zorgwekkende zorgmijders': mensen met chronisch psychiatrische problemen die moeite hebben om zelfstandig een plek in de samenleving op te bouwen en bij wie er geregeld sprake is van acute nood (Michon en Kroon 2002; Gezondheidsraad 2004). Veel van deze mensen komen pas in beeld bij hulpverleners (of justitie) als zij overlast veroorzaken of de wet overtreden. Degenen die de weg naar de hulpverlening wel weten te vinden, worden niet altijd adequaat geholpen. Zo is het merendeel van de tbs-gestelden al eerder in aanraking geweest met de GGZ, maar dit contact liep om uiteenlopende redenen spaak. Ook na afloop van de tbs deed deze groep vaak tevergeefs een beroep op de GGZ (Van Vliet 2006).

De ontoegankelijkheid van zorginstellingen uit zich in een versnippering, verkokering en bureaucrativering van het zorgaanbod, waarbij het aanbod en niet de vraag centraal staat. Specialisatie van voorzieningen en van professionals levert weliswaar meer kennis, maatwerk, efficiency en kwaliteit op, maar leidt er tevens toe dat organisaties langs elkaar heen werken en zich fixeren op het specifieke zorgonderdeel dat zij kunnen leveren en niet op de totale hulpbehoefte van hun cliënt (Van Vliet 2006). Niet zelden wordt aan mensen – bewust of onbewust – de toegang ontzegd, omdat instellingen niet over de mogelijkheden beschikken om passende hulp te bieden (RMO 2001; 2005). Zorginstellingen komen pas in actie als er een duidelijke hulpvraag is, maar het

probleem van de doelgroep in dit advies is juist dat ze vaak geen hulpvraag kunnen formuleren.

## 2.5 Conclusie

Als het gaat om de aanpak van delictplegers met een psychi(atri)sche stoornis springen tenminste vier samenhangende knelpunten in het oog. Allereerst wordt in Nederlandse gevangenissen een aanzienlijk deel van de gedetineerden met psychi(atri)sche problemen niet voor hun stoornis behandeld. Ten tweede valt een groot deel van deze gedetineerden na ontslag uit de gevangenis in herhaling: binnen vier jaar is 66% opnieuw vervolgd vanwege het plegen van een misdrijf. Vervolgens – en deels in verband daarmee – staat de begeleiding van (ex-)gedetineerden bij hun terugkeer naar de maatschappij onder druk. En tot slot komen psychiatrische patiënten die overlast veroorzaken, niet altijd tijdig in beeld bij de hulpverlening. Hierdoor kunnen zij in situaties terecht komen waarin zij delicten plegen die anders misschien voorkomen hadden kunnen worden.

### Kader 2

#### *Peter (vervolg)*

Peter, die negen jaar gelden een hersenbloeding heeft gehad en als gevolg daarvan een karakterwijziging heeft ondergaan, is onlangs negen maanden gedetineerd geweest (zie kader 1). In augustus raakt hij zijn woning kwijt, omdat hij tijdens zijn gevangenschap de huur niet meer heeft betaald. Waar zijn huisraad en persoonlijke bezittingen zijn gebleven, weet Peter niet. Als hij twee maanden later op 16 november vrijkomt, verlaat hij de gevangenis als dakloze. Er is geen opvang geregeld, hij heeft alleen geld voor een enkele reis naar zijn voormalige woonplaats. Naar de maatschappelijke opvang wil Peter niet, want hij wil niet tussen druggebruikers slapen. Hij koopt een dekbed en slaapt drie weken in schuurtjes. Overdag is hij op straat. Hij drinkt alcohol om zich te weren tegen de kou en 's nachts te kunnen slapen. Zoals zovele daklozen is hij overdag in de openbare bibliotheek, waar hij wordt betrapt op bier drinken in het toilet. Hij verzet zich tegen de beveiligingsdienst en tegen de politie. Hij wordt even later min of meer vrijwillig opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij heeft dan zo'n drie weken op straat geleefd.

Bron: Schout (2006)

### 3. Dieperliggende oorzaken

Zoals in de inleiding aangegeven heeft de RMO op basis van het door hem gedane vooronderzoek geconstateerd dat een belangrijke oorzaak van de knelpunten gelegen is in de wijze waarop zorg en straf op dit moment zijn georganiseerd en mogelijk met elkaar botsen. In dit hoofdstuk leggen we daarom een aantal dieperliggende ontwikkelingen bloot die van invloed zijn op de hierboven beschreven knelpunten. Deze oorzaken hebben alle te maken met zogeheten ‘contextsituaties’: zowel binnen de zorg als binnen de strafwereld lijkt er onvoldoende oog te zijn voor de omgevingsfactoren van de dader/patiënt.

#### 3.1 Doorgeschoten vermaatschappelijking

Delictplegers met ernstige psychische of psychiatrische problemen – de groep die in dit advies centraal staat – hebben allen een, al dan niet door hen zelf erkende, zorgbehoefte. Nogal wat gedetineerden hebben een verleden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).<sup>5</sup> De vermaatschappelijking van de GGZ en de afbouw van gesloten voorzieningen in de GGZ hebben er echter toe geleid dat psychiatrische patiënten in toenemende mate worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Onder het motto van ‘vermaatschappelijking’ is het beleid steeds meer gebaseerd op het zelfbeschikkingsideaal, waarbij het individu – in plaats van zijn (institutionele) omgeving – het aangrijpingspunt vormt voor veranderingen. Ook de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) gaat in principe van deze zelfbeschikking uit: alleen als er nadrukkelijk gevaar is voor derden kan worden overgegaan tot gedwongen opname.

Door de vermaatschappelijking vindt een verschuiving plaats van hulp in instellingen naar ambulante hulp. Mensen met (psychische of psychiatrische) beperkingen wonen meer dan vroeger zelfstandig, soms onder begeleiding, soms met betaalde of onbetaalde bezigheden. Het streven naar zelfregie en activering staat voorop en de meeste mensen met psychi(atri)sche problemen geven daaraan de voorkeur boven de totale zorg die in instellingen wordt geboden. Als zij hulp nodig hebben dan kunnen zij die zelf zoeken. Patiënten kunnen hierdoor ontkomen aan de soms beklemmende bevoogding door goedbedoelende hulpverleners. Ook heeft de regie over het eigen leven doorgaans een positief effect op het zelfvertrouwen (Van Hoof et al. 2004).

Zelfregie en activering hebben echter ook een keerzijde. Een belangrijk gevaar is dat er te weinig rekening wordt gehouden met de groep mensen die door de aard van hun stoornis of handicap onvoldoende in staat zijn afgewogen keuzes te maken over hun eigen situatie of die van anderen. De moderne maatschappij stelt steeds meer eisen, waaronder bureaucratistische competenties, waaraan veel mensen moeilijk kunnen voldoen. Kwetsbare mensen slagen er vaak niet goed in sociale contacten op te bouwen en te behouden. Zij maken geen deel uit van een sociaal netwerk waarvan zij in geval van nood steun kunnen krijgen. Hierdoor worden zij ook eerder slachtoffer van ongewenste situaties of kwade bedoelingen van anderen. Dak- en thuisloosheid, verslaving en ook crimineel gedrag kunnen het gevolg zijn. Het gaat hier vooral om mensen die om de een of andere reden 'in de marge' leven (RMO 2001): personen met een zware persoonlijke en sociale problematiek als gevolg waarvan ze nauwelijks in staat zijn zelf hun leven vorm te geven. Het is een diffuse groep, onder wie dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek, psychiatrische patiënten die (herhaalde) overlast veroorzaken en chronisch psychiatrische patiënten die om de een of andere reden geen adequaat zorgaanbod krijgen. Veel van hen zijn al eerder in aanraking geweest met de geestelijke gezondheidszorg en sommigen ook met justitie.

Gebrekkige of in elk geval onbereikbare hulpverlening kan ertoe bijdragen dat mensen uit deze groep in een situatie komen waarin zij delicten plegen en daardoor te maken krijgen met interventies vanuit het strafrecht. Dit geldt ook voor de psychiatrische patiënten die na detentie terugkeren in de maatschappij. Zij zijn doorgaans niet minder kwetsbaar dan voorheen, integendeel. De mogelijkheden van beschermende voorzieningen op het gebied van wonen en werken voor deze mensen zijn in de afgelopen jaren eerder af- dan toegenomen.

men. Voor beide groepen is het van belang vermaatschappelijking en activeering aan te vullen met ‘contexten van ondersteuning’. Zodra deze contexten achterwege blijven, wordt de kans op gevaarlijk en zelfs crimineel gedrag groter. Patiënten die zorg en begrenzing nodig hebben, komen zo bij justitie terecht. Justitie verwordt dan tot het ‘afvoerputje van de zorg’.

### 3.2 Daadgericht in plaats van dadergericht

Zijn delictplegers met psychi(atri)sche problemen gebaat bij een strafrechtelijke interventie? Waarom komen zij in detentie terecht en niet bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis? De belangrijkste reden is dat ze een strafbaar feit hebben gepleegd en strafbare feiten dienen te worden vereffend, ‘rechtgezet’. Maar niet elke delictpleger verdwijnt als vanzelf ‘in het gevang’. Sommigen, bij wie de psychi(atri)sche stoornis een rol speelde bij de delictpleging, krijgen een maatregel opgelegd in de vorm van tbs. Anderen krijgen een voorwaardelijke vrijheidsstraf, al dan niet met bijzondere voorwaarden waaronder psychische behandelingen. Maar kennelijk – zie paragraaf 2.1 – komt een aanzienlijk aantal personen wel in detentie terecht. Wat willen we als samenleving met deze strafinterventie bereiken? Wat is überhaupt de bedoeling van de straf-, of breder, de sanctiebepaling?

De basis van de strafbepaling ligt in de schuldverging met het oog op het gepleegde delict. In het strafrecht staat het strafbare feit centraal. Die moet vereffend worden door middel van leedtoevoeging en vergelding. Straf is gericht op het uitdelen van een sanctie in geval van normovertreding en staat – in tegenstelling tot bij de hulpverlening – niet in het teken van een vrijwillig aangegane relatie (Buruma 1999; Boutellier en Lünemann 2006). Dat neemt niet weg dat de straf ook andere doelen kan dienen. Onder strafrechtjuristen en professionals circuleren verschillende theorieën (Von Hirsch 1998, De Keijser 2004). Het zogeheten ‘retributivisme’ gaat uit van bovenstaand, klassieke strafdoel van vergelding of ‘*just deserts*’. De dader heeft de wet overtreden en dat moet weer worden ‘rechtgezet’. Bij elke wetsovertreding hoort een passende en proportionele strafmaat. Deze theorie lijkt rigide, maar is mede ingegeven door de wens de dader te beschermen: hij mag niet meer straf krijgen dan hij, gezien de daad, verdient. Het ‘utilitarisme’ daarentegen gaat niet uit van een morele noodzaak om te straffen, maar van het doel dat men met de straf – of beter gezegd de sanctie – wil bereiken. Niet vergelding rechtvaardigt de straf, maar het nut van bijvoorbeeld recidive- en criminaliteitvermindering (de

zogeheten individuele en generale preventie). Deze doelen dienen onder meer bereikt te worden door middel van afschrikking, incapacitatie (iemand in de gevangenis kan geen delict plegen) en resocialisatie- en rehabilitatie (cursussen, trainingen en behandeling). Dit utilitarisme kan in de praktijk uitmonden in dreigementen met hoge straffen als middel om criminelen af te schrikken, maar kan ook leiden tot combinaties van begrenzing en zorg die de maatschappelijke veiligheid verhogen, de schade en het leed bij slachtoffers herstellen en het leven van de dader vergemakkelijken. Kijkt het retributivisme dus vooral terug en redeneert het vanuit evenredigheid, het utilitarisme kijkt voornamelijk vooruit en redeneert vanuit functionaliteit (Carlsmith, Darley en Robinson 2002).

Nu is het natuurlijk mogelijk om beide elementen (verginging/leedtoevoeging én recidive-/criminaliteitsvermindering) na te streven. Om die reden is een aantal verenigingstheorieën ontstaan, dat elementen van beide theorieën wil incorporeren. Zo gaan Nederlandse strafrechtsjuristen doorgaans uit van verginging als het wezen van de straf, terwijl het mede utilitaire overwegingen zijn (welk effect willen we bereiken?) die de soort en de zwaarte van de sanctie bepalen. Juist met het oog op de doelgroep in dit advies – delictplegers met psychi(atri)sche problemen – zouden vragen over het effect van de strafbepaling voor de hand liggen. In de praktijk van de strafrechtsketen is het echter niet altijd eenvoudig hier concreet inhoud aan te geven en blijkt er onder juristen verlegenheid te bestaan over het exacte doel van de sanctiebepaling. Strafrechters in Nederland, zo blijkt uit onderzoek, gaan nogal pragmatisch te werk als het gaat om de concrete toekenning van straffen. Persoonlijke kenmerken van rechters geven eerder de doorslag dan herkenbare, voor iedereen geldende uitgangspunten in strafdoelen en straftoemeting (De Keijser 2000 en 2001). Een recente uitzending van de VPRO over 'straf en misdaad' (23 april 2006) toont bovendien de spagaat waarin veel professionals zich bevinden. Velen menen dat andere maatregelen dan straffen zinvoller zijn, maar zien zich ingeklemd door de vergingingstheorie waaromheen het gehele strafsysteem is gebouwd. Bij professionals is een bepaalde moedeloosheid zichtbaar: het werkt niet goed, maar kan nu eenmaal niet anders.

In hoeverre speelt de praktijk van het strafrecht een rol bij de beschreven knelpunten rondom delictplegers met psychi(atri)sche problemen? Wordt er voldoende werk gemaakt (qua tijd en geld) aan de oplossing van de knelpunten? Hiervoor is het nodig meer zicht te krijgen op de hoofdactiviteit van en



de verantwoordingsprocessen binnen de gehele strafrechtketen. Deze hoofdinspanning is gelegen in het proces van waarheidsvinding en in de koppeling van een sanctie aan het gebleken strafbare feit. Daar besteden de professionals van het strafrecht (OM, strafrechters, advocatuur) ook hun voornaamste tijd aan en daar gaan de meeste publieke middelen naar toe (vergelijk tabel 1). Ook zijn de verantwoordingsprocessen van politie, OM en strafrechtspraak primair gericht op het aantal zaken dat ze met het oog op deze kerntaak bij de volgende partner in de strafrechtketen binnenbrengen. Het gaat bij de politie bijvoorbeeld om aantallen processen verbaal (prestatiecontracten), bij het Openbaar Ministerie om aantallen transacties en afdoeningen door de rechter en bij de rechtspraak om aantallen geproduceerde vonnissen. Officier van Justitie en rechter krijgen weinig prikkels uit de systemen om naar de meest geschikte interventie te zoeken. Zo hanteren zij richtlijnen voor straftoemeting waarin de omschrijving van de gepleegde daad de belangrijkste input is en het aantal maanden gevangenisstraf de belangrijkste output (BOS-Polaris-systeem zie [www.om.nl](http://www.om.nl) en Oriëntatiepunten straftoemeting gepubliceerd op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl)).

Tabel 1. De geldstromen in de strafrechtketen

<b>Justitiebegroting 2007 Artikel 13, Handhaving en criminaliteitsbestrijding (Miljoenen Euro's)</b>	
Preventie	8
Opsporing en forensisch onderzoek	79
Waarvan Nederlands Forensisch Instituut	57
Handhaving en vervolging	513
Waarvan OM	494
Tenuitvoerlegging	1786
Waarvan reguliere gevangenis	1131
tbs	370
Reclassering	158
Taakstraffen	43
CJIB	79
Slachtofferzorg	33
Slachtofferhulp	13
Schadefonds geweldsmisdrijven	19
Terrorisbestrijding	33

Bron: Ministerie van justitie 2006a

Natuurlijk zijn binnen deze hoofdstroom ook aanvullende bewegingen zichtbaar. Niet elke opgelegde sanctie is ook daadwerkelijk een vrijheidsbennende straf. In 2007 gaat 43 miljoen euro naar de oplegging van taakstraffen (ongeveer 40.000 taakstraffen per jaar), terwijl ook een deel van de straffen voorwaardelijk is, al dan niet aangevuld met bijzondere voorwaarden waaronder verslavingsgerelateerde en psychische behandelingen en trainingen gericht op agressiebeheersing (Jacobs et al. 2006).<sup>6</sup> Ook de beweging rondom het herstelrecht en de conflictbemiddeling heeft meer oog voor de persoon van de dader en die van het slachtoffer en voor de context – niet zelden zijn beide personen bekenden van elkaar – waarbinnen het delict heeft plaatsgevonden (Blad 2004a en 2004b). Er zijn projecten genoeg waarin zeer gemotiveerde professionals andere aanpakken uitproberen. Toch zijn dergelijke bewegingen niet dominant in het geheel van de strafrechtketen. Preventie is met 8 miljoen euro slechts een beperkt onderdeel en de aanzienlijke psychische problematiek in gevangenis doet afvragen of ook de bijzondere voorwaarden niet effectiever ingezet dienen te worden.

De inrichting van het strafproces – de inzet van middelen en de verantwoordingswijze – is al met al vooral gericht op het proces van waarheidsvinding en de koppeling van een sanctie aan een strafbaar feit. Daar is de gehele keten omheen gebouwd. De aandacht gaat uit naar de schuldvraag (heeft hij het gedaan, is hij verantwoordelijk?), pas daarna en in mindere mate naar wat er met de desbetreffende persoon moet gebeuren. Juist de delictpleger met psychi(atri)sche problemen en zijn mogelijke slachtoffers kunnen hier de dupe van worden. Straf heeft in hoge mate louter een symbolische waarde voor de samenleving. Om recidive te voorkomen en dus de maatschappij te beveiligen heeft straffen, buiten de detentieperiode, geen of nauwelijks effect (Block en Van der Werff 1991; Janssen 2000; Cooke en Philip 2000). Straf beïnvloedt gedrag, zeker als strafoplegging plaatsvindt binnen een sober klimaat, met negatieve prikkels van buitenaf. Positieve prikkels, het activeren van de interne motivatie en verdisconteren van omgevingsfactoren (vrienden, een woning, een gestructureerd leven) – we komen daar in hoofdstuk 4 op terug – werken echter bewezen beter.

### 3.3 De roep om meer veiligheid

De nadruk op vergelding van de daad wordt versterkt doordat het strafrecht momenteel te maken heeft met een politiekmaatschappelijke onderstroom

die gericht is op controle en beveiliging. In de loop van de tijd is het doel van het strafrecht verschillend gewaardeerd. Lag in de jaren zeventig van de twintigste eeuw de nadruk op de individuele rechten van daders (als burger, als verdachte en als patiënt) en was er begrip voor de context waarin daders tot criminaliteit kwamen, vanaf de jaren tachtig trad een proces van verharding op. Het resocialisatie-ideaal raakte op de achtergrond en de punitieve sancties en het 'expressief strafrecht' deden opgeld. Repressie mocht weer, als een natuurlijke reactie op toegenomen criminaliteit. Daders werden minder gezien als subjecten met belangen en rechten (bijvoorbeeld op resocialisatie) en meer als objecten die ter bescherming van de maatschappij onder controle gebracht moeten worden. Als er al reïntegratie plaatsvond diende dat vooral het maatschappelijke belang en niet dat van de delinquent (Van Stokkom 2004; Buruma 2001). Ook de stijl van aanpak en de toon van het publieke debat veranderden. De nadruk van het criminaliteitsbeleid kwam te liggen op controle en disciplineren van (potentiële) daders. Strafrecht en detentie namen – en dit proces zet zich momenteel verscherpt voort – de vorm aan van risicomanagement, gericht op maximale controle ter bescherming van de maatschappij (vergelijk Van Stokkom 2004; Boutellier 2002; 2004; Boutellier en Lünemann 2007). Niet alleen gepleegde delicten, maar ook voorbereidende handelingen zijn tegenwoordig al strafbaar, vanuit de mogelijkheid sneller op te treden tegen bijvoorbeeld terroristen en mogelijk ook veelplegers. Ook in de verantwoording naar het publiek staan risicobeheersing en maatschappelijke veiligheid centraal.

De inzet voor maatschappelijke veiligheid heeft positieve en negatieve kanten. Positief is de erkenning van de positie van het slachtoffer en van mensen die slachtoffer kunnen worden. Ondersteuning van slachtoffers, uitingen van medeleven met hen zoals stille tochten, meer aandacht voor hun belangen tijdens het strafproces, het zijn tendensen die toe te juichen zijn met het oog op de behoeften van deze in het verleden vaak vergeten groep. De verhoogde aandacht voor preventie betekent dat overheden breder tegen sociale veiligheid zijn gaan aankijken. Zij nemen andere organisatorische maatregelen om burgers zich veiliger te laten voelen in de publieke ruimte (RMO 2004).

Maar in de systemen rond het strafrecht kan een klimaat van controle en veiligheid ook averechts uitwerken. Er is sprake van twee op het eerste gezicht elkaar aanvullende, maar bij nader inzien conflicterende tendensen. De eerste tendens is de neiging tot een punitiever beleid: vergelding centraal, meer en strengere straffen, toenemende druk op detentiecapaciteit, meer mensen in

een cel, versoering van het gevangenisregime, et cetera. De tweede is het streven naar een veilige samenleving met uitsluiting van zo veel mogelijk risico's. Veiligheid van de maatschappij is het hoofddoel, en alles, ook de recidivevermindering van de dader, moet daar een bijdrage aan leveren. De heersende – in het systeem impliciete – gedachte is dat het eerste (meer straffen, versoering, vergelding als centraal doel, maatregelen om mensen van de straat te halen) een instrument kan zijn om het tweede (meer veiligheid, uitbannen van risico's) te bereiken. Het is echter de vraag of deze veronderstelling correct is. Bij een eenzijdige nadruk op vergelding kan er immers onvoldoende aandacht zijn voor de positieve effecten van een meer persoonsgerichte en contextgerichte aanpak om veiligheid en recidivevermindering te bereiken. Met andere woorden: de eenzijdige aandacht voor vergelding van de *daad* kan ertoe leiden dat er minder dan nodig wordt gekeken naar wat er het beste met deze *persoon* kan gebeuren, met oog op recidivevermindering, veiligheid van de samenleving, belangen van het slachtoffer, et cetera.<sup>7</sup>

Deze spanning geldt het sterkst voor de hier besproken groep. Op zich is de redenering begrijpelijk dat misdaad kan worden ontmoedigd met hogere straffen. Als burgers zo calculeren dat misdaad voor hen loont, dan kunnen we hun calculatie veranderen door een stevige sanctie op de negatieve kant van de balans te zetten. Wie zich vergist, die moet het maar voelen; dat is eigen verantwoordelijkheid. Maar voor mensen met zware persoonlijkheidsstoornissen, zware verslavingsproblematiek of grote moeilijkheden bij het beheersen van agressief gedrag zal een beleid van afschrikking niet aanslaan. Hun misdaden ontstaan niet na een bewuste of onbewuste afweging van mogelijke gevolgen. Als zij al calculeren, dan is de kans dat zij daarbij fouten maken veel groter. Een afschrikkingbeleid leidt bij hen mogelijk eerder tot meer dan tot minder slachtoffers. Noch het doel van afschrikking, noch de doelstelling van evenredige vergelding lijkt een aanpak van strengere straffen te rechtvaardigen. Sobere opsluiting is juist voor hen, met hun behoefte aan ondersteuning bij het vormgeven van hun leven, een slechte voorbereiding op een terugkeer in de maatschappij, met alle veiligheidsrisico's die daardoor weer ontstaan.

### 3.4 De vermeende publieke opinie

Als verklaring voor het repressieve en sobere strafklimaat verwijzen de verantwoordelijken voor de strafrechtsketen – van de politiek tot en met de rechterlijke macht – vaak naar de publieke opinie. Ook rechters opereren niet in een

maatschappelijk vacuüm, maar zijn (en behoren dat ook deels te zijn) gevoelig voor maatschappelijke opvattingen (vergelijk Corstens 2006). Soms nemen zij de positie in van bewaker van de rechten van de dader tegenover een 'wraaklustige samenleving' die eigenlijk nog strenger zou willen straffen en nog meer nadruk op maatschappelijke veiligheid zou willen zien. Soms blijkt de vergeldingstheorie echter – ontstaan als waarborg tegen onevenredig straffen – ook beperkt weerstand te kunnen bieden tegen de maatschappelijke druk waarvoor de professionals van de rechtsstaat ook niet immuun willen en kunnen zijn. Dit heeft ook gevolgen voor de inrichting van het gevangeniswezen. In zijn afsluitende artikel in een recent overzichtswerk over het gevangeniswezen in Nederland stelt Muller: "De vorm en inhoud van detentie is een afspiegeling van de staat van de samenleving. Anders gezegd, de samenleving krijgt de detentie die zij verdient. Het is te verwachten dat dit ook de komende jaren zal gebeuren. Dat zal betekenen dat verdergaande functionaliteit en versobering van detentie in het vooruitzicht kan worden gesteld" (Muller 2005: 568).

