



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Zorg aan delinquent, Opsluiten van patiënt

‘Cultuurverschillen Justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ’

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
Fax 070 - 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Zorg aan delinquent, Opsluiten van patiënt

**‘Cultuurverschillen Justitie, forensi-
sche zorg en de reguliere GGZ’**

**In het kader van adviesaanvraag: ‘Samen-
hang GGZ en Forensische Zorg’**

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksge-
zondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Wel-
zijn en Sport

Den Haag, 2012

Mijn eigen anders

Ik wil niet worden zoals jij,
dan blijf ik toch steeds achter lopen.
Dan blijf ik zoeken naar een ander
naar iemand die ik nooit kan zijn.

En die ik ook niet worden wil
Jouw normen zijn niet die van mij.
Ik wil niet worden zoals jij
Ik wil jouw leven toch niet leven.

Ik ben je schaduw niet, niet meer
je wegwerp-kind en minder-mens.
Dat zelf geen recht heeft om te kiezen,
geen eigen-waarde, zelfrespect.

Ik wil graag worden zoals mij
mijn eigen wijze eigen ik.
Dat in jouw ogen niet voldoet
maar in mijn leven prima.

Marlieke de Jonge

<http://www.ribwavv.nl/?steID=5&catID=536>

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Voorwoord	9
2	Theoretische toelichting Wet verplichte GGZ (WvGGZ) & Wet Forensische Zorg (WFZ)	13
2.1	Wet verplichte GGZ & Wet Forensische Zorg	13
2.2	Hoe verhouden de twee wetten zich theoretisch tot elkaar?	15
3	Psychiatrie en Recht: historie van samenspel tussen Justitie en GGZ	19
3.1	Fundamenteel verschil tussen forensische psychiatrie en psychiatrie?	19
3.2	Historische ontwikkeling forensische psychiatrie	22
4	Cultuurverschillen tussen Justitie, forensische zorg & de reguliere GGZ	26
4.1	Verschillen en overeenkomsten Justitie & GGZ	26
4.2	Cultuurcontact, Cultuurverschil en Conflict	40
4.3	Interculturele communicatie en Cultuurverandering	42
5	Bieden de twee wetten daadwerkelijk praktische oplossingen voor de huidige culturele en structurele knelpunten?	45
6	Suggesties voor aanbevelingen	60

Bijlagen:

- (1) Literatuurlijst
- (2) Het verhaal van Marlieke de Jonge
- (3) Adviesaanvraag samenhang geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg
- (4) Verdere toelichting van de Wet verplichte GGZ (WvGGZ)
- (5) Verdere toelichting van de Wet Forensische Zorg (WFZ)
- (6) Forensische Zorg Landkaart 2011
- (7) Stroomschema forensisch psychiatrisch circuit

Samenvatting

Het meest essentiële cultuurverschil tussen GGZ-zorg in strafrechtelijke kader (hierna forensische zorg genoemd) en de reguliere GGZ is de autonomie en de daarmee samenhangende rechtspositie van de patiënt versus het reguleren van de veiligheid. Deze volledig uit elkaar lopende paradigma's zijn tevens binnen de wetgeving herkenbaar. Waar de Wet verplichte GGZ als doelstelling heeft de patiënt/cliënt meer autonomie te geven ten aanzien van verplichte zorg en bij te dragen aan meer transparantie en onderbouwing van alle vormen van dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg, ligt bij de Wet Forensische Zorg het accent op het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit en kwalitatief goede (GGZ) zorg met name gericht op de veiligheid van de samenleving.

Ondanks langdurige samenwerking en regelmatig contact tussen beide werkvelden (forensische zorg en de reguliere GGZ), blijft dit verschil in paradigma bestaan. Opvallend is wel dat zorginstellingen die in (veel) grotere mate betrokken zijn bij het verlenen van zorg in strafrechtelijke kader meer oog hebben (gekregen) voor het aspect veiligheid dan de zorginstellingen die daar in (veel) mindere mate tot helemaal niet bij betrokken zijn. Dit heeft te maken met het ontwikkelen van een andere habitus naarmate de zorginstellingen meer te maken hebben gekregen met de complexe(re) forensische doelgroepen. Anders gezegd, deze zorginstellingen hebben in de loop der tijd (bewust en onbewust) een andere manier van waarnemen, denken en handelen ontwikkeld om zich te kunnen handhaven en staande te houden in hun werkveld. Terwijl bij zorginstellingen met veel minder tot helemaal geen beveiliging én veel minder forensische dan civielrechtelijke en vrijwillige patiënten, het accent meer ligt op rehabilitatie en resocialisatie ofwel het terugkeer van de patiënt in de maatschappij dan op het reguleren van de veiligheid.

Naast verschil in habitus ofwel cultuur en de daarmee samenhangende percepties spelen diverse factoren een rol in de samenwerking tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ. Hierbij valt te denken aan invloeden vanuit: de politiek (invloed van bureaucrativering, het politieke leefklimaat en de politieke druk); de media (invloed en proces van medialogica); en de maatschappij (invloed van burgers). Bovendien spelen economische en financiële belangen (bezuinigingen en schaarste); het beschikken over de nodige capaciteit en kapitaal; de werkende machtsverhoudingen; en het verschil in bestaande

rechtsposities van patiënten een essentiële rol in de samenwerking tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ.

Het is interessant om te zien dat ondanks het verschil in eerdergenoemde paradigma's en de daarbij behorende spanningsvelden (tussen de reguliere GGZ¹ en de forensische zorg²) de gefuseerde werkvelden en ketenvormingen die wij gedurende onze werkbezoeken hebben benaderd de samenwerking met elkaar geslaagd en aangenaam ervaren. Op lokaal (micro) niveau waar samenwerkingspartners elkaar nodig hebben en afhankelijk zijn van elkaar is er een bepaalde flexibiliteit ontstaan. Deze flexibele werkhouding is ontstaan door langdurig en regelmatig (intensief) contact, structurele informatie-uitwisseling en kennisoverdracht en heeft ertoe geleid dat deze zorgprofessionals deels uit eigen vertrouwde denkkaders zijn gestapt. Dus wordt er op lokaal niveau relatief gezien veel beter gecommuniceerd tussen de samenwerkingspartners dan op departementaal niveau tussen de Ministeries V&J en VWS. Deze effectieve wijze van communicatie uit zich in het creëren van effectieve werkmethode- en modellen, samenwerkingsplannen, duidelijke afspraken én het nakomen daarvan. De wil en bereidheid tot wederzijds begrip en samenwerking wordt door de samen gefuseerde partijen zowel in gezamenlijke als individuele gesprekken bevestigd en (h)erkend. Daarnaast is duidelijk zichtbaar dat er sprake is van een proactieve (werk)houding tussen deze samenwerkingspartners. Op departementaal (macro) niveau wordt nog relatief vastgehouden aan eigen denkkaders en is er minder ruimte voor effectieve communicatie, met als gevolg dat de departementen V&J en VWS nog niet erin zijn geslaagd gelijkwaardig tot een gezamenlijk beleid te komen voor de meest complexe en kwetsbare doelgroepen die tot beide werkvelden horen (forensische zorg en de reguliere GGZ). Het gaat hier om doelgroepen die door gebrek aan nodige voor- én doorzorg regelmatig in aanraking komen met het strafrecht door het plegen van een strafbaar delict en/of het verstoren van de publieke orde. Hierbij valt te denken aan EPA (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen)

¹ Zorginstellingen met een lager tot helemaal geen beveiligingsniveau waar het accent meer ligt op rehabilitatie en resocialisatie ofwel het terugkeer van de patiënt in de maatschappij dan op het reguleren van de veiligheid. Zoals RIWB's en (F)ACT teams.

² Zorginstellingen met een hoger tot het hoogste beveiligingsniveau waar toezicht en het reguleren van de veiligheid boven de autonomie van de patiënt staat en een hogere prioriteit heeft dan rehabilitatie en resocialisatie. Zoals FPC's.

patiënten met ernstig aanhoudende gedragsproblemen (agressie en geweld) en eventuele verslavings-, schulden-, werk- en huisvestingsproblematiek. Naast EPA patiënten behoren veelplegers³ ofwel draaideur jongens ook tot de doelgroep.

In het werkveld waar de reguliere GGZ en forensische zorg met elkaar moeten samenwerken ten behoeve van de meest complexe en kwetsbare doelgroepen worden de grootste knelpunten in de samenhang GGZ en forensische zorg door bijna alle respondenten ervaren in: (1) het ontbreken van structurele informatie-uitwisseling en kennisoverdracht (vooral met betrekking tot patiënten, maar ook omtrent elkaars werkmethoden en (on)bekwaamheden); (2) het financieringsprobleem; en (3) het eenrichtingsverkeer vanuit het gevangeniswezen (GW) en Huis van Bewaring (HvB) naar de forensische zorg en de reguliere GGZ-instellingen. Voor een betere aansluiting tussen het strafrecht en de GGZ-zorg is wederkerigheid volgens de overgrote meerderheid van de respondenten een voorwaarde. Dus moeten (de minder beveiligde) zorginstellingen in noodsituatie ook omgekeerd een beroep kunnen doen op Justitiële en de zwaarder beveiligde forensische instellingen, afgezien van het feit of het gaat om patiënten met een strafrechtelijke titel of die op grond van een RM, zorgmachtiging of BOPZ maatregel (civielrechtelijk) zijn opgenomen.

Ondanks de aanmerkingen op beide wetgevingen deelt de overgrote meerderheid van de respondenten de mening dat zowel de Wet Forensische Zorg als de Wet verplichte GGZ voor verbetering kunnen zorgen in het sneller plaatsen van de complexere (forensische) patiënten en het bieden van adequate behandeling aan de meest complexe en kwetsbare doelgroepen. Alleen moeten de wetten goed naar de praktijk toe worden vertaald. Daarom zijn beleid en wetgeving met voldoende aansluiting op het lokale (micro) niveau (=het werkveld) van cruciaal belang om effectief en duurzaam te kunnen inspelen op de bestaande dynamiek binnen het complexe veld waarin forensische zorg en de reguliere GGZ als samenwerkingspartners moeten optreden. Dit vereist, zoals eerder aangegeven, effectieve communicatie, structurele informatie-uitwisseling en kennisoverdracht, wederkerigheid en bereidheid tot intensieve

³ Veelplegers zijn personen van 18 jaar en ouder tegen wie meer dan tien keer proces-verbaal is opgemaakt, waarvan tenminste één keer in het peiljaar. Bron: Factsheets ministerie van Justitie, aanpak veelplegers (2006).

samenwerking. Niet alleen op lokaal niveau, maar ook op departementaal (macro) niveau. Als het gaat om de 'samenhang reguliere GGZ en forensische zorg' wordt er op het huidige moment meer vooruitgang geboekt op lokaal niveau om tot *gezamenlijk* effectieve samenwerkingsplannen en werkmodellen te komen dan op departementaal (macro) niveau. Deze samenwerkingsplannen en werkmodellen moeten nog echter vanuit een gedeelde visie in het werkveld inhoudelijk worden vastgelegd en structureel ingebed. De inhoudelijk gedeelde werkmethode zal leiden tot een duurzame samenhang (reguliere) GGZ en forensische zorg. Naast wetgeving en beleid is een solidaire en proactieve werkhouding van alle samenwerkingspartners vereist, daar niet alle knelpunten door middel van beleid en formele wetgeving kunnen worden opgelost. Ook de persoonlijke inzet, welwillendheid en een proactieve werkhouding van de zorgprofessionals is onmisbaar.

1 Voorwoord

Deze achtergrondstudie gaat over cultuurverschillen tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ, én de bestaande dynamiek in het overlappende veld waarin de twee werelden elkaar op de grenslijn van (reguliere) zorg en strafrecht treffen. De cultuurverschillen en hun invloed op de samenwerking zijn zowel op lokaal (micro) als departementaal (macro) niveau bestudeerd. Deze studie is verricht in het kader van de adviesaanvraag welk door Ministerie van VWS bij de Raad voor de Volksgezondheid is neergelegd. Deze adviesaanvraag is als bijlage (3) toegevoegd.

‘Zorg aan delinquent, Opsluiten van patiënt’, waarom deze titel? Wellicht omdat deze beschrijving de dynamiek in het samenwerkingsveld van de forensische zorg en de reguliere GGZ relatief goed weerspiegelt. Waar het accent binnen de GGZ-zorg ligt op ‘zorg aan patiënt’, is dat in het strafrecht het ‘opsluiten van delinquent’. De laatstgenoemde benaderingswijze werkt automatisch door in het verlenen van forensische zorg (zorg in strafrechtelijke kader) waarin toezicht en het reguleren van de veiligheid boven de autonomie van de patiënt staat en een hogere prioriteit heeft dan rehabilitatie en resocialisatie. In het werkveld waarin de twee werelden elkaar kruisen, is er sprake van al deze aspecten tegelijkertijd en lopen deze uitgangspunten parallel aan elkaar. De patiënt is ook de delinquent; er is zowel sprake van beveiliging als behandeling ofwel van zorg én strafrecht (opsluiting/vrijheidsbeperking). De bijeenkomst van deze uiteinden binnen het samenwerkingsveld van de forensische zorg en de reguliere GGZ zorgt voor de meest fascinerende wisselwerkingen. Het veld waarin begrippen als delinquent en patiënt met elkaar onlosmakelijk verbonden zijn en hun mechanisme voortzetten in het verwevende proces van zorg en separatie, behandeling en beveiliging, hulp(verlening) en straf(recht). Deze dynamiek vereist dan ook van alle betrokken partijen en samenwerkingspartners om deels uit eigen referentiekaders en interpretatieschema's uit te treden, want op grond van één uitgangspunt kan er niet worden ingespeeld op de bestaande problematiek waarbij de forensische zorg en de reguliere GGZ samen verantwoordelijk zijn voor de opvang van (ex)gedetineerden met (ernstig) psychische of psychiatrische aandoeningen.

Waarom is het belangrijk dat alle uitgangspunten gelijkwaardig worden opgenomen in een samenwerkingsplan? Bij het zoeken naar structurele oplossingen en het creëren van wederzijds

begrip om de samenwerking te bevorderen, is het van essentieel belang dat dit proces zich niet op grond van één overheersend uitgangspunt ontwikkelt en op welk maatschappelijk niveau (sociaal cultureel, politiek, media, etc.) dan ook geforceerd wordt. Daar dit zal leiden tot scheve verhoudingen onderling. Zolang er sprake is van ongelijkwaardige verhoudingen zal dit altijd de achterliggende leidraad zijn van ‘zogenaaemde’ dialogen. Dus zolang een gevoel van ongelijkwaardigheid bestaat, zullen dialogen nooit wezenlijk worden benut om samenwerking mogelijk te maken, maar om de onderliggende gevoelens jegens elkaar te uiten. Dit zal een belemmering vormen voor de effectiviteit van communicatie en de duurzaamheid van samenwerking, terwijl de zorg voor de echt complexe (forensische) doelgroepen een duurzame structurele samenwerking vereist waarin alle ketenpartners betrokken moeten zijn. Op grond van een *gemeenschappelijke visie* zouden praktische afspraken kunnen worden gemaakt en vastgelegd op terreinen waar zorgprofessionals knelpunten ervaren in dit samenwerkingsveld. Deze afspraken kunnen worden opgenomen in een structureel ingebed samenwerkingsplan welk als richtlijn zal dienen in het bieden van zorg en behandeling *met* de nodige structuur, toezicht, begeleiding en eventueel een bepaalde mate van beveiliging. Deze vorm van samenwerking is al deels herkenbaar op lokaal (micro) niveau waar de reguliere GGZ- (waaronder RIWB’s, (F)ACT teams en andere zorginstellingen met een lager beveiligingsniveau) en de forensische zorginstellingen (zoals PPC’s, FPC’s/tbs klinieken, FPK’s en FPA’s met een hoger beveiligingsniveau) intensief met elkaar samenwerken, én waar ketenvorming en fusies zijn gevormd. Kortom, waar instellingen met elkaar proactief het contact zijn aangegaan en als samenwerkingspartners elkaar nodig hebben en afhankelijk zijn van elkaar blijkt het niet onmogelijk om aan de hand van duidelijke afspraken tot geslaagde resultaten te komen. Ook al wordt er vanuit twee totaal verschillende paradigma’s gewerkt, namelijk: het streven naar resocialisatie en rehabilitatie *met* het nodige toezicht, structuur en eventueel beveiliging (zowel fysiek als methodisch).

Een gedetailleerd vastgestelde omschrijving van de meest complexe en kwetsbare (GGZ en forensische) doelgroepen is in deze studie achterwege gelaten vanwege twee redenen. Allereerst omdat het een hele aparte studie vereist om deze doelgroepen zo genuanceerd mogelijk in beeld te brengen en daarbij afstand houden van stereotypering en stigmatisering. Bovendien is er al een aparte studie, parallel aan deze, toegewijd aan de doelgroepen van de reguliere GGZ (algemene psychiatrie) en de forensische zorg (forensische psychiatrie) door de

Trimbos Instituut (2012 In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie). Het rapport van de Trimbos Instituut geeft een inzichtelijk genuanceerd beeld van de kenmerken van (forensisch) psychiatrische patiënten en de grensstromen in de forensische zorg.

In deze studie wordt echter op grond van gesprekken met respondenten uit het werkveld (de reguliere GGZ & de forensische zorg) aandacht gevraagd voor bepaalde doelgroepen die door deze zorgprofessionals als meest complex en kwetsbaar worden beschouwd. Complex en kwetsbaar, omdat in het zorgstelsel en de daarbij behorende financiering niet voldoende ruimte is gecreëerd om deze groepen zorg (behandeling) en begeleiding (toezicht en structuur) te bieden die zij nodig hebben. Er is zelfs geen adequate zorgaanbod voor diegenen die hun zorgbehoefte erkennen en hun zorgvraag duidelijk formuleren.

Het is echter essentieel om ons bewust te zijn van drie feiten. Allereerst van het feit dat het niet alleen de samenkomst van de forensische zorg en de reguliere GGZ is die voor de nodige dynamiek zorgt, maar dat ook binnen deze werkvelden (apart van elkaar) sprake is van onderlinge verschillen, uiteenlopende visies, andere belevingen én belangen. Dit bewustzijn zorgt ervoor dat we de werkvelden niet vanuit een stereotype benadering neerzetten. Ten tweede zijn culturen voortdurend in beweging en verandering, dus moeten we de werkvelden niet statisch en onveranderlijk bekijken. Tenslotte speelt de kwestie dat de forensische zorg en de reguliere GGZ niet alleen van elkaar verschillen, maar ook overeenkomsten vertonen met elkaar. Een voorbeeld hiervan is separatie of gedwongen opname binnen de reguliere GGZ met daar tegenover behandeling binnen forensische zorg ten behoeve van recidivevermindering. Na deze essentiële punten te hebben genoemd, wil ik benadrukken dat in deze studie bepaalde spanningsvelden worden beschreven, waarbij het accent met name op de twee uiteinden ligt. Het scherp neerzetten van deze uiteinden maakt het namelijk gemakkelijker de wezenlijke cultuurverschillen tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ te begrijpen en deze duidelijk in beeld te brengen. Maar dat betekent niet dat we de twee werkvelden kunnen beschouwen als twee compleet op zichzelf (los)staande werelden met één statische cultuur. Zoals gezegd, is er een enorm grijs gebied binnen zowel het werkveld van de forensische zorg als die van de reguliere GGZ dat veel genuanceerder in elkaar zit dan alleen de extreme uiteinden. Als antropoloog ben ik geneigd te pleiten voor een langdurig participerende observatie om het grijze gebied, dat zich tussen deze uiteinden bevindt, te kunnen bestuderen

en alomtvattend in kaart te brengen. Vanwege de korte duur van het advies is de realiteit waarin de forensische zorg en de reguliere GGZ zowel *naast* als *met* elkaar functioneren, veel genuanceerder dan soms in deze studie wordt beschreven.

Daar mijn onderzoek *beschrijvend* van aard is, komen causale verbanden niet aan de orde in mijn analyse. Met deze stelling in gedachte gaat mijn focus met name uit naar het *beschrijven* van **“verschil in percepties, belevingen en verwachtingen binnen de reguliere GGZ en de forensische zorg met betrekking tot de inwerkingtreding van de Wet verplichte GGZ (WvGGZ) en de Wet Forensische Zorg (WFZ)”**. Deze vraagstelling is de leidraad in mij studie. Een *beschrijving* van fundamentele cultuurverschillen en verwachte knelpunten op structureel niveau zal het eindproduct zijn van deze analyse. In deze beschrijving zijn drie dimensies opgenomen, namelijk: (1) de kwaliteit van zorg; (2) de waarborging van veiligheid; en (3) de verbeter- en aandachtspunten tussen de reguliere GGZ en de forensische zorg. Deze *beschrijving* is uiteraard gebaseerd op mijn belevingen en waarnemingen als onderzoeker gedurende de gesprekken met verscheidene respondenten uit de onderstaande velden. De citaten van respondenten zijn in deze studie te allen tijde tussen aanhalingstekens geplaatst.

- De departementen Ministerie van Veiligheid & Justitie en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport;
- Het werkveld van de reguliere GGZ (RIWB's; (F)ACT teams) waaronder een beleidsadviseur en een onderzoeker in de GGZ-sector;
- Het werkveld van de forensische zorg (PPC's; FPC's ofwel tbs klinieken; FPK's; FPA's; de Reclassering);
- Een hoogleraar Forensische Psychologie.

Tot slot zal de analyse resulteren in een aantal suggesties vooraanbevelingen waarin een verbetering van de aansluiting tussen het strafrecht en de GGZ-zorg ofwel tussen de reguliere GGZ en de forensische zorg centraal staat. Deze studie is gericht op kwalitatieve data, verzameld uit 23 face to face interviews, 4 werkbezoeken, 3 klankbordgroepen en een digitale discussiegroep van ... deelnemers.

Voordat ik mijn studie begin, wil ik in het bijzonder mijn respondenten danken voor hun bereidheid tot samenwerking en de tijd die zij hebben vrijgemaakt om mij kennis te laten maken met hun leefwereld.

2 Theoretische toelichting Wet verplichte GGZ (WvGGZ) & Wet Forensische Zorg (WFZ)

2.1 Wet verplichte GGZ & Wet Forensische Zorg

In dit hoofdstuk wordt kort toegelicht welke doelstellingen men (theoretisch gezien) met de inwerkingtreding van beide wetten voor ogen heeft. In hoofdstuk 5 wordt de praktische uitwerking van beide wetten aan de hand van opvattingen, belevingen en verwachtingen binnen het werkveld van de (reguliere) GGZ en de forensische zorg met betrekking tot deze wetten beschreven. Voor nu worden de doelstellingen van beide wetten slechts vanuit hun theoretische kaders kort toegelicht. In de bijlagen (4 en 5) wordt dieper ingegaan op beide wetsontwerpen.

Er komt een nieuwe wettelijke regeling genaamd Wet verplichte GGZ met zorg op maat voor mensen die door een psychische stoornis risico lopen om ernstige schade te veroorzaken bij zichzelf of bij anderen. Deze wet valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS en zal hoogstwaarschijnlijk in 2013 inwerkingtreden.

(<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2010/06/10/wetsvoorstel-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg-4-10-2011>)

De nieuwe wet maakt niet alleen *intramurale dwangbehandeling* mogelijk, maar gaat tevens voorzien in *ambulante dwangbehandeling, hulpverlening en begeleiding*. Te denken valt hier aan ACT (Assertive Community Treatment), FACT (Functie/Flexible Assertive Community Treatment) en bemoeizorg teams. De begrippen ACT en FACT teams worden verder in het rapport (hoofdstuk 5) nader toegelicht. Daarnaast heeft de nieuwe Wet verplichte GGZ als doel om **de cliënt meer autonomie** te geven **ten aanzien van verplichte zorg**. Tenslotte wordt er naartoe gestreefd door middel van deze wet bij te dragen aan **meer transparantie en onderbouwing** van alle vormen van dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg (Rijkeboer, A. 2010 Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg 'Verandering in de GGZ door de nieuwe wet').

Het Ministerie van V&J werkt parallel aan de bovengenoemde wetgeving aan een nieuwe wet rondom de forensische zorg.

Ook deze nieuwe wet, genaamd als de Wet Forensische Zorg (WFZ) zal waarschijnlijk begin 2013 van kracht zijn. Deze wet regelt de invoering van een **nieuw stelsel voor forensische zorg**. Door de **aanpassing van het besturings- en financieringssysteem van het tbs stelsel** wordt voorkomen dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terecht komen, terwijl ze daar eigenlijk niet thuis horen. Op grond van deze wet **krijgen de officier van Justitie en de rechter de mogelijkheden om iemand binnen het strafrecht sneller geestelijke zorg te beiden**. De belangrijkste doelen van deze wet zijn: **de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een betere aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg ofwel tussen het strafstelsel (bv. gevangenisstraf) en de GGZ**. Door het bieden van goede zorg als onderdeel van de straf wil het kabinet herhaling van strafbare feiten ofwel de kans op recidive terugdringen.
(<http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32398-wet-forensische-zorg-15-12-2011>)

Sinds 2008 is de Directie Forensische Zorg (DForZo) van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van Ministerie van V&J, verantwoordelijk voor de *inkoop, indicatiestelling* en *plaatsing* van forensische zorg in een strafrechtelijk kader. DForZo, als enige inkoper van forensische zorg, koopt de nodige zorg in bij de zorgaanbieders. **Alle forensische zorg wordt dus centraal ingekocht** en wordt er **aan de hand van een uniforme methode bepaald welke zorg en plaatsing nodig is**. Dit proces wordt ondersteund door het zogenaamde Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO). Dit is een matchingsysteem waarin onder andere wordt geplaatst welk contract Justitie precies aanbiedt voor de zorgbehoefte van een patiënt met een strafrechtelijke ofwel justitiële titel en welk zorgaanbod vanuit de aangesloten GGZ-instellingen het beste aansluit bij deze zorgvraag. Tot 2011 waren slecht de 3RO (de drie ReclasseringsOrganisaties), bestaande uit Reclassering Nederland (RN), Leger des Heils (LdH) en Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), en het gevangeniswezen (GW) aangesloten op het systeem (IFZO). Sinds 2011 zijn ook de GGZ-instellingen aangesloten.

Op dit moment zijn er ongeveer 120 contracten afgesloten tussen Justitie en zorgaanbieders.

(<http://www.dwanginzorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wetsvoorstel-forensische-zorg-15-12-2011>)

2.2 Hoe verhouden de twee wetten zich theoretisch tot elkaar?

Geen delict gepleegd

Geen psychi(atri)sche beperking	1) Personen zonder psychi(atri)sche problemen en justitiële/strafrechtelijke titel	2) Psychiatrische patiënt WvGGZ	Psychi- (atri)sche beperking
	3) Calculerende delictplegers <i>'bad'</i>	4) Delictplegers met psychi(atri)sche problemen WvGGZ + WvPZ <i>'mad'</i>	

Delict gepleegd

De bovenstaande verdeling 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 in de praktijk niet altijd eenduidig. Bij sommige delictplegers spelen weliswaar psychi(atri)sche problemen, maar deze houden niet altijd direct verband met het gepleegde delict. Met ander woorden: een deel van delictplegers is nog altijd volkomen toerekeningsvat-

baar bij het plegen van het delict waarvoor ze door de rechter veroordeeld zijn. Bij een ander deel van delictplegers houden psychi(atri)sche problemen wel direct verband met het gepleegde delict. Dus deze groep is deels of volledig ontoerekeningsvatbaar bij het plegen van het delict. Dit betekent niet altijd dat zij ook door de rechter 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 speelt de complicerende factor van de veranderende kennis (en opvattingen) over de oorzaken van criminaliteit een rol: heeft niet elke misdadiger tot op zekere hoogte een psychi(atri)sch of in elk geval een gedragsmatig probleem? Dit discussiepunt zorgt ervoor dat de lijnen tussen calculerende delictplegers en delictplegers met psychi(atri)sche problemen kunnen overvloeien in elkaar (Straf en zorg: een paar apart, RMO 2007: 19). De geschetste indeling is slechts bedoeld om de werkelijkheid op het eerste gezicht aan te duiden.