De invloed van de publieke opinie op beleidsmakers vloeit mede voort uit het toenemende proces van medialogica. Medialogica bevordert het ontstaan van een publiek speelveld waarin politici, media en burgers elkaar (onbewust) aansporen in het reageren op incidenten en in de roep om repressieve controlemaatregelen met het oog op de maximalisering van de veiligheid, terwijl deze maatregelen niet per definitie steunen op bewezen effectieve praktijken (RMO 2003; 2006a). De effecten van medialogica waren goed te zien tijdens de ophef over de tbs-ontsnappingen in 2005. Onder druk van de publieke opinie en Kamerleden werd besloten tot intrekking van de tbs-verloven, terwijl dit volgens professionals contraproductief uitwerkte. De tbs-commotie had veel kenmerken van een mediahype. Opvallend was dat de schrijvende media in 2005 veel meer aandacht aan het tbs-systeem besteedden (en dan vooral de incidenten rondom ontsnappingen en recidive) dan in 2001, terwijl het aantal feitelijke incidenten in dezelfde periode niet was gestegen.<sup>8</sup> Opvallend is ook dat de ontsnappingsincidenten veel meer media-aandacht hebben gekregen dan het advies van de parlementaire onderzoekscommissie tbs.

Medialogica – met zijn hypes, framing van het debat en meutevorming rondom bepaalde thema's – ontstaat mede als gevolg van maatschappelijke risico-percepties. Burgers overschatten doorgaans vreemde, onbekende en verre gevaren, terwijl ze de bekende, alledaagse risico's onderschatten. Een risico waar ze geen controle op hebben leidt tot veel heftigere commotie dan risico's waar

ze wel invloed op kunnen uitoefenen (Vasterman 2005). De media nemen deze risicoperceptie over in hun nieuwsbeleid. Iets onbekends, opzienbarends en schokkends komt eerder in aanmerking voor nieuwsvermelding dan minder ernstige gebeurtenissen die zich uitspreiden over een lange termijn. Dat geldt zeker de berichtgeving rondom criminaliteit en geweld, zoals de recidive van delictplegers met psychi(atri)sche problemen. Het gevolg is dat burgers vooral nieuws horen dat hen 'bang maakt', waardoor ze mede neigen tot repressieve opvattingen (Stevens 2001). Wanneer burgers echter meer informatie ontvangen, verandert niet alleen de risicobeleving, maar ook hun opvatting over de te nemen maatregelen (zie kader 3).

### **Kader 3 Burgers over straf en zorg**

Bij de keuze tussen straffen en behandelen zijn burgers in toenemende mate geneigd voor de eerste optie te kiezen. Koos in 1994 41% als eerste voor bestraffing in plaats van voor genezing, in 2004 was dat gestegen naar 50% (SCP 2005). Aan de andere kant kiest dus nog altijd de helft in eerste instantie voor een zorgtraject. De neiging tot meer straffen geldt het sterkst bij seksuele misdaden. De laatste jaren ligt het percentage dat plegers van seksuele delicten vooral wil straffen en pas in tweede instantie wil genezen rond de 60%, tegen 55% midden jaren negentig. Ook uit algemeen onderzoek naar de opvattingen van burgers over straffen spreekt een punitieve houding. Recent onderzoek toont aan dat burgers misdrijven vele malen zwaarder bestraffen dan professionele rechters. Terwijl rechters voor een zware mishandeling gemiddeld tweeënhalf jaar cel opleggen, komen burgers op basis van hetzelfde dossier tot een twee keer zo hoge straf: vijf jaar cel. (De Keijser et al. 2006). Eerder al werd duidelijk dat de Nederlandse bevolking overwegend positief staat tegenover doelen als onschadelijkmaking (4.2 op een 5 puntsschaal), vergelding (4.1) en afschrikking (4.0), terwijl ze iets minder enthousiast zijn over de doelen rehabilitatie (3.4) en herstel (3.2). Zeker in vergelijking met bijvoorbeeld strafrechters en (straf)rechtenstudenten lijken burgers zich 'harder' op te stellen. Wel is het zo dat de eerste twee groepen zich sowieso minder dan burgers herkennen in de verschillende strafdoelen. Met andere woorden: burgers zijn ook positiever dan rechters over zogeheten 'zorgdoelen' (De Keijser 2000 en 2001).

Bij onderzoek naar de preferenties van burgers moet echter worden bedacht dat de vraagstelling doorslaggevend kan zijn. Opiniërende onderzoeken dwingen de respondenten vaak een gepolariseerd standpunt in te nemen, waardoor de nuances in de

maatschappelijke opvattingen verdwijnen en het resultaat al gauw een uitgesproken en vaak negatieve score oplevert (Tiemeijer 2006). De veelgestelde vraag of hogere straffen wenselijk zijn, geeft respondenten maar één mogelijkheid om op misdaad te reageren. Wie geraakt is en daar uitdrukking aan wil geven, kan maar één kant op. Ook een vraag naar 'strafdoelen' levert al een zekere kleuring op, omdat de vraag impliceert dat straf een adequate reactie is. Wellicht is het beter te vragen naar doelen van een overheidsreactie op gebeurtenissen waarbij mensen zwaar getroffen worden door handelingen van psychiatrische patiënten. Mogelijk veranderen de antwoorden dan ook. Er is bijvoorbeeld onderzoek dat laat zien dat burgers eerder geneigd zijn om geld te besteden aan preventie maatregelen en zorgbehandelingen dan aan meer gevangnissen en hardere straffen indien ze kunnen kiezen uit *uitgebreide* opties en daarover ook voldoende informatie krijgen (Cohen, Trust en Steen 2005). Ook blijken burgers in toenemende mate positiever te staan tegenover taakstraffen, vooral als zich bij de desbetreffende persoon de mogelijkheid voordoet van gedragsverandering. Bij de keuze tussen de bouw van meer cellen en de reïntegratie van gedetineerden in de samenleving kiest een groeiend percentage mensen voor de laatste optie (Brouwer 1998).<sup>9</sup> Tot slot blijkt dat de neiging van burgers tot het opleggen van zwaardere straffen minder wordt naarmate ze over meer informatie over de achtergronden van het misdrijf beschikken (De Keijser et al. 2006).

### 3.5 Conclusie

De hypothese dat aan de knelpunten rondom delictplegers met psychi(atri)sche problemen een aantal structurele oorzaken ten grondslag ligt, krijgt langzamerhand grond. De oorzaken laten zich als volgt samenvatten. Aan de 'voorkant' is er onvoldoende hulp voor mensen met problemen rondom drugsgebruik, verslaving en psychische problematiek. De vermaatschappelijking van de zorg en de bureaucratie en versnippering van het zorgaanbod leiden er toe dat veel mensen niet de hulp krijgen die zij nodig hebben, waardoor ze (ongewild) in situaties kunnen komen die hen vatbaar maken voor het plegen van delicten. Deze mensen behoren niet tot de groep 'calculerende' delictplegers, maar missen vormen van begrenzing en zijn primair hulpbehoevend (3.1).

Is eenmaal een misdaad begaan, dan komt deze groep in de strafrechtsketen terecht. Ondanks allerlei mogelijkheden van taakstraffen, voorwaardelijke vrijheidstraffen met bijzondere voorwaarden en herstelrecht staat deze keten

primair in het teken van de vergelding van het gepleegde misdrijf. In theorie krijgen doelstellingen als algemene en specifieke preventie de aandacht; in de praktijk staat de schuldvergelding centraal (3.2).

Waar preventieve doelstellingen als meer veiligheid en vermindering van criminaliteit en recidive wel in beeld komen, gebeurt dit in een klimaat van controle en beveiliging, meer en langer straffen en versobering van het detentie-regime. Juist voor psychiatrische patiënten is dit beleid niet effectief, waardoor zij verder in de knel komen en mogelijk slachtoffers maken (3.3).

Deze hoge verwachtingen van strafrechterlijke interventies vloeien voor een deel voort uit de vermeende publieke opinie. Het volk vraagt nu eenmaal om genoegdoening, beargumenteerde het voormalige Kamerlid Eerdmans bij zijn pleidooi voor verhoging van de minimumstraffen (*De Volkskrant* 7 augustus 2006). Onderzoek toont aan de ene kant inderdaad aan dat burgers in eerste instantie neigen naar een strafrechtelijke interventie als reactie op een delict – hun oordeel is bovendien punitiever dan dat van professionele rechters – aan de andere kant blijkt dat naarmate zij meer informatie en keuzemogelijkheden krijgen voorgelegd, zij juist opteren voor meer zorggerelateerde en preventieve interventies. Door het proces van medialogica, dat leidt tot een overaccentuering van aandachttrekkende criminele daden, bereiken dergelijke, genuanceerde bevindingen echter vaak niet de publieke beeldvorming (3.4).

#### Noten

5. De GGZ-hulpverlening aan psychiatrische patiënten valt ruwweg in tweeën uiteen. Allereerst is er de hulpverlening waarbij de patiënt (langdurig) verblijft binnen de setting waarin die hulp wordt gegeven. Daarnaast is er de ambulante hulpverlening. Tot de eerste vorm behoren onder andere psychiatrische ziekenhuizen, tot de tweede de RIAGG's en de vrijevestigde psychiaters. Er bestaan tussen deze uitersten ook tussenvormen, bijvoorbeeld diverse instellingen voor beschermend en begeleid wonen (Boot en Knapen 2005: 143-164).
6. In 2004 werden op het totale aantal schuldigverklaringen 14% gehele voorwaardelijke straffen opgelegd en 7,5% gedeeltelijke. In 16% van de geheel voorwaardelijke vrijheidsstraffen werden bijzondere voorwaarden opgelegd; bij de gedeeltelijke voorwaardelijke vrijheidsstraffen bedroeg dit 43%.



7. Waar wel veel wordt gedaan aan recidivevermindering – bijvoorbeeld in het tbs-veld – krijgt het publiek dat onvoldoende te zien. De publieke verantwoording is gericht op het aantal jaren gevangenisstraf dat iedere daader voor zijn daad krijgt, maar veel minder op de maatregelen die worden getroffen om recidive te voorkomen. Ook de informatie aan burgers over de overblijvende risico's die zij daadwerkelijk lopen, is summier en geeft daardoor veel ruimte voor speculatie.
8. Zie de tabellen 1-3 in RMO 2006a.
9. In 1993 koos respectievelijk 52, 20 en 27% voor meer cellen, meer beveiliging en verbetering van integratie. In 1998 was dat respectievelijk 40, 20 en 40%.



## 4. Mogelijkheden voor verbetering

### 4.1 Straf en zorg: dokteren aan disciplineren

Knelpunten met structurele oorzaken vragen om oplossingen met een structureel karakter. Dat zal niet eenvoudig zijn, omdat we te maken hebben met verschillende filosofieën/invallshoeken: straffen en zorgen. Straffen, zo constateren Boutellier en Lünemann in hun studie voor de RMO (bijlage 3), is een noodzakelijk kwaad dat als ‘ultimum remedium’ kan worden ingezet bij een bewuste, vrijwillige overtreding van de strafwet. Strafoplegging vindt dan ook in principe plaats op onvrijwillige basis. Er is sprake van opzettelijke leedtoevoeging. Zorgen op zijn beurt is gericht op de verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt en vindt doorgaans op vrijwillige basis plaats (al ligt de noodzaak van de zorgverlening buiten de vrije wil).

Toch zal er *in de praktijk* met deze in wezen verschillende invalshoeken moeten worden omgegaan. De opgave zal moeten zijn de invalshoeken te doorbreken of in elk geval op elkaar te laten aansluiten. Nu is de praktijk overigens minder rigide dan de verschillende invalshoeken suggereren. Zowel in de wereld van de straf als in de wereld van de zorg bestaan allerlei mengvormen. Er vindt zorgbehandeling plaats binnen het strafrechtelijke kader en ook daarbuiten is het mogelijk om patiënten te disciplineren (begrenzen).

Om deze mengvormen te analyseren en te verklaren maken Boutellier en Lünemann daarom naast de twee verschillende invalshoeken én de twee domeinen van straf en zorg onderscheid tussen de zogeheten logica van de selectie en de logica van het dokteren, twee logica's die bij zowel straf als zorg (weliswaar in verschillende mate) voorkomen. Bij de logica van de selectie gaat het

om een systematiek van kiezen, selecteren en het toekennen van producten in een vastomlijnd proces. Deze logica is zichtbaar in bijvoorbeeld het strafproces en de strafoplegging – zo veel jaar voor een bepaald vergrijp – maar ook in bijvoorbeeld de medische behandeling in het kader van de *cure* (vergelijk de DBC's). Bij de logica van het dokteren gaat het om een open proces ter verbetering van iemands levenskwaliteit. Er is geen sprake van eindtermen, maar eerder van een interactief en relationeel zoekproces in het kader van de beste interventie ten behoeve van de persoon, het slachtoffer en de maatschappij.

Tabel 2. Domeinen en logica's van straf en zorg

	<b>Domein van de straf</b>	<b>Domein van de zorg</b>
<b>Logica van de selectie</b>	- Strafrechtspleging, in het bijzonder de straffen	- Medische behandeling in het kader van <i>cure</i> /genezing
<b>Logica van het dokteren</b>	- Behandeling in het kader van resocialisatie - Bemiddeling in het kader van herstelrecht (restorative justice)	- Dokteren in het kader van <i>care</i> /zorg

Volgens de auteurs gaat het erom interventies na te streven die elementen uit de logica van de selectie combineren met elementen uit de logica van het dokteren. Het zijn interventies die gebaseerd zijn “op een van tevoren vastgestelde aanpak met ruimte voor dokteren in een open proces”. Deze integratie kan langs twee wegen bereikt worden.

Allereerst door de logica van het dokteren meer ingang te laten vinden in het domein van de straf. Het strafproces, nu vooral gedomineerd door de logica van de rationele selectie – hoeveel straf volgt op een bepaalde misdaad? – zal meer aandacht moeten krijgen voor het zoeken (dokteren) naar de beste interventie met het oog op gewenste doelstellingen als resocialisatie, recidivevermindering en welzijn van patiënt/dader en slachtoffer. Dat geldt zowel tijdens het strafproces zelf als tijdens de periode van detentie en de periode na afloop daarvan.

De tweede weg is door binnen het domein van de hulpverlening meer oog te hebben voor begrenzing en disciplinerend. Juist het perspectief van ‘dokteren’ schept immers de mogelijkheid om tussen vrijwillige behandeling en strafrechtelijke dwang vormen van zorg en ondersteuning te zoeken vanuit een begrensd en disciplinerend kader. Zo kan bijvoorbeeld worden overwogen bij de Wet BOPZ naast het gevaarcriterium ook het zogeheten ‘bestwilcriterium’ op te nemen.

#### 4.2 Wees helder in wat je wilt bereiken

Het voordeel van bovengenoemde invalshoek is dat het de wezenlijke verschillen tussen straf en zorg erkent en tegelijkertijd ruimte biedt voor meer interactie en integratie. De exacte invulling van deze integratie is voor een groot deel afhankelijk van de vraag wat we nu precies met strafrechtelijke en zorggerelateerde interventies willen bereiken als het gaat om delictplegers met psychi(atri)sche problemen. Welke aanpak is nu eigenlijk gewenst, vanuit het element van vergelding, recidivevermindering, normbevestiging? Het is opvallend hoe weinig deze vraag gesteld wordt en hoe in de praktijk de systemen van straf en zorg – en daarmee de eenvoudige keuze tussen ofwel een straf- ofwel een zorginterventie in plaats van de doelstellingen daarachter – de interventies bepalen.

Inzicht in de maatschappelijke doelen achter de (traditionele) interventies is echter onmisbaar. Als schuldvergoeding inderdaad het wezen van het strafrecht bepaalt, hoe verhoudt zich dit dan met andere, meer utilitaristische doelen? En als de publieke opinie inderdaad een rol speelt in het bepalen van de strafdoelen (maar tot hoever gaat dat?), is het dan niet van belang deze publieke opinie nauwkeuriger te onderzoeken? En – toegespitst op de doelgroep van dit advies – moet straffen ook in beeld komen wanneer het delict gepleegd wordt door een persoon met overduidelijke psychische of zelfs psychiatrische problemen? En zo ja, in hoeverre dan? Is de schuldvereffening dan nog steeds de meest geijkte reactie? Of passen bij deze groep in vergelijking met de calculerende criminelen andere maatregelen?

Het eerste dat daarom nodig is, is meer helderheid over wat we precies met de groep delictplegers met psychi(atri)sche problemen willen bereiken. Deze vraag lijkt retorisch, maar is te cruciaal om aan voorbij te gaan. Gesteld dat recidivebeperking het hoofddoel is, in hoeverre gaat dit dan ‘ten koste van’

een doelstelling als vergelding, momenteel het centrale element in het strafproces? Of andersom geformuleerd: gesteld dat de ‘schuldvergelding’ centraal moet blijven staan, in hoeverre accepteren we dat dit afbreuk doet aan het streven naar recidivevermindering? Deze vragen – die waarschijnlijk van burgers, professionals en politici, vanuit hun specifieke posities en verantwoordelijkheden, een ander antwoord zullen krijgen – bepalen in hoge mate de wijze waarop we als samenleving met deze groep omgaan. Algemeener geven ze het kader aan waarbinnen de oplossingen voor de beschreven knelpunten gezocht kunnen worden. Momenteel bestaat over dat kader verlegenheid en in elk geval onduidelijkheid, zoals onder meer blijkt uit het al eerder gememoreerde pragmatisme bij rechters als het gaat om het doel van de sanctiebepaling. Verhelderend in dit opzicht is dat verschillende landen ook andere prioriteiten stellen. Zo hanteren sommige landen het schuldbeginsel niet als wettelijk criterium voor de wijze waarop men met de groep delictplegers met psychi(atri)sche problemen wil omgaan (zie kader 4).

#### **Kader 4 Geen toerekeningsvatbaarheid in Zweden**

Zweden kent het begrip toerekeningsvatbaarheid niet. Alleen al de aanwezigheid van een ernstige psychiatrische stoornis tijdens het delict is voldoende om de desbetreffende persoon geen gevangenisstraf op te leggen (dat is bij psychiatrische patiënten zelfs niet mogelijk), maar (verplicht) door te verwijzen naar forensische psychiatrische zorg. Ook in Engeland is de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis en zijn of haar ‘behoefte’ aan behandeling bepalend voor opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis, en niet de vraag naar de rol van de stoornis bij de delictpleging. In Nederland, evenals in Duitsland, België en Canada, is het juridische schuldbeginsel wel bepalend voor het vervolgtraject (detentie, taakstraf, bijzondere voorwaardelijke vrijheidstraf met bijzondere voorwaarden et cetera). Personen aan wie het delict niet of in mindere mate toegerekend kan worden, kunnen een maatregel tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis opgelegd krijgen of een tbs (in Nederland) (Kogel en Nagtegaal 2006). Wel wordt door sommige Nederlandse strafjuristen de vraag gesteld of de toerekeningsvatbaarheid überhaupt van toepassing kan zijn op mensen met psychische en druggereleerde problemen (Interview Van Kalmthout 2006).

Prioriteiten stellen in de doelen *achter* straf en zorgen is dus het eerste vereiste. Het is verleidelijk om als RMO uitspraken te doen over de invulling van deze prioriteiten. We doen dat echter niet. Ten eerste omdat dit een publieke zaak betreft die op een ander niveau bediscussieerd en beargumenteerd moet worden. We denken dan vooral aan de politiek en de verantwoordelijke professionals binnen de rechterlijke macht en de wereld van de zorg. Een tweede reden om geen harde uitspraken over de prioriteitstelling te doen is gelegen – en dat lijkt paradoxaal – in de noodzakelijke flexibiliteit van de prioriteitstelling. De precieze verhouding tussen doelen als vergelding, preventie en recidivevermindering zal altijd afhankelijk blijven van het specifieke delict, de specifieke dader en de specifieke context. Prioriteitstelling is geen eenmalige aangelegenheid, maar zal telkens weer opnieuw moeten plaatsvinden en worden gecommuniceerd.

#### 4.3 Zoek passende interventies voor de gekozen doelen

Na het vaststellen en communiceren van prioriteiten en doelstellingen áchter de keuze tussen straf en zorg komt de vraag aan de orde met welke middelen deze doelstellingen het best bereikt kunnen worden. Als bijvoorbeeld recidivevermindering zo belangrijk is, helpt dan het langer opsluiten van mensen of hebben andere interventies meer effect? Welke strafrechtelijke methoden (of behandelmethoden binnen een strafrechtelijk kader) werken met het oog op vergelding, compensatie van het slachtoffer en vermindering van recidive? Wat zijn effectieve interventies ten behoeve van het bieden van een toekomstperspectief voor de dader, het vergroten van diens welzijn en het verkleinen van de kans om in herhaling te vallen? Voordat we de zoektocht naar effectieve interventies starten, staan we eerst stil bij een aantal valkuilen, in het bijzonder bij de evidence-based methode die bij het meten van effecten zou kunnen worden ingezet.

##### *Kanttekeningen bij de evidence-based methode*

De grootste valkuil is wellicht om te veel te verwachten van de evidence-based methode. Vanzelfsprekend is het goed om die interventies te plegen die in de praktijk ook (blijken te) werken. In dit opzicht bestaat er door (internationale) wetenschappelijke effectstudies meer inzicht in effectieve praktijken. Toch zijn bij deze methode ook kanttekeningen te plaatsen. Zo is het meten van het effect van interventies een tijdrovende en kostbare aangelegenheid, met als gevolg dat het ondoenlijk is om alle interventies te onderzoeken. Uitsluitend

toepassen van evidence-based praktijken sluit dus bij voorbaat al een aanzienlijk scala aan interventies uit.

Een andere kanttekening betreft de specifieke context waarin bepaalde interventies succes kunnen hebben. Veel evidence-based studies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten en Canada en kunnen niet één op één vertaald worden naar de Nederlandse situatie. Überhaupt is het succes van interventies op het terrein van straf en zorg afhankelijk van verschillende variabelen, zoals de individuele achtergrond van professionals, de dader/patiënt en de omgeving. Kan de werking van een aspirientje redelijk nauwkeurig gemeten worden, bij een strafrechtelijke of een gedragsmatige interventie is dat veel minder het geval vanwege de vele factoren die tijdens het interventieproces van invloed zijn. De voorspelbare waarde van een interventie is dus betrekkelijk en hooguit kan van bepaalde interventies geconcludeerd worden dat ze in algemene zin niet werken.

Verder maakt het – en dat is de derde kanttekening bij de evidence-based methode – nogal uit wie naar welke type ‘evidence’ op zoek is. Een beleidsmaker of politicus heeft een andere visie op wat werkt dan bijvoorbeeld een onderzoeker of een professional in de praktijk van alle dag. Dat houdt deels verband met de eerder genoemde doelstellingen achter de interventies en deels met het werk- en denkkader van de desbetreffende personen. Politici zullen vooral oog hebben voor de algemene recidivevermindering en het gevoel van veiligheid bij de burger, terwijl professionals zich meer richten op de concrete uitwerking voor de desbetreffende dader/patiënt.

De evidence-based methode staat dus nooit op zichzelf, maar zal altijd een inbedding moeten hebben in gekozen doelstellingen en in gehanteerde waarden. Zo kunnen interventies voor *bepaalde* doelstellingen (zoals recidivevermindering) weliswaar het gewenste effect hebben, maar moeten ze vanwege onverenigbaarheid met andere doelstellingen (vergelding of normbevestiging) toch achterwege worden gelaten. De evidence-based methode zal met andere woorden altijd moeten samengaan met de value-based methode: welke waarden hanteren we en welke doelstellingen willen we bereiken? Dat publieke opvattingen hierbij een rol spelen, maakt het geheel nog complexer. In hoeverre is het bijvoorbeeld mogelijk om de behoefte van vergelding onder burgers te meten? Maar ook: in hoeverre moet de professionele autonomie aan de heersende publieke opinie tegemoet komen?



### Kader 5 Gradaties van Evidence

1. Evidentie voortkomend uit de mening of ervaring van één gerespecteerd expert
2. Evidentie verkregen uit consensus voortkomend uit meningen of ervaringen van experts
3. Evidentie verkregen uit niet-experimentele beschrijvende onderzoeken, zoals vergelijkend onderzoek, correlationeel onderzoek en case-control studies
4. Evidentie verkregen uit tenminste één ander type quasi-experimenteel (niet gecontroleerd) onderzoek
5. Evidentie verkregen uit ten minste één goed opgezet gecontroleerd experiment zonder randomisatie
6. Evidentie verkregen uit ten minste één gerandomiseerde en gecontroleerde trial
7. Evidentie verkregen uit meerdere afzonderlijke (gerandomiseerde en gecontroleerde) trials
8. Evidentie verkregen uit een meta-analyse van trials

Bron: Keijsers en Paulussen 2005

Kortom, het streven naar passende, effectieve maatregelen leidt niet tot een rücksichtsloze toepassing van evidence-based oplossingen. Ook in dit opzicht zal er sprake moeten zijn van ‘dokteren’: zoeken en tasten naar interventies die positieve effecten hebben voor de gekozen doelstellingen en deze interventies vervolgens wat betreft bruikbaarheid en haalbaarheid vertalen naar de voorliggende context van een specifiek vergrijp, door iemand met specifieke psychi(atri)sche problemen, en met specifieke gedupeerden.

*Gesteld dat recidivevermindering het doel is, wat is dan effectief?*

Bij de zoektocht naar effectieve interventies is inzicht in wat in algemene zin ‘werkt’ (of beter in wat ‘niet werkt’) van belang. Met alle kanttekeningen die we bij de evidence-based methode hebben geplaatst, is het goed om stil te staan bij de effectiviteit van zowel straf- als zorginterventies. Ook inzicht in de effecten van preventieve investeringen kan zinvol zijn voor een juiste afweging van de te plegen interventies. Wat blijkt uit de algemene literatuur? In het volgende beperken we ons tot een overzicht van wat werkt tegen recidive.