Focus van de Wet verplichte GGZ (WvGGZ) en de Wet Forensische Zorg (WFZ)

De focus van de WvGGZ ligt met name op categorieën 2 (psychiatrische patiënt) en 4 (delictplegers met psychi(atri)sche problemen). Bij de tweede categorie kan aan de hand van de WvGGZ sneller worden ingegrepen, daar het 'gevaarscriterium' van de wet BOPZ wordt vervangen door 'aanzienlijk risico op ernstige schade' waarbij het laatstgenoemde criterium ruimer is gesteld. Dus biedt deze in verhouding met het 'gevaarscriterium' van de wet BOPZ de mogelijkheid om eerder in te grijpen en een gedwongen behandeling opleggen. Zoals eerder aangegeven, ligt in de overgang van de wet BOPZ naar de WvGGZ het accent meer op gedwongen behandeling dan gedwongen opname; dus meer ambulante dwangbehandeling en poliklinische zorg dan intramurale dwangopname en klinische zorg (Rijkeboer, A. 2010 Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg 'Verandering in de GGZ door de nieuwe wet'). Bij de vierde categorie maakt de WvGGZ samen met de voorgestelde regeling voor de forensische zorg (WFZ) het mogelijk om te voorzien in adequate zorgverlening in de forensische psychiatrie. Het wordt bijvoorbeeld mogelijk om in elke fase van het strafrechtelijke traject te kiezen voor een (gedwongen) behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ):

1. In de *voorfase* kan de officier van justitie een afweging maken of een strafrechtelijke vervolging of het aanvragen van

- een (zorg)machtiging op grond van de wet BOPZ (dan wel de nieuwe Wet verplichte GGZ) de passende maatregel is.
2. Ook in de *fase van het vonnis* van de rechter en *na afloop van de verleende forensische zorg* moet zijn voorzien in een goede aansluiting. Als de strafrechter de verdachte geen forensische zorg oplegt of besluit om de tbs niet te verlengen, kan hij een zorgmachtiging afgeven.
 3. Tevens krijgt de strafrechter de bevoegdheid om op voorstel van het Openbaar Ministerie (OM) een (zorg)machtiging af te geven aan een forensisch patiënt met een psychische stoornis aan wie na afloop van de strafrechtelijke titel onvrijwillige zorg moet worden verleend. (<http://www.dwanginzorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wetsvoorstel-forensische-zorg-15-12-2011>)

De WFZ is met name gericht op de vierde categorie (delictplegers met psychi(atri)sche problemen). Zoals eerder gezegd, regelt deze wet de invoering van een nieuw stelsel voor forensische zorg door de aanpassing van de besturing en financiering van het tbs-stelsel. Op grond van deze wet krijgen de officier van Justitie en de rechter de mogelijkheden om iemand binnen het strafrecht sneller geestelijke zorg te bieden.

Het ontwerpen van twee wetten, waarvan een specifiek gericht op de forensische zorg en de ander op de geestelijke gezondheidszorg is wellicht een bescheiden weerspiegeling van de werkelijkheid die zich niet slechts afspeelt op lokaal (micro) niveau, maar ook op departementaal (macro) niveau wanneer het gaat om het veld waar behandeling en beveiliging onlosmakelijk met elkaar verweven zijn. Dit overlappende veld vraagt om intensieve samenwerking van de departementen Ministerie van V&J en Ministerie van VWS en van de forensische zorginstellingen en de reguliere GGZ, die vanuit een totaal verschillend paradigma het samenwerkingsveld betreden, namelijk resocialisatie en rehabilitatie met de daarbij behorende autonomie en rechtspositie van de patiënt (VWS en de reguliere GGZ) versus het reguleren van de veiligheid door middel van recidivevermindering (Justitie en in een mindere mate de forensische zorginstellingen). Het aantal personen dat zowel onder de doelgroep van Justitie als de (reguliere) GGZ valt, wordt door een aantal deskundigen in het werkveld (GGZ – forensische zorg) geschat tussen 3000 tot 4000. Het gaat hier om doelgroepen die door gebrek aan nodige voor- én doorzorg regelmatig in aanraking komen met het strafrecht door het plegen van een strafbaar delict en/of het verstoren van de publieke orde. Met name omtrent deze doelgroepen ervaren beide ministeries (V&J en VWS), de reguliere GGZ en de

forensische zorginstellingen enorme knelpunten in samenwerking met elkaar.

Voor alle duidelijkheid wil ik benadrukken dat er absoluut twee wetten nodig zijn als het gaat om de afzonderlijke doelgroepen van Justitie en de reguliere GGZ zorg. Maar als het gaat om de meest complexe en kwetsbare doelgroepen die onder *beide* werkterreinen vallen, sluit ik mij persoonlijk aan bij dat deel van de respondenten met de vraag of er op lange termijn geen behoefte zal zijn aan een *gezamenlijke* wetgeving. Het gaat hier met name om de echt complexe en kwetsbare (forensische) doelgroepen. Zoals eerder gezegd, de groepen die door gebrek aan de nodige voor- én doorzorg regelmatig bij Justitie belanden door het plegen van een strafbaar delict of het verstoren van de publieke orde. De meest kwetsbare groep wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (IST) omschreven als: *stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek*. Deze doelgroep zou met name te vinden zijn onder veelplegers⁴, maar ook onder ‘gewone’ gedetineerden en onder cliënten in de (openbare) geestelijke gezondheidszorg. Door de respondenten, met name vanuit de kant van de forensische zorg, worden twee groepen als meest complex en kwetsbaar neergezet als het gaat om het bieden van adequate zorg en behandeling binnen de GGZ, namelijk:

1. De groep van vier maanden preventief gehecht. Hieronder vallen de kort gestraften en degenen waarover nog geen vonnis is uitgesproken door de rechter.
2. De groep forensische patiënten met een (licht) verstandelijke beperking (LVB).

In hoofdstuk 5 wordt toegelicht waarom deze twee groepen door de meeste forensische zorginstellingen als meest complex en kwetsbaar worden gezien. Daarnaast nemen we in datzelfde hoofdstuk (5) de opvattingen en verwachtingen binnen het werkveld van de forensische zorg en de reguliere GGZ onder de loep ten opzichte van de inwerkingtreding van beide wetten. In hoofdstuk 4 verdiepen we ons op de cultuurverschillen tussen Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ, met

⁴ Veelplegers zijn personen van 18 jaar en ouder tegen wie meer dan tien keer proces-verbaal is opgemaakt, waarvan tenminste één keer in het peiljaar. Bron: Factsheets ministerie van Justitie, aanpak veelplegers (2006).

de daarbij behorende departementen (Min. van V&J en Min. van VWS).

3 Psychiatrie en Recht: historie van samenspel tussen Justitie en GGZ

3.1 Fundamenteel verschil tussen forensische psychiatrie en psychiatrie?

Om het samenspel tussen Justitie en GGZ zorg, welk een zeer complex veld omvat, in zijn geheel te kunnen begrijpen, is het essentieel ons niet slechts te beperken tot de huidige stand van zaken, maar ook een blik terugwerpen in de tijd. In het volgende stuk wordt de forensische zorg vanuit haar historische context aan het licht gebracht. Hiervoor gaan we terug naar de beginselen der forensische psychiatrie.

Het veld waarin psychiatrie en recht elkaar kruisen, wordt aangeduid als forensische psychiatrie. Het adjectief (=bijvoeglijk naamwoord) 'forensisch' is afgeleid van het Latijnse woord 'forum', de plaats waar in het Romeinse Rijk recht werd gesproken. Daarom is forensische psychiatrie in zijn oorspronkelijke betekenis *die* tak van psychiatrie die te maken heeft met de rechtspraak (in de breedste zin van het woord en dus niet alleen in die van *strafrechtspraak*). Dit impliceert feitelijk de beperking dat forensische psychiatrie *alleen* te maken heeft met de rechtspraak in *engere* zin en daarom alleen het terrein bestrijkt van het geven van psychiatrische voorlichting en advies aan rechtscolleges. Tegenwoordig wordt het begrip 'forensische psychiatrie' vooral in *ruimere* zin gebruikt: het bestrijkt dan alle bemoeienissen met mensen die op enigerlei wijze met de rechtspleging en met de gevolgen daarvan te maken krijgen. Voor de strafrechtspleging betekent dit naast *voorlichting* aan en *advisering* van de Rechter ook *begeleiding* en *behandeling* van een delinquent, zowel in de maatschappij als in een kliniek *na* het uitspreken van een vonnis. Als men deze formulering prefereert, dan moet men deze uiteraard niet beperken tot de *strafrechtspraak*, maar evenzo toepassen op het *civiele* recht, de *sociale verzekeringsrechtspraak* en op de toepassing van het *krankzinnigenrecht* ofwel de krankzinnigenwet, die in 1994 is vervangen door de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ).

Wellicht is het zo dat deze verschillende omgrenzingen van het begrip ‘forensische psychiatrie’, vroeger en nu, samenhangen met verschillen in opvatting binnen de psychiatrie over de vraag of forensische psychiatrie al dan niet een *specifieke* vorm van psychiatrie is. In de meer *beperkte* betekenis van het begrip lijkt dit inderdaad het geval te zijn: de forensische psychiater verricht zijn taak in een specifieke situatie en met een specifiek doel, namelijk wanneer een burger op enigerlei wijze bij een gerechtelijke procedure betrokken is en met het doel om in die gevallen de rechtsprekende instantie voor te lichten en te adviseren.

In de *ruimere* betekenis vindt men deze specifieke elementen veel minder terug. De intramurale ofwel klinische behandeling van een veroordeelde delinquent verschilt in principe niet duidelijk van de behandeling van een niet-delinquent in een niet exclusief voor delinquenten functionerende kliniek of inrichting. Ook de extramurale ofwel poliklinische behandeling of begeleiding van een veroordeelde delinquent verschilt niet wezenlijk van de behandeling van een niet-delinquent met psychische stoornissen of problemen, door een psychiater, psycholoog, psychiatrische polikliniek of van diens begeleiding door een instelling op het gebied van de geestelijke volksgezondheid.

Het verschil tussen behandeling en begeleiding van delinquent en niet-delinquent bestaat hoofdzakelijk uit het feit dat de patiënt (cliënt), die object is van de zorg van de ‘forensische psychiatrie’ in enigerlei vorm in aanraking is geweest met de strafrechtspraak. Een verschil dat vanuit *medisch* oogpunt niet essentieel kan worden genoemd. Dit verschil kan wel inhouden dat aan degene die op grond van een strafrechtelijk vonnis begeleid of behandeld wordt, door de rechter beperkingen zijn opgelegd. Beperkingen die in een aantal gevallen een belemmering of storing in de begeleiding of behandeling kunnen opleveren, maar dit is geen *medisch* verschil (Schnitzler J.G. 1977 Psychiatrie en Recht: Hoofdstukken uit de forensische psychiatrie 11-12).

Volgens Schnitzler moet men de discussie over de begripsomgrenzing van ‘forensisch psychiatrie’ vooral zien tegen de achtergrond van de groeiende overtuiging dat delinquenten niet wezenlijk andere mensen zijn dan niet-delinquenten, doch dat zij in hun interactie met hun omgeving slechts een bepaald *soort* aanpassingsstoornissen laten zien (een gebrek aan aanpassingsvermogen aan hun (leef)omgeving) die ze in aanraking brengt met de strafrechter. Anderen komen op grond van dezelfde aanleg- of ontwikkelingsstoornissen, die men bij de-

linquenten vindt, tot *andere* vormen van aanpassingsdefecten die weliswaar geen strafrechtelijke consequenties hebben, doch die wel degelijk in gezin of maatschappij aanleiding kunnen geven tot een ernstige mate van disfunctioneren en die in vele gevallen psychiatrische of psychologische begeleiding of behandeling nodig of wenselijk maken. Schnitzler (1977: 12-13) gaat verder in zijn stelling dat niemand ertoe zal neigen om de behandeling van mensen die met een Rechterlijke Machtiging ex art. 17 van de Krankzinnigenwet in een psychiatrische inrichting ('krankzinnigengesticht') verblijven, een *specifieke* vorm van psychiatrische behandeling te noemen. Evenmin zal men een *specifiek* verschil kunnen ontdekken tussen de begeleiding in de maatschappij (door bv. een instelling van geestelijke gezondheidszorg of gespecialiseerd maatschappelijk werk) van een zwakzinnige, die *wel* of *niet* onder curatele (streng toezicht) is gesteld.

De discussie over de begripsomgrenzing van 'forensisch psychiatrie' met de daarbij behorende vraag of delinquenten wezenlijk andere mensen zijn dan niet-delinquenten, is een discussie die tot op de dag van vandaag een bepalende rol speelt in het samenspel tussen Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ. Vandaar dat dit discussiepunt als een van de knelpunten in de adviesaanvraag "Samenhang GGZ en forensische zorg" is opgenomen. Zoals eerder aangegeven heeft het Trimbos Instituut onderzoek verricht naar de doelgroepen van de reguliere GGZ en forensische zorg.

"Een belangrijk verschil in inzicht is dat het Ministerie van VWS uitgaat van een fundamenteel verschil tussen forensische psychiatrie en psychiatrie. Forensisch psychiatrische patiënten zouden andere cliënten zijn met andere kenmerken die niet in de reguliere GGZ thuishoren. Dit standpunt wordt niet gedeeld door het Ministerie van V&J, met uitzondering van de zwaar forensische psychiatrie zoals tbs gestraften/zedendelinquenten waar het met name de beveiliging is die een contra-indicatie voor de reguliere GGZ vormt. Het overgrote deel van de forensische zorg zou volgens het Ministerie van V&J echter bestaan uit ambulante zorg voor personen die hun straf hebben uitgezeten en GGZ zorg behoeven, zoals ex-gedetineerden met verslavingsproblematiek of ex-gedetineerden die huiselijk geweld hebben gepleegd. Naar schatting betreft het ongeveer 20.000 personen op jaarbasis. Dit zijn personen die niet verschillen van iemand met een BOPZ maatregel, aldus het Ministerie van V&J" (Scholten, C. 2011; Probleemanalyse en plan van aanpak preadvies 'Samenhang ggz en forensische zorg').

In hoofdstuk 5 zullen we verder aandacht besteden aan dit discussiepunt. In de volgende paragraaf gaan we weer terug in de tijd.

3.2 Historische ontwikkeling forensische psychiatrie

Van oudsher is in vrijwel iedere menselijke cultuur en menselijke gemeenschap de behoefte gevoeld en de noodzaak gebleken om de onderlinge verhoudingen tussen mensen en groepen van mensen te regelen door middel van afspraken, gewoonten waaraan men zich moet houden ('mores') en wettelijke bepalingen en voorschriften. Inbreuk maken op geschreven en ongeschreven wetten, bindende gebruiken en gedragsregels heeft door de gehele menselijke geschiedenis heen aanleiding gegeven tot het toepassen van sancties en maatregelen om de wetten te bekrachtigen en te handhaven en om de heersende rechtsorde en moraal te beschermen. Zijn deze inbreuken van ernstige aard, dan bestaat de sanctie die op de overtreder wordt toegepast uit bestraffing, terwijl de betreffende inbreuk wordt gekwalificeerd als 'strafbaar feit'.

De huidige Nederlandse wetgeving kent twee soorten strafbare feiten: strafbare feiten van ernstige aard die 'misdrijven' worden genoemd en lichtere vergrijpen die worden aangeduid als 'overtredingen'. Misdrijven en overtredingen worden samen beschreven in het Wetboek van Strafrecht.

Niet iedere onrechtmatige of voor anderen schadelijke daad levert een misdrijf (mis-daad) of overtreding in de zin van het Wetboek van Strafrecht op. Van belang zullen zijn de al of niet aanwezige kwade intentie van de dader met betrekking tot zijn daad en zijn al of niet aanwezig inzicht in de wederrechtelijkheid ervan. Kwade intentie *alleen* levert geen strafbaar feit op. Er is tevens een daad of een poging tot een daad voor nodig. Als er sprake is van een strafbare daad, dan is er pas sprake van *schuld* en eventueel van strafbaarheid als er inzicht bij de dader bestond in het wederrechtelijke van zijn daad. Straaf komt pas in aanmerking als schuld vaststaat. Het is duidelijk dat vooral twee factoren bij het plaatsvinden van een strafbaar feit van belang zijn: de *daad* op zichzelf en de *persoon* van de dader(s) (Schnitzler J.G. 1977 Psychiatrie en Recht: Hoofdstukken uit de forensische psychiatrie 18). Dit onderscheid als uitgangspunt bij Justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ zal in hoofdstuk 4 aan bod komen.

Parallel met de toenemende belangstelling voor en sterk veranderde inzichten in de psychiatrie en criminele antropologie

(wetenschap die studie maakt van de aard van de misdadiger en die zich afvraagt of iemand een 'geboren misdadiger' kan zijn met bepaalde lichamelijke en psychische karakteristieken) raakten medici in toenemende mate betrokken bij de rechtspraak. De forensische psychiatrie in de eerder beperkte betekenis van het begrip, namelijk *advisering van een Rechter of Rechtscollege*, begon zich te ontwikkelen. De forensische psychiatrie heeft in zijn ontwikkeling gelijke tred gehouden met de ontwikkeling van de psychiatrie in het algemeen. In de tweede helft van de negentiende eeuw zijn het vooral de representanten van de Franse en Duitse klinische psychiatrie geweest die probeerden de psychiatrische ziektebeelden te omgrenzen en te classificeren op grond van aetiologische (oorzakelijke) aspecten. Bij het zoeken naar de aetiologische factoren van geestesziekten zochten men aanvankelijk vooral in organische (biologische/lichamelijke) en endogene (erfelijke) richting.

Een geheel nieuwe dimensie werd hieraan toegevoegd door het werk van Freud en zijn volgelingen die het grote belang aantoonde van psychodynamische en ontwikkelingspsychologische factoren in het ontstaan van psychische afwijkingen.

Later, omstreeks het midden van de 20^e eeuw en vooral na de tweede wereldoorlog werd door Sullivan, Fromm en anderen gewezen op de betekenis van communicatie- en relatiestoornissen en 'sociogene' factoren als zeer belangrijke oorzaken van psychische scheefgroei en gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling.

De forensische psychiatrie heeft, zoals verwacht mocht worden, al deze ontwikkelingen van de psychiatrische moederwetenschap op de voet gevolgd. Pas onder invloed van de vrij stormachtige ontwikkelingen die de psychiatrie, met name in Frankrijk en Duitsland, in de loop van de 19^e eeuw doormaakte, begon de psychiatrisch deskundige medicus geleidelijk aan vastere voet te krijgen in de rechtszaal. Dit leidde ertoe dat men herhaaldelijk kritische geluiden liet horen met betrekking tot het te gemakkelijk ontoerekeningsvatbaar verklaren van delinquenten door de psychiatrische deskundigen. Dit schijnt in Frankrijk nogal eens het geval te zijn geweest. In een bepaalde periode was het aantal strafzaken per jaar, waarin een psychiatrisch rapport werd uitgebracht, al ongeveer een vijfde van het totale aantal strafzaken per jaar (Schnitzler J.G. 1977: 19-20).

De paradigmashift die heeft plaatsgevonden binnen de algemene psychiatrie en de daarmee samenhangende studie naar de oorzaken van geestesziekten is tevens te herkennen in het ontwikkelingsproces van het bestuderen van misdaad en criminaliteit. Ook in de laatstgenoemde is er in de loop der tijd

een verschuiving ontstaan waarbij criminologen in hun studie naar de oorzaken van misdaad en criminaliteit zich niet meer gingen beperken tot biologische en genetische factoren, maar ook de ‘sociogene’ factoren als geldige verklaringen meenamen in hun redeneringen.

Volgens de Italiaanse vader van de criminele antropologie, Cesare Lombroso (1835-1909) was criminaliteit een overblijfsel uit een eerdere fase van de evolutie dat alleen bij primitieve mensen voorkwam. Het zou in de loop der tijd vanzelf verdwijnen. Mensen die ernstige misdaden begingen, waren in deze opvatting individuen die (nog) erfelijke eigenschappen bezaten die de meeste mensen tijdens de evolutie zijn kwijtgeraakt. In zijn boek, *L'uomo delinquente* (1876), betoogde hij dan ook dat misdadigers primitieve individuen waren, die biologisch gedetermineerd waren om crimineel te zijn. Misdadigers werden volgens hem gestuurd door biologische eigenschappen en lag dus de oorzaak van criminaliteit in het individu en niet in de maatschappelijke factoren, zoals de aanhangers van de zogenoemde criminele sociologie beweerden. Hij baseerde zijn theorie op onderzoek onder duizenden gevangenen. ‘Fysiognomische’ (gelaatkundige) metingen moesten het verband tussen uiterlijk en karakter duidelijk maken. Daarmee was Lombroso een typische aanhanger van het positivisme, een wetenschapstheoretische stroming die populair was in zijn tijd. Het positivisme legde sterk de nadruk op het belang van empirisch onderzoek. Het is een vorm van empirisme die alleen uitgaat van het direct waarneembare: door goed te meten, zouden wetenschappers alles in kaart kunnen brengen, dus ook de oorzaak van criminaliteit. De theorie van Lombroso sloot bovendien aan bij het in zijn tijd breed aangehangen geloof dat het karakter van een persoon af te lezen was aan zijn uiterlijk. Lombroso had felle tegenstanders die de invloed van omgevingsfactoren op de ontwikkeling van een individu benadrukten. Kritische artsen volgens wie criminelen zich op een voedingsbodem van onder meer grote maatschappelijke ongelijkheid en armoede ontwikkelden. Een samenleving met veel ongelijkheid was dus een goede voedingsbodem voor het creëren van criminaliteit. Daarmee zieden zijn tegenstanders: “Elke samenleving heeft de misdaad die zij verdient”. Naar aanleiding van de vele kritieken heeft Lombroso zijn theorie enkele malen bijgesteld. Zo meende hij later dat criminaliteit het resultaat was van individuele (biologische) én sociale factoren. Hoewel Lombroso in de wetenschap vaak in verband wordt gebracht met stigmatisering en schedelmetingen, is hij toch een van de eerste verdedigers van een meer humane behandeling van gevangenen, juist omdat zij geen schuld droegen

aan hun misdadigheid. Hij verdedigde de humane behandeling van criminelen door te pleiten voor rehabilitatie en tegen lijfstraffen. Zijn opvattingen hebben verandering op dit gebied sterk beïnvloed (Beijer T. 1996 Apeldoorn CGL. Woordenboek van medische eponiemen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum).

Het is opmerkelijk, dat reeds toen een tijdsgenoot van Lombroso, de Italiaanse Ferri, erop heeft gewezen dat onze grootste belangstelling *niet* behoort uit te gaan naar de psychische toestand en naar de beweegredenen van individuele delinquenten, maar naar het wegnemen van sociale misstanden die aanleiding geven tot delinquent gedrag (Schnitzler J.G. 1977: 19-20).

De theorieën van socioloog Emile Durkheim maakten tevens deel uit van de beginfase van de criminele sociologie. Hij verklaarde aan het einde van de 19^e eeuw dat verschijnselen als criminaliteit gezien moesten worden als een normaal maatschappelijk verschijnsel. Dit was het begin van de criminele sociologie waarin sociaal milieu, aangeleerd gedrag, sociale ongelijkheid, stigmatisering en maatschappelijke binding belangrijke uitgangspunten werden. Deze richting werd de *milieu-school* genoemd, welk zich richt op *nurture* in plaats van *nature*. Waar men bij het begrip *nature* ervan uitgaat dat alle eigenschappen van het individu bepaald zijn door aanleg, bijvoorbeeld het genetisch materiaal, bestaat bij *nurture* de veronderstelling dat alle eigenschappen van het individu bepaald zijn door opvoeding, met name door de leefomgeving.

Het psychologische *nature-nurture* debat heeft haar oorsprong in een filosofische discussie die gevoerd wordt door *empiristen* versus *rationalisten*. Het empirisme is een kentheoretische opvatting die stelt dat alle kennis uit de waarneming ofwel de zintuiglijke ervaring stamt (*nurture*). Het rationalisme is de contraire opvatting die stelt dat de mens beschikt over een niet-zintuiglijk vermogen, namelijk de rede of ratio waarmee het individu los van de ervaring inzicht kan verwerven (*nature*). Daar deze filosofische discussies oneindig zijn, maken we maar eens de overstap naar de huidige tijd en de huidige ontwikkelingen in het samenwerkingsveld van Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ.

4 Cultuurverschillen tussen Justitie, forensische zorg & de reguliere GGZ

4.1 Verschillen en overeenkomsten Justitie & GGZ

Cultuur en samenleving

Voordat we de culturen binnen Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ onder de loep nemen, is het wellicht handig om eerst het begrip ‘cultuur’ te definiëren. Mensen dragen op verschillende wijzen (door spreken of schrijven, door gebaren, gebouwen, voorwerpen) allerlei ideeën, voorstellingen, waarden en normen over van de ene generatie naar de andere. Dit is wat we met het begrip cultuur aanduiden: het geheel van veronderstellingen, opvattingen, waarden, normen én de materiële uitdrukking ervan die in de samenleving of in een groep gedeeld en overgeleverd worden. De kern van cultuur wordt gevormd door basisveronderstellingen over de menselijke natuur en het universum. Onze waarden en normen zijn geënt op deze basisveronderstellingen. Waarden geven de keuze aan die een groep of de samenleving heeft gemaakt met betrekking tot de doeleinden of gedragspatronen die zij nastrevenswaardig vinden. Normen vertalen deze waarden in concrete gedragsregels en voorschriften, vaak in de vorm van geboden en verboden. Soms zijn deze normen letterlijk neergeschreven, wat bijvoorbeeld het geval is met rechtsregels, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn. Naast deze immateriële aspecten zijn ook de materiële uitingen of de producten van een cultuur van belang. Het eerste contact met een cultuur bestaat niet uit confrontatie met de kenmerkende waarden en normen, maar uit een confrontatie met de concrete producten en artefacten (*prehistorische voorwerpen die door mensen zijn gemaakt*), voortgebracht in deze cultuur. Gebouwen, monumenten, taal, voeding, kunst of gebruiksvoorwerpen kunnen als materiële uitdrukking van een cultuur immers veel zeggen over de waarden en normen die daarachter schuilgaan (Van Hoof J. & Van Ruysseveldt J. 2001: 37).

Eriksen beschrijft (2001: 4) de onderscheiding tussen *cultuur* en *samenleving* als volgt: “Culture refers to the acquired, cognitive and symbolic aspects of existence, whereas society refers to the social organisation of human life, patterns of interaction and power relationships”.

Met andere woorden, waar cultuur verwijst naar de aangeleerde, cognitieve en symbolische aspecten van het leven, verwijst samenleving naar de sociale organisatie van het menselijke leven, patronen van interactie en machtsverhoudingen.

Om nog een stap verder te zetten, trekken we de lijn door naar het onderscheid tussen *individu* en *samen-leving*. Volgens de Franse socioloog Pierre Bourdieu (Eriksen 2001: 91,153-154) worden de handelingen van individuen niet volledig bepaald door zoiets abstracts als ‘de maatschappij’, noch bestaat de maatschappij volledig uit de optelsom van de handelingen van individuen, maar is er eerder sprake van een wisselwerking. Hierbij hanteert hij het begrip **veld** (*champ*). De samenleving bestaat volgens Bourdieu uit verschillende, elkaar overlappende velden, zoals de politiek, de wetenschap en de kunst. Binnen deze velden is een voortdurende (deels onbewuste) machtsstrijd gaande tussen de medespelers om de schaarse middelen die binnen dat veld op het spel staan. Binnen elk veld gelden specifieke (weer deels onbewuste) spelregels waar de deelnemers zich aan moeten houden. Om in een veld macht en invloed te verwerven hebben mensen **kapitaal** nodig. Het gaat dan niet alleen om **economisch kapitaal**, zoals geld en onroerend goed, maar ook om **cultureel kapitaal** (kennis, vaardigheden, opleiding) en **sociaal kapitaal** (relaties, netwerken). Later heeft Bourdieu nog andere vormen van kapitaal toegevoegd, zoals: **symbolisch** (ongeschreven en onuitgesproken gedragscode, zoals: de codes voor ‘beschaafd’ gedrag, ‘gepaste’ toespraak, goede smaak in kunst en muziek) en **linguïstisch kapitaal** (beheersing van de taal van de dominante cultuur).

Verder stelt Bourdieu dat in elk veld mensen (onbewust) een bepaalde **habitus** ontwikkelen. Een duurzame manier van waarnemen, denken en handelen waarmee mensen zich in het veld kunnen handhaven en verder kunnen komen. De term *habitus* kan gelijk worden getrokken aan het begrip cultuur. Mensen die zich al lang in een veld bevinden, hebben zo een voorsprong op nieuwkomers, omdat de *habitus* bij hen volledig geïnternaliseerd is. De *habitus* is dus door het samenspel van individuen gevormd om vervolgens structurele vormen aan te nemen die het handelen van mensen op den duur verder beïnvloedt. Hier ziet Bourdieu de sleutel tussen individu en maatschappij, tussen micro en macro.