Wat strafrechtelijke interventies betreft hebben gevangenisstraffen of het vengelen daarvan weinig effect op de vermindering van recidive, behalve vanzelfsprekend tijdens de detentieperiode (Block en Van der Werff 1991; Janssen 2000; Cooke en Philip 2000). Stelselmatige daders voor een periode van één of twee jaar van de straat halen is dus een verleidelijke maatregel vanuit de effecten op de criminaliteitscijfers op de korte termijn, maar levert op de lange termijn, als de gedetineerden vrijkomen, niet meer veiligheid op. Ook wordt sterk getwijfeld aan het algemene afschrikkingeffect van meer en langer straffen (Beyleveld 1980; Blumstein et al. 1983; Lynch 1999; De Keijser 2004). Zeker voor de groep die in dit advies centraal staat, zou dit afschrikkingeffect gering zijn. Behalve voor de speciale preventie (recidivevermindering) heeft straffen dus ook weinig nut voor de generale preventie (criminaliteitsvermindering, veiligheidsbevordering). Als van straf al een waarschuwend prikkel uit gaat, dan is dat vooral bij misdaad die voortkomt uit een gecalculerde afweging en niet bij delicten gepleegd door mensen met psychi(atri)sche problemen. Evenmin is van de zogeheten 'notificatie' – het publiek transparant maken van strafblad en woon- en werkadres van delictplegers – bekend in hoeverre het effectief is als afschrikkingmechanisme (Leuw 2000). Wel is dat het geval bij elektronisch toezicht in plaats van gevangenisstraf: dat leidt in elk geval niet tot meer recidive en in combinatie met behandelmethodes zelfs tot minder recidive (Jolin en Stipak 1992; Ministerie van Justitie 2006b).

Kijken we vervolgens naar het effect van behandelmethoden tijdens detentie, dan blijkt dat gedragsinterventies (vooral cognitieve therapieën) een gemiddeld effect hebben van 10% recidivevermindering. Gedragsinterventies die voldoen aan het risico-, behoefte-, responsiviteits- en behandelintegriteitscriterium, kunnen uiteindelijk tot een verhoging van de effectscore van 30% leiden (Lösel 1998; Andrews et al. 1990; Antonowicz en Ross 1994; Lipsey 1992; De Ruiter en Veen 2004). De meest effectieve behandelmethoden blijken te zijn: medicatie, case management en het aanleren van praktische en sociale vaardigheden met behulp van psycho-educatieve methoden (Hodgins en Müller-Isberner 2000). Waar dus vermindering van recidive via louter strafrechtelijke interventies gering is (dat laat onverlet dat deze natuurlijk vanuit oogpunt van vergelding en normbevestiging en ook voor het voorkomen van delicten op de korte termijn nuttig kunnen zijn), is dat via behandelinterventies beter gesteld.

Effectiever dan behandelmethoden, zo blijkt echter, zijn langetermijninterventies en preventie. Dat zijn doorgaans interventies die zijn gericht op de context waarin delictpleging kan ontstaan. De beste maatregelen om een potentiële jeugddelinquent op het rechte pad te houden, zijn te vinden in goede kraamzorg, in het begeleiden van jongere kinderen en hun moeders en in het aanbieden van structuur via goed onderwijs en een betekenisvolle baan. Deze maatregelen weerhouden jongeren ervan te vervallen in verslavingen en het plegen van delicten (Piquero en Mazerolle 2001). Vroegtijdig ingrijpen blijkt ook het effectiefst te zijn ten aanzien van antisociale persoonlijkheidsstoornissen, zoals vermeld een belangrijke criminogene factor. Een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontstaat door een combinatie van factoren, op zowel neurobiologisch en genetisch als sociaal en psychologisch niveau. Genetische aanleg samen met het opgroeien in een ontwricht gezin kan leiden tot (blijvend) impulsief, egocentrisch en agressief en crimineel gedrag. De beste methode om dit tegen te gaan is het plegen van vroegtijdige interventies via bijvoorbeeld cognitieve gedragstraining, functionele gezinstherapie en multisysteemtherapie (Gezondheidsraad 2006). Op latere leeftijd laat antisociaal gedrag zich moeilijk meer beïnvloeden (Junger 2006).

Behalve vanuit het oogpunt van recidivebestrijding leveren preventieve programma's ook vanuit kostenooptpunt meer succes op dan het opleggen van gevangenisstraf. Preventieve programma's zijn beduidend kosteneffectiever dan opsluiting. Zo levert een intensieve behandeling van jeugddelinquenten met behulp van de functionele gezinstherapie uiteindelijk 14.000 euro op in vergelijking met wanneer gekozen wordt voor opsluiting. De multisysteemtherapie zou zelfs een batig saldo van 31.000 dollar opleveren (Inventgroep 2005; zie ook De Ruiter en Öry in NRC, 15 maart 2005).

Samengevat: met alle kanttekeningen rondom de voorspellende waarde van effectstudies kan gesteld worden dat gedragsbehandelingen, gericht op het al op jonge leeftijd verminderen van risico's, over het algemeen het meeste effect hebben op de criminaliteits- en recidivevermindering. De beste maatregel om een potentiële delinquent op het rechte pad te houden, is om in hem op jonge leeftijd te investeren. Daarnaast valt ook voor volwassen delinquenten winst te boeken via de toepassing van specifieke behandelprogramma's. Interventies, exclusief gericht op het toekennen van straf, hebben weinig effect op recidive- en criminaliteitsvermindering, zeker als het gaat om delictplegers met psychi(atri)sche problemen.

### **Kader 6 Tien kwaliteitscriteria voor strafrechtelijke interventies gericht op het voorkomen van recidive**

1. Theoretische onderbouwing: de gedragsinterventie is gebaseerd op een expliciet veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.
2. Selectie van justitiabelen: het type justitiabele waarop de gedragsinterventie zich richt wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd.
3. Dynamische criminogene factoren: wat onveranderlijk is, zoals het verleden van de persoon, staat minder centraal dan de factoren die nu de triggers zijn voor crimineel gedrag.
4. Effectieve (behandel)methoden: er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn.
5. Vaardigheden en protectieve factoren: de aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden. Gedragsinterventies met een cognitief bestanddeel en een gedragstherapeutische basis komen als het meest effectief naar voren.
6. Fasering, intensiteit en duur: de intensiteit en duur van de gedragsinterventie sluit aan bij de problematiek van de deelnemer.
7. Betrokkenheid en motivatie: betrokkenheid van de deelnemer bij de gedragsinterventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.
8. Continuïteit: er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele. Versterking van de binding met systemen (ouders, partner, gezin, werk, omgeving, school, et cetera) maakt de kans op terugval kleiner.
9. Interventie-integriteit: de gedragsinterventie wordt uitgevoerd zoals deze bedoeld is.
10. Evaluatie: een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie.

Bron: Huisman et al. (2006)

*Gesteld dat preventie niet mogelijk is, wat zijn dan passende interventies?*

In beginsel zijn preventieve maatregelen dus het meest veelbelovend ter vermindering van criminaliteit. Maar in de praktijk lost deze constatering weinig op voor de *huidige* knelpunten rondom delictplegers met psychi(atri)sche problemen. Criminaliteit, ook gepleegd door mensen met psychi(atri)sche problemen, is nu eenmaal een probleem en zal nooit volledig uitgebannen worden. Ook andere maatregelen zijn daarom nodig, gericht op de situatie wanneer het delict al heeft plaatsgevonden. Opnieuw proberen we die zo veel mogelijk op basaal niveau te beschrijven. Het gaat ons om systeemveranderingen, die we illustreren met concrete interventies die – onder voorwaarden en altijd via het principe van het ‘dokteren’ – effectief blijken te zijn.

#### **Kader 7 Wat is een effectieve interventie?**

We hanteren de volgende omschrijving. Effectief betekent niet dat de kans op recidive nul is. Deze doelstelling is niet realistisch. Effectief is een interventie als deze het gedrag van de betrokken persoon zo begrenst dat zo min mogelijk schade voor derden ontstaat, als deze de betrokken persoon zo veel mogelijk helpt volwaardig terug te keren naar de maatschappij en als deze tegemoetkomt aan de maatschappelijke behoefte aan genoegdoening en normbevestiging. Zijn deze aspecten met elkaar in strijd of kunnen ze botsen qua prioriteit, dan zal een goede afweging van kosten, baten en risico's moeten plaatsvinden voor het individu, de samenleving en het slachtoffer. Deze afweging moet inzichtelijk en zo veel mogelijk aanvaardbaar zijn voor het brede publiek.

Wat opvalt, zo hebben we geconstateerd, is dat straf en zorg, op het moment dat er een delict gepleegd is, nu vooral volgtijdelijk gestalte krijgen. Eerst gaat de aandacht uit naar de schuldvraag, pas daarna en soms in mindere mate naar wat er vanuit doelstellingen als recidivevermindering en resocialisatie met de desbetreffende persoon moet gebeuren. Het tweede dat opvalt – en dat daarmee in verband staat – is dat de totale keten waarin een delictpleger met psychi(atri)sche problemen terecht komt te weinig gericht is op het plegen van de goede interventies. Professionals binnen de politie, het Openbaar Ministerie, de advocatuur, de rechterlijke macht, de GGZ en het gevangeniswezen die daadwerkelijk iets goeds voor hun cliënt beogen, zijn uren bezig met het plegen van telefoontjes om de mensen op de juiste plek te krijgen. De profes-

sionals moeten het plegen van effectieve interventies als het ware erbij doen, uit een eigen professionele overtuiging en motivatie, en worden daar door de systemen om hen heen onvoldoende in gesteund. Redenerend vanuit een andere werkwijze, namelijk een prioriteitstelling in doelen met daaraan gekoppeld een passende interventie om die doelen te verwezenlijken, lijken dus kansen onvoldoende te worden benut.

Nogmaals, gesteld dat veiligheid via recidivebeperking het hoofddoel zou zijn, dan ligt het voor de hand de strafzitting, de verantwoording aan het publiek die daar plaatsvindt, het vervolgtraject en de verdere verantwoordingsprocessen van de keten daar meer op in te richten. Waarheidsvinding blijft de kern van het rechtssysteem, maar de vraag is of daar na de delictpleging bij iemand met overduidelijke psychi(atri)sche problemen de meeste tijd en energie naar toe moeten gaan. Als het voorkomen of doorbreken van een criminele carrière de hoofddoelstelling is, lijkt het zinvol niet primair op die ene daad te focussen, maar op effectieve maatregelen op de langere termijn met het oog op re-socialisatie, recidivevermindering en uiteindelijk maatschappelijke veiligheid. En als psychi(atri)sche problemen een duidelijke factor zijn voor criminaliteit en gevangenisstraf geen positieve effecten heeft op de vermindering daarvan, ligt het meer voor de hand om de desbetreffende personen naar (reguliere) zorgprogramma's toe te leiden dan naar een detentieomgeving waar zorg uit de aard van de context op het tweede plan komt.

Wanneer de doelen helderder zijn en prioriteitsstelling niet langer plaatsvindt door de vanzelfsprekendheid van de systemen, al dan niet aangestuurd door mediahypes rondom incidenten, is het vervolgens van belang om de inrichting van de systemen aan de doelen aan te passen. Als maatschappelijke veiligheid centraal staat en behandeling van de dader daar positieve bijdragen aan kan leveren, dan moet die mogelijkheid ook veel beter verankerd worden. Deze betere aansluiting van zorg en straf kan op verschillende wijzen plaatsvinden. In paragraaf 4.5 tasten we de verschillende mogelijkheden voor systeemwijzigingen daarvoor af. Nu al geven we een voorzet voor verbeteringen binnen de huidige wettelijke mogelijkheden. Zo is het mogelijk om tijdens rechtszittingen meer aandacht te besteden aan het zoeken naar geschikte interventies voor de desbetreffende daders/patiënten, onder meer door een grotere inbreng van gedragsdeskundigen. Ook kunnen rechters de hun beschikbare ruimte meer benutten om de persoonlijke context van daders mee te nemen. Wellicht dat rechters zo vaker overgaan tot voorwaardelijke veroordelingen met

bijzondere voorwaarden of tot taakstraffen. Verder kan gedacht worden aan een uitgebreidere toepassing van de gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of van een voorwaardelijke veroordeling met ambulante behandeling of opname in een kliniek. Ook lijkt het verstandig om gedragsdeskundigen al tijdens de periode van de strafoplegging te laten interveniëren en het proces van strafoplegging – als dat al de meest passende interventie is – aanzienlijk te versnellen. Nu duurt het proces, mede vanwege terugkerende schorsingen, vaak maanden of zelfs jaren, terwijl de behoefte aan psychi(atri)sche zorg al die tijd evident is. Geregeld worden psychiatrische behandelingen zelfs afgebroken tot het moment van de sanctie-uitvoering. Winst zou geboekt kunnen worden wanneer tijdens deze periode, samen met psychologen en psychiaters, nagegaan zou worden aan welke vormen van (bemoei)zorg of toezicht de delinquent gezien zijn psychiatrische achtergrond per direct behoefte heeft. De start of de continuering van eventuele (recidiveverminderende) behandelmethoden zou zo snel mogelijk, nog voordat het strafproces is afgerond, vorm moeten krijgen.

Bij bovenstaande suggesties geldt opnieuw het uitgangspunt van het dokteren ter disciplineren. Dit betekent dat na een vergrijp door een psychi(atri)sche patiënt niet alleen de schuldvraag en de daarbijbehorende strafmaat aan de orde moet komen, maar tevens wat nodig is om de doelen als recidivevermindering, resocialisatie, compensatie slachtoffer en maatschappelijke veiligheid te bereiken. Dit betekent een gedifferentieerd straf/behandelsysteem, toegespitst op de desbetreffende patiënt/dader en zijn context.

#### 4.4 Zoek mogelijkheden tot begrenzing én begeleiding

Door meer uit te gaan van passende maatregelen die nodig zijn om de gestelde doelen te bereiken, lijkt er tevens ruimte te komen voor begrenzende én begeleidende maatregelen ter voorkoming van recidive. Ook dit is een vorm van ‘dokteren ter disciplineren’, in die zin dat er na afloop van de strafrechtelijke executiefase (en ter preventie) meer mogelijkheden ontstaan voor tussenvormen tussen vrijwillige behandeling en strafrechtelijke dwang. Concreet kan dat variëren van drang- dan wel dwangmedicatie en elektronisch toezicht tot een meldplicht op afgesproken tijden of een niet-vrijblijvende ondersteuning vanuit een lokale gemeenschap. Toezicht met tanden dus, in het belang van de patiënt en ex-delinquent, en ook in het teken van dokteren: het zoeken naar de juiste maatregelen voor de desbetreffende persoon (en de maatschappij).

Wat in de huidige Nederlandse discussie opvalt, is dat bij oplossingen in deze richting de nadruk vooral komt te liggen op de ‘tanden’: heropvoedingskampen bijvoorbeeld, met ex-sergeants als de opvoeders die van buitenaf discipline aanleren. Het is echter de vraag of programma’s met deze accentuering effect hebben. De omvangrijke wetenschappelijke literatuur, de evaluatieonderzoeken en de concrete aanbevelingen die beleidsmakers in landen als Engeland en Nederland hebben opgesteld, wijzen er echter op dat de accenten anders moeten komen te liggen. De sleutel om recidive te voorkomen ligt doorgaans bij de persoon zelf: bij zijn motivatie, zijn prikkels voor crimineel gedrag, zijn vaardigheden en zijn omgevingsfactoren (vrienden, een woning, een gestructureerd leven).

Dat neemt niet weg dat grenzen en structuur onontbeerlijk zijn om tot persoonlijke gedragsverandering te komen. Deze zijn ook cruciaal voor het gevoel van veiligheid van de omgeving. Andere landen lijken in dit verband over meer ervaring en mogelijkheden te beschikken (zie kader 8), ook al zijn evaluaties niet altijd voor handen.

#### **Kader 8 Praktijken in het buitenland**

Engeland kent verschillende soorten toezichtmaatregelen om (herhaling van) delicten te voorkomen. De ‘notification order’ kan personen dwingen zich op gezette tijden bij de politie te melden en haar informatie geven over onder meer verblijfplaats en reisbestemmingen. De ‘sexual offences prevention order’ en de ‘risk of sexual harm order’ kunnen personen verbieden om op bepaalde plaatsen te komen waar extra gevaar bestaat voor delictgerelateerd gedrag. Ook Canada kent via de zogeheten ‘Peace Bonds’ verregaande preventieve toezichtmaatregelen. De ‘paedeophile Peace Bond’ kan personen bij wie gevreesd wordt dat zij tegenover kinderen een zedendelict plegen, verbieden in de buurt te komen van scholen, zwembaden en andere openbare gelegenheden. De ‘high risk Peace Bond’ kan personen met een verhoogde kans op het plegen van gewelddadige of seksuele delicten diverse voorwaarden opleggen, zoals het regelmatig langskomen bij de politie. Duitsland gaat eigenlijk nog het verst in zijn preventieve toezichtmaatregelen. Via de ‘Sicherungverwahrung’ kunnen als gevaarlijk beschouwde, toerekeningsvatbare recidivisten een gedwongen preventieve detentie opgelegd krijgen. Ook besteedt Duitsland relatief veel aandacht aan toezicht in de maatschappij. Alle ex-gedetineerden die langer dan twee jaar hebben vastgezeten en alle mensen die na gedwongen opname uit een psychiatrisch ziekenhuis



komen, ontvangen via een 'Führungsaufsicht' extra begeleiding en toezicht, boven op of na afloop van het reclasseringstoezicht.

Bron: De Kogel en Nagtegaal 2006

Over de werking van dergelijke toezichtmaatregelen is over het algemeen nog onvoldoende bekend. Dat is wel (meer) het geval met de wijze waarop in Engeland de reclassering is vormgegeven. Zoals vermeld, is de reclassering momenteel onvoldoende in staat om de taak van begeleiding naar de maatschappij te organiseren en daarmee de kans op recidive te verminderen. In Engeland is de reclassering hét speerpunt van het beleid gericht op maatschappelijke veiligheid ('public protection') en de omgang met ex-delinquenten met een geestelijke stoornis (Van Marle 2005: 125). Al sinds 1991 moeten in Engeland alle delinquenten die één jaar of langer in detentie hebben gezeten verplicht gebruikmaken van het reclasseringstoezicht. Sinds 2000 is de rol van de reclassering bovendien verder versterkt met de invoering van de zogeheten *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA's). Deze MAPPA's omvatten – en dat is hun kracht – een netwerk van relevante instanties die verplicht samenwerken ten behoeve van het toezicht op ex-gedetineerden die zijn veroordeeld vanwege een gewelddadig of seksueel delict of gedetineerden buiten deze groep die een ernstig veiligheidsrisico opleveren.

### **Kader 9 MAPPA's**

De kracht van de MAPPA's ligt in het feit dat het toezicht op en de resocialisatie van ex-gedetineerden in handen ligt van meerdere instanties. Er zijn drie kerninstanties: reclassering, politie en gevangeniswezen. Zij werken niet-vrijblijvend samen, maar hen is een 'duty to co-operate' voorgeschreven. Daarnaast zijn lokale organisaties bij de risicohantering betrokken, op het gebied van sociale voorzieningen, werkverschaffing, huisvesting, gezondheidszorg en onderwijs.

MAPPA's beschikken over diverse instrumenten voor toezicht op de ex-gedetineerden. Voorbeelden zijn het uitvoeren van (onzichtbare) surveillances door de politie, het instellen van een avondklok voor de ex-gedetineerde en het volgen van de ex-gedetineerden met behulp van *electronic tagging* of satellietcontrole (*Global Positioning System*).

Daarnaast kunnen MAPPA's werk maken van de resocialisatie van de ex-gedetineerden, onder meer via behandelingen en het aanbieden van een ondersteunende omgeving. Ook huisbezoeken en het zoeken naar werk en huisvesting maken er deel van uit. Als de ex-delinquent zich niet aan de voorwaarden houdt, kan dat leiden tot hernieuwde detentie waarna de reclassering opnieuw de situatie bekijkt.

MAPPA's hanteren als doelstelling het verminderen van het risico op recidive en het verminderen van de ernst van de recidive waar deze onontkoombaar blijkt te zijn ('harm reduction'). Volledige recidivereductie wordt als niet realistisch bestempeld. In 2003 deed *Home Office*, het ministeriële departement voor strafrecht en nationale veiligheid, onderzoek naar de recidive van de groep MAPPA-gedetineerden van wie het recidiverisico relatief het hoogst werd geacht. Van de 2.152 gedetineerden werd in dat jaar 12,5% teruggeplaatst in de gevangenis wegens het schenden van voorwaarden bij hun voorwaardelijke invrijheidsstelling, 1,2% vanwege het schenden van voorwaarden van een zogeheten *sex offender order of restraining order* en 1,2% wegens (het aanklaagd zijn voor) een nieuw ernstig seksueel of gewelddadig delict.

Bron: De Kogel en Nagtegaal 2006; Van Marle 2005

Toezicht na afloop van de detentie kan ook worden ingebed in lokale gemeenschappen. In Canada zijn er overwegend positieve ervaringen met de zogeheten *Circles of Support and Accountability (COSA)*. Een COSA bestaat uit een groep vrijwilligers, voornamelijk uit de gemeenschap van de kerk, die de ex-gedeteneerde (veroordeeld voor een zedendelict) begeleidt in een veilige reïntegratie in de maatschappij. Doorgaans bestaat een COSA uit een 'inner circle' van vijf mensen – van wie één de primaire contactpersoon is – die regelmatig, dagelijks of eens per week, de ex-gedeteneerde bezoekt. Daarnaast is er een 'outer circle' die bestaat uit ondersteunende professionals in de gemeenschap, zoals psychologen, leden van de rechterlijke macht, gevangenisbewaarders en sociaal werkers. Ook zij werken op vrijwillige basis. De basisgedachte van de COSA is de wederzijdse openheid en vriendschap. Niet alleen de ex-gedeteneerde legt verantwoording af (vandaar 'accountability') voor zijn doen en laten, ook de vrijwilligers zijn aanspreekbaar op hun gedrag.

De ervaringen met de COSA zijn zoals gezegd positief. Een enquête in 2005 onder betrokkenen (ex-gedeteneerden, vrijwilligers en andere leden van de

gemeenschap) had als resultaat dat de recidive naar verwachting aanzienlijk zou dalen. Een officieel onderzoek waarin zestig ex-gedeteneerden 4,5 jaar werden gevolgd, bevestigde dit beeld. Voor de COSA-groep luidde het recidivepercentage 5% tegen 16,7% voor de niet-COSA-groep.<sup>10</sup> Voor de gewelddadige recidive lag het percentage op 15% voor de COSA-groep en 35% voor de niet-COSA-groep, terwijl het voor de algehele recidive (inclusief seksuele en gewelddadige) op achtereenvolgens 28,3% en 43,3% lag. De gevonden verschillen waren significant. De COSA-groep vertoonde een daling van de recidive van 35% (algehele recidive) tot 70% (seksuele recidive) in vergelijking met de niet-COSA-groep (De Kogel en Nagtegaal 2006).<sup>11</sup>

Samengevat: de opgave is een wijze van begrenzing en structuur te vinden die de maatschappelijke veiligheid vergroot, die tevens de motivatie van de dader versterkt en die op de lange duur de kans op reïntegratie bevordert. Hoe beter de begrenzing en structuur aansluiten bij de persoonlijke leefsituatie, des te meer effect er te verwachten valt.

#### 4.5 Drie varianten voor een systeemwijziging

In de voorafgaande paragrafen ging het over mogelijke verbeteringen: verheldering van doelstellingen, zoeken (dokteren) naar passende interventies om die doelen te bereiken, een sanctie die ook in het teken staat van de gekozen doelen, en – na afloop van de justitiële titel en ter preventie – het zoeken naar combinaties van zorg en begrenzing. De vraag die vervolgens aan de orde is, is hoe ingrijpend de systemen van straf en zorg vanuit deze redenering gewijzigd moeten worden. In grote lijnen zijn drie varianten mogelijk.

Voor elke variant geldt bovenstaande redenering: niet langer staat de keuze tussen straffen of zorgen centraal, maar de vraag welk doel (vergelding, recidivevermindering, preventie et cetera) je wilt bereiken en welke middelen daartoe – al dokterend en volgens de meest recente inzichten – het beste kunnen worden ingezet. De eerste variant gaat uit van een beter gebruik van de huidige (wettelijke) mogelijkheden tot behandeling binnen en buiten het strafrechtelijke kader. De tweede streeft, uitgaande van de achterliggende doelstellingen, naar een meer geïntegreerd systeem van zorg en straf. De derde variant beoogt de aansluiting tussen straf en zorg te vergroten door beide systemen te herleiden tot hun oorspronkelijke kerntaken.

### *Variant 1: betere benutting van de huidige mogelijkheden*

De huidige wetgeving biedt – in elk geval in theorie – al veel ruimte voor een betere aansluiting tussen straf en zorg. Er zijn talloze manieren om effectieve combinaties van begrenzing, zorg en straf te creëren: voorwaardelijke veroordelingen, behandeling op maat binnen detentie, elektronisch toezicht en allerhande programma's binnen instellingen van forensische zorg. Er is ook momenteel al veel gaande op beleids- en uitvoeringsniveau, onder meer naar aanleiding van de rapporten van de commissie-Houtman en de commissie-Visser. Deze variant gaat uit van de ingezette beweging van meer zorg, zowel binnen als buiten het strafrechtelijke kader. Zoals het in het verleden ook is gelukt om alternatieve straffen en voorwaardelijke veroordelingen van de grond te krijgen, zo zal er ook meer werk gemaakt kunnen worden van meer behandeling binnen detentie, betere nazorg en meer preventieve maatregelen. Zo kunnen de bijzondere voorwaarden worden uitgebreid in de vorm van meer verslavingsgerelateerde en psychi(atri)sche behandelingen en trainingen. Ook zou de continuering van de psychi(atri)sche zorgverlening vóór, tijdens en na detentie versterkt moeten worden. Dit betekent een versterking van de reguliere zorgprogramma's, zodat mensen uit onze doelgroep überhaupt niet met justitie in aanraking hoeven te komen. Het betekent ook dat het equivalentiebeginsel in detentie in de praktijk ook daadwerkelijk tot zijn recht komt. Hierbij zouden effectieve praktijken in Canada – mits vertaald naar de eigen context – als voorbeeld kunnen dienen. Op basis van de nieuwste wetenschappelijke inzichten bestaan daar programma's voor verschillende groepen delinquenten, gedifferentieerd naar problematiek (zedes-, gewelds- en verslavingsdelicten) en fase in het traject (variërend van detentie tot voorwaardelijke invrijheidsstelling).

#### **Kader 10 Peter in variant 1**

In de eerder gememoreerde casussen zou deze variant in de praktijk als volgt kunnen uitwerken.

- Nadat Peter (en Jacco en Robbie) (opnieuw) een delict heeft gepleegd, bepaalt de rechter op basis van waarheidsvinding of Peter het delict inderdaad heeft gepleegd. Tegelijkertijd brengt een team van medische en gedragswetenschappelijke deskundigen het medische verleden van Peter in kaart. Dit resulteert in een extra advies aan de rechter.

- Vanuit oogpunt van vergelding, het welzijn van Peter en de veiligheid van de maatschappij (resocialisatie en recidivevermindering) bepaalt de rechter een passende interventie.
- Voor Peter, die toerekeningsvatbaar was voor zijn daad, kiest de rechter voor een behandeling op maat binnen een open afdeling van een gespecialiseerde kliniek. Hij ontvangt daar begeleiding en training om na afloop van de vrijheidsontneming zo goed als mogelijk weer een regulier leven te leiden.

In de praktijk is het echter, zo bleek bijvoorbeeld uit gesprekken met deskundigen, niet altijd even gemakkelijk deze wettelijke mogelijkheden ook daadwerkelijk toe te passen. Alleen al de onontkoombare 'bajescultuur' – een gevangenis is nu eenmaal geen behandelcentrum, laat staan een ziekenhuis – werpt drempels op voor de concrete uitvoering van behandel mogelijkheden. Een oplossing binnen de huidige wettelijke mogelijkheden betekent dat de beoogde nuttige interventies 'verpakt' worden in een context van minder effectieve ingrepen. Organisaties als de rechterlijke macht en het gevangeniswezen zijn momenteel zo systeemgeorganiseerd dat zinvolle interventies ten behoeve van individuele personen vaak het onderspit delven. Het is de vraag of een consequentere toepassing van de huidige wettelijke mogelijkheden de goedwillende professionals wel in staat stelt hun cliënten op de voor hen juiste plekken te krijgen.

#### *Variant 2: meer integratie van straf en zorg*

De tweede variant gaat daarom een stap verder en wil de systemen van straf en zorg zo reorganiseren dat ze in het teken komen te staan van de meest passende interventies op het juiste moment en voor de juiste persoon. Straf en zorg vinden niet langer volgtijdelijk plaats, maar worden zo veel mogelijk geïntegreerd. Financiering- en verantwoordingsystemen worden aangepast aan de hand van hun betekenis voor zinvolle interventies. Deze variant kent een milde en een meer verregaande vorm. In de milde vorm blijven straf en zorg twee verschillende systemen die vanuit het oogpunt van de gewenste interventie meer op elkaar betrokken raken. De rechter krijgt meer mogelijkheden om deskundigen in te schakelen op het terrein van bijvoorbeeld psychomedische hulp, maar blijft – zolang er sprake is van een strafbaar feit – eindverantwoordelijk voor de te plegen interventies. In de verregaande vorm verdwijnt het onderscheid in de twee verschillende systemen – wat overigens

iets anders is dan het onderscheid tussen straf en zorg als zodanig – en komt er voor de groep van delictplegers met psychi(atri)sche problemen een geïntegreerd systeem. De rechter zal in samenspraak met gedragsdeskundigen en medici de te plegen interventies bepalen, terwijl ook de andere professionals – officieren van justitie, psychiaters, advocaten, reclassering, gevangenisautoriteiten – meer ruimte krijgen om beslissingen te nemen die deze passende interventie ondersteunen.

#### **Kader 11 Peter in variant 2**

Voor Peter (en Jacco en Robbie) kan deze variant in de praktijk als volgt uitwerken:

- Nadat hij (opnieuw) een delict heeft gepleegd en daarover geen onduidelijkheid lijkt te bestaan, stelt een daartoe ingesteld multidisciplinair team (juridisch, medisch en gedragswetenschappelijk geschoold) de mate van psychi(atri)sche problematiek vast. Ook toetst dit team op basis van waarheidsvinding de schuldvraag.
- Het team bepaalt op basis van bovenstaande onderzoeken een passende interventie: de mate van vergelding, begrenzing en gedragsbehandeling.
- Er wordt gekozen voor een open afdeling binnen een gespecialiseerde kliniek. Hij ontvangt daar begeleiding en training om na afloop van de vrijheidsontneming zo goed als mogelijk weer een regulier leven te leiden.

Het voordeel van deze variant is dat het kansen biedt om afscheid te nemen van de routines die in het oude systeem zijn geslopen, zoals de stapsgewijze aanpak waarbij ‘zaken’ door zo veel handen gaan dat er nauwelijks effectieve interventies kunnen plaatsvinden. Aan de andere kant kent ook deze variant zijn aandachtspunten en tekortkomingen. Zo is van tevoren niet (altijd) duidelijk dat er sprake is van een misdaad die begaan is door een persoon met ernstige psychische of psychiatrische problemen. Of iemand in aanmerking komt voor het geïntegreerde systeem, moet in de praktijk dus nog blijken. Ook de schuldvraag – heeft hij het gedaan? – zal niet altijd duidelijk zijn en vergt in elk geval aandacht. Daar komt bij dat een integratie van straf- en zorgsystemen de verschillende perspectieven van straf en zorg nooit zal uitwissen. Straaf en zorg hanteren zoals gezegd twee filosofieën die uit hun aard anders zijn: leedtoevoeging versus hulpverlening. Voordat deze variant aan de orde is, zijn daarom experimenten nodig en onderzoek. Er zou bijvoorbeeld zicht moeten bestaan op het gevaar dat een dergelijk stelsel degenerereert in de richting van

‘karakterstrafrecht’: beoordeling louter op subjectieve karakterkenmerken van het desbetreffende individu (motivatie, inzet, houding) en niet op basis van meer objectieve criteria.

#### *Variant 3: scherpe scheiding tussen straf en zorg*

Een laatste variant komt aan een aantal van bovengenoemde bezwaren tegemoet, al kent ook deze variant zijn beperkingen. In deze variant staan net als in de vorige de effectieve interventies centraal, maar de weg ernaartoe gaat niet langs een integratie van de straf- en zorgsystemen, maar juist via een scherpere scheiding. De erkenning dat de perspectieven van straf en zorg radicaal verschillend zijn, leidt in de praktijk tot twee systemen met elk hun eigen taak, maar deze worden ten behoeve van de achterliggende doelstellingen wel op elkaar betrokken. In plaats van een verbreding van de bevoegdheden en mogelijkheden van de rechter pleit deze variant voor een terugkeer tot zijn kerntaak: rechtspreken via een sanctiebepaling die past bij het gepleegde delict. Parallel hieraan buigt een ‘zorginstantie’ zich over de vorm waarin de sanctiebepaling ten uitvoer moet worden gebracht. Houdt de rechter zich dus uitsluitend bezig met de achterliggende doelen van schuldvergelding en normbevestiging, de ‘zorginstantie’ buigt zich uitsluitend over zaken als preventie, resocialisatie en herstel. In de praktijk leidt dit tot een vrijheidsbenemende straf (opgelegd door de rechter) in verschillende vormen passend bij het desbetreffende individu. De één komt in de gevangenis terecht, de ander in een meer gespecialiseerde kliniek. Voor beide geldt dat de schuldvergelding het strafrechtelijke kader vormt, terwijl doelstellingen als resocialisatie, preventie en recidivevermindering de concrete doelstellingen vormen waarin gedurende de periode van vrijheidsbeneming wordt gewerkt. Zijn na afloop van de vrijheidsbeneming deze doelstellingen niet of onvoldoende bereikt, dan kan de rechter opnieuw besluiten tot een in dit geval (toezichts)maatregel, nu niet langer gelegitimeerd vanuit de schuldvergelding, maar vanuit het oogpunt van maatschappelijke veiligheid.

#### **Kader 12 Peter in variant 3**

Voor Peter (en Jacco en Robbie) kan deze variant in de praktijk als volgt uitwerken:

- Nadat hij (opnieuw) een delict heeft gepleegd, bepaalt de rechter of Peter de da-der is en welke mate van vergelding voor deze daad passend is. De rechter doet uitspraak over de duur van een vrijheidsontneming.

- Tegelijkertijd bepaalt een multidisciplinair team dat gespecialiseerd is op het terrein van gedragsbehandeling en begrenzinginterventies, de noodzakelijke maatregelen met oog op resocialisatie en recidivereductie van dader, bevordering van maatschappelijke veiligheid en compensatie van het slachtoffer.
- Zolang de vrijheidsontneming duurt, wordt Peter in een open afdeling van een gespecialiseerde kliniek behandeld voor zijn problemen. Hij ontvangt daar begeleiding en training om na afloop van de vrijheidsontneming zo goed als mogelijk weer een regulier leven te leiden.

Een voordeel van deze laatste variant is dat de verwachtingen van het strafrecht minder overspannen zijn. De rechter houdt zich uitsluitend bezig met zijn kerntaak – bij een vergrijp hoort ‘boetedoening’ wat het vertrouwen bij het publiek ten goede kan komen. Een nadeel is dat door de scheiding van doelen als vergelding en normbevestiging van de andere meer instrumentele doelen de daad weer los komt te staan van de persoon van de dader, wat in de praktijk weer tot hogere en wellicht minder effectieve straffen zal leiden. Het is dan ook de vraag of beide taken wel zo eenvoudig te scheiden zijn. Was immers – zie de inleiding van dit advies – niet het voornaamste probleem dat een opgelegde straf volgens veel zorgverleners niet aansluit bij wat de desbetreffende persoon aan kan? Is het dan wel verstandig wanneer een rechter alleen naar het principe van de schuldvergoeding kijkt, zonder ook de andere doelstellingen erbij te betrekken? In sommige gevallen kan het delict immers overduidelijk zijn, maar kan – op basis van andere doelstellingen – misschien toch niet worden overgegaan tot een vrijheidsbenemende sanctie.

Voor welke variant ook wordt gekozen, het uitgangspunt is om vanuit de gewenste aanpak voor de groep criminelen met psychi(atri)sche problemen te handelen (wat willen we bereiken?) en op basis daarvan en niet op basis van de routines in de systemen zelf en de eenvoudige keuze tussen straf en zorg de interventies te realiseren.

#### Noten

10. Recidive werd gedefinieerd als het opnieuw plegen van een seksueel misdrijf of het verbreken van een voorwaarde opgelegd door de rechtbank.



11. Een kanttekening is dat het onderzoek op vrijwillige basis plaatsvond, waardoor de COSA-groep sowieso minder geneigd was om terug te vallen in delictgedrag.



## 5. Conclusie en aanbevelingen

De vraagstelling van het advies luidde op welke wijze we als samenleving beter kunnen omgaan met delictplegers met psychi(atri)sche problemen. We signaleerden tenminste vier samenhangende problemen. Allereerst kampt een aanzienlijk deel van de gedetineerden in Nederlandse gevangenissen met psychi(atri)sche problemen, waarvoor zij niet altijd behandeld wordt. Ten tweede zijn de recidivecijfers hoog. Binnen vier jaar na ontslag uit de gevangenis is 66% opnieuw veroordeeld voor een misdrijf. Ten derde – en in samenhang daarmee – zijn er knelpunten in het begeleiden van (ex-)gedetineerden bij hun terugkeer naar de maatschappij. Als beter en langer nazorg zou worden verleend, zou het risico op terugval kunnen worden verkleind. En tot slot komen psychiatrische patiënten die overlast veroorzaken niet altijd tijdig in beeld bij de hulpverlening. Daardoor kunnen zij terecht komen in situaties waarin zij delicten plegen die mogelijk hadden kunnen worden voorkomen.

Wat zijn vanuit deze bevindingen onze voornaamste conclusies en aanbevelingen?

### 5.1 Conclusie: De systemen passen niet bij de problemen

De hoofdconclusie van het advies is dat mensen met psychi(atri)sche problemen die delictgevaarlijk zijn klem zitten in 'systemen' die niet goed bij hun situatie passen. Het streven om mensen meer te activeren, de vermaatschappelijking en het aanboddenken in de zorg sluiten niet aan bij de nood en de (on)mogelijkheden van sommige kwetsbare groepen. Zorginstellingen komen pas in actie als er een duidelijke hulpvraag is, maar het probleem van personen uit de doelgroep van dit advies is dat ze vaak geen hulpvraag kunnen

formuleren. Om hun eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen, hebben zij een structuur, een context nodig, vaak gepaard aan een vorm van disciplinerende. Deze ontbreekt echter, zodat de kans dat ze in aanraking komen met justitie wordt vergroot.

De strafrechterketen waarin ze terechtkomen, staat vervolgens ondanks allerlei mogelijkheden van taakstraffen en bijzondere voorwaarden vooral in het teken van een reactie op de daad. Er is minder aandacht voor de noodzakelijke interventies met het oog op de dader, het slachtoffer en de maatschappij. Passende interventies worden zo eerder afhankelijk van goedwillende en doortastende professionals – die tegen de dagelijkse routine in tientallen telefoontjes plegen om mensen naar een voor hen zinvolle behandeling- en begrenzingsituatie te begeleiden – dan dat deze ingebed zijn in het systeem zelf. Daar komt bij dat politici, mede aangemoedigd door burgers, de neiging hebben strengere maatregelen te bepleiten met als doel toekomstige daders af te schrikken. Maar juist afschrikking werkt niet voor mensen voor wie het een probleem is om goede afwegingen te maken. Strengere maatregelen worden beïnvloed door het proces van medialogica, dat bijna een systeem op zichzelf vormt. Medialogica schept een klimaat waarin politici, media en burgers elkaar (onbewust) aansporen te reageren op incidenten (in plaats van op algemeen beleid) en te pleiten voor repressieve controlemaatregelen met het oog op de maximalisering van de veiligheid.

De mensen die in dit advies centraal staan komen door deze dieperliggende 'systeemontwikkelingen' in de verdrukking. Ze komen in de zorg terecht, terwijl ze daar niet de benodigde begrenzing krijgen. Omgekeerd komen ze met justitie in aanraking, terwijl ze eigenlijk in reguliere zorgprogramma's thuis horen. Ze komen in detentie terecht, terwijl de mogelijkheden tot behandeling uit de aard van de omgeving hier beperkt zijn. Ze missen na afloop van de detentie de juiste context – huisvesting, werk, inkomen, sociale kring, maar ook de noodzakelijke vormen van zorg en begrenzing – om niet weer in dezelfde fout te vallen.

Welke verbeteringen kunnen we vanuit deze constatering aanbevelen? We kunnen de aanbevelingen onderverdelen in drie groepen. De eerste concentreert zich rondom een alternatieve (denk- of handel)methode over hoe we interventies kunnen plegen die gewenst en effectief zijn. De tweede bevat concrete suggesties om de aansluiting tussen straf en zorg te verbeteren, uit-

lopend op drie verschillende systeemwijzigingen waarbinnen deze verbeteringen gestalte kunnen krijgen. De derde groep richt zich op de publieke opinie en het maatschappelijke debat rondom het thema straf en zorg.

## 5.2 Aanbeveling 1: Kies het basisprincipe van doelstellingen en passende interventies

Een belangrijke constatering in dit advies is dat veel knelpunten ten diepste voortkomen uit verlegenheid over de vraag hoe we met de groep van delictplegers met psychi(atri)sche problemen willen omgaan. Is het de eerste opgave om het gepleegde delict te vergelden via een passende strafmaatregel, of is het meer van belang om herhaling van een dergelijk delict te voorkomen? In hoeverre eist de samenleving (slachtoffers en burgers) genoegdoening voor het begane onrecht? Of is ze bereid met deze genoegdoening milder om te gaan naarmate ze weet dat alles in het werk wordt gesteld om herhaling te voorkomen en de desbetreffende persoon met het oog daarop zowel de hulp als de begrenzing te bieden die hij of zij nodig heeft? De prioriteitstelling in doelen is doorgaans niet helder, met als gevolg dat de 'systemen' van straf en zorg ieder voor zich, en bovendien aangestuurd door het proces van medialogica, invloed uitoefenen op de manier waarop we met deze groep van daders én patiënten omgaan.

Dit advies pleit voor een omgekeerd proces. Laat niet de keuze tussen straf en zorg de interventie bepalen, maar bepaal eerst de doelen: wat willen we eigenlijk met deze groep bereiken als het gaat om bijvoorbeeld schuldverging, recidivevermindering en preventie? Het uitgangspunt moet zijn het zoeken naar passende interventies die deze doelen ook ondersteunen. Daarbij past het gebruik van het voortschrijdende inzicht over 'wat werkt', zonder al te rigide de evidence-based methode te willen toepassen. Het gaat om het principe van 'dokteren ter disciplineren': binnen het strafproces zoeken (dokteren) naar de beste interventie met het oog op gewenste doelstellingen en binnen de hulpverlening meer oog hebben voor begrenzing en disciplineren. Dit laatste kan onder meer leiden tot de invoering van het 'bestwil criterium' bij de BOPZ. De prioriteitstelling en interventiebepaling vinden altijd plaats in goed onderling overleg tussen vertegenwoordigers van beide systemen. Zij houden daarbij rekening met de doelen als uitgangspunt, met veranderende kennis en met de specifieke context van delict, zorgprobleem en omgeving. De evidence-based methodiek kan met andere woorden alleen plaatsvinden indien ook de princi-

pes van value-based en practice-based worden toegepast. Samengevat luiden de algemene uitgangspunten:

1. Maak geen keuze tussen straf en zorg, maar stel prioriteiten in achterliggende doelen. Gaat het primair om recidivevermindering, vergelding, preventie, behandeling of resocialisatie?
2. De vervolgens te kiezen strategie is niet alleen evidence-based, maar wordt altijd toegepast in het kader van value- en practiced based methodieken.
3. De strategie volgt het principe van dokteren ter disciplineren.

### 5.3 Aanbeveling 2: Werk aan verbeterde aansluiting straf- en zorginterventies

Straf- en zorginterventies krijgen, op het moment dat er een delict gepleegd is, nu vooral volgtijdelijk gestalte. Voor de delictpleger met psychi(atri)sche problemen ontstaat zo een gat, dat met het oog op diverse doelstellingen (resocialisatie, herstel, recidivevermindering) negatieve gevolgen kan hebben, niet alleen voor hem zelf maar ook voor de samenleving. Door niet langer de keuze tussen straffen en zorgen centraal te stellen, maar de vraag welk doel met welke middelen al dokterend en volgens de meest recente inzichten prioriteit heeft, ontstaat ruimte voor een betere aansluiting tussen straf- en zorginterventies. Enerzijds dient de zorg zich meer activerend en begrenzend op te stellen, anderzijds dient het strafstelsel meer ruimte te bieden voor passende zorginterventies. Zo kan er tijdens rechtszittingen meer aandacht komen voor het zoeken naar geschikte interventies voor de dader/patiënt, onder meer via een grotere inbreng van gedragsdeskundigen. Verder zou bij de sanctiebepaling de persoonlijke context van de dader uitvoeriger onder de aandacht moeten komen en kunnen de mogelijkheden tot voorwaardelijke veroordelingen, tot taakstraffen en tot een gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis beter worden benut.

Uitgangspunt is de continuïteit van zorgverlening, ter preventie – het liefst via reguliere zorgprogramma's –, tijdens het lopende strafproces, binnen detentie en na afloop van de justitiële titel. Mogelijkheden van preventief en controlerend toezicht (elektronisch volgsysteem, meldingsplichten en andere specifieke maatregelen die risico's verminderen en het leven structureren) verdienen ondersteuning. De versterking van de functie van de reclassering dient te

worden voortgezet. Niet alleen zal het aantal delinquenten dat van het reclasseringstoezicht gebruikmaakt moeten stijgen, ook zou er een meer intensieve en minder vrijblijvende samenwerkingsrelatie met de politie en het gevangeniswezen tot stand moeten komen. De Engelse *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA's), die we in paragraaf 4.4 beschreven, kunnen daarbij als inspiratiebron dienen. Daarnaast kunnen in bijzondere gevallen speciaal geschoolde vrijwilligers ex-gedetineerden begeleiden bij een veilige reïntegratie in de maatschappij. In Canada zijn daarmee succesvolle ervaringen opgedaan bij de eerder genoemde *Circles of Support and Accountability* (COSA).

De vraag is hoe ingrijpend de systemen van straf en zorg voor deze verbeterde aansluiting tussen straf- en zorginterventies gewijzigd moeten worden. We hebben hiervoor drie varianten onderscheiden die ieder hun eigen waarde en beperkingen hebben. De eerste variant gaat uit van de ingezette beweging van meer zorg binnen en buiten strafrechtelijk kader. Zoals het in het verleden ook is gelukt om alternatieve straffen en voorwaardelijke veroordelingen van de grond te krijgen, zo zullen ook een uitgebreidere behandeling binnen detentie, versterking van de nazorg en meer preventieve maatregelen een vaste inbedding in het justitiële proces kunnen krijgen.

De tweede variant gaat een stap verder. De keuze tussen straf en zorg vindt niet langer volgtijdelijk plaats, maar worden zo veel mogelijk geïntegreerd. Financierings- en verantwoordingssystemen worden aangepast aan de hand van hun betekenis voor zinvolle interventies. In zijn meest verregaande vorm resulteert deze variant in een volledig geïntegreerd straf- en zorgsysteem voor de groep delictplegers met psychi(atri)sche problemen.

De derde variant beoogt de aansluiting tussen straf en zorg te vergroten, niet door beide systemen te integreren, maar door deze juist te herleiden tot hun oorspronkelijke kerntaken. De rechter spreekt recht en houdt zich uitsluitend bezig met de mate van leedtoevoeging; een zorginstantie bepaalt parallel hieraan de noodzakelijke zorginterventies en daarmee de vorm (gevangenis, speciale kliniek) waarbinnen de vrijheidsontneming het beste kan plaatsvinden.

Welke variant ook wordt gekozen, deze moet beoordeeld worden aan de hand van de volgende ijkpunten:

1. Financiering en verantwoording moeten aansluiten bij de prioriteiten van de gekozen variant.
2. De behoeften van zowel slachtoffers als daders moeten worden gehoord en erkend.
3. Tijdens het strafproces, binnen detentie en na afloop daarvan moet de continuïteit van zorgverlening gewaarborgd zijn waaronder versterking van de functie van de reclassering.
4. Professionals moeten meer ruimte krijgen bij het toepassen van effectieve interventies.
5. Het publiek heeft recht op goede, openbare verantwoording (zie paragraaf 5.4).

#### 5.4 Aanbeveling 3: Ontsnap aan medialogica en blijf communiceren

Naast de systemen van straf en zorg blijkt ook het proces van medialogica het plegen van passende interventies in de weg te staan. Ook dit is bijna een systeem met eigen wetten en barrières. In zijn eerdere advies *Ontsnappen aan medialogica* heeft de RMO geadviseerd mechanismen te vinden die de negatieve invloeden van medialogica verminderen en meer balans brengen op het publieke speelveld waarin burgers, media en overheid opereren. Het centrale mechanisme dat we voorstaan, is het produceren van meer objectiviteit en deze objectiviteit ook structureel in te brengen in het publieke debat. Ook als het gaat om de verhouding tussen straf en zorg blijkt er nogal wat schreefgegroeide beeldvorming te bestaan. Zo ligt de achterliggende verklaring voor het toenemende klimaat van controle en beveiliging voor een belangrijk deel in de overtuiging dat burgers om meer en strengere straffen zouden vragen. En inderdaad kiezen burgers bij de keuze tussen straf en zorg doorgaans voor de eerste optie en zijn ze tot zwaardere straffen geneigd dan bijvoorbeeld rechters. Toch is dat maar één kant van de zaak. Uit onderzoek blijkt namelijk ook dat burgers meer naar zorg- en preventieve interventies neigen naarmate ze uitgebreidere informatie over de achtergrond van de dader ontvangen en ook meer opties krijgen over hoe met hem om te gaan.