Naast het begrip *habitus* maakt hij in zijn theorie gebruik van de termen ‘**orthodoxie**’ en ‘**heterodoxie**’. Orthodoxie symboliseert de ideologieën die gebaseerd zijn op de *habitus*. Vanuit *habitus* lijkt de sociaal gecreëerde wereld ‘natuurlijk’ en wordt deze als vanzelfsprekend genomen. Heterodoxie staat voor het optreden van veranderingen in de *habitus*. Uiteindelijk zal volgens Bourdieu dit proces van verandering steeds weer leiden tot vastgestelde denkpatronen waardoor een nieuwe *habi-*

tus ontstaat. Op zijn tijd zal dit weer worden verbroken door de komst van nieuwe opvattingen en ideologieën.

Cultuurverschillen tussen Justitie & de reguliere GGZ met de Forensische Zorg als een tussenliggend waardesysteem

Uitgaande van Bourdieu's theorieën over veld, habitus en kapitaal wil ik het werkveld betreden waar Justitie en de (reguliere) GGZ elkaar in de meest elementaire zin overlappen, namelijk het veld van de forensische zorg. Dit werkveld hangt grotendeels in tussen de waardesystemen van Justitie en de (reguliere) GGZ. Het fenomeen dat dit werkveld zeer interessant maakt, is dat er door langdurig contact en samenwerking tussen de (reguliere) GGZ en Justitie een nieuwe habitus lijkt te zijn ontstaan. De forensische zorg hanteert namelijk een waardesysteem dat noch volkomen overeenstemt met de doelstellingen van Justitie noch met die van de reguliere GGZ-instellingen waar het aspect van veiligheid zelden een rol speelt. Over welke zorginstellingen spreken we eigenlijk als het gaat om het verlenen van forensische zorg? De typen capaciteit die ten behoeve van forensische zorg worden ingekocht door het Minister van V&J zijn:

1. Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's)⁵;
2. Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen (FPK's en FPA's)⁶;
3. Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (ambulante en klinische zorg);
4. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (ambulante en klinische zorg);
5. Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIWB's).

Voordat we ons verder verdiepen in de waardesystemen binnen de forensische zorg wil ik in de onderstaande tabel eerst het verschil in uitgangspunten tussen de reguliere GGZ en

⁵ De zorg bij FPC's wordt op dit moment nog niet ingekocht. Het betreft een subsidierelatie. Na invoering van de WFZ wordt ook de zorg bij FPC's ingekocht (Significant 2012 De forensische zorg: Beschrijving van het besturingsmodel blz. 25).

⁶ In FPK's wordt ongeveer 85% van de capaciteit ingekocht door het Ministerie van V&J ten behoeve van forensische zorg. De overige capaciteit wordt gecontracteerd door zorgverzekeraars op basis van de ZVW. Voor FPA's is deze verhouding ongeveer 55% strafrechtelijk tegen 45% vrijwillig (Significant 2012 De forensische zorg: Beschrijving van het besturingsmodel blz. 26).

Justitie kort weergeven. Dit verschil in uitgangspunten kunnen we onder andere verklaren door een verschil in habitus. Binnen Justitie en de reguliere GGZ heersen uiteenlopende manieren van waarnemen, denken en handelen. Om het verschil tussen de waardesystemen van de twee werkvelden scherp te kunnen neerzetten, doe ik even afstand van het grijze gebied en de nuances binnen beide werkvelden. Het accent ligt dus nu voornamelijk op de twee uiteinden.

Focus van de reguliere GGZ	Focus van Justitie
Kwaliteitsmaat: focus op de dader ofwel patiënt + stoornis met als doelstelling: behandeling, herstel, het verkrijgen van autonomie en vrijheid	Kwaliteitsmaat: focus op de daad ofwel gepleegde delict + schuldvergeving en straf met als doelstelling: beveiliging, vrijheidsbeperking en recidive vermindering ten behoeve van de maatschappelijke veiligheid
Taalgebruik: patiënt/cliënt	Taalgebruik: dader /delinquent / justitiabele/tbs-gestelde
Zorg en herstel ofwel rehabilitatie en resocialisatie	Vergelding en straf ten behoeve van orde en veiligheid binnen de samenleving
Behandeling en therapie	Beveiliging, risicotaxatie en risicohantering
Vrijheid, autonomie en het handhaven van de rechtspositie van de patiënt	Gedwongen vrijheidsbeperking van de dader ten behoeve van de veiligheid binnen de samenleving
Zelfbeschikking, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt	Onder regelmatig toezicht en begeleiding (een vaste structuur is belangrijk)
Overleg en onderhandeling	Bevelshuishouding
Decentraal geregeld/vrije marktmechanisme ofwel geregleerde marktwerking	Hiërarchisch met een centraal besturings- en financieringssysteem van DForZo die vanuit een monopoliepositie verantwoordelijk is voor inkoop, indicatiestelling en plaatsing van de gehele forensische zorg

Organisatie van indicatiestelling, financiering en de levering van zorg veel meer verdeeld met veel meer functiescheiding en onafhankelijkheid	Organisatie van indicatiestelling, financiering en de levering van zorg veel meer gegroepeerd met veel minder functiescheiding en onafhankelijkheid ⁷
Patiënt heeft keuzevrijheid in het bestaande zorgaanbod	Patiënt wordt gedwongen geplaatst bij de zorgaanbieder, gekozen door DForZo
Individueel gericht maatwerk	Algemene aanpak
Gaat uit van waarnemingen en aannames; niets kan volledig worden vastgesteld of uitgesloten	Absolute werkwijze; alles willen vaststellen of uitsluiten; een 0-fouten beleid
Practice based evidence	Evidence based practice
Maatschappij gericht	Instituut gericht

Naast uiteenlopende denkbeelden, belevingen en werkculturen kunnen ook diverse belangen, machtsverhoudingen en andere externe- ofwel omgevingsfactoren een onderliggende rol spelen in het optreden van spanningsvelden. Bijvoorbeeld waar Ministerie van V&J over voldoende economisch kapitaal beschikt om de gehele inkoop van de forensische zorg te financieren, heeft de (reguliere) GGZ-sector in de huidige tijd te kampen met enorme bezuinigingen. Waar overvloed aan kapitaal mogelijkheden creëert om macht en invloed te verwerven, zorgt het ontbreken ervan voor een gevoel van bedreiging en onderdrukking in het speelveld. Hierbij komt kijken dat Ministerie van V&J een monopolie positie heeft in de inkoop, indicatiestelling en de plaatsing van patiënten binnen de forensische zorg. Door deze bevoegdheid van Ministerie van V&J tot plaatsing van forensische patiënten binnen de (reguliere) GGZ (zowel voor, tijdens als na detentie⁸) voelt een deel van de sector zich niet slechts bedreigd en onderdrukt door een tekort in zijn economisch kapitaal, maar ook als het gaat om zijn cultureel kapitaal (kennis, vaardigheden, opleiding) maakt een deel van de sector zich zorgen of het de echt complexe(re) forensische doelgroepen aankan. Dit zorgen is gebaseerd op

⁷ Zie ook rapport Significant (2012) De forensische zorg: Beschrijving van het besturingsmodel blz. 23.

⁸ Dit wordt namelijk mogelijk door de komst van de Wet verplichte GGZ, waarbij de rechter in elke fase van het strafrechtelijke traject kan kiezen voor een (gedwongen) behandeling in de geestelijke gezondheidszorg in plaats van detentie.

het feit dat een deel van de (reguliere) GGZ-sector niet toegerust is op de (meest) complexe forensische doelgroepen door gebrek aan voldoende kennis en deskundigheid, mankracht, professionals en deskundig opgeleid personeel om met agressie, geweld, gedragsproblemen, meervoudige diagnostiek (comorbiditeit) en problematiek op meerdere levensdomeinen om te gaan. Een respondent uit de (reguliere) GGZ-sector: “Met de komende bezuinigingen wordt het alleen maar moeilijker om juist die complexe doelgroepen binnen de GGZ op te vangen, omdat voor deze groepen meer professionals en meer deskundig opgeleid personeel nodig is. Bovendien is er bij de complexe(re) doelgroepen behoefte aan meer intensieve en langdurige begeleiding. De bezuinigingen en de eigen bijdrage⁹ zullen de noodzakelijke begeleiding niet stimuleren, maar eerder belemmeren”.

Naast een tekort aan economisch kapitaal draagt een aantal culturele uitgangspunten binnen de reguliere GGZ bij aan de bovengenoemde problematiek. Een bestaand structureel knelpunt is bijvoorbeeld de doorstroom vanuit de forensische zorg naar de reguliere GGZ. Deze doorstroom verloopt zeer moeizaam, waardoor delinquenten met een psychische stoornis of verstandelijke beperking niet altijd de behandeling krijgen die zij nodig hebben. De culturele uitgangspunten die naast een tekort aan economisch kapitaal, bijdragen aan dit structurele knelpunt zijn: de maatschappelijke gerichtheid van de reguliere GGZ; het zelfbeschikkingsideaal; de zelfredzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. RMO stelt in zijn advies (straf en zorg: een paar apart 2007: 29) dat “de (doorgeschoten) vermaatschappelijking van de GGZ en de daarmee samenhangende afbouw van gesloten voorzieningen in de GGZ er echter toe hebben geleid dat psychiatrische patiënten in toenemende mate worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Onder het motto van ‘vermaatschappelijking’ is het beleid steeds meer gebaseerd geraakt op het zelfbeschikkingsideaal, waarbij het individu - in plaats van zijn (institutionele) omgeving – het aangrijpingspunt vormt voor veranderingen”. Het mag duidelijk zijn dat deze uitgangspunten niet effectief kunnen inspelen op de werkelijkheid omtrent de

⁹ Met ingang van 2012 is er voor personen van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage ingevoerd in de reguliere GGZ. Deze eigen bijdrage is niet van toepassing voor de forensische zorg en de GGZ die in een verplicht kader geleverd wordt (Significant 2012 De forensische zorg: Beschrijving van het bestuursmodel blz. 28).

complexe(re) (forensische) doelgroepen en de daarbij behorende problematiek. Dit geldt zowel in de *voorzorg* (preventie) als in de behandeling *tijdens* en *na* detentie (de doorzorg na beëindiging van de strafrechtelijke titel).

Waar de reguliere GGZ een maatschappelijk gerichte werkhouding heeft, werkt men binnen Justitie vooral instituut gericht. Dit is tevens te zien in de Wet Forensische Zorg die zich slechts richt op institutionele en stelselmatige kaders als het gaat om een verbetering in de samenhang GGZ en forensische zorg. Terwijl de Wet verplichte GGZ zich veel meer baseert op de inhoudelijke invulling en transparantie van de zorgkwaliteit. De institutionele werkhouding binnen Justitie zorgt er tevens voor dat Justitie (onterecht) de taak van preventie ofwel voorzorg volledig neerlegt bij de reguliere GGZ, die meer in de maatschappij zou staan en daardoor problemen van ernstige aard tijdig zou moeten signaleren. Met als uitgangspunt dat als de reguliere GGZ de fase van preventie (voorzorg) effectief aanpakt er minder mensen in aanraking zullen komen met het strafrecht. Justitie kan namelijk pas ingrijpen als het al verkeerd is gelopen. Voordat Justitie ingrijpt moet er sprake zijn van een strafbaar delict. Of dit uitgangspunt helemaal terecht is, is een discussie op zich waar we nu niet op ingaan. Maar het institutionele karakter van Justitie is deels herkenbaar in dergelijke uitspraken. Bij het institutionele karakter van Justitie hoort ook een relatief centrale en hiërarchische aanpak met het streven naar een absolute werkwijze. Dat wil zeggen alles willen vaststellen of uitsluiten, ofwel vanuit een bepaalde zekerheid beslissingen nemen en handelen, want bij Justitie wordt een 0-fouten beleid vereist. Het is dan ook zeer interessant om te zien in hoeverre het 0-foutenbeleid van Justitie een rol zal spelen in het toezicht op de kwaliteit van zorg en het daarbij behorende toetsingskader. Dit toetsingskader wordt momenteel nog ontwikkeld onder samenwerking van IGZ (Inspectie Gezondheidszorg) en IST (Inspectie voor de Sanctietoepassing).

De centraal hiërarchische werkwijze van Justitie is tevens terug te zien in de centrale rol van Ministerie van V&J als inkoper, plaaster en regisseur van de gehele forensische zorg zonder deze taken maar ook deels uit te dragen aan een derde partij.

Als we uitgaan van Bourdieu's theorieën en de samenleving beschouwen als verschillende elkaar overlappende velden, is het interessant om te zien welke velden een rol spelen in de aanpak van Justitie en op welke wijze deze (op structureel niveau) invloed en druk uitoefenen op het werkkterrein van

Justitie. De belangrijkste externe ofwel omgevingsfactoren hierin zijn:

- **Het huidige politieke klimaat** dat meer gericht is op controle en veiligheid.
- **De politieke druk** op Minister van V&J die veel groter is dan de druk op Minister van VWS. De eerstgenoemde moet zich namelijk voor elke recidive verantwoorden.
- **De media en het proces van medialogica** dat meer invloed blijkt uit te oefenen dan de feitelijke cijfers met betrekking tot bijvoorbeeld tbs en tbs-gestelden.
- **De druk vanuit de maatschappij** waarbij burgers onder invloed van medialogica criminaliteit veel minder tolereren binnen de samenleving en in steeds toenemende mate kiezen voor het opleggen van zwaardere straffen. Volgens RMO blijkt toch echter uit onderzoek dat burgers eerder geneigd zijn om geld te besteden aan preventiemaatregelen en zorg-handelingen dan aan meer gevangenschappen en hardere straffen, indien ze in de enquêtes kunnen kiezen uit uitgebreide opties en daarover ook voldoende informatie krijgen. Bovendien laat onderzoek zien dat de neiging van burgers tot het opleggen van zwaardere straffen minder wordt naarmate ze over meer informatie beschikken wat betreft de achtergronden van het misdrijf (RMO Straf en zorg: een paar apart 2007: 38-39).