Het advies is daarom om, zowel vanuit het oogpunt van publiek vertrouwen als vanuit de wens tot een reële risicobeleving, werk te maken van een goede communicatie naar het publiek. Niet alleen na ernstige incidenten wanneer de roep om krachtige maatregelen groot is, maar structureel en permanent. Niet naar aanleiding van één afschuwelijke daad, in de volle emoties van de ver-



werking daarvan, maar naar aanleiding van de patronen die steeds weer tot dat soort daden leiden. Geen debat over de reactie als het gebeurd is, maar een debat over preventie, herkenning van contexten waarin criminaliteit ontstaat, goed omgaan met slachtoffers en effectieve interventies richting daders. Deze communicatie is alleen mogelijk wanneer er ook goed onderzoek bestaat naar de opvattingen van burgers over het doel van straf en zorg. Hoeveel 'genoegdoening' willen burgers en slachtoffers eigenlijk, afgezet tegen doelstellingen als recidivevermindering, resocialisatie en maatschappelijke veiligheid? Zorg bij enquêtes ook voor zo veel mogelijk informatie en bied de geënquêteerden de mogelijkheid te kiezen tussen verschillende opties in plaats van de simpele keuze tussen straf en zorg. Samengevat adviseert de RMO de professionals op het terrein van straf en zorg:

1. Produceer objectiviteit in het krachtenveld van medialogica.
2. Communiceer structureel, en niet naar aanleiding van één incident.
3. Onderzoeken naar straf- en zorginterventies dienen uitgebreide keuzemogelijkheden bij de antwoorden te bevatten.

### 5.5 Tot slot

Er lijkt soms bij het onderwerp van dit advies een sfeer van defaitisme te heersen. De vraag is of deze terecht is. Er zijn veel aanwijzingen dat de gevaren die sommige psychiatrische patiënten veroorzaken beter kunnen worden beheerst. Ieder slachtoffer is er één te veel, maar iedere succesvolle interventie die een vermindering van risico's oplevert, is ook een succes. De zoektocht naar goede behandelmethoden, goede preventie en betere begeleiding van daders en slachtoffers is een ingewikkeld proces. De winst ligt in de optelsom van kleine verbeteringen, waarnaar tastend moet worden gezocht. De successen van professionals, die zeker behaald worden, verdienen meer waardering. En geldt dat eigenlijk ook niet voor de patiënten die werkelijk hun levenswijze weten te veranderen? Zowel van de professionals als van de patiënten die hun gedrag moeten veranderen, wordt immers veel gevraagd. Een positiever klimaat voor interventies kan op zichzelf de kans op succes al verhogen.

Echt succes in de beheersing van dit type criminaliteit is een kwestie van lange adem. Preventie in de jeugdfase levert twintig jaar later resultaat op. Of een duurzame gedragsverandering is bereikt, waarbij recidive is uitgebleven, is pas op een termijn van vele jaren zichtbaar (vergelijk RMO 2006b). Op korte

termijn is er de onmacht, het medeleven, de verontwaardiging en de neiging onmiddellijk iets terug te doen. Maar de effecten zijn er vooral op de langere termijn. Met de interventies van nu creëren we het klimaat van 2020. Dat geldt voor onze veiligheid en voor het leven dat mensen met psychische en psychiatrische problemen dan leiden.

## Literatuur

- Andrews, D.A. et al. (1990), Does correctional treatment work? A clinical relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28 (3), 369-404.
- Antonowicz, D.H. en R.R. Ross (1994), Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38 (2), 97-104.
- Beyleveld, D. (1980), *A bibliography on general deterrence research*. Westmead: Saxon House.
- Blad, J.R. (2004a), Herstelrecht en generale preventie: de normbevestigende werking van herstelrecht en herstelsanctie. In: B. van Stokkom, red. *Straf en herstel: ethische reflecties over sanctiedoeleinden*, 91-112. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Blad, J.R. (2004b), Inleiding tot een herstelgericht detentieregime. *Tijdschrift voor Herstelrecht*, 4 (2), 7-23.
- Block, C.R. en C. van der Werff (1991), *Initiation and continuation of a criminal career: Who are the most active and dangerous offenders in The Netherlands*. Arnhem: Gouda Quint.
- Blumstein, A. et al. (1983), *Research on sentencing: The search for reform* (Vol.1). Washington: National Academy Press.
- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen (2005), *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boutellier, H. (2002), *De veiligheidsutopie: hedendaags onbehagen en verlangen rond misdaad en straf*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Boutellier, H. (2004), Beschavingspretenties van straf en herstel. In: B. van Stokkom, red. *Straf en herstel: ethische reflecties over sanctiedoelen*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, 25-42.

- Boutellier, H. en K. Lünemann (2006), *Dokteren aan disciplineren: noties achter straf en zorg bij mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die crimineel gedrag (kunnen) vertonen*. In: RMO (2007), *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*. Amsterdam: SWP.
- Brouwer, M. (1998), *Samenleving positief over taakstraf*. Amsterdam: NIPO.
- Bulten, B.H. (1998), *Gevangen tussen straf en zorg: psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Bulten, B.H., H.A. de Jonge en A.W. Knol (2003), *Behandeling in penitentiair perspectief*. In: T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen, red. *Actuele ontwikkelingen in de psychiatrie*. Deventer: Kluwer.
- Bulten, B.H. en W.F.J.M. van Kordelaar (2005), *Zorg in detentie*. In: E.R. Muller en P.C. Vegter (2005), *Detentie: gevangen in Nederland*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Buruma, Y. (red.) (1999), *100 jaar strafrecht: klassieke teksten van de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Buruma, Y. (2001), *Sanctionering, een autonome beslissing van de rechter?* In: K.D. Lünemann e.a., red. *Diversiteit van sanctionering*. Deventer: Gouda Quint.
- Calsmith, K.M., J.M. Darley and P.H. Robinson (2002), *Why do we punish? Deterrence and just deserts as motives for punishment*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83. No. 2, 284-299.
- Cohen, M.A., T.R. Roland and S. Steen (2005), *Prevention, crime control or cash? Public preferences towards criminal justice spending priorities*. Available at: <http://ssrn.com/abstract-762626>.
- Cooke, D.J. en L. Philip (2000), *To treat or not to treat? An empirical perspective*. In: C.R. Hollin, red. *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: Wiley.
- Corstens, G. (2006), *Veranderingen in het strafrecht in Nederland: de spanningen tussen enerzijds politiek en samenleving en anderzijds de strafrechtspleging*. Ongepubliceerde lezing voor de Erasme-Descartes conferentie in november 2006 te Parijs.
- Gezondheidsraad (2004), *Noodgedwongen: zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2006), *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hirsch, A. von (1998), *Penal theories*. In: M. Tony (ed.), *Crime and justice: A review of research*, 23, 659-682. Chicago: University of Chicago Press.

- Hodgins, S. en R. Müller-Isberner, red. (2000), *Violence, crime and mentally disordered offenders. Concepts and methods for effective treatment and prevention*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Hoof, F. van, et al. (2004), *Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps: monitorrapportage vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Huisman, W., J.W. de Keijser en F.M. Weerman (2006), 'Evidence based', wat is dat eigenlijk? *Delikt en Delinkwent*, 36 (7), 789-796.
- IBO Maatschappelijke opvang (2003), *De opvang verstopt: interdepartementaal Beleidsonderzoek 2002-2003*. Den Haag.
- Interdepartementale werkgroep (2005), *Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*. Den Haag: commissie-Houtman.
- Inventgroep (2005), *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter: een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Julius Centrum UMC Utrecht.
- Jacobs, M.J.G., A.M. van Kalmthout en M.Y.W. von Bergh (2006), *Toepassing van bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke vrijheidsstraf en schorsing van de voorlopige hechtenis bij volwassenen*. Tilburg: IVA Beleidsonderzoek en advies.
- Janssen, J.H.L.J. (2000), *Laat maar zitten: een exploratief onderzoek naar de werking van de korte vrijheidsstraf*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Jolin, A. en B. Stipak (1992), Drug treatment and electronically monitored home confinement: an evaluation of a community-based sentencing option. *Crime and Delinquency*, 38, 2, 158-170.
- Junger, M. (2006), Naar een kosteneffectief beleid ter voorkoming van antisociaal gedrag. In: I. Doorten en R. Rouw (red.), *Opbrengsten van sociale investeringen*. Amsterdam: SWP.
- Kerkhof, M. van, Gek in het gevang (2006). 'Ik hoop dat ik gedwongen word opgenomen'. *Psy: tijdschrift voor de geestelijke gezondheidszorg*, 10, 5, 22-27.
- Keijser, J.W. de (2000), De bedoeling van straf in theorie en praktijk: verslag van een onderzoek bij Nederlandse rechters en raadsheren. *Trema*, (23), 6, 222-226.
- Keijser, J.W. de (2001), *Punishment and purpose: From moral theory to punishment in action*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Keijser, J.W. de (2004), Doelen van straf: morele theorieën als grondslag voor een legitieme strafrechtspleging. In: B. van Stokkom, red, *Straf en herstel: ethische reflecties over sanctiedoelen*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, 43-65.

- Keijser, J.W., P.J. van Koppen en H. Elffers (2006), 'Op de stoel van de rechter': Oordeelt het publiek net zo als de strafrechter? Den Haag: Raad voor de rechtspraak, *Research Memoranda*, nr. 2, jaargang 2.
- Keijsers, J.F.M. et al. (2005), *Kennis beter benutten: informatiegedrag van nationale beleidsmaker*. Woerden/Leiden: NIGZ/TNO Preventie en Gezondheid.
- Kogel, C.H. de en M.H. Nagtegaal (2006), *Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis: wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers.
- Leuw, E. (2000), Registratie en monitoring van pedoseksuele delinquenten: forensisch psychiatrische inzichten en Engelse en Amerikaanse regelingen. In: WODC (2000), *Toezicht op seksuele geweldplegers na invrijheidstelling*. Den Haag: WODC.
- Lipsey, M.W. (1992), Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: T.D. Cook, et al. (Eds.), *Meta-analysis for explanation: A casebook* 283-320. New York: Russell Sage Foundation.
- Lösel, F. (1998), Treatment and management of psychopaths. In: D.J. Cooke, A.E. Forth en R.D. Hare (red.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Lynch, M.J. (1999), Beating a dead horse: Is there any basic empirical evidence for the deterrent effect of imprisonment? *Crime, Law and Social Change* (31), 347-362.
- Marle, H. van (2005), Samenwerken letterlijk verplicht. *Justitiële verkenningen*, 31, 1.
- Marle, H. van (2006), Forensische zorg en forensische psychiatrie. *Sancties* 3.
- Michon, H. en H. Kroon (2002), *In de samenleving en ernstige psychische problematiek: op zoek naar één getal*. Notitie voor de Taskforce Vermaatschappelijking, 2 januari 2002. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ministerie van Justitie (2003), *Zorgen voor Behandeling (deel 1). Over samenwerking tussen de GGZ, de Reclassering en het Gevangeniswezen bij de behandeling van gedetineerden die lijden aan een psychische stoornis*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Ministerie van Justitie (2004), *Verbeterplan "aansluiting nazorg". Programma Terugdringen Recidive*. Den Haag: Directie Sanctie- en preventiebeleid.
- Ministerie van Justitie (2006a), *Begroting 2007*. Geraadpleegd op [www.minjus.nl](http://www.minjus.nl).
- Ministerie van Justitie (2006b), *Evaluatie elektronische volgsystemen jeugd/tbs*. Geraadpleegd op [www.minjus.nl](http://www.minjus.nl).
- Muller, E.R. (2005), Toekomst van de detentie. In: E.R. Muller en P.C. Vegter (2005), *Detentie: gevangen in Nederland*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

- Piquero, A.R. en P. Mazerolle (2001), *Life-course criminology: Contemporary and classic readings*. Belmont etc.: Wadsworth Publishing Company.
- RMO (2001), *Kwetsbaar in kwadraat: krachtige steun aan kwetsbare mensen*. Den Haag: Sdu.
- RMO (2003), *Medialogica: over het krachtenveld tussen burgers, media en politiek*. Den Haag: Sdu.
- RMO (2004), *Sociale veiligheid organiseren: naar herkenbaarheid in de publieke ruimte*. Den Haag: Sdu.
- RMO (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.
- RMO (2006a), *Ontsnappen aan medialogica: Tbs in de maatschappelijke beeldvorming*. Amsterdam: SWP.
- RMO (2006b), *Opbrengsten van sociale investeringen*. Amsterdam: SWP.
- Ruiter, C. de en F.G. Öry (2005), *Probeer asociaal gedrag jongeren te voorkómen*. NRC Handelsblad, 15 maart 2005.
- Ruiter, C. de en V. Veen (2004), *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- SCP (2005), *Sociale staat van Nederland 2005*. Den Haag: SCP.
- Schoemaker, C. en G. van Zessen (1997), *Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schout, G. (2006), *Opinie: gevangenen verliezen sociale rechten*. Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken, oktober, 31.
- Stevens, J.E. (2001), *Reporting on violence: New ideas for television, print and web*. Berkeley: Berkeley Media Studies Group.
- Stokkom, B. van, (2004), *Herstel, zelfcorrectie en communicatief straffen*. In: B. van Stokkom, red. *Straf en herstel: ethische reflecties over sanctiedoelen*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, 287-313.
- Tiemeijer, W.L. (2006), *Het geheim van de burger: over staat en opinieonderzoek*. Amsterdam: Aksant.
- Tijdelijke commissie onderzoek TBS (2006), *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: Sdu.
- Vasterman, P.L.M. (2005), *UMTS. Risicopercepties en mediahypes, een mijneveld voor het openbaar bestuur*. Geraadpleegd op: [www.vasterman.nl](http://www.vasterman.nl)
- Vegter, P.C. (1999), *Behandelen in de gevangenis*. Deventer: Gouda Quint.

- Vliet, J.A. van (2006), *De tbs in zijn maatschappelijke context: de relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*. Tilburg: Wolf Legal Publishers.
- Wartna, B.S.J, N. Tollenaar en A.A.M. Essers (2005a). *Door na de gevangenis: een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers.
- Wartna, B.S.J., S. el Harbachi en L.M. van der Knaap (2005b), *Buiten behandeling: een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikking-gestelden*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers.



## Bijlagen



## Bijlage 1

### Adviesaanvraag (uit werkprogramma RMO 2006)

#### **Advies: Delinquente Psychiatrische Patiënten (vervolg op vooronderzoek ‘criminalisering van psychiatrische patiënten’)**

De RMO heeft vooronderzoek verricht naar de problematiek rond delictplegers met een psychi(atri)sche stoornis. In dit onderzoek concludeert de RMO met veel anderen dat de aanpak van delinquente psychiatrische patiënten niet ‘adequaat’ is.

Het gaat hierbij om een veelheid aan oorzaken. Bijvoorbeeld: toenemende kennis omtrent psychische stoornissen, verkokering van het zorgaanbod, een moeizame afstemming tussen zorg- en justitiële instellingen, onvoldoende professionalisering op uitvoeringsniveau en veranderende taakopvattingen van bijvoorbeeld de reclassering. Een probleem dat hier doorheen speelt, is het gebrek aan cijfermatige kennis over de instroom van psychiatrische patiënten in het justitiële traject.

Meer in het algemeen blijkt vanuit zeer verschillende perspectieven naar de problematiek te worden gekeken. Grofweg zijn dat er drie: die van justitie (vooral gericht op recidivevermindering en leedtoevoeging), die van de zorg (gericht op de medische behandeling en resocialisatie van de dader) en die van de samenleving (gericht op veiligheid en de positie van het slachtoffer). In algemene termen zou je kunnen zeggen dat de standpuntbepaling omtrent de juiste aanpak voortkomt uit de invalshoek van waaruit men de problematiek benadert.

Dit alles neemt niet weg dat er beleidsmatig hard gewerkt wordt aan een verbetering van de afstemming tussen curatieve en penitentiaire instellingen. Zo wil de commissie-Houtman de hulpverlening aan psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke titel verbeteren door middel van een andere bekostigingssystematiek waarbij Justitie de zorg bij de GGZ instellingen kan inkopen. Maar de integratie tussen hulp en recht lijkt op meer plaatsen een impuls te verdienen. De commissie-Houtman spreekt zich uit over de zorgverlening aan meerderjarigen met een strafrechtelijke titel, maar bijvoorbeeld niet over de fase daarna of daarvoor. Juist in het 'justitiële schemergebied' lijken veel gaten vallen.

In zijn advisering zal de RMO – waar de financiële en bestuurlijke aspecten door de commissie Houtman al zijn bediend - vooral een maatschappelijke invalshoek willen kiezen. Dat wil zeggen dat de Raad op zoek wil gaan naar mogelijkheden om de perspectieven van justitie en zorg opnieuw te doordenken vanuit de maatschappelijke opdracht (en verlegenheid!) om 'adequaat' om te gaan met delictplegers met psychi(atri)sche problemen. Daarbij wil de raad onder andere nagaan welke principiële noties achter de begrippen 'straf' (zoals repressie, vergelding, preventie) en 'zorg' (zoals behandeling, bescherming, kwaliteit van leven en het op eigen benen leren staan) in de praktijk dominant zijn en in hoeverre ze onderling en met de heersende publieke opinie verenigbaar zijn.

De RMO verwacht eind 2006 een advies te kunnen afronden.

## Bijlage 2

### Geraadpleegde deskundigen

Mr. J.R. Blad	Erasmusuniversiteit Rotterdam
Mr. R.H. van de Beeten	Eerste-Kamerlid CDA, Den Haag
Prof. dr. J.J.C. Boutellier	Verwey-Jonker Instituut, Utrecht
Drs. F.H. Clabbers	Ministerie VWS, Den Haag
Mr. G. Corstens	Hoge Raad der Nederlanden, Den Haag
Prof. mr. dr. M.S. Groenhuijsen	Universiteit van Tilburg
Mr. D.A.T. van der Heem-Wagemakers	Openbaar Ministerie Rotterdam
Prof. dr. A.M. van Kalmthout	Universiteit van Tilburg
Dr. J.W. de Keijser	Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, Leiden
Prof. dr. H.J.C. van Marle	Erasmusuniversiteit Rotterdam
Dr. C.H. de Kogel	WODC, Den Haag

Dr. mr. K.D. Lünemann	Verwey-Jonker Instituut, Utrecht
Dr. P. Osinga	Ministerie van Justitie, Den Haag
Mr. G.J. Rodenburg	Parket-Generaal Openbaar Ministerie, Den Haag
Mr. H.AE. Uniken Venema	College van Procureurs-Generaal, Den Haag
Prof. mr. P.C. Vegter	Radboud Universiteit Nijmegen, Gerechtshof Arnhem
Dr. J.A. van Vliet	Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering, Utrecht

## Bijlage 3

*Dokteren aan disciplineren. Noties achter straf en zorg bij mensen met een psychische stoornis die crimineel gedrag (kunnen) vertonen.*

Door Hans Boutellier en Katinka Lünneke (2006)

## Inhoudsopgave

1	Inleiding	89
2	Historische achtergrond van straf en hulp	91
	2.1 De filosofie van het straffen	91
	2.2 De filosofie van hulpverlening	91
	2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen en het denken over straffen	92
	2.4 Ontwikkelingen in het denken over psychiatrische (deliquente) patiënten	98
3	Domeinen en logica's	101
	3.1 De logica van de selectie	102
	3.2 De logica van het dokteren	102
	3.3 De matrix van domeinen en logica's	103
4	Dokteren in het domeinen van de straf en disciplineren in het domein van de zorg	105
	4.1 Doelgroepen	105
	4.2 Dokteren ter disciplinering	108
5	Conclusie	114
	Noten	114
	Literatuur	116



## 1. Inleiding

Het vooronderzoek van de RMO *Tussen zorgen en begrenzen* (RMO Werkdocument 10 2005) beschrijft de discrepantie tussen de systemen van straf en zorg. Het lijkt hier te gaan om twee verschillende werelden die elkaar maar mondjesmaat bereiken. De mogelijkheden voor behandeling in penitentiaire inrichtingen zijn beperkt, terwijl het aantal gedetineerden met psychische problemen is toegenomen. Ook voor en na het verblijf in de penitentiaire inrichting is de aansluiting tussen beide systeemwerelden inadequaat. De RMO geeft een aantal redenen voor de toenemende psychiatrische problematiek in het strafrechtelijk systeem. Zij wijst vooral op de ontwikkeling van een overzichtelijke buurtsamenleving naar een minder overzichtelijke netwerksamenleving. Mensen met een psychiatrische achtergrond vallen daardoor vaker tussen wal en schip, en de kans op overlast en criminaliteit neemt navenant toe.

De discussie over de verhouding tussen hulpverlening en strafrecht kent een lange geschiedenis. Institutioneel is de tbs voortgekomen uit de onderkenning van een psychiatrische achtergrond van delicten. De resocialisatiegedachte kan doorgaans worden beschouwd als een erkenning van de noodzaak van psychische verbetering van de gedetineerde. In de jaren negentig werd met de nota *Werkzame detentie* een algemene versoering ingevoerd in het gevangeniswezen met een differentiatie voor extra gemotiveerde gedetineerden en zorgbehoevende gedetineerden.

In de afgelopen decennia heeft de relatie tussen hulpverlening en strafrecht een ander karakter aangenomen. De criminaliteit is gestegen, de achterliggende psychische problematiek is toegenomen, de maatschappelijke druk op het strafrechtelijk systeem is verhoogd en – in relatie daarmee – de *mentality*<sup>1</sup> rond misdaad, straf en hulp is veranderd. Binnen de penitentiaire inrichtingen neemt het aantal gedetineerden met een psychische stoornis toe en de aard van de stoornissen lijkt ernstiger te worden (*Zorg om zorg* 2001). We zien ook dat de strikte scheiding tussen straffen en behandelen aan erosie onderhevig is.

Er lijkt in het begin van deze eeuw een paradigmaverschuiving plaats te vinden doordat het taboe op behandelen tijdens detentie losgelaten wordt (*Zorgen voor behandeling* 2003). Het resocialisatiebeginsel komt weer meer op de voorgrond te staan. Nu niet zozeer uit oogpunt van humaniteit jegens gedetineerden, zoals in de vorige eeuw, maar ter voorkoming van recidive. Binnen de penitentiaire inrichtingen worden op beperkte schaal behandelprogramma's uitgevoerd voor bepaalde groepen. In 2001 zijn zeven projecten gestart met

een behandelaanbod. Deze projecten hebben als doel het verminderen van de psychische en psychosociale problemen (zorgaspect) enerzijds en het verminderen van het recidivegevaar (strafaspect) anderzijds (*Zorgen voor behandeling* 2003).

In dit essay staan de achterliggende visies van straffen en zorgen centraal. De centrale vraag luidt: *Welke visies of principiële noties zijn te benoemen als het gaat om de 'philosophy of punishment' en de 'philosophy of care' en hoe spelen deze een rol in de aanpak van delinquenten met een psychische/psychiatrische stoornis?* Het gaat hierbij ook om ontwikkelingen in deze visies.

De probleemstelling valt uiteen in vijf deelvragen:

1. Welke maatschappelijke doelen en visies liggen achter de zorg voor en het bestraffen van mensen met een psychische/psychiatrische stoornis die delinquent gedrag vertonen?
2. Hoe verhouden de doelstellingen en visie achter zorg zich tot de doelstellingen en visie achter straffen?
3. Welke relevante maatschappelijke ontwikkelingen zijn te constateren voor de verhouding tussen hulpverlening en strafrecht?
4. Op welke wijzen zijn dominante motieven achter zorg en bestraffen zichtbaar in maatschappelijke ontwikkelingen?
5. Wat betekenen de maatschappelijke ontwikkelingen voor de visie en doelstellingen bij de zorg voor en het bestraffen van mensen met een psychische/psychiatrische stoornis die delinquent gedrag vertonen? Met andere woorden, behoeft de theorievorming aanpassing of behoeft de aanpak rond deze doelgroep aanpassing?

Na het verrichten van literatuuronderzoek en het voeren van twee gesprekken met deskundigen en met gebruikmaking van eerder onderzoek en persoonlijke expertise is een essay geschreven in opdracht van de RMO.

#### *Leeswijzer*

Het essay kent de volgende lijnen. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de historische achtergrond van de *'philosophy of punishment'* en de *'philosophy of care'*. Vervolgens maken we een onderscheid tussen de praktijken van straf en zorg en de verschillende logica's binnen die praktijken in hoofdstuk drie. Door niet alleen naar historische achtergronden en filosofieën te kijken, maar

ook naar de logica's in die systemen, komen overeenkomsten naar voren die handvatten bieden voor het doorbreken van de strikte scheiding tussen zorg en straf. In hoofdstuk vier gaan we in op drie verschillende doelgroepen en geven we onze visie op de aanpak van deze doelgroepen, die we omschrijven als 'dokteren aan discipline'. In hoofdstuk vijf geven we kort aan wat de kern is van een aanpak van dokteren.

## 2. Historische achtergrond van straf en hulp

### 2.1 De filosofie van het straffen

Straffen wordt gewoonlijk gezien als een noodzakelijk kwaad dat alleen wordt ingezet als andere middelen falen; het strafrecht is het scherpste machtsmiddel (*ultimum remedium*). Daarbij moet sprake zijn van een bewuste overtreding van de strafwet. De filosofie van het straffen veronderstelt dat de mens vanuit een vrije wil handelt. Alleen als de mens uit vrije wil iets heeft misdaan (of nagelaten), mag gestraft worden. Als iemand ontoerekeningsvatbaar is, wordt een maatregel opgelegd; vergelding is dan niet op haar plaats. De aanname van de vrije wil is noodzakelijk (eventueel als fictie): omdat in 'vrijheid' een delict is begaan, is een straf gerechtvaardigd (Jonkers, zj, in Buruma 1999; Hazewinkel-Suringa bewerkt door R Emmelink 1996). Jonkers ziet het wezen van de straf als vergelding van schuld.

Naast vergelding zijn er verschillende klassieke strafdoelen, zoals *generale preventie* (anderen afschrikken), *speciale preventie* (individuele gedragsbeïnvloeding ter voorkoming van recidive; men spreekt ook van resocialisatie of re-integratie) of *incapacitatie* (door vrijheidsberoving voorkomen van strafbare feiten). Naast deze directe strafdoelen zijn er indirecte doelen zoals het wegnemen van de onrust in de maatschappij die is ontstaan door het misdrijf, en genoegdoening aan slachtoffers. De genoemde strafdoelen zijn van alle tijden, maar de waarde die men aan de verschillende strafdoelen toekent verschilt in de loop der tijd.

### 2.2 De filosofie van hulpverlening

Hulpverlening gebeurt op vrijwillige basis. Het bieden van hulp is erop gericht de levenskwaliteit van de patiënt of cliënt te verbeteren. De zelfbepaling van de patiënt/cliënt is het belangrijkste uitgangspunt. In de WGBO zijn de rechten van de patiënt/cliënt en de plichten van de arts vastgelegd. De drie basis-

rechten van de patiënt zijn het recht op informatie, behandeling alleen met toestemming van de patiënt en bescherming van de privacy. De hulpverlener wordt geacht goede hulp te bieden.

Goede zorg kan onder omstandigheden betekenen dat inbreuk op een van de rechten noodzakelijk is, bijvoorbeeld als sprake is van wilsonbekwaamheid of als een persoon voor bepaalde handelingen onbekwaam worden geacht. In principe bestaat de mogelijkheid om op goede gronden soms een dwangbehandeling op te leggen. Het recht wordt echter zo lang mogelijk buiten de deur gehouden. Alleen als andere middelen falen en het leven van de patiënt/cliënt of van anderen in gevaar kan komen, wordt het recht (dwang) ingeroepen. Op grond van de principes van subsidiariteit en proportionaliteit kan dan een maatregel worden opgelegd (Blankman 1999). Het betreft hier echter een uitzonderingssituatie. De praktijk van de hulpverlening is immers primair gestoeld op het uitgangspunt van zelfbeschikking. De hulpverlener stelt zich op het standpunt van de cliënt. De ethiek van de zorg formuleert in termen van verbetering, herstel, ondersteuning en begeleiding en veronderstelt een vrijelijk aangegane relatie tussen hulpverlener en patiënt/cliënt. Tegelijkertijd geldt voor de hulpvraag dat de oorzaak daarvan wordt gezocht buiten de vrije wil om. Niet de persoon, maar het lichaam of de omgeving of de samenleving wordt als bron van de problemen gezien.

### *2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen en het denken over straffen*

Voor een analyse van de afstand tussen de *mentalities* van straf en zorg gaan we in deze paragraaf dieper in op de ontwikkeling rond het strafrecht. We beschrijven hoe aan de eerdergenoemde strafdoelen in verschillende periodes andere gewichten zijn gehangen.

#### *Eind 19<sup>e</sup> eeuw tot de jaren tachtig*

Aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw – de industrialisatie was op gang gekomen – stond afschrikking als strafdoel op de voorgrond: hoge straffen werden opgelegd ter afschrikking van kleine diefstallen (de drie gebroeders Hoogerhuis) of ter afschrikking van de opkomende ‘socialen’ (Domela Nieuwenhuis, Troelstra). Tevens kwam er een nieuw paradigma op. Het biologische en psychiatrische paradigma waar de zieke persoonlijkheid van de dader voorop staat en een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen goed en kwaad wordt aangevuld met het paradigma dat misdaad verklaard kan worden uit de sociaaleconomische omstandigheden waar-

in mensen leven. Daarmee bieden niet alleen individuele factoren een verklaring en het scherpe onderscheid tussen goed en kwaad verdwijnt. Dit nieuwe paradigma genereert andere maatregelen, zoals preventieve maatregelen door beter onderwijs (Buruma 1999).

Na de Tweede Wereldoorlog is een kentering merkbaar in de rechtsbeoefening. Deze kreeg meer een maatschappelijke functie: het recht wordt ingezet om maatschappelijke veranderingen te ondersteunen en is niet meer alleen een codering van maatschappelijke ontwikkelingen (van codificatie naar modificatie). In de jaren zeventig kregen de individuele rechten van daders meer nadruk: rechten als burger, als verdachte, als gedetineerde en als (psychiatrische) patiënt. Het strafproces werd nadrukkelijk als een rechtsstrijd benoemd en de procedurele opvatting van rechtvaardigheid voerde de boventoon (*due process*). Het denken in goed en kwaad werd losgelaten en de mens achter de misdaad stond meer centraal. Mede door de ervaringen van verzetsmensen met het gevangenisleven begon men anders tegen gevangenisstraf aan te kijken. Resocialisatie werd het nieuwe paradigma van de nieuwe Beginselenwet en de nieuwe Gevangenismaatregel uit de jaren vijftig, dat wil zeggen dat de veroordeelde moest worden voorbereid op de terugkeer in de maatschappij. Het strafkarakter van de gevangenisstraf bleef echter voorop staan. Er was hoop op verbetering door de straf.

Een andere ontwikkeling is de differentiatie in vrijheidsbenemende en vrijheidsbeperkende straffen. Naast totale opsluiting kwamen er vanaf eind jaren vijftig open en half open inrichtingen. Dagdetentie werd mogelijk, evenals weekenddetentie voor kortgestraften die zichzelf meldden na een oproep daartoe. Elektronische detentie is de nieuwste vorm van vrijheidsbeneming. In deze settings wordt een groter beroep gedaan op sociale vaardigheden en zelfdiscipline. Een andere vorm van vrijheidsbeperking is de taakstraf die vanaf de jaren negentig massaal wordt opgelegd.<sup>2</sup> Ook hier zijn sociale vaardigheden en zelfdiscipline belangrijke aspecten (Franke 1996; Lünemann, Beijers & Wentink 2005).

De jaren zestig en zeventig kenmerkten zich eveneens door een op de mens gerichte benadering; het gaat om de ontmoeting van mens tot mens, tussen ambtenaar en gevangene. Binnen de gevangenis muren was sprake van een sterke verruiming van allerlei vormen van sociaal contact. Er kwamen groepsbijeenkomsten, de mogelijkheden tot bezoek werden uitgebreid en contact met de buitenwereld werd steeds makkelijker, ook door radio en televisie. De eenzaamheid van voor de oorlog heeft plaatsgemaakt voor een druk sociaal

verkeer op grond van vertrouwen en vrijwilligheid en minder op basis van botte dwang. Maatschappelijk werkers, welzijnswerkers en psychologen werden de gevangenen binnengehaald. Men zou kunnen stellen dat zelfs in de gevangenen een ontwikkeling plaatsvindt van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding, zoals De Swaan (1989) dit voor andere sectoren heeft benoemd.

Gebruik van harde middelen, zoals fysiek geweld en isolatie op de strafcel, was verwerpelijk geworden. Er was maatschappelijk en in de politiek meer begrip, meer gevoel en meer belangstelling voor de positie en het leed van gevangenen. In deze periode is het toevoegen van leed geen doel op zichzelf; in de vrijheidsbeneming lag het strafelement, en de detentie zelf mocht geen additioneel leed met zich meebrengen. Hiermee kwam immers het resocialisatieprincipe in gevaar. Het streven naar humanisering was in de gevangenisnota van 1982 zelfs een hoofddoelstelling. Het klachtrecht voor gedetineerden werd ingevoerd en het menselijk en waardig behandelen van gedetineerden werd ook internationaal vastgelegd.<sup>3</sup> De machtsbalans binnen de gevangenis-muren is ten gunste van de gevangenen veranderd (Franke 1996). Franke heeft dit proces van de dempende werking van het beschavingsproces dat heeft geleid tot 'de emancipatie der gevangenen' mooi beschreven: heel geleidelijk en moeizaam veroverde het sentiment van het mededogen stukjes terrein op het punitieve sentiment. Deze geschiedschrijving loopt echter tot het eind van de jaren tachtig.

#### *Jaren tachtig tot heden*

Het begin van het proces van verharding zet in de tweede helft van de jaren tachtig in. Het emancipatieproces van de gevangenen heeft zich vanaf die tijd niet doorgezet. Hierbij spelen meerdere factoren een rol. Garland (2001) laat in *The culture of control* zien welke enorme omslag er in een periode van dertig jaar heeft plaatsgevonden (1970-2000). Hij signaleert een aantal kenmerken van deze omslag, die een goed beeld geven van de relevante context voor onderhavige vraagstelling.<sup>4</sup>

*Het verval van het resocialisatie-ideaal.* Tot 1970 stond de mogelijkheid om daders te verbeteren hoog in het vaandel.<sup>5</sup> De resocialisatie verliep echter minder voorspoedig dan verwacht, gelet op de recidivecijfers. De gevangenisstraf lijkt – mede door het contact met medege-detineerden – debet aan de recidive: de gevangenis als school voor criminaliteit. Bovendien heeft detentie, het leven in totale instituties, negatieve effecten op de persoonlijkheid en op sociale rela-

ties van gedetineerden.<sup>6</sup> Daarnaast is er progressieve kritiek op de ongebreidelde macht van de therapeuten en behandelaars en een conservatieve aanval op de verontschuldigende houding die in deze therapeutisering besloten zou liggen. Momenteel is overigens sprake van een *revival* van dit ideaal in de zogenoemde 'What works-beweging'. Volgens Garland heeft deze benadering echter niet het karakter van een overkoepelende ideologie, zoals eerder het geval was, maar is deze ondergeschikt aan opvattingen over vergelding, 'on-schadelijkmaking'<sup>7</sup> en risicomangement.

*De herintrede van punitieve sancties en expressief strafrecht.* Met name in de Verenigde Staten had de herwaardering van de vergelding een startpunt in het werk van Von Hirsch (1976). Hij stelde een invloedrijk model op van 'just sentences': billijke straf op basis van een eerlijk proces. De rechtsgelijkheid kreeg vorm in een systeem van richtlijnen, dat een einde moest maken aan een te grote willekeur in het strafrechtssysteem. De poging tot hervorming van het strafrecht leidde uiteindelijk echter – onvoorzien – tot een toename van de punitiviteit. Straf kreeg als straf, dat wil zeggen als 'leedtoevoeging', een herwaardering vanuit autoriteiten en het publiek.

We zien ook aan het begin van de jaren tachtig een inzet op het voorkomen of beperken van de schadelijke gevolgen van detentie. De hoop op verbetering van de mens door gevangenisstraf is veranderd in de verwachting dat schadelijke effecten van de straf (detentieschade) kunnen worden tegengegaan, en zelfs dat in zeer beperkte mate. Er vindt een herwaardering plaats van de algemeen preventieve functie van de gevangenisstraf, ten koste van de resocialisatiegedachte (de speciale preventie). De eind vorige eeuw gepubliceerde overheidsnota *Werkzame detentie* (1994) ademde een sfeer van teleurstelling en realiteitszin: gedetineerden kun je alleen zo netjes mogelijk vasthouden. Het resocialisatieprincipe, beperkt tot 'arbeidstoeleiding', geldt alleen nog voor de sterk gemotiveerde gedetineerden.

Garland wijst op de herontdekking van de gevangenis. In vrijwel alle westerse landen is het gevangeniswezen vanaf de jaren tachtig exponentieel gegroeid. In Nederland nam de 'penitentiaire capaciteit' van 1970 tot 2000 toe van 4.037 tot 12.401 (Huls, Schreuders et al. 2001, p. 351). Het geloof in de gevangenis groeide, niet vanwege een mogelijk verbeterend effect, maar als vorm van onschadelijkmaking en ter bevrediging van het punitieve sentiment.

*De terugkeer van het slachtoffer en de bescherming van 'het publiek'.* Het slachtoffer is sinds het midden van de jaren zeventig deel geworden van het criminaliteitsprobleem. Tot die tijd deed het slachtoffer aangifte en speelde het een rol als getuige in de bewijsvoering. Vandaag de dag staat de veiligheidspolitiek in

het teken van slachtofferschap, wat volgens Garland veelal ten koste gaat van de dader. De burger wordt steeds meer gezien als 'potentieel' slachtoffer, en dit rechtvaardigt voor een belangrijk deel de huidige veiligheidspolitiek. Was vroeger het adagium dat de burger beschermd moest worden tegen willekeur door de overheid (due proces), nu moet de burger beschermd worden tegen rechtsinbreuken door andere burgers. Hiermee is de bescherming van de burgers het dominante thema van het criminaliteitsbeleid geworden. Deze doelstelling staat op gespannen voet met een ander publiek belang, de bescherming van de burger tegen de macht en de mogelijke willekeur van de staat. De burger eist tegenwoordig niet zozeer bescherming *tegen* de staat, maar tegen medeburgers *door* de staat. In dat verband wordt ook anders tegen privacy aangekeken dan daarvoor het geval was.

*Nieuwe managementstijlen en werkvormen.* Naast de forse toename aan richtlijnen om de rechtsgelijkheid te bevorderen, werd ingezet op de invoering van een op productie gericht strafrechtapparaat. Het strafrechtelijk systeem wordt steeds meer beïnvloed door het *managerialism*, dat in de jaren negentig de overheid in zijn greep kreeg. Er wordt gedacht in termen van operationele doelstellingen en prestatie-indicatoren en in *planning en controle*cycli, teneinde de efficiëntie en effectiviteit van het strafrechtelijk systeem te bevorderen en dit hierop 'af te rekenen'. Het is volgens Garland ten koste gegaan van de professionele, discretionaire ruimte. Dit denken zette de werkvormen vast in strak gedefinieerde uitvoeringspraktijken. Een sterk instrumentalistische visie op misdaadbestrijding krijgt de boventoon.

*Veranderingen in de emotionele toon van het criminaliteitsbeleid.* Het praten en denken over criminaliteit kreeg een dramatische ondertoon, waarbij de angst ervoor een apart thema wordt. Daarbij speelden de media een grote rol. Collectieve woede en een roep om vergelding wonnen het dikwijls van een sociaal engagement om tot een rechtvaardige en sociale oplossing van de problemen te komen. Het criminaliteitsbeleid heeft een steeds 'populairder' karakter gekregen. In plaats van zorgvuldige en terughoudende analyses wordt het beleid veelal gemaakt en verdedigd met korte *statements* en *sound bites*. De waarde van de deskundigheid is afgenomen. Relativerende verhalen van criminologen worden hen niet in dank afgenomen. Er is sprake van een populistische ondertoon, die een niet eerder vertoonde consensus over het belang van de bestrijding van criminaliteit genereert.

We zien ook een transformatie van het criminologische denken. In de plaats van de criminologie van de deprivatie ontstaat een criminologie van de controle. Welzijnsdenken is afgelost door disciplineringsdenken. Dit ging gepaard



met een navenante verschuiving van een positief naar een negatief mens-beeld. Criminaliteit wordt gezien als rationele keuze of als een routineactiviteit die door de gelegenheid wordt bepaald.

*De groeiende infrastructuur van criminaliteitspreventie en lokale veiligheid.* In het verlengde van de criminologie van de alledaagse strategieën ontstonden nieuwe vormen van criminaliteitsbeheersing. Deze wijken af van de traditionele strafrechtelijke benadering en staan naast de ontwikkeling van het punitieve straffen. Zij zijn gericht op het voorkomen van criminaliteit, het terugdringen van de angst ervoor en het herstel van de schade. Daarbij komen ook andere partijen in het geding die op lokaal niveau *preventative partnerships* aangaan om veiligheid en leefbaarheid te bevorderen. In het verlengde van voorgaande ontwikkeling raken burgers en private partijen steeds meer betrokken bij het creëren van een veilige leefomgeving. Dit heeft geleid tot onder andere een enorme bloei van de commerciële veiligheidsbranche, die in sommige landen zelfs groter is dan de traditionele strafrechtelijke instanties van politie en justitie. Van burgers wordt verwacht dat zij een rol gaan spelen in het veiligheidsprobleem.

Aan veel van de hiervoor beschreven ontwikkelingen lag volgens Garland een groeiend gevoel ten grondslag dat de bestaande arrangementen niet langer adequaat en coherent waren om daadwerkelijke criminaliteitsbeheersing te realiseren. Behalve het falen van de implementatie en uitvoering van maatregelen ontstond in toenemende mate een gevoel dat de 'theorie' erachter niet langer voldoet. Het systeem lijkt niet opgewassen te zijn tegen de problemen waarvoor het wordt gesteld.

In de hedendaagse toepassing van het strafrecht is het normatieve perspectief sterk aanwezig. Een scala van gevoelens, variërend van sympathie en mededogen tot woede en verontwaardiging, strijdt in de 'aanpak' van daders om voorrang. Het hernieuwde morele perspectief doet opgeld binnen een sterk gefragmenteerde moraliteit. De straf heeft een imperatieve functie binnen een samenleving die in hoge mate moreel ambivalent is. Op deze wijze wordt de straf een 'agens' voor culturele overdracht. De hedendaagse bestraffing "communiceert betekenis ten aanzien van macht, autoriteit, normaliteit, moraliteit, persoonlijkheid, sociale relaties en wat al niet meer" (Garland 1990, p. 252). Straf is met andere woorden onderdeel geworden van het 'postmoderne beschavingsoffensief' (Boutellier 2005).

Deze positie is bepalend voor de wijze waarop hulpverlening wordt beoordeeld binnen een strafrechtelijk gedefinieerde setting. De hulpverlening aan de individuele persoon wordt ondergeschikt gemaakt aan een normatief gestuurde mentality. Deze heeft twee kenmerken. In de eerste plaats staat de veroordeling in het teken van bescherming van het slachtoffer, het potentiële slachtoffer en daarmee van de maatschappij als geheel. De detentie is een vorm van risicomangement geworden, dat per definitie gericht is op een maximale controle. In de tweede plaats heeft detentie een expressieve functie naar de buitenwereld. Het als kunstvorm aangebrachte digitale bord bij de ingang van een van de tbs-klinieken dat een symbolisch aantal geïnterneerden aangeeft, is te beschouwen als symbolisering hiervan: de strafrechtspleging communiceert op digitale wijze de belofte van maximale bescherming van de buitenwereld.

#### *2.4 Ontwikkelingen in het denken over psychiatrische (delinquente) patiënten*

Een aantal ontwikkelingen zoals hiervoor geschetst, zien we ook in de (forensische) psychiatrie. Aan het einde van de 19<sup>e</sup> eeuw was een materialistische visie nog dominant. Dat wil zeggen dat in de psychologie het experiment en het fysiologische onderzoek in zwang kwamen en dat in de psychiatrie de nadruk lag op organische stoornissen in de hersenen. De moderne psychiatrie van het einde van de 19<sup>e</sup> eeuw begon als klinische psychiatrie met uitsluitend gesloten afdelingen. Inrichtingen hadden een totalitair karakter, mensen verbleven daar ‘van wieg tot graf’ en er was geen of nauwelijks verbinding met de samenleving (Zorg van velen 2004, p. 82-83).

Het deterministische mensbeeld stond centraal. De straf kreeg een taak bij de bescherming van de samenleving tegen criminaliteit. Het biologisch antropologische model, waarbij uiterlijke kenmerken werden beschouwd als indicatoren voor misdadige persoonlijkheid, was van (grote) invloed. Er werden rond de eeuwwisseling bijvoorbeeld antropometrische signalementskaarten van delinquenten bijgehouden.<sup>8</sup> Evenals nu waren er twee stromingen: degenen die individuele (biologische) oorzaken als bepalend beschouwden en anderen die de sociale oorzaken belangrijker achtten. Aan het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw krijgt het besef de overhand dat criminaliteit meerdere wortels kent. Er komt aandacht voor de variatie in gevaarlijke psychisch gestoorde misdadigers; zij zijn niet allemaal geheel krankzinnig. Van Hamel stelt een gedifferentieerde behandeling van delinquenten met een psychiatrische achtergrond voor: de lichtere gevallen een maatregel of straf als waarschuwing ter afschrikking;

zwaardere gevallen behandeling en verpleging van langere duur met als oogmerk verbetering en genezing; de zeer zware gevallen tevens terbeschikkingstelling van de regering. In 1928 wordt de terbeschikkingstelling ingevoerd voor mensen met een psychiatrische stoornis die een gevaar voor de samenleving zijn. Eenzelfde soort maatregel voor beroepsmisdadigers die geen stoornis hebben werd afgewezen. Hoewel ook hier het argument van de beveiliging van de maatschappij een rol speelt, achtte men de voorspelbaarheid van recidiverend gedrag minder aanwezig dan bij een psychiatrische stoornis. Het zijn financiële redenen die de aanleiding zijn tot het aanscherpen van de criteria voor het opleggen van een tbr: alleen als de beveiliging van de maatschappij tot tbr noodzaakte, mocht het worden opgelegd. In geval van vermogensmisdriven was er geen noodzaak (Koenraadt 1999).

Na de oorlog vond een omslag in de psychiatrische zorg plaats die wordt getypeerd als: van klinische naar transmurale zorg. Er komen zorgvormen met een minder totalitair karakter en de afstand tussen inrichting en samenleving wordt verkleind door (half) open settings. De opkomst van de psychofarmaca geeft hiertoe ook een impuls. Van een klassieke gestichtpsychiatrie is de geestelijke gezondheidszorg uitgegroeid tot een gedifferentieerd stelsel van extra-, semi- en intramurale zorgvoorzieningen. De bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen veranderde ook van samenstelling doordat meer mensen daar op vrijwillige basis verkeerden. Enerzijds groeit het inzicht dat psychische stoornissen een biologische basis hebben en medicijnen behulpzaam zijn om de negatieve aspecten van de stoornis tegen te gaan, anderzijds wordt erkend dat de samenleving van grote invloed is op de wijze waarop met de stoornis wordt omgegaan (*Zorg van velen* 2004, p. 27).

De ambulante vormen van GGZ die vanaf 1910 als voor- en nazorgdiensten waren ontstaan ter verkorting van de klinische opname, ontwikkelen zich in die tijd tot een autonome sociale psychiatrie die was gericht op het behoud van integratie van de psychiatrische cliënt in de samenleving. In de jaren zeventig kwam de ambulante zorg in het overheidsbeleid centraal te staan en ging de sociaal psychiatrische dienst op in de Riagg. Er komt psychische hulp voor iedereen die gemotiveerd is voor behandeling en in staat is tot zelfreflectie (*Zorg van velen* 2004, p. 82-83).

In het midden van de jaren tachtig waren er min of meer twee gescheiden zorgsystemen binnen de GGZ: een deel van de chronische cliënten verbleef in de langverblijfsafdelingen van de psychiatrische ziekenhuizen en een deel woonde in de samenleving en werd ondersteund door een Riagg. Er is nau-

welijks afstemming tussen beide circuits, waardoor mensen die ontslagen worden uit de psychiatrische ziekenhuizen niet goed worden opgevangen. De eerste discussie over dak- en thuislozen komt op. In de jaren negentig vindt regionalisering en schaalvergroting plaats: fusies tussen Riagg en de algemene psychiatrische ziekenhuizen en soms ander GGZ-instellingen. De aandacht en zorg voor de chronische psychiatrische cliënten wordt verbeterd via transmurale zorg in multifunctionele eenheden (MFE). Er vindt afbouw plaats van de longstayafdelingen. De asielfunctie is sterk in omvang afgenomen. Vervolgens nam de belangstelling voor maatschappelijke determinanten van psychiatrische en psychosociale problemen af ten gunste van de aandacht voor psychische stoornissen als ziekten die met medicijnen zijn te genezen. De functie van de GGZ verschoof van verzorging en bescherming naar herstel en genezing na een hulpvraag. Deze tendens sloot aan bij de maatschappelijke tendens om geloof in de individuele autonomie meer op de voorgrond te plaatsen. Overheidsbemoeienis wordt beschouwd als belemmering van de burger om zich te ontplooiën. De idealen van maatschappelijke hervormingen en maakbaarheid van de maatschappij boeten aan geloof in. Het negatieve effect is echter dat het aantal psychiatrische cliënten onder de dak- en thuislozen toeneemt en de overlast die psychiatrische cliënten veroorzaken in de wijk lijkt te stijgen (*Zorg van velen* 2004, p. 27-32, 84-85; Duyvendak 2006, p. 77-90).

Een andere verandering binnen de psychiatrische zorg betreft de verzakelijking en *managerialisme*. De zorg zet in op kwaliteitszorg, die uiteen wordt gerafeld in producten en diensten en resultaten die moeten worden gehaald. Er komt meer aandacht voor de effecten van behandelen. Behandelingen moeten evidence-based zijn. De tbs-inrichtingen richten zich op het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten en de validering ervan. Risicoscreening vindt op allerlei momenten plaats. De beveiliging van de maatschappij komt meer op de voorgrond. Je ziet een verschuiving naar sneller strafrechtelijk ingrijpen in plaats van een meer op hulpverlening gerichte aanpak.

Sinds kort wordt de brugfunctie tussen tbs-instellingen en GGZ-voorzieningen door forensische psychiatrische afdelingen (FPA), forensische psychiatrische klinieken (FPK) en Groot Batelaar opgevuld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg signaleert dat de klinisch forensische psychiatrie een snelgroeiende sector binnen de geestelijke gezondheidszorg is, waarbij het gevaar dreigt dat het doel – het vormen van een brugfunctie tussen tbs en GGZ – niet wordt bereikt omdat deze sector zich ontwikkelt tot een eigenstandig circuit (*Klinische forensische psychiatrie* 2004).