In het bovengenoemde stuk zijn enkele verschillen in percepties en uitgangspunten tussen de leefwerelden van Justitie en de reguliere GGZ weergegeven. Tevens wordt duidelijk hoe nauw cultuur en structuur (sociale organisatie, patronen van interactie en machtsverhoudingen) met elkaar verweven zijn. Bijvoorbeeld hoe het zelfbeschikkingsideaal binnen de reguliere GGZ en de daarbij behorende vermaatschappelijking steeds meer er toe heeft geleid dat de patiënt het aangrijpingspunt is gaan vormen voor verandering in plaats van zijn (institutionele) omgeving. Dit uitgangspunt sluit niet aan bij de behandeling van de meest complexe en kwetsbare (forensische) doelgroepen die in grote mate behoefte hebben aan structuur, toezicht en begeleiding. Op het structureel niveau zorgt dit (naast andere factoren) voor een moeizame doorstroom van de forensische patiënten naar de reguliere GGZ-sector. Een ander voorbeeld is de externe druk (vanuit politiek, media en maatschappij) op Justitie in het kader van veiligheid en recidivevermindering die samen met andere factoren ertoe heeft geleid dat Justitie een 0-foutenbeleid en een centraal hiërarchische werkwijze hanteert.

Voor nu gaan we terug naar het werkveld van forensische zorg dat zich tussen de waardesystemen van Justitie en de reguliere GGZ in positioneert. Binnen dit werkveld worden de extreme uiteinden van waardesystemen in het strafrecht (bescherming van de maatschappij door het reguleren van de veiligheid aan de hand van vrijheidsbeperking, beveiliging, controle en toezicht) en de GGZ zorg (behandeling waarin eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt een grote rol spelen) voortdurend met elkaar geconfronteerd. Dit heeft ertoe geleid dat er binnen dit veld regelmatig sprake is van diverse spanningsvelden op het gebied van kwalitatief goede zorg- en hulpverlening (indicatiestelling; diagnose; prognose en behandeling) en het reguleren van de veiligheid (van het individu en zijn directe omgeving; het personeel en medepatiënten; en de samenleving) door middel van fysieke beveiliging (beveiligde architectuur, beveiligingsapparatuur- en bewakingspersoneel) en methodische (risicotaxatie en risicohantering). Door langdurig en regelmatig contact en intensieve samenwerking tussen bepaalde GGZ-instellingen en Justitie lijkt in dit werkveld (forensische zorg) echter een nieuwe habitus te zijn ontstaan. Een habitus, die noch volkomen overeenstemt met die van Justitie noch met die van de reguliere GGZ-instellingen. Deze tussenpositie wordt door meerdere respondenten uit het veld van forensische zorg¹⁰ bevestigd in uitspraken als: “De maatschappelijke doelstelling van de forensische zorg verschilt echter dan die van de reguliere GGZ. Bij de eerstgenoemde staat de veiligheid van de samenleving voorop, terwijl de GGZ op het eerste punt uitgaat van behandeling van de patiënt”. Of uitspraken als: “De monopolistische positie van Justitie in de inkoop van de gehele forensische zorg vormt een bedreiging voor de inhoud en kwaliteit van behandeling. De politiek moet zich niet op inhoudelijk niveau gaan bemoeien met de zorg. Op deze wijze wordt het bestwil-principe vervangen door het gevaar-principe. Dit is in tegenstrijd met de beginselenwet tbs, de wet BOPZ en de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) die de interne rechtspositie van patiënten regelen en ze rechtsbescherming bieden¹¹. Binnen de

¹⁰ De eerder genoemde zorginstellingen die forensische zorg verlenen (zie blz. 29).

¹¹ Vrijheid en autonomie zijn belangrijke waarden in vraaggericht werken en als hulpverlener kun je daar niet zonder reden tegen in gaan. De benadrukking van autonomie en het recht op zelfbeschikking is ontstaan als reactie op paternalistische praktijken van de zorg, waarin de dokter en de zuster altijd het beste

forensische zorg worden deze personen toch echter beschouwd als patiënten en niet als justitiabelen. Het doel is ‘resocialisatie’ tegen de achtergrond ‘veiligheid van de samenleving’. Er is een dreigende bemoeienis vanuit de overheid op de rechtspositie van de patiënt. De instelling van Justitie gaat met name uit van vrijheidsbeperking. Maar wij zijn zorginstellingen en geen zorggevangenen. Vrijheid is een essentieel onderdeel van het behandelstof. Als een patiënt bijvoorbeeld met drank- of drugsproblemen worstelt, is er enigszins vrijheid nodig om te kunnen meten of behandeling deels effect heeft gehad. Zo kan verder vorm worden gegeven aan de behandeling of indien nodig kan deze worden aangepast. Als de persoon gedurende zijn gehele behandeling opgesloten zit, kun je ook nooit meten in hoeverre de behandeling geslaagd is. Het effect wordt pas zichtbaar als de persoon zijn straf volledig heeft uitgezeten en in één klap alle vrijheid krijgt waarin hij alles kan doen en laten wat die wil. De kans dat de persoon dan een terugval krijgt, is groter. Daar elk slachtoffer één te veel is, moet de vrijheidsbeweging van de patiënt als onderdeel van de behandeling wel zo verantwoord mogelijk worden geregeld en indien nodig onder toezicht en begeleiding plaatsvinden”.

Deze verandering in habitus, door Bourdieu ook wel aangeduid als heterodoxie, vindt onder andere plaats door regelmatige en langdurige (interculturele) contacten en ontmoetingen, met name op lokaal (micro) ofwel kleinschalig niveau. Dit fenomeen is niet slechts herkenbaar binnen het werkveld van forensische zorg (door regelmatig en langdurig contact tussen Justitie en bepaalde GGZ-instellingen), maar ook in het samenwerkingsveld van *die* reguliere GGZ- en forensische zorginstellingen waarbij sprake is van ketenvorming of fusie. Door meer ervaring met forensische patiënten is bij *die* (gefuseerde) reguliere GGZ-instellingen een paradigmashift ontstaan van alleen ‘rehabilitatie en resocialisatie’ naar ‘rehabilitatie en resocialisatie tegen de achtergrond veiligheid van de samenleving’. Bij deze reguliere GGZ-instellingen (die langdurig en regelma-

wisten wat goed voor je was. De cliënt had weinig tot geen invloed op de inhoud van de zorg, en soms was er zelfs sprake van openlijk machtsmisbruik. Begin jaren zeventig kwam daar steeds meer kritiek op, wat leidde tot een verbetering van de rechtspositie van de cliënt, vastgelegd in o.a. BOPZ en WGBO, waarbij de BOPZ meer gericht is op controle en de WGBO meer op een gelijkwaardige relatie tussen cliënt en behandelaar. (Van der Linden, M. Dwang in vraaggericht werken: autonomieontnemend of autonomieondersteunend?)

tig/intensief samenwerken met forensische zorginstellingen) is te zien dat ze meer oog hebben (gekregen) voor structuur, toezicht en beveiliging. Ook mede doordat ze de forensische doelgroepen beter kennen. De verandering in habitus bij deze instellingen is ook waar te nemen in taalgebruik als ‘verplichte keuzevrijheid van de patiënt’ (een aantal mogelijke opties waaruit de patiënt *moet* kiezen). Omgekeerd zie je dat bij steeds meer forensische zorginstellingen, zoals een respondent aangeeft: “Steeds meer verschuiving plaatsvindt van vergelding en straf naar een positieve benadering en beloning, gepaard met een gezond wantrouwen”.

Kortom, door regelmatig ofwel intensief contact, structurele kennisoverdracht en informatie-uitwisseling is bij de reguliere GGZ- en forensische zorginstellingen waarbij sprake is van ketenvorming of fusie een bepaalde flexibiliteit ontstaan, waardoor ze elkaars referentiekaders en interpretatieschema’s meer (h)erkennen. Dit heeft als gevolg dat ze beter met elkaar communiceren, en daardoor op inhoudelijk niveau samen tot effectieve werkmethoden, samenwerkingsplannen en duidelijke afspraken komen waarin alle partijen hun visie (deels) herkennen.

In verhouding met het lokale (micro) niveau is er op departementaal niveau (macro) minder sprake van herkenning en erkenning van elkaars referentiekaders en interpretatieschema’s. Dit gebrek aan kennis en begrip voor elkaar uit zich in uitspraken als: “Wij spreken beide een andere taal” of: Wij zijn er voor beveiliging en zij voor behandeling” of omgekeerd. Hierdoor ontbreekt ook de flexibiliteit om effectief te communiceren met elkaar en vanuit een gelijkwaardig gevoel tot een gezamenlijk beleid te komen als het gaat om de meest complexe en kwetsbare (forensische) doelgroepen die zowel onder de doelgroep van Justitie als de reguliere GGZ vallen. Het gaat hier om groepen die door gebrek aan de nodige voor- én doorzorg regelmatig bij Justitie belanden door het plegen van een strafbaar delict en/of het verstoren van de publieke orde. Dit is, zoals eerder gezegd, het werkveld waar de forensische zorg en de reguliere GGZ enorme knelpunten ervaren in hun samenwerking.

Dit komt deels door de weinige mate van contact en het ontbreken van structurele kennis- en informatie-uitwisseling tussen de departementen (Min. V&J en Min. VWS), terwijl er juist sprake is van vele fricties. Op departementaal niveau is er in een bepaalde mate sprake van stereotypering van elkaar. Deze stereotypering zorgt voor meer ruis in de communicatie met alle gevolgen van dien. Het stereotyperen van de ‘ander’ zorgt

er namelijk voor dat de ‘ander’ in een kunstmatig en statisch kader wordt geplaatst dat zeer belemmerend werkt voor verdere communicatie. Er is namelijk geen communicatie nodig als je toch al weet hoe de ‘ander’ in elkaar zit. Op deze wijze gaat men confrontaties uit de weg en vindt er geen effectieve communicatie plaats, waardoor problemen niet structureel worden aangepakt en opgelost. Dit terwijl voor een structurele aanpak en oplossing kennis van en begrip voor elkaars benaderingswijze en werkmethode een vereiste is. In paragraaf 4.3 gaan we hier verder op in bij de thema interculturele communicatie en cultuurverandering.

Overeenkomsten tussen Justitie & de reguliere GGZ

Zoals in het voorwoord al nadrukkelijk is aangegeven, is er een enorm grijs gebied binnen zowel het werkveld van Justitie als de reguliere GGZ dat veel genuanceerder in elkaar zit dan alleen de extreme uiteinden. In het samenwerkingsveld van de reguliere GGZ en Justitie zijn de werelden niet zo zwart-wit te verklaren. Visies lopen door elkaar heen. Een voorbeeld waaruit duidelijk wordt dat de percepties van de reguliere GGZ en Justitie niet alleen van elkaar verschillen, maar op enkele vlakken ook door elkaar heen lopen, is onder andere te zien bij het ogenschijnlijke verschil in *individueel gericht maatwerk* en een *practice based evidence*¹² werkmethode bij de reguliere GGZ versus een *algemene aanpak* en een *evidence based practice*¹³ bij Justitie. Het fenomeen van door elkaar lopende visies van de reguliere GGZ en Justitie onthult zich bij het adviseren van rechtscolleges door (forensische) psychiaters. Op het eerste gezicht gaat men, tenminste de overgrote meerderheid van mijn respondenten, er vanuit dat individueel gericht maatwerk bij de reguliere GGZ hoort en een algemene aanpak bij Justitie. Bij het uitspreken van een vonnis gaan rechters echter vaak uit van het individu, terwijl (forensische) psychiaters op grond van wetenschappelijk onderbouwde cijfers en feiten advies geven aan rechtscolleges. In sommige gevallen achten (forensische) psychiaters een tbs maatregel niet nodig, omdat zij bijvoorbeeld op grond van wetenschappelijk onderzoek concluderen dat de kenmerken van de dader hem/haar in een categorie plaatsten waar de kans op recidive (zeer) klein is. Rechters vinden dergelijke uitspraken te algemeen en gaan uit van het idee dat iedere dader uniek is.

¹² Door onderzoek bewezen kennis (Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie).

¹³ Door de praktijk effectief veronderstelde kennis (Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie).

Daarom moet iedere dader individueel worden begrepen, waarbij gegevens over groepen daders niet relevant zouden zijn in het uitspreken van hun vonnis.
(<http://medischcontact.artsennet.nl/Tijdschriftartikel/03689/>
Op de grens van recht en psychiatrie 18-10-2011)

In ditzelfde voorbeeld wordt tevens zichtbaar dat het in dit geval de (forensische) psychiater zijn die gebruik maken van evidence based practice. Terwijl men vaak op het eerste gezicht er vanuit gaat dat evidence based practice vooral bij Justitie hoort en practice based evidence bij de reguliere GGZ.

Kortom, de realiteit waarin Justitie en de reguliere GGZ zowel *naast* als *met* elkaar functioneren, is veel genuanceerder dan het soms op het eerste gezicht lijkt waarbij men met name uitgaat van (cultuur)verschillen in uiteinden.

Hieronder volgt nog een aantal voorbeelden waarin doorlopende visies en enkele overeenkomsten tussen Justitie en de reguliere GGZ worden beschreven.

* Zowel de psychiatrie als de Justitie (strafrecht) heeft te maken met deviant ofwel afwijkend gedrag en met in sociaal opzicht deviante personen: mensen die regels, voorschriften, wetten overtreden en door hun gedrag weerstanden opwekken en aanstoot geven. Kortom, mensen wiens gedrag en handelingen soms ontoelaatbaar zijn. Het verschil is alleen dat voor de arts, die gewend is natuurwetenschappelijk en tegenwoordig ook gedragswetenschappelijk te denken in zijn benadering van het misdadprobleem, de *dader* meestal centraal staat. De arts (psychiater) zoekt naar oorzaken en vraagt zich af waarom iemand een bepaalde daad heeft gepleegd. Zijn aandacht zal onder andere gericht zijn op (vooral individuele) preventie en zijn belangstelling zal uitgaan naar de mogelijkheid van behandeling van de dader. Terwijl voor de jurist, die veelal meer formeel logisch denkt in zijn benadering van het misdadprobleem, de *daad* toch vaak een belangrijke plaats inneemt. De jurist houdt zich bezig met het voorkomen en verhinderen van misdaden, het opsporen en bestraffen ervan en met het gevaar voor en de bedreiging van de 'openbare orde', welke de dader oplevert (Schnitzler J.G. 1977 Psychiatrie en Recht: Hoofdstukken uit de forensische psychiatrie 18-19).

* Omdat beide velden te maken hebben met deviant en ontoelaatbaar gedrag komen drang en dwang op beide werkterreinen voor. De *mate*, *duur* en *doelstelling* van dwang en drang in deze velden verschillen uiteraard enorm van elkaar. Terwijl bij Justi-

tie de nadruk ligt op schuldvergelding en straf waarbij gedwongen opsluiting en vrijheidsbeperking centraal staan, wordt binnen de reguliere GGZ in noodsituaties gebruik gemaakt van separatie, gedwongen opname en/of behandeling. Deze vormen van drang en dwang kunnen onderdeel uitmaken van de behandeling.

* Een ander punt waarin beide velden overeenkomst vertonen, is: hoewel bij de reguliere GGZ rehabilitatie en resocialisatie van de patiënt centraal staan en bij Justitie het reguleren van de veiligheid, is bij het onderdeel ‘risicotaxatie’ (dat onder methodische beveiliging valt) enigszins sprake van behandeling. Alleen is bij Justitie de doelstelling van behandeling recidivevermindering, terwijl bij de reguliere GGZ de doelstelling rehabilitatie en resocialisatie van de patiënt is.

* De laatste punt van overeenkomst die ik wil benoemen, is dat de paradigmashift die heeft plaatsgevonden binnen de algemene psychiatrie in de studie naar de oorzaken van geestesziekten (zoals aangegeven in paragraaf 3.2) tevens te herkennen is in het ontwikkelingsproces van het bestuderen van misdaad en criminaliteit. Ook in de laatstgenoemde is er in de loop der tijd een verschuiving ontstaan waarbij ook criminologen in hun studie naar de oorzaken van misdaad en criminaliteit zich niet meer gingen beperken tot biologische en genetische factoren, maar ook de ‘sociogene’ ofwel ‘criminogene’ factoren als geldige valide verklaringen opnamen in hun analyse.

Samenvattend kunnen we stellen dat beide werkvelden afzonderlijk van elkaar zeer dynamisch zijn en dus voortdurend in beweging en verandering. Daarom moeten we deze velden niet beschouwen als twee op zichzelf (los)staande velden met elk één statische cultuur. In het samenwerkingsveld van Justitie en daarmee: de forensische zorg en de reguliere GGZ op lokaal (micro) niveau, waar betrokken partijen elkaar als samenwerkingspartners nodig hebben en afhankelijk zijn van elkaar is er, zoals eerder aangegeven, verandering in habitus en een bepaalde flexibiliteit ontstaan. Deze flexibele werkhouding heeft ertoe geleid dat professionals in het veld door regelmatig contact, kennisoverdracht en structurele informatie-uitwisseling deels uit eigen vertrouwde denkkaders zijn gestapt. Dus wordt er op lokaal niveau in verhouding beter gecommuniceerd tussen de samenwerkingspartners. Deze effectieve wijze van communicatie, met name bij ketenvormingen en fusies tussen de reguliere GGZ- en forensische zorginstellingen uit zich in het creëren van effectieve werkmethoden, samenwerkings-

plannen en duidelijke afspraken. Op departementaal (macro) niveau is er relatief veel minder sprake van regelmatig contact, kennisoverdracht en structurele informatie-uitwisseling. Met als gevolg dat er nog wordt vastgehouden aan eigen denkkaders en er minder ruimte is voor effectieve communicatie. Hierdoor zijn de departementen V&J en VWS nog niet erin geslaagd gelijkwaardig tot een gezamenlijk beleid te komen voor de doelgroepen van Justitie én de (reguliere) GGZ die door gebrek aan de nodige voor- én doorzorg regelmatig in aanraking komen met het strafrecht door het plegen van een strafbaar delict en/of het verstoren van de publieke orde. Hierbij valt dus te denken aan EPA's (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen) met ernstig aanhoudende gedragsproblemen (agressie en geweld) en eventuele verslavings-, schulden-, werk- en huisvestingsproblematiek, en verplegers ofwel draai-deur jongens.

4.2 Cultuurcontact, Cultuurverschil en Conflict

In de confrontatie tussen culturen ontstaan niet alleen verschillen in de betekenisgeving aan voorvallen (door andere referentiekaders en interpretatieschema's), maar men beoordeelt ook elkaar en elkaars gedrag. Men vormt zich een oordeel over de andere groep op grond van de eigen criteria en stelt zo vast wat aan de ander goed of slecht, geweldig en kwalijk, bewonderenswaardig en bedreigend is. Binnen de antropologie wordt dit ook wel aangeduid met de term 'etnocentrisme': een ander beoordelen op grond van eigen maatstaven, normen en waarden. Dit leidt tot stereotypering van groepen en culturen die 'anders' zijn.

Het discussiepunt blijft echter of het bestaan van culturele diversiteit al voldoende is om conflict teweeg te brengen. Als het gaat om miscommunicatie en conflict, benadrukt Shadid (1998: 50) een opmerkelijke kwestie, namelijk dat het woord *cultuurconflict* misleidend is, omdat het de indruk geeft dat waar culturen verschillen ook de dragers van die culturen in conflict komen. Culturele verschillen vormen volgens Shadid geen voldoende voorwaarde voor het ontstaan van conflict. In tegenstelling tot Shadid is Amersfoort (in Eppink 1988: 56) van mening dat culturele diversiteit op zichzelf een belemmering is voor integratie en voor het op elkaar afstemmen van handelingen van individuen of collectiviteiten. Maar dit is uiteraard pas een nadeel als er interactie en (een minimum aan) communicatie is. Er zijn dus geleerden die van mening zijn dat cultuurver-

schil degelijk wel oorzaak kan zijn van conflict, misschien wel de meest primaire oorzaak.

Als het gaat om de cultuurverschillen tussen Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ met de vraag of deze verschillen voldoende zijn om conflicten teweeg te brengen, wil ik dit vraagstuk vanuit een geheel antropologisch perspectief bespreken. In het veld waarin Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ elkaar overlappen, namelijk het veld waarin de patiënt ook de delinquent is en waar zowel sprake is van zorg als straf en behoefte aan zowel beveiliging als behandeling, vervagen de verbeelde vertrouwde grenzen van de werkvelden. Er ontstaat een nieuw territorium waarin zowel voor Justitie als de forensische zorg en de reguliere GGZ nieuwe concepten nodig zijn om zich te kunnen positioneren en handhaven in het samenwerkingsveld. Doordat er geen duidelijke begrenzing meer bestaat tussen deze velden worden de partijen uitgedaagd zich op grond van nieuwe conceptualisaties naast elkaar staande te houden. Enig gevoel van bedreiging, door bijvoorbeeld sociaal economische of politieke onderdrukking leidt tot verzet door middel van het aantonen van eigen denkkaders en werkmethodeken met het streven naar bevestiging en acceptatie van de 'ander'. Hiermee treden cultuurverschillen op de voorgrond van het conflict, waardoor het lijkt alsof cultuur(verschil) de primaire factor is van conflict, met als gevolg dat de onderliggende aspecten hiervan vaak op de achtergrond komen en men voortdurend de neiging heeft deze over het hoofd te zien of in de ergste gevallen deze te negeren (Eriksen 2001: 305 verwijst hierin ook naar Appadurai's artikel). Met andere woorden, het bestaan van culturele verschillen is zelden een oorzaak van conflict. Het is echter wel altijd de lens waar de oorzaken van conflict doorheen worden geprojecteerd (Avruch 1998: 29-30).

Kortom, in interculturele ontmoetingen onthult men zijn culturele opvattingen aan elkaar. Deze kunnen aan het begin voor misverstanden zorgen, maar na langdurig en regelmatig contact en effectieve communicatie zullen de interpretatieschema's van de samenwerkingspartners en/of gefuseerde instanties met verschillende visies en doelstellingen steeds meer herkenbaar worden voor elkaar, met als gevolg dat er bewust of onbewust cultuurverandering optreedt aan beide kanten. De mate hiervan zal voor ieder verschillend zijn, maar vaak vindt er een proces van 'hybridization' ofwel culturele vermenging plaats. Deze cultuurverandering ofwel cultuurvermenging is duidelijk te zien in het werkveld van de forensische zorg én in het samenwerkingsveld van *die* reguliere GGZ- en forensische zorg-

instellingen waarbij sprake is van ketenvorming of fusie. Op macro niveau vereist dit proces van culturele vermenging de nodige tijd en (speel)ruimte.

4.3 Interculturele communicatie en Cultuurverandering

Bij interculturele ontmoetingen speelt het verschil in interpretatieschema's een centrale rol (Shadid 1998: 66). Het is volgens Shadid (1998: 60) vanzelfsprekend dat bij het bestaan van een verschil tussen de interpretatieschema's van een zender en een ontvanger, zoals dat het geval is in interculturele ontmoetingen, betekenisoverdracht en informatie-uitwisseling niet optimaal kunnen verlopen. Hoe groter dat verschil, des te kleiner is de kans dat de bedoelde betekenis volledig overkomt. Daarom is bij interculturele ontmoetingen de vraag dus niet zozeer of communicatie wel of geen resultaat heeft opgeleverd, maar of, en zo ja in welke mate, het bereikte resultaat overeenkomt met wat *beide* communicatiepartners voor ogen hadden (shadid 1998: 66).

Interculturele communicatie kan volgens Shadid (1998: 69) globaal worden omschreven als een proces van uitwisseling van informatie tussen twee personen die zichzelf (in een specifieke context) in culturele termen als onderling verschillend definiëren. Hij verwijst (blz. 77) tevens naar de definiëring van Collier en Thomas die de interculturele communicatie zien als het contact tussen mensen die zichzelf in culturele termen als verschillend van elkaar definiëren en waarbij deze culturele identiteiten impliciet of expliciet in de conversatie tot uitdrukking worden gebracht.

Omdat de culturele heterogeniteit van mensen kan variëren van maximaal tot minimaal, kan het type communicatie tussen hen ook variëren van volledig *inter-* tot volledig *intracultureel*. Het verschil tussen beide vormen is dus niet *fundamenteel*, maar *gradueel* van aard (shadid 1998: 73). Dit heeft te maken met de mate waarop de referentiekaders en interpretatieschema's van gesprekspartners op elkaar aansluiten. In de communicatie binnen zowel de forensische zorg als de (langduriger bestaande) ketenvormingen en fusies bij de reguliere GGZ- en forensische zorginstellingen is duidelijk te zien dat er *gradueel minder* sprake is van interculturele communicatie dan tussen de departementen (V&J en VWS).

Het is belangrijk om in te zien dat ook organisaties met verschillende visies, doelstellingen en werkmethoden in de loop

der tijd op een communicatief niveau naar elkaar toe kunnen groeien, waardoor het type communicatie steeds meer van inter- naar intracultureel overgaat. Dit sluit niet uit dat ze nog altijd hun eigen denkkaders en benaderingswijzen zullen naleven, voor zover deze niet ineengestremeld zijn geraakt met die van anderen (bv. met de andere samenwerkings- of ketenpartners). Door langdurig contact en intensieve samenwerking neemt het vermogen tot communicatie met elkaar toe, dus ook het inlevingsvermogen. Dat zorgt voor meer begrip voor elkaar. De ontwikkeling van deze aspecten zorgt ervoor dat de kans op cultuurmisverstand of miscommunicatie steeds minder wordt. Een essentieel punt is om te beseffen dat het proces van naar elkaar toegroeien tijd en vrije (speel)ruimte vereist. Misverstanden zijn onvermijdelijk en hebben tot gevolg dat men zich van elkaars culturele bagage bewust wordt. Op grond hiervan kan men proberen wederzijds begrip te creëren en waar nodig zoeken naar oplossingen om samenwerking voort te zetten. Als dit proces zich niet op een natuurlijke wijze ontwikkelt en op diverse maatschappelijke niveaus (sociaal cultureel, politiek, media, etc.) geforceerd wordt, zal dit leiden tot scheve verhoudingen onderling. Zolang er sprake is van ongelijkwaardige verhoudingen binnen de samenleving of samenwerking zal dit altijd de achterliggende leidraad zijn van ‘zogenaamde’ dialogen. En zolang een gevoel van ongelijkwaardigheid bestaat, zullen dialogen nooit wezenlijk benut worden om samenwerking mogelijk te maken, maar om de onderliggende gevoelens jegens elkaar te uiten.

Zoals eerder aangegeven, vereist het proces van naar elkaar toegroeien op departementaal niveau de nodige tijd en (speel)ruimte. Hierbij behoren regelmatig contact, kennisoverdracht en structurele informatie-uitwisseling tot de belangrijkste voorwaarden. Dit zou de ruis in de communicatie verminderen, welk op den duur zal leiden tot (h)erkenning van elkaars referentiekaders en interpretatieschema's. Tenslotte zal dit het proces stimuleren waarin de departementen door effectieve communicatie vanuit een gevoel van gelijkwaardigheid tot *gezamenlijk* beleid en wetgeving komen. Daar is behoefte aan als het gaat om de meest complexe en kwetsbare doelgroepen die tot het werkveld van beide departementen horen. Door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (IST) wordt de meest complexe en kwetsbare groep beschreven als: *stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek*. Deze doelgroep zou met name te vinden zijn onder veelplegers, maar ook onder ‘gewone’ gedetineerden en onder cliënten in de (openbare) geestelijke gezondheidszorg: personen die door gebrek aan de nodige

voor- én doorzorg regelmatig bij Justitie belanden door het plegen van een strafbaar delict of het verstoren van de publieke orde. Een gezamenlijk beleid en wetgeving dat consequent en duurzaam kan inspelen op de bestaande dynamiek binnen het complexe veld waarin Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ als samenwerkingspartners moeten optreden. Door gebrek aan effectieve communicatie, dat zich uit in onvoldoende kennis van en begrip voor elkaars benaderingswijze en werkmethode, is er op het gebied van beleid en wetgeving geen voldoende aansluiting met het lokale werkveld. Een voorbeeld hiervan is de druk vanuit de overheid op een regionale plaatsing van de complexe forensische doelgroepen met psychische of psychiatrische problematiek: personen met een GGZ-problematiek die regelmatig kortdurend gedetineerd moeten worden, moeten in de eigen regio in detentie geplaatst worden en na detentie in de eigen regio GGZ zorg ontvangen. Plaatsing op regionale schaal zou (theoretisch gezien) voor een betere aansluiting en afstemming kunnen zorgen tussen de GGZ-zorg en het strafrecht. Praktisch gezien, is dit niet altijd mogelijk, daar de capaciteiten beperkt zijn. In Nederland bestaan bijvoorbeeld in totaal 5 PPC 's (Penitentiair Psychisch Centrum) en 5 vrouwengevangenissen. Daarbij komt nog dat voor een deel van de patiënten praktisch gezien juist beter is om na detentie niet in de eigen vertrouwde omgeving terug te keren, daar de invloed van hun directe leefomgeving de kans op terugval en recidive zou vergroten.