De ontwikkeling in het strafrechtelijk denken van na de oorlog zien we op een aantal punten terug rond de organisatie en het functioneren van de tbs-inrichtingen. Hulpverleners vanuit verschillende beroepsperspectieven komen de tbs-inrichtingen binnen: psychiaters, psychologen, juristen, maatschappelijk werkers, reclasseringsmedewerkers. Het werk gebeurt vanuit een multidisciplinaire aanpak. Er is hoop op verbetering door behandeling en verpleging en er is een op de mens gerichte benadering. Er komen halfopen settings om de overgang naar de terugkeer in de maatschappij geleidelijker te laten verlopen. Vervolgens vindt er een verharding plaats. De eigen verantwoordelijkheid voor de gepleegde daden komt meer voorop te staan en de organisatie wordt verzakelijkt. Er wordt minder gedacht in termen van bescherming bieden aan kwetsbare groepen, en meer in termen van zelfstandig kunnen handelen en pas hulp bieden als mensen met een hulpvraag bij een instantie aankloppen.

### 3. Domeinen en logica's

De twee filosofieën die ten grondslag liggen aan straf en (psychiatrische) zorg staan min of meer haaks op elkaar. In de strafoplegging wordt uitgegaan van een 'vrije wil' die onder dwang begrensd moet worden. De delictpleger is schuldig aan zijn daad en wordt daarvoor beboet, met het oog op enigerlei heilzaam effect. In de zorgverlening wordt uitgegaan van een oorzaak van de problemen buiten 'de vrije wil' om, waarbij de reactie wordt geleid door de zelfbeschikking van de cliënt. Voor onderhavige probleemstelling staat in beginsel de 'disciplinerende van de wil' tegenover 'de behandeling van het lot'. Deze basisfilosofieën verklaren 'de wereld van verschil' die er ligt tussen de strafsector en de zorgsector van de samenleving. Vertrekpunten, argumentatie en procedures verschillen tegen die achtergrond radicaal.

In de praktijk van het straffen en van het zorgen is dit verschil echter vaak minder uitgesproken dan het zou lijken. Beide praktijken staan onder invloed van dezelfde maatschappelijke en culturele ontwikkelingen, zoals hiervoor is beschreven. Bovendien treft men in de strafsector zorgoverwegingen aan, en in de zorgsector disciplinerende vormen. Historische verschuivingen doen de verhouding tussen beide variëren. Het lijkt ons om die reden zinvol om een onderscheid te maken tussen de filosofieën die ten grondslag liggen aan beide domeinen en de verschillende logica's die zich daarbinnen ontwikkelen. Via deze logica's komen eventuele overeenkomsten beter voor het voetlicht.

### *3.1 De logica van de selectie*

De logica van de selectie verwijst naar de systematiek van het kiezen, het selecteren en het uiteenrafelen in deelaspecten. Uitgangspunt is de rationele mens of institutie die na afweging van argumenten kiest voor een product of een standpunt. Dit is een afgebakende eenheid met een daaraan verbonden samenhangend cluster van denken en doen (Mol 2006). Ook mensen worden aan de hand van criteria ingedeeld in categorieën, bijvoorbeeld ziektes of diagnose-behandelingcombinaties. In een dergelijke selectie van eenheden worden mensen ingesloten of uitgesloten. In de logica van de selectie gaat het om een gelijkheid zonder aanzien des persoon. Op grond van (wetenschappelijk) vastgestelde criteria wordt een straf opgelegd, wordt een behandelaanbod gedaan of worden medicijnen toegediend. Op die manier gaat men willekeur en overlevering aan de toevallige rechter, psychiater of zorgverlener tegen. Bij elke categorie hoort een bepaalde aanpak. In de aanpak werken mensen samen en zijn ze gericht op een bepaald van tevoren vastgesteld resultaat. Als een persoon niet tot een bepaalde categorie behoort, bijvoorbeeld de gemotiveerde gedetineerde, dan wordt er niet in die persoon geïnvesteerd. De logica van de selectie sluit goed aan op 'management': het is gericht op verbetering van de efficiëntie en de effectiviteit van het systeem en het vergroten van de controleerbaarheid. De behoefte aan steeds verfijndere controle door alles vast te leggen in meetbare afspraken staat voorop. De huidige nadruk op effectevaluaties past in deze logica. Als op grond van bepaalde van tevoren vastgestelde indicatoren blijkt dat een bepaalde aanpak geen effect heeft, dan wordt het nut van deze aanpak betwijfeld. Dit kan ertoe leiden dat de aanpak wordt gewijzigd of afgeschaft. Tot slot past in deze logica het denken in een ruilverhouding. Het gaat om eenmalig oversteken: een product tegen een prijs of een misdrijf tegenover een straf. Het denken in ruilverhoudingen staat tegenover het denken in processen.

### *3.2 De logica van het dokteren<sup>9</sup>*

In de logica van het dokteren staat de verbetering van iemands levenskwaliteit voorop. Dit betekent dat in een open proces de relatie tussen zorgverlener en cliënt vorm krijgt, waarbij het doel slechts in relatieve termen gesteld kan worden. Het gaat erom de levenskwaliteit van iemand te verbeteren, zonder dat van een eindproduct gesproken kan worden. Er is sprake van interactie en

een proces; de actie tussen mensen gaat heen en weer en blijft in beweging. In de logica van het dokteren staat het individu in zijn omgeving centraal. Er wordt niet gedacht in dichotome tegenstellingen van autonomie versus afhankelijkheid of individu versus gemeenschap. Het gaat daarentegen om relationele autonomie: de mens kan alleen tot zelfbepaling en het dragen van verantwoordelijkheid komen in een relationele bedding.<sup>10</sup> Men streeft naar verbetering zonder te denken in een vaststaand einddoel. Het handelen geschiedt slechts in termen van optimaal en haalbaar (niet maximaal), samen (in plaats van recht op of plicht tot), continuïteit (in plaats van afgebakende eenheden) en draaglijkheid (in plaats van genezing).

### 3.3 De matrix van domeinen en logica's

De voorgaande filosofieën en logica's zijn samen te vatten in een matrix. Zowel in het domein van de straf als in het domein van de zorg komen beide logica's voor.

	<b>Domein van de straf</b>	<b>Domein van de zorg</b>
<b>Logica van de selectie</b>	- Strafrechtspleging, in het bijzonder de straffen	- Medische behandeling in het kader van cure/genezing
<b>Logica van het dokteren</b>	- Behandeling in het kader van resocialisatie - Bemiddeling in het kader van herstelrecht (restorative justice)	- Dokteren in het kader van care/zorg

In de logica van de selectie staat de individualiteit voorop, al dan niet binnen een gedwongen kader. Justitiabelen worden via het strafrecht geselecteerd op basis van verantwoordelijkheid voor hun daden en doorgeleid via de uitvoering van hun straf (werkstraf, schadevergoeding) of de invulling daarvan (detentie of tbs-behandeling). Hun rechten zijn zeer beperkt. Voor patiënten geldt dat zij gecategoriseerd worden via een medische systematiek. Zij hebben recht op informatie en kunnen in principe kiezen welke behandeling hen past. Hoewel de rechten verschillen, geldt binnen deze logica voor beide domeinen dat gereedeneerd wordt in afgebakende individuele producten die losstaan van de

context. In beide systemen zijn de individuen uiteindelijk een nummer – zelf-verkozen of door het lot bepaald.

In de logica van het dokteren staat de relatie tussen personen voorop; deze heeft in principe een open einde. Hier gelden het proces, de relatieve verbetering, de kwaliteit van leven en de kwaliteit van de relatie(s). Deze logica past beter bij het domein van de zorg, maar ook binnen het domein van de straf heeft altijd ruimte bestaan voor een dergelijke logica. Een groot deel van de twintigste eeuw was deze logica herkenbaar in de resocialisatie, voor zover deze gericht was op verbetering van de persoon (en compensatie voor het tekort). Tegenwoordig vinden we deze logica in het opkomende herstelrecht en bij conflictbemiddeling, waarin meer oog bestaat voor de persoon en de omgeving van de betrokkenen. Maar ook bijvoorbeeld de uitvoering van de werkstraf kent elementen van dokteren; de reclassering gaat een proces aan met moeilijk plaatsbare werkgestraften om hen uiteindelijk op een juiste werkplek te krijgen (en te houden).

De constatering van botsende werelden verdient dus bijstelling als deze ook worden begrepen in hun feitelijke werking. Daarbij moeten we constateren dat de wereld van het strafrecht zich in de laatste decennia sterk heeft ontwikkeld volgens de logica van de selectie, vanuit het perspectief van beveiliging. Beschaving veronderstelt straf en daarmee selectie. Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen naar differentiatie in de straffen, waar ook vormen van herstelrecht en genoegdoening – die een meer procesmatige aanpak kennen – deel van uit maken. De mogelijkheden om te behandelen tijdens de detentieperiode zijn eveneens vergroot: er is meer aandacht voor een zinvolle invulling van de detentie ter voorkoming van recidive. Daaronder behoort goede zorg en behandeling van gedetineerden met een psychiatrische achtergrond. Anderzijds zien we een verharding naar de tbs-cliënten. Het geloof in (of de hoop op) verbetering was gedurende het straf/welzijnsdenken in de jaren zestig en zeventig relatief sterk en gaf bijvoorbeeld in de tbs-inrichtingen ruim baan aan de logica van het dokteren. Momenteel staat het proefverlof in het teken van de bescherming van de samenleving (als gegeneraliseerd slachtoffer) en wordt meer gehandeld vanuit risico-inschatting en beveiliging.

In het volgende hoofdstuk staan we stil bij de betekenis van de voorgaande analyse voor verschillende doelgroepen.



#### 4. Dokteren in het domein van de straf en disciplineren in het domein van de zorg

We schetsen enkele contouren van de betekenis ‘dokteren aan discipline’. Nadat drie doelgroepen zijn onderscheiden, bespreken we enkele mogelijke manieren van interventie voor deze drie doelgroepen. Het gaat ons om ideeën die aansluiten bij het gedachtegoed van dokteren aan discipline. We zoeken naar interventies die een aantal elementen uit de logica van de selectie combineren met elementen uit de logica van het dokteren en die tot doel hebben de levenskwaliteit en zelfdiscipline van mensen met een psychi(atri)sche stoornis te vergroten.

##### 4.1 Doelgroepen

Bij de relatie tussen straf en zorg kunnen we grofweg spreken van drie doelgroepen:

1. mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die gezien persoonskenmerken en sociale achtergrondkenmerken risico lopen om delinquent te worden;
2. mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die het strafrechtelijke systeem uit zijn en nazorg behoeven;
3. mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die een delict hebben gepleegd en in het strafrechtstelsel zitten.

Hieronder volgt een korte typering van deze drie doelgroepen.

##### *Mensen die risico lopen om delinquent te worden*

Er is geen eenvoudige definitie van psychische of psychiatrische stoornis. Er is weliswaar een classificatie volgens DSM (Diagnostic and Statistical Manual), maar ook hiervoor geldt dat het wel of niet insluiten van bepaalde ziektebeelden een kwestie van normering is; hierover is geen eenstemmigheid. De definitie van ‘psychisch gestoord’ is sterk cultureel bepaald en de scheidslijn tussen ‘normaal’ en ‘gestoord’ is een glijdende schaal: “*Mental disorders are exaggerations of normal psychodynamics*” (Slobogin 2006, p. 5). Slechts een topje van het psychisch lijden is zichtbaar en het grootste deel van de psychische stoornissen blijft verborgen (Zorg van velen 2002). Bovendien zijn psychische stoornissen geen statisch gegeven. Mensen kunnen in een bepaalde periode

in hun leven lijden aan een psychische stoornis.<sup>11</sup> Een stoornis ontstaat onder invloed van een combinatie van genetische, neurobiologische, psychologische en omgevingsfactoren (*Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis* 2006). Een stoornis kan bijvoorbeeld in een periode van grote stress (zoals in de gevangenis of na de dood van een geliefde) naar buiten komen. De mensen die lijden aan een psychische of psychiatrische stoornis hebben op zich geen groter risico om delinquent gedrag te gaan vertonen. Er is hooguit een gesignaleerd risico. Dat ontstaat bijvoorbeeld als sprake is van een psychi(atri)sche achtergrond gecombineerd met agressief gedrag en/of drugsgebruik of een andere vorm van verslaving. Het samengaan van verschillende stoornissen en verslaving komt regelmatig voor (co-morbiditeit). De omvang van deze doelgroep is niet bekend.

Er zijn grofweg drie belangrijke risicofactoren te signaleren die de kans op crimineel gedrag van personen met een psychiatrische stoornis vergroten.<sup>12</sup> Een belangrijke risicofactor is verslaving. Als bekend is dat de persoon verslavingsgevoelig is, kan die een programma aangeboden krijgen dat een preventieve werking heeft. De tweede belangrijke risicofactor is antisociaal gedrag en aandachttekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD).<sup>13</sup> Als bij een kind antisociaal gedrag en/of ADHD wordt geconstateerd, is het belangrijk een aantal maatregelen te nemen om te voorkomen dat het kind een buitenbeentje wordt (zorgtermen) of in crimineel gedrag vervalt (straftermen). Hier valt te denken aan het ondersteunen van ouders in het beter omgaan met het storende gedrag en het kind in zijn of haar waarde bevestigen, aan medicatie, verbetering van de integratie op school en aandacht voor het vergroten van de leerprestaties.<sup>14</sup> Ten derde blijkt een slechte maatschappelijke integratie een risicofactor te zijn: “De kans op antisociaal gedrag neemt toe naarmate de binding die iemand met de samenleving heeft kleiner is” (*Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis* 2006, p. 35). Een zwakke sociale structuur en ongunstige economische omstandigheden vergroten de kans op antisociaal gedrag. Dit vergt een maatschappelijke (preventieve) aanpak (Mertens 1993; *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis* 2006). Binnen deze doelgroep vallen mensen met uiteenlopende psychiatrische, psychische en/of psychosociale achtergronden. Een deel ervan is agressief of het gedrag geeft overlast in hun omgeving. Daarnaast kan sprake zijn van gedrag dat gevaar oplevert voor henzelf of hun naaste omgeving.

### *Mensen die nazorg behoeven*

Deze doelgroep is geselecteerd op basis van delictgedrag en bestaat uit personen met een gevarieerdheid aan psychiatrische, psychische en/of psychosociale problemen (zie hieronder). Na ommekomst van de straf geldt voor deze personen in principe hetzelfde als voor de eerste categorie: delictgedrag moet worden voorkomen. Behandeling vindt plaats binnen de logica van het dokteren, maar er zal nadrukkelijk oog moeten zijn voor het gevaar van herhaling.

### *Gedetineerden met een psychiatrische achtergrond*

De gevangenis is een beheersorganisatie met een beveiligingsklimaat, en geen zorginstelling met een zorgklimaat. Toch hebben penitentiaire inrichtingen ook zorgverantwoordelijkheid: adequate psychomedische, psychiatrische en psychosociale zorg.

Mede op grond van de nota *Werkzame detentie* in de jaren negentig is, naast een versoerd regime, meer aandacht gekomen voor de zorg voor gedetineerden met ernstige psychische en/of psychosociale problemen en mensen met een verslavingsproblematiek (of een combinatie daarvan). Alle gesloten penitentiaire inrichtingen kennen multidisciplinaire teams, de zogenaamde Psychomedische teams, zodat binnen het standaardregime bijzondere zorg kan worden verleend. Dit kan onder meer door intensievere individuele begeleiding op Bijzondere zorgafdelingen (BZA). Het aantal plaatsen op Individuele begeleidingsafdelingen (IBA) is in de loop van de jaren uitgebreid.

Binnen de gevangenis zijn verschillende groepen te onderscheiden, waaronder de gedetineerden met een ernstige en/of complexe psychische stoornis, en gedetineerden met een minder ernstige en/of eenvoudige kortdurende psychiatrische stoornis.<sup>15</sup> De eerste groep heeft zorg nodig zoals binnen een gesloten psychiatrische voorziening en deze groep is beveiligingsbehoefstig en beheersprobleematisch. Deze mensen worden ook wel 'draaideurpatiënten' genoemd, omdat zij zich bewegen tussen GGZ-voorzieningen en justitie (*Zorgen voor behandeling* p. 26). De tweede groep bestaat uit gedetineerden die vaak lijden aan angst- en stemmingsstoornissen die in de vrije maatschappij ambulantly behandeld zouden kunnen worden.

Uit onderzoek van DJI blijkt dat 8% van de gedetineerden die bekend zijn bij de inrichtingspsycholoog vanwege hun psychische stoornis een zorgniveau nodig heeft dat binnen het gevangeniswezen niet aanwezig is.<sup>16</sup> Geschat wordt dat ongeveer 3% van de gedetineerden die voldoen aan de criteria voor me-

disch noodzakelijke zorg, in feite niet geschikt is voor detentie (*Zorgen voor behandeling* 2003, p. 14). Deze groep gedetineerden bestaat uit mensen die veroordeeld zijn tot opname in een psychiatrische kliniek (art. 37 Sr), psychotici, gedetineerden die een detentievervangende behandeling nodig hebben (art. 15 lid 5 PBW) en tbs-gestelden. De doorstroming naar de tbs-instelling of GGZ-inrichting verloopt moeizaam (*Zorgen voor behandeling* 2003, p. 15).<sup>17</sup> Ondanks de zorgstructuur in de penitentiaire inrichtingen lijkt de zorg vaak niet te voldoen, doordat de medische begeleiding is beperkt tot medicamenteuze en fysiekmedische behandeling. De afgelopen jaren neemt het aantal afspraken met Riagg of Forensische Psychiatrische Poliklinieken voor ambulante psychiatrische hulpverlening toe.

Binnen de justitiële jeugdinrichtingen neemt het aantal jongeren met een psychiatrische problematiek eveneens toe, terwijl het ontbreekt aan voldoende verpleegkundig personeel en aan psychiaters om adequate hulp te kunnen bieden (*Tussen zorgen en begrenzen*, RMO 2005, p. 12-13). Volgens onderzoek van Dorelijers (2004) heeft zelfs het merendeel van de veroordeelde jongeren een psychiatrische stoornis en staat de justitiële opvang vaak haaks op de hulp en zorg waar deze jongeren behoefte aan hebben.

#### *4.2 Dokteren ter disciplineren*

In de bespreking van de interventiemogelijkheden gaan we eerst in op de eerste twee doelgroepen, die in zekere zin veel met elkaar gemeen hebben. Het gaat om mensen met een psychi(atr)ische achtergrond die een risico hebben om delictgedrag te vertonen of daarin terug te vallen. We gaan apart in op vormen van nazorg. Vervolgens gaan we in op de derde doelgroep, gedetineerden met een psychi(atr)ische achtergrond. De mogelijkheden die we naar voren brengen, sluiten aan bij ontwikkelingen die gaande zijn. Dit hoofdstuk geeft een eerste aanzet tot de invulling van dokteren ter disciplineren.

##### *Psych(iatr)ische patiënten met risico van (terugval in) delictgedrag*

De behandeling van de eerste twee doelgroepen staat in het teken van de preventie van (vervolg)delicten. De eerste doelgroep heeft kans op vervallen in ernstig probleemgedrag, de tweede doelgroep op terugvallen.

Personen met een psychi(atr)ische achtergrond die een risico lopen dat ze delinquent gedrag vertonen, vallen in principe binnen het domein van de zorg. Als er sprake is van gevaar voor zichzelf of het leven van anderen, kan een civiele maatregel worden opgelegd. Als daadwerkelijk agressief gedrag of

ander delictgedrag plaatsvindt, kan dit leiden tot een strafrechtelijke reactie. Het hangt van verschillende factoren af of en wanneer iemand met delictgevaarlijk gedrag via een civiele maatregel of een strafrechtelijke aanpak wordt ingesloten, en of de nadruk ligt op behandelen en zorg of juist op beveiligen en een strafrechtelijke aanpak.

Vanwege een gesignaleerd risico is het te overwegen een disciplinerende behandeling aan te bieden. Deze categorie zou beter in kaart gebracht moeten worden om via een vroegtijdig hulpaanbod te voorkomen dat betrokkenen vervallen in delictgedrag. Bijvoorbeeld mensen met een licht verstandelijke handicap en/of psychische stoornis die zelfstandig wonen. Zij zijn extra kwetsbaar en daardoor sneller beïnvloedbaar om illegale activiteiten te verrichten. Nader onderzoek is gewenst naar manieren om contact te houden en naar het ontwikkelen van mogelijkheden van toezicht, zodat tijdig kan worden ingegrepen als er gevaar dreigt.

Deze interventies dienen gestoeld te zijn op een combinatie van de logica van de selectie en de logica van het dokteren. Dat wil zeggen dat een interventie gebaseerd moet zijn op een van tevoren vastgestelde aanpak met ruimte voor dokteren in een open proces. Dit sluit aan bij wat wij eerder een beschermingsarrangement hebben genoemd.<sup>18</sup> Een beschermingsarrangement moet voldoen aan drie criteria. Het probleem moet centraal staan en de interventie moet gericht zijn op het stoppen of het voorkomen van agressief gedrag of ander delictgedrag. Bovendien moet de interventie aansluiten op de behoeften en vaardigheden van de persoon met een psychische of psychiatrische stoornis en gericht zijn op het vergroten van diens veerkracht.<sup>19</sup> Het gaat daarbij niet alleen om het versterken van de individuele autonomie, weerbaarheid en besluitvaardigheid. Ook het versterken van het sociale netwerk is van essentieel belang. Dit sociale netwerk omvat het gezin, maar ook de bredere sociale context, zoals de *peergroup* van de adolescent, de school en de buurt (*Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis* 2006, p. 44-46). Tot slot moet een duidelijk normatief kader worden geboden: heldere (gedrags)regels bieden houvast. Het gaat daarbij niet alleen om wat mag en niet mag, maar vooral ook om het bieden van oplossingsgerichte vaardigheden. Hier kan nog aan worden toegevoegd dat interventies moeten voldoen aan procedurele rechtvaardigheid en transparantie.

Belangrijk in de interventie is de noodzaak van contextgerichtheid. Het ontstaan van crimineel gedrag (of terugvallen in crimineel gedrag) is noch alleen het gevolg van een persoonlijke keuze of problematiek, noch van enkel biolo-

gische of genetische aanleg, maar mede afhankelijk van het leefsysteem waarin de persoon verkeert. De subcultuur van de (culturele) gemeenschap en de dynamiek in een gezin zijn van invloed op de psychiatrische problematiek.<sup>20</sup>

Een probleem in de praktijk is hoe cliënten met risicogedrag gemotiveerd kunnen worden tot hulpverlening en/of behandeling. Hulpverlening gebeurt per slot van rekening op basis van vrijwilligheid. Maar heeft iemand voldoende vaardigheden om tot een verantwoorde keuze te komen en zelf beslissingen te nemen? Wanneer moet een keuze voor de ander gemaakt worden? Soms kan een civielrechtelijke maatregel een stok achter de deur zijn. Soms is sprake van gewelddadig gedrag en wordt de politie ingeschakeld. Het is belangrijk om juist ook in dat soort situaties te zoeken naar een op zorg gestoelde aanpak en een aanpak dan wel behandeling die erop is gericht de verantwoordelijkheid die (deels) uit handen is genomen, weer terug te geven en de veerkracht te vergroten. Bovendien is het van belang het leefsysteem van de betrokkene erbij te betrekken. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Een jongen met een psychiatrische achtergrond was zo agressief tegen zijn moeder dat de politie hem meenam naar het bureau. Hij werd langere tijd in voorlopige hechtenis genomen. De reactie van justitie was gericht op beveiliging, vanuit repressieve overwegingen. Maar als er gedacht was vanuit zorg voor de jongen, had het meer voor de hand gelegen in overleg met de betrokken psychiater te zoeken naar een opname of crisisopvang. Een nieuwe vorm van kortdurende opname zou gezins- of systeemopname voor kinderen en adolescenten kunnen zijn. De visie hierachter is dat psychi(atr)ische stoornissen mede veroorzaakt of in stand gehouden worden door de gezinsdynamiek. Als een kind of adolescent delictgedrag vertoont, kan vrijwillig of met een civielrechtelijke of strafrechtelijke titel voor korte tijd opname in zo'n kliniek plaatsvinden. Het doel is te zoeken naar de meest aansluitende behandeling en ondersteuning. Dit sluit aan bij de al bestaande intensieve multisysteemtherapie, waar gemiddeld 40 uur per week contact is met de therapeut gedurende 15 tot 24 weken (*Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis* 2006, p. 47). Een zodanige constructie kan ook nader worden uitgewerkt voor andere doelgroepen.

#### *Vormen van nazorg*

De afgelopen jaren is er meer aandacht voor de aansluiting van tbs-inrichtingen of penitentiaire inrichtingen op externe vervolgvoorzieningen vanwege ernstige psychische problematiek, maar dit is nog mondjesmaat (*Zorgen voor behandeling*, p. 22). De nazorg behoort oog te hebben voor het leefsysteem

waar de ex-gedetineerde naar terugkeert. Is er een vak geleerd, is er uitzicht op werk, heeft de ex-gedetineerde/psychiatrische patiënt een dak boven het hoofd, is er een constructieve gemeenschap of gezinssituatie waarin hij of zij terugkeert?

Momenteel wordt voor een beperkte groep criminele jongeren gewerkt vanuit een functionele systeembenadering. Het doel daarvan is de gezinssituatie gezonder te maken. De resultaten lijken positief.<sup>21</sup> Deze wijze van werken zou ook ingezet kunnen worden bij bepaalde forensisch-psychiatrische cliënten. Een logica van de zorg kan domineren, als zij gepaard gaat met een disciplineerende doelstelling; het is niet alleen vrijblijvend, leuk en aardig, de zorg moet ook doelgericht zijn. Er moet sprake zijn van een programma of behandelplan gericht op het voorkomen van delictgedrag, het vergroten van de veerkracht van de cliënt en andere betrokkenen en het versterken van het sociale netwerk. Duidelijke (gedrags)regels over wat mag en niet mag zijn hierbij van belang.

In de nazorg kunnen de mogelijkheden van een vorm van 'toezicht met tanden' versterkt worden, dat wil zeggen dat toezicht aan voorwaarden is gebonden om terugval te voorkomen. In het zoeken naar voorwaarden zijn de criteria van de beschermingsarrangementen bruikbaar: gericht op het voorkomen van terugval, vergroten van de veerkracht van de cliënt, het versterken van het sociale netwerk en een duidelijk normatief kader. Dit betekent dat toezicht niet alleen vanuit beheersbaarheid moeten worden doordacht, maar vanuit het vergroten van de veerkracht en autonomie van mensen. De rol van de reclassering in afstemming met de gemeenten is hierin essentieel.

Ook kan gedacht worden aan vormen van beschermd wonen als nazorg, zoals in het rapport *Zorgen voor behandeling* (2003) is aangegeven. Beschermd wonen komt tegemoet aan de behoefte aan zelfstandigheid van deze groepen. Er kan zorg worden geboden in afstemming met de bewoners en gericht op het vergroten van de veerkracht, terwijl een sociaal netwerk wordt verstevigd. Vormen van beschermd wonen worden omgeven met duidelijke regels en er is contact tussen hulpverleners, dienstverleners, toezichthouders en bewoners. Beschermd wonen biedt mogelijkheden voor disciplineren. Dit dient ook uitdrukkelijk een onderdeel te vormen van de begeleiding, omdat deze groep extra kwetsbaar is en beïnvloedbaar, ook voor 'negatieve krachten'. Er moet gedokterd worden om de levenskwaliteit en autonomie van de bewoners te vergroten en om te disciplineren.<sup>22</sup>

Voor de groep mensen die vanwege hun psychiatrische problematiek niet meer zelfstandig kan gaan wonen en die ook niet geschikt is voor een vorm van beschermd wonen, bestaat de 'asielfunctie' van de psychiatrische ziekenhuizen: een gesloten en besloten woonvoorziening binnen de GGZ. In de psychiatrische ziekenhuizen is de mogelijkheid van gesloten behandeling grotendeels verdwenen. Meerdere GGZ-instellingen hebben behoefte aan longstayvoorzieningen en sommige instellingen hebben er plannen voor ontwikkeld (Klinische forensische psychiatrie, 2004, p. 13) Deze asielfunctie kan bescherming van de samenleving en zorg voor de mens (geestelijke gezondheidszorg) combineren.

In de jaren zeventig zijn deze gesloten afdelingen echter niet voor niets sterk teruggedrongen; langdurige opname in gesloten instituties maakt mensen steeds afhankelijker en zij raken gehospitaliseerd. De kunst is om de longstayvoorziening zo in te richten dat zorg voor de patiënt voorop staat en het programma kansen biedt om binnen (strakke) kaders enige mate van zelfstandigheid te stimuleren; de weg naar buiten moet open blijven. Tegelijkertijd hoort er aandacht te zijn voor het voorkomen van delictgevaarlijk gedrag. Gegeven de huidige neiging om de samenleving beter te beschermen tegen problematische stoornissen valt te overwegen om de asielfunctie in waarde te herstellen – al dan niet onder een andere naam, maar met zorg voor het versterken van de levenskwaliteit en een zekere zelfstandigheid.

Belangrijk in alle genoemde mogelijkheden is het waarborgen van zorg voor de persoon in zijn of haar context door de levenskwaliteit van die persoon te verhogen door te dokteren, terwijl tegelijkertijd oog is voor disciplineren.

#### *Gedetineerden met een psych(iatr)ische stoornis*

De selectie heeft plaatsgevonden binnen het domein van de straf en zou bij voorkeur een pendant vinden binnen het domein van de zorg. Dit is meestal niet het geval – de psychiatrische problematiek is veelal te gecompliceerd en te nauw verwickeld met de context van de dader. De zorg behoort plaats te vinden binnen het domein van de straf, ofwel: *er dient gedokterd te worden ter disciplineren*. Er moet dus worden gezocht naar vormen van dokteren die toepasbaar zijn binnen het domein van de straf. Deze kunnen niet het open en relationele karakter hebben van de zorglogica, maar kunnen ook niet geheel samenvallen met de doeleinden van de strafselectie. Daarbij is het van belang rekening te houden met de heterogeniteit van deze doelgroep. Denkend vanuit het concept van dokteren aan disciplineren is maatwerk geboden langs twee sporen, sporen die overigens al zijn ingezet.



Allereerst het toepassen van vormen van behandeling die passen binnen de gegeven spanning. Begin deze eeuw zijn verschillende kleinschalige projecten gestart (*Zorgen voor behandeling 2* 2003). Deze draaiden op geheel vrijwillige basis. Behandeling binnen het strafrechtelijke kader is zeker mogelijk. Het is een spoor van zoeken naar nieuwe vormen en best practices, systematische beschrijving en evaluatie. Het gaat erom dat de gedetineerde wordt gezien als iemand met wie wordt samengewerkt en met wiens behoeften en vaardigheden rekening wordt gehouden in de soort behandeling. De behandeling hoort gericht te zijn op het vergroten van de levenskwaliteit en veerkracht van mensen. Er moet ruimte zijn om het gezin of de sociale context van de gedetineerde in de behandeling te betrekken. Dokter en discipline betekent zorg voor de persoon en met elkaar zoeken naar de beste aanpak. Dit in tegenstelling tot een behandeling die is gebaseerd op een aantal kenmerken van de persoon die dwingen tot een bepaalde behandeling (Tervoort 1999). Tussen vrijwillige behandeling en dwang ligt een nieuw terrein van 'toezicht met tanden'. Dat wil zeggen, een vorm van behandeling, zorg en ondersteuning binnen een begrensd kader; als regels worden overtreden kan een sanctie volgen. De groep van personen die psychologische zorg nodig hebben is zeer gedifferentieerd. Dit betekent dat er een grote variatie aan programma's ontwikkeld moet worden binnen verschillende settings (Mertens 1993).

In de tweede plaats kan gewerkt worden aan een vorm van casusoverleg (of diagnostiek) na de strafoplegging waarin beide perspectieven zijn verenigd. Dit veronderstelt een nauwe samenwerking tussen penitentiaire inrichtingen en psychiatrische instellingen, een ontwikkeling die overigens in gang is gezet. Dit multidisciplinaire overleg zou niet beperkt moeten blijven tot gedragskundigen, ook juristen en criminologen zouden hiervan deel uit moeten maken. Van dit overleg zou ook de nazorg systematisch onderdeel moeten zijn.

In beide gevallen gaat het om vormen van dokteren; zoeken naar de beste zorg en begrenzing vanuit een (beproefd of te beproeven) kader waarbinnen maatwerk wordt geleverd, door de mens in zijn of haar sociale context tegemoet te treden. De eerste lijn betekent een versterking van een onderzoeksprogramma waarin gezocht wordt naar evidence-based interventies en behandelprogramma's, zonder rigide te worden in de toepassing. De tweede lijn verwijst naar vormen van samenwerking tussen disciplines, waarin gezamenlijke oordeelsvorming plaatsvindt over de betrokken psychiatrische delinquent en de gewenste behandeling. Daarbij wordt de mens niet (alleen) beoordeeld op kenmerken, maar zoekt men in samenspraak en in een proces van *trial and error* naar de juiste maat.

## 5. Conclusie

In het zoeken naar interventies en vormen van hulp en behandeling van mensen met een psychiatrische of psychische stoornis die delictgevaarlijk zijn, is het naar onze mening van belang oog te houden voor de logica van het dokteren binnen de kaders van de logica van de selectie. We zien vaak dat als geen harde kwalitatieve criteria gevonden kunnen worden op grond waarvan een bepaalde interventie geïndiceerd is, alleen procedurele regels worden vastgesteld. Op grond van rationele argumenten wordt gekozen voor een doelmatige en efficiënte aanpak (logica van de selectie). Het gevaar is dat professionals zich kunnen verschuilen achter een juiste procedure, terwijl materieel gezien de interventie niet bijdraagt aan het oplossen van het probleem en het versterken van de veerkracht van de gedetineerde of persoon met psychi(atri)sche achtergrond. Een procedureel juiste interventie kan zelfs een schending opleveren van een inhoudelijke norm zoals rechtvaardigheid, solidariteit of respect voor de ander. Daarom is het belangrijk oog te houden voor de volgende vragen: wordt een probleem opgelost, wordt de betrokken persoon er veerkrachtiger door, leidt het tot een positieve versterking van het sociale netwerk? Het gaat er met andere woorden om te dokteren binnen de kaders van de selectie; zoeken naar de beste interventie of behandeling in een proces van interactie tussen betrokken hulpverleners, professionals en cliënten in hun sociale context.

### Noten

1. *Mentality* zoals gebruikt in Angelsaksische literatuur voor het geheel van opvattingen, houdingen en gedragingen.
2. De eerste taakstraf werd in 1983 door een officier van justitie opgelegd onder de noemer van dienstverlening.
3. European Prison Rules (Raad van Europa, 1973 en 1987) en Body of Principles for the Protection of all Persons under any Form of Detention or Imprisonment (Algemene vergadering van de VN, 1988).
4. Deze beschrijving is ontleend aan Boutellier, 2002.
5. Garland spreekt in dit verband van '*penal-welfarism*'.
6. Zie bijvoorbeeld: Janse de Jonge, Moerings & van Vliet, 1993.
7. De gangbare vertaling van '*incapacitation*'.
8. Een antropometrische signalementskaart houdt de fysiologische kenmerken bij zoals zwemvliezen tussen vingers, beharing op bepaalde plekken, doorlopende wenkbrauwen et cetera.

9. Deze term is ontleend aan Mol (2006). Zij stelt dat de logica van de zorg in termen van de volksgezondheid in het teken staat van 'het dokteren'.
10. Zie hierover Sevenhuijsen (2000) die ingaat op de zorgethiek voor sociaal beleid.
11. In de Verenigde Staten heeft 32% van de Amerikaanse volwassenen op enig moment in hun leven een psychiatrische stoornis (en 20% heeft een stoornis op elk moment), aldus Slobogin (2006, note 6, p. 273).
12. Dit werd naar voren gebracht door Han Blankstein, voormalig directeur van de Pompekliniek in Nijmegen.
13. Zie bijvoorbeeld: M. Junger, Naar een kosteneffectief beleid ter voorkoming van antisociaal gedrag, 2006 en het advies van de Gezondheidsraad uit 2006: *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*.
14. Hier is en wordt veel onderzoek naar gedaan. Zie bijvoorbeeld: Loeber, Slot & Sergeant (red.) (2001).
15. Daarnaast worden zedendelinquenten, gedetineerden met agressieregulatieproblemen en gedetineerden met een verstandelijke handicap onderscheiden.
16. Dit percentage betreft de gedetineerden die in beeld zijn bij de inrichtingspsychologen. Deze groep is niet representatief voor de totale gevangenispopulatie.
17. Deze doorstroom geldt evenzeer voor verstandelijk gehandicapten naar instellingen in de gehandicaptenzorg.
18. In het boek *Beschermingsarrangementen. Recht doen vanuit het perspectief van de burger* diepen we dit concept uit voor de problematiek van onveiligheid in het gezin, de school en de wijk. Lünemann, Boutellier, Goderie & Van der Graaf, 2005.
19. Onder veerkracht wordt verstaan: het hebben van betekenisvolle relaties (met vertrouwen, diepgang en betekenis), het doelbewust kunnen handelen (kunnen verwezenlijken van aspiraties en doelen) en het vermogen hebben inzicht te verwerven en te reflecteren (Lünemann et al., 2005, p. 37). Zie ook: Dijkstra (2004).
20. Dit komt onder meer naar voren in de gehouden interviews. Zie ook: *Preventie en behandeling van antisociale persoonlijkheidsstoornis* (2006).
21. Zie bijvoorbeeld ook het tijdschrift *Systeemtherapie* 2006 en *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*, 2006.

22. De projecten van beschermd wonen zijn te differentiëren naar verschillende doelgroepen (psychotici vergen bijvoorbeeld een ander woonklimaat dan mensen met een persoonlijkheidsstoornis of een verslavingsachtergrond).

#### Literatuur

- Blankman, K. (1999), Psychiatrie en burgerlijk recht: beschermingsmaatregelen voor meerderjarige wilsonbekwamen. In: B.C.M Raes. & F.A.M. Bakker (red.), *De Psychiatrie in het Nederlandse recht*. Deventer: Gouda Quint.
- Boutellier, H. (2002), *De veiligheidsutopie. Hedendaags onbehagen en verlangens rond misdaad en straf*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Boutellier, H. et al., red. (2001), *De straf voorbij. Morele praktijken rondom het strafrecht*. Amsterdam: SWP.
- Boutellier, H. (2004), Beschavingspretenties van straf en herstel. In: Van Stokkom (red.), *Straf en herstel*, p. 25-42. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Boutellier, H. (2005), *Meer dan veilig: Over bestuur, bescherming en burgerschap*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Buruma, Y., red. (1999), *100 jaar strafrecht. Klassieke teksten van de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dorelijers, Th.A.H. (2004), Te gek voor woorden? Een biopsychosociale benadering van jeugddelinquentie (Diesrede). Amsterdam: De Raat en De Vries.
- Dijkstra, S. (2004), Trauma, veerkracht en levensloop. *Tijdschrift over kindermishandeling*, 18, 4, 16-20.
- Duyvendak, J.W. (2006), *De staat en de straat*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Duff, R.A. (2002), Restorative punishment and punitive restoration. In: L. Walgrave, ed. *Restorative justice and the Law*, p. 82-100. Portland: Willan Publishing.
- Franke, H. (1996), *De macht van het lijden. Twee eeuwen gevangenisstraf in Nederland*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Garland, D. (1990), *Punishment and modern society: a study in social theory*. Oxford: Clarendon Press.
- Garland, D. (2001), *The culture of control. Crime and social order in contemporary society*. Oxford: Oxford University Press.
- Hazewinkel-Suringa, D., bewerkt door R Emmelink (1996). *Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht*. Deventer: Gouda Quint.
- Hirsch, A. von (1976), *Doing justice : the choice of punishments*. New York: Mc Graw Hill.

- Huls, F.W.M. et al. (2001), *Criminaliteit en rechtshandhaving 2000*. Den Haag: CBS & WODC.
- Janse de Jonge, J.A., M. Moerings & A. van Vliet, red. (1993), *Binnen de steen van dit bestaan. Over rechtsbescherming en totale instituties*. Arnhem/Utrecht: Gouda Quint/Willem Pompe Instituut.
- Jonkers, W.H.A. (zj), De strafrechtelijke straf: inhoud, grondslag, doeleinden. In: Buruma, Y., red. (1999), *100 jaar strafrecht. Klassieke teksten van de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Junger, M. (2006), Naar een kosteneffectief beleid ter voorkoming van antisociaal gedrag. In: I. Doortin & R. Rouw, red., *Opbrengsten van sociale investeringen*. Amsterdam: SWP.
- Keijser, J.W. de (2004), Doelen van straf. Morele theorieën als grondslag voor een legitieme strafrechtpleging. In: Van Stokkom, red. *Straf en herstel*. p. 43-65. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Klinische forensische psychiatrie, *brugfunctie of zelfstandig circuit* (2004). Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Koenraadt, F.A.M.M. (1999), Historische reflecties over psychiatrie en recht. In: B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker, red. *De psychiatrie in het Nederlandse recht*. Deventer: Gouda Quint.
- Leest, J. (2001), Recht gedaan, Recht gevoeld. Een zorgethisch argument voor herstelrecht. In: Boutellier, H. et al., red. *De straf voorbij. Morele praktijken rondom het strafrecht*. p. 64-73. Amsterdam: SWP.
- Loeber, R., N.W. Slot & J.A. Sergeant, red. (2001), *Ernstige en gewelddadige jeugd-delinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Lochum.
- Lünnemann, K., G. Beijers & M. Wentink (2005), *Werkstraffen succes verzekerd?* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Lünnemann, K., H. Boutellier, M. Goderie & P. van der Graaf (2005), *Beschermingsarrangementen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Mertens, J. (1993), Gestoorde criminelen, delinquente patiënten. *Sancties*, (1), 8-20.
- Mol, A. (2006), *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (2006). Den Haag: Gezondheidsraad.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2005), *Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen*. Den Haag: RMO.

- Sevenhuijsen, S.L. (2000), *De plaats van zorg. Over de relevantie van de zorgethiek voor sociaal beleid*. Rede.
- Slobogin, C. (2006), *Minding Justice. Laws that deprive people with mental disability and liberty*. Harvard University Press.
- Soetenhorst-de Savornin Lohman, J. (1990), *Doe wel en zie om. Maatschappelijke hulpverlening in relatie tot recht*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Soetenhorst-de Savornin Lohman, J. red., (1989), *Slachtoffers van misdrijven, ontwikkelingen in hulpverlening, recht en beleid*. Arnhem: Gouda Quint.
- Stokkom, B. van, red., (2004), *Straf en herstel*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Swaan, A. de (1989), *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Tervoort, M.G.A. (1999), Differentiëren in plaats van egaliseren: het rapport Ibo tbs. *Justitiële Verkenningen*, 25, 4, 78- 89.
- Tronto, J.C. (1993), *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York/London: Routledge.
- Werkzame detentie. De nieuwe beleidsnota voor het gevangeniswezen* (1994). Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Wijers, I. (2001), De rechter als moreel referentiepunt. Een zorgethische benadering. In: Boutellier, H. et al., red. *De straf voorbij: morele praktijken rondom strafrecht*. p. 88-97. Amsterdam: SWP.
- Zorg om zorg (2001), *Een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, Sectordirectie Gevangeniswezen.
- Zorg van velen (2002) *Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*.
- Zorgen voor behandeling 1* (2003). *Over samenwerking tussen GGZ, de Reclassering en het Gevangeniswezen bij de behandeling van gedetineerden die lijden aan een psychische stoornis*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, sectordirectie Gevangeniswezen.
- Zorgen voor behandeling 2* (2003). *Monitoregevens van 7 projecten over de periode april tot en met december 2001*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

## Bijlage 4

### Overzicht van uitgebrachte publicaties van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

#### Adviezen

##### **Derde raadsperiode 2005-2008**

- 41 Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen. (2007)
- 40 Inhoud stuurt de beweging. Drie scenario's voor het lokale debat over de WMO. (2006)
- 39 Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming. (2006)
- 38 Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat. (2005)
- 37 Niet langer met de ruggen naar elkaar. Een advies over verbinden. (2005)
- 36 Lokalisering van maatschappelijke ondersteuning. Voorwaarden van een succesvolle WMO. (2005)

##### **Tweede raadsperiode 2001-2004**

- 35 Eenheid, verscheidenheid en binding. Over concentratie en integratie van minderheden in Nederland. (2005)
- 34 Ouderen tellen mee. Advies aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer. (2004)
- 33 Mogen ouderen ook meedoen. (2004)
- 32 Toegang tot recht. (2004)

- 31 Sociale veiligheid organiseren. Naar herkenbaarheid in de publieke ruimte. (2004)
- 30 Verschil in de verzorgingsstaat. Over schaarste in de publieke sector. (2004)
- 29 Humane genetica en samenleving. Bouwstenen voor een ander debat. (2004)
- 28 Europa als sociale ruimte. Open coördinatie van sociaal beleid in de Europese Unie. (2004)
- 27 Hart voor Europa. De rol van de Nederlandse overheid. (2003)
- 26 Medialogica. Over het krachtenveld tussen burgers, media en politiek. (2003)
- 25 De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care. (2002)
- 24 Bevrijdende kaders. Sturen op verantwoordelijkheid. (2002)
- 23 Geen woorden maar daden. Bijdrage aan het normen- en waardendebat. (2002)
- 22 Werken aan balans. Een remedie tegen burn-out. (2002)
- 21 Educatief centrum voor ouder en kind. Advies over voor- en vroegschoolse opvang. (2002)
- 20 Levensloop als perspectief. Kanttekeningen bij de Verkenning Levensloop. Beleidsopties voor leren, werken, zorgen en wonen. (2002)
- 19 Van uitzondering naar regel. Maatwerk in het grotestedenbeleid. (2001)
- 18 Aansprekend opvoeden. Balanceren tussen steun en toezicht. (2001)
- 17 Instituties in lijn met het moderne individu. De sociale agenda 2002-2006. (2001)
- 16 Kwetsbaar in kwadraat. Krachtige steun aan kwetsbare mensen. (2001)

#### **Eerste raadsperiode 1997-2000**

- 15 Ver weg en dichtbij. Over hoe ICT de samenleving kan verbeteren. (2000)
- 14 Van discriminatie naar diversiteit. Kanttekeningen bij de Meerjarennota Emancipatiebeleid 'Van vrouwenstrijd naar vanzelfsprekendheid'. (2000)
- 13 Wonen in de 21<sup>e</sup> eeuw. (2000)
- 12 Alert op vrijwilligers. (2000)
- 11 Ongekende aanknopingspunten. Strategieën voor de aanpassing van de sociale infrastructuur. (2000)
- 10 Aansprekend burgerschap. De relatie tussen organisatie van het publieke domein en de verantwoordelijkheid van burgers. (2000)



- 9 Nationale identiteit in Nederland. (1999)
- 8 Arbeid en zorg. Reactie op de kabinetsnota 'Op weg naar een nieuw evenwicht tussen arbeid en zorg'. (1999)
- 7 Integratie in perspectief. Advies over integratie van bijzondere groepen en van personen uit etnische groeperingen in het bijzonder. (1998)
- 6 Verantwoordelijkheid en perspectief. Geweld in relatie tot waarden en normen. (1998)
- 5 Uitsluitend vrijwillig!? Maatschappelijk actief in het vrijwilligerswerk. (1997)
- 4 Kwaliteit in de buurt. (1997)
- 3 Werkloos toezien. Activering van langdurig werklozen. (1997)
- 2 Stedelijke vernieuwing. (1997)
- 1 Vereenzaming in de samenleving. (1997)

#### Werkdocumenten

- 14 Opbrengsten van sociale investeringen. I. Doorten & R. Rouw (red.) (2006)
- 13 Eigen verantwoordelijkheid: bevrijding of beheersing? R. Ossewaarde. (2006)
- 12 Democratie voorbij de instituties. Vooronderzoek van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2006)
- 11 Horizontale verantwoording bij ZBO's en agentschappen. T. Schillemans. (2005)
- 10 Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen. D. Graas en R. Janssens. (2005)
- 9 Gezin anno nu. M. Distelbrink, N. Lucassen en E. Hooghiemstra. (2005)
- 8 Tussen vangnet en trampoline. Over de inzet van publieke middelen voor participatie en zekerheid. H. Adriaansens, K. van Beek en R. Janssens. (2005)
- 7 Preventiebeleid. Een verkennende achtergrondstudie. R. Torenvlied en A. Akkerman. (2005)
- 6 Over insluiting en vermijding. Twee essays over segregatie en integratie. J. Uitermark en J.W. Duyvendak; P. Scheffer. (2004)
- 5 "Nee, ik voel me nooit onveilig". Determinanten van sociale veiligheidsgevoelens. H. Elffers en W. de Jong. (2004)
- 4 Ouderen en maatschappelijke inzet. K. Breedveld, M. de Klerk en J. de Hart. (2004)

- 3 Financiële prikkels voor werknemers bij uittreding. I. Groot en A. Heyma. (2004)
- 2 Sociale veiligheid vergroten door gelegenhedsbeperking: wat werkt en wat niet? K. Wittebrood en M. van Beem. (2004)
- 1 Inburgering. Educatieve opdracht voor nieuwkomer, overheid en samenleving. (2003)

Publicaties van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling zijn te downloaden via [www.adviesorgaan-rmo.nl](http://www.adviesorgaan-rmo.nl).

# Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) werkt aan nieuwe concepten voor de aanpak van sociale vraagstukken. De raad is:

prof. Maurits Barendrecht

prof. Talja Blokland-Potters

prof. Anneke van Doorne-Huiskes

prof. Paul Frissen

Sadik Harchaoui

Yolan Koster-Dreese

José Manshanden

prof. Micha de Winter

Krijn van Beek is algemeen secretaris van de raad.

De RMO is bij wet ingesteld op 1 januari 1997. Zijn formele opdracht luidt: “de regering en de beide kamers der Staten-Generaal te adviseren over de hoofdlijnen van beleid inzake de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen voor zover deze van invloed zijn op de participatie van burgers in en de stabiliteit van de samenleving”.

Parnassusplein 5

Postbus 16139

2500 BC Den Haag

Tel. 070 340 52 94

Fax 070 340 54 46

rmo@adviesorgaan-rmo.nl

www.adviesorgaan-rmo.nl



## Colofon

Straf en zorg: een paar apart  
Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische  
problemen (advies 41)  
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

ISBN 978 90 6665 830 1

NUR 740

Foto omslag

© Lise Powell (BigStockPhoto.com)

Vormgeving

Marc Horvat, Uitgeverij SWP

Uitgever

Paul Roosenstein

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:

Postbus 257, 1000 AG Amsterdam

Telefoon: (020) 330 72 00

Fax: (020) 330 80 40

E-mail: [swp@swpbook.com](mailto:swp@swpbook.com)

Internet: [www.swpbook.com](http://www.swpbook.com)