5 Bieden de twee wetten daadwerkelijk praktische oplossingen voor de huidige culturele en structurele knelpunten?

In hoofdstuk 2 zijn beide wetten vanuit hun theoretische kaders toegelicht. In dit hoofdstuk richten we ons op de vraag of deze daadwerkelijk praktische oplossingen kunnen bieden als het gaat om de culturele en structurele knelpunten in de samenhang reguliere GGZ en forensische zorg. Bij het beantwoorden van deze vraag staan de opvattingen en verwachtingen binnen het werkveld van de reguliere GGZ en de forensische zorg met betrekking tot deze wetten centraal. Ter verduidelijking wil ik aangeven dat alle zorginstellingen die ten behoeve van deze studie benaderd zijn, te maken hebben met het verlenen van forensische zorg. Alleen wordt in de ene zorginstelling (zoals PPC's, FPC's/tbs klinieken, FPK's en FPA's met een hoger beveiligingsniveau) meer zorg verleend in het strafrechtelijke kader dan in de andere (waaronder RIWB's, (F)ACT teams en andere reguliere zorginstellingen met een lager beveiligingsniveau).

In de bijlagen (6 en 7) is de forensische landkaart 2011 en het stroomschema forensisch psychiatrisch circuit toegevoegd. Hieruit is duidelijk te zien dat allerlei typen GGZ-instellingen in diverse fases betrokken zijn bij het verlenen van forensische zorg. Daar alle zorginstellingen die zijn opgenomen in deze studie in verschillende mate betrokken zijn bij het verlenen van dit type zorg, wil ik hun verschil in habitus *gradueel* beschrijven. De zorginstellingen die in (veel) grotere mate betrokken zijn bij het verlenen van zorg in strafrechtelijke kader zouden uitgaande van de beschreven theorieën, meer oog hebben gekregen voor het aspect veiligheid dan de zorginstellingen die in (veel) mindere mate of zelden betrokken zijn geweest bij zorgverlening in strafrechtelijke kader. Dit heeft te maken met het ontwikkelen van een andere habitus naarmate de zorginstellingen meer te maken hebben (gekregen) met forensische patiënten. Anders gezegd, het ontwikkelen van een ander manier van waarnemen, denken en handelen om zich te kunnen handhaven in het werkveld.

In het eerste deel worden de overeenstemmende percepties en verwachtingen van alle benaderde zorginstellingen beschreven die in welke mate dan ook forensische zorg verlenen. In het tweede deel gaat de aandacht uit naar GGZ-instellingen met een lager beveiligingsniveau waarbij het accent meer ligt op rehabilitatie en resocialisatie ofwel het terugkeer van de patiënt in de maatschappij dan op het reguleren van de veiligheid.

Zoals RIWB's, (F)ACT teams en een aantal andere (reguliere) GGZ-instellingen. Ter versimpeling zullen deze instellingen worden aangeduid als de (reguliere) GGZ. Deze instellingen hebben in verhouding veel minder forensische dan civielrechtelijke en vrijwillige patiënten. Het derde deel is voornamelijk gewijd aan forensische zorginstellingen met het hoogste of een hoger beveiligingsniveau waarbij toezicht en het reguleren van de veiligheid in verhouding zwaarder tellen dan rehabilitatie en resocialisatie van de patiënt. Denk aan FPC's, FPK's, FPA's, Reclassering en PPC's (Penitentiair Psychiatrisch Centra¹⁴). Deze instellingen zullen worden aangeduid als forensische zorg- of FZ-instellingen. In tegenstelling tot de (reguliere) GGZ hebben deze instellingen meer forensische dan civielrechtelijke en vrijwillige patiënten.

Overeenstemmende percepties en verwachtingen van alle benaderde reguliere GGZ- en forensische zorginstellingen

Volgens de overgrote meerderheid van de respondenten spelen beide wetten (groten)deels in op de bestaande knelpunten. Vandaar dat een groot deel relatief positief reageert op beide wetten, maar tegelijkertijd spreekt over de bestaande, maar ook de verwachte knelpunten.

Een positieve verwachting die door velen wordt uitgesproken, is dat er door de komst van de Wet verplichte GGZ (WvGGZ) sneller kan worden ingegrepen als het nodig is, omdat er **eerder dwangbehandeling** kan worden opgelegd. Tevens reageert de overgrote meerderheid enthousiast op de WvGGZ, omdat deze niet alleen **intramurale dwangbehandeling** mogelijk maakt, maar ook gaat voorzien in **ambulante hulpverlening en begeleiding, dus in meer zorg op maat**. Volgens velen komt de functie van ACT (Assertive Community Treatment) en FACT (Functie/Flexible Assertive Community Treatment) teams hierin goed tot haar recht. Deze teams behandelen en begeleiden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA's). Naast problemen op psychiatrisch gebied is er veelal sprake van problemen op meerdere levensdomeinen. Deze teams zijn dus bekend met de zwaardere categorie GGZ patiënten en kennen de complexiteit van de problematiek van deze doelgroepen. Een ander pluspunt is dat deze teams een multidisciplinaire aanpak hanteren en uit verschillende hulpverleners en professionals bestaan. Ieder werkt actief mee vanuit eigen expertise.

¹⁴ Zie voor meer informatie bijlage 5.

De Wet Forensische Zorg (WFZ) zorgt volgens de overgrote meerderheid ervoor dat **patiënten met een strafrechtelijke titel sneller adequate behandeling zullen krijgen**. Omdat deze wet ook voor **een betere doorstroom vanuit de forensische zorg naar de (reguliere) GGZ** zorgt, zal dit tevens de **continuïteit van behandeling aan de forensische doelgroepen bevorderen**.

Enkele zorgpunten die herhaaldelijk werden uitgesproken, zijn:

1. In beide wetten (WvGGZ en WFZ) is de rol van de familie en de rechtspositie van patiënten die in aanmerking zullen komen voor gedwongen behandeling niet volledig uitgewerkt. Dit terwijl de WvGGZ als doelstelling heeft om de cliënt **meer autonomie** te geven ten aanzien van verplichte zorg en om bij te dragen aan **meer transparantie en onderbouwing** van alle vormen van dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg. Ook vreest men in hoeverre deze kaders nog kunnen worden ingevuld met de volgens hen vergaande bevoegdheden van de Minister van V&J. Hiermee hangt samen dat een overgrote meerderheid van mening is of het niet te ver gaat om indicatie, inkoop en plaatsing neer te leggen bij één instantie (Min. V&J). De overheveling van het gehele budget van forensische zorg en de vergaande bevoegdheid van de Minister van V&J geeft dit departement toch een bepaalde machtspositie binnen het samenwerkingsveld van Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ. Dit werkt niet alleen bedreigend voor de kwaliteit en inhoud van behandeling, maar ook voor de rechtspositie van de patiënt. Een opvallend zorgpunt dat door velen werd uitgesproken met betrekking tot de inhoud en kwaliteit van zorg is dat: **“We moeten uitkijken dat rechters en de politiek niet straks de inhoud van zorg gaan bepalen.** Zij zijn er slechts voor het opleggen van straffen en maatregelen”.

2. De Commissie van multidisciplinaire deskundigen, die in de WvGGZ was opgenomen, komt te vervallen. Deze commissie van multidisciplinaire deskundigen zou individueel gaan bepalen of verplichte zorg noodzakelijk en verantwoord is. De Commissie zou ook een bepalende stem krijgen in de uitvoering van verplichte zorg. Nu de commissie komt te vervallen, is binnen de GGZ-sector de vraag ontstaan wie deze verantwoording op zich gaat nemen. Deze commissie blijkt door velen als een positieve ontwikkeling te worden beschouwd.

3. Met de komende bezuinigingen wordt het alleen maar moeilijker om juist de meest complexe en kwetsbare (o.a. forensische) doelgroepen binnen de GGZ op te vangen, omdat voor deze groepen meer professionals en meer deskundig opgeleid personeel nodig is. Een respondent zei: “Bovendien is er bij de complexere doelgroepen meer behoefte aan intensieve en langdurige begeleiding. De bezuinigingen en de eigen bijdrage¹⁵ zullen de noodzakelijke begeleiding niet stimuleren, maar eerder belemmeren”.

4.1 De financiering van na- ofwel doorzorg en de continuïteit van behandeling blijkt een enorm probleem na het beëindigen van de strafrechtelijke titel. Na afloop van de strafrechtelijke titel stopt namelijk direct de financiering van (na)zorg en behandeling door Justitie. Hierna kan behandeling in de vorm van na- ofwel doorzorg vanuit de ZVW (ZorgVerzekeringsWet) of de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) worden vergoed. Zorgverzekeraars zijn meestal bereid om de DBC's¹⁶ te vergoeden. Echter als het gaat om DBBC's¹⁷, waar het een combinatie van Behandeling én Beveiliging betreft, zijn zorgverzekeraars terughoudend en niet (altijd) bereid dit type zorg te vergoeden. Dat zou namelijk niet bij het beleid van de zorgverzekeraar passen. Als het gaat om de tweede B, dus om beveiliging, zijn zorgverzekeraars vaak van mening dat Justitie deze kosten op zich moet nemen. Dit past meer in de benaderingswijze van Justitie waarin het reguleren van de veiligheid door middel van toezicht en beveiliging centraal staat. Omgekeerd wijst Justitie naar de zorgverzekeraars, want zonder een strafrechtelijke titel valt de desbetreffende persoon niet onder de verantwoordelijkheid en de financiering van Justitie. Kortom, waar Justitie in het traject van nazorg de financiering direct stopt, door het beëindigen van de strafrechtelijke titel, vindt de zorgverzekeraar de bedden binnen een FPK of FPA door het relatief hoge (fysieke) beveiligingsniveau te duur en op lange termijn niet rendabel om te bekostigen.

Een zorgpunt dat hiermee samenhangt, is dat de overgrote

¹⁵ Met ingang van 2012 is er voor personen van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage ingevoerd in de reguliere GGZ. Deze eigen bijdrage is niet van toepassing voor de forensische zorg en de GGZ die in een verplicht kader geleverd wordt (Significant (2012) De forensische zorg: Beschrijving van het bestuursmodel blz. 28).

¹⁶ Diagnose Behandel Combinatie.

¹⁷ Diagnose Behandel en Beveiligings Combinatie.

meerderheid van forensische patiënten na vrijlating (dus na beëindiging van de justitiële titel) niet eens meer verzekerd blijkt te zijn.

4.2 Capaciteit is niet het probleem, maar het feit dat **voorzieningen en titels (22 strafrechtelijke titels) in wezen aan elkaar gekoppeld zijn**. Er is voldoende capaciteit beschikbaar binnen FPA's en FPK's. Er is zelfs sprake van enorme concurrentie onderling om de bedden vol te krijgen. Maar de financiering van behandeling is eigenlijk pas mogelijk met een strafrechtelijke titel. Door meerdere respondenten wordt aangegeven dat ze zelfs patiënten waarvoor ze geen financiering meer ontvangen soms alsnog binnen de eigen instelling blijven behandelen, maar dat het maken van dergelijke uitzonderingen praktisch en financieel gezien slechts tijdelijk en tot een bepaalde mate mogelijk is.

4.3 Een ander punt dat samenhangt met de financiering is dat er binnen de zorginstellingen sprake is van **meerdere financiers ofwel inkopers**. Dit komt door de overheveling van de AWBZ (sinds 2008) naar het Ministerie van V&J met betrekking tot de inkoop van de gehele forensische zorg. Nu worden niet alleen door zorgverzekeraars en zorgkantoren bedden ingekocht, maar ook door Justitie. **De toename van verschillende inkopers zorgt voor bepaalde bedrijfsrisico's en meer bureaucrativering**. Bedrijfsrisico's kunnen bijvoorbeeld ontstaan doordat instellingen bij opname van patiënten voortdurend rekening moeten houden met hoeveel bedden bij Justitie zijn gecontracteerd en hoeveel bij de zorgverzekeraar(s).

5.1 **Het verkeer tussen Justitie, namelijk het gevangeniswezen (GW) en Huis van Bewaring (HvB), forensische zorg en de (reguliere) GGZ is volgens velen niet goed geregeld**. Als er tijdens het strafrechtelijke traject vanuit de forensische zorg bedden worden ingekocht bij een (reguliere) GGZ-instelling, zoals Beschermd Wonen, worden deze indirect gefinancierd door Justitie. Mocht het in noodsituaties (bv. grote mate van agressie en geweld of ernstig aanhoudende gedragsproblemen) noodzakelijk zijn om de desbetreffende patiënt terug te plaatsen vanuit de reguliere GGZ naar de desbetreffende FZ-instelling is dat aan de hand van duidelijke afspraken vooraf goed te regelen. Dit omdat er direct en regelmatig contact is tussen de samenwerkings- en ketenpartners. Deze vorm van samenwerking tussen de FZ- en de reguliere GGZ-instellingen wordt in de meeste gevallen als zeer geslaagd ervaren. Het blijft wel een vraag voor de reguliere

GGZ hoe een dergelijke terugplaatsing wordt geregeld als Justitie zelf direct bedden inkoop bij deze instelling en niet via een FZ-instelling (FPC/tbs kliniek). Hoe en waar kan dan de desbetreffende patiënt teruggeplaatst worden in noodsituaties

5.2 Met het bovengenoemde hangt samen dat **de Wet Forensische Zorg (WFZ) slechts uitgaat van een eenrichtingsverkeer als het gaat om patiënten die op grond van een RM (Rechtelijke Machtiging) of BOPZ maatregel zijn opgenomen**. Deze wet regelt namelijk alleen de doorstroom van patiënten met een justitiële titel vanuit het GW (gevangeniswezen) naar een FZ- en/of een reguliere GGZ-instelling, maar niet omgekeerd. Terwijl de mogelijkheid tot terugplaatsing bij noodsituaties van essentieel belang is. Anders zorgt dit voor onveiligheid voor medepatiënten en het personeel. De ervaring leert dat als er bij agressie en geweld in noodsituaties de politie wordt ingeschakeld, er niet wordt ingegrepen. De politie argumenteert vaak vanuit het standpunt dat ze niet kunnen ingrijpen, omdat er nog geen sprake is van een strafbaar delict en de persoon al op grond van een RM (Rechtelijke Machtiging) of BOPZ maatregel gedwongen is opgenomen. De arrestatie van een patiënt in separeer wordt dus als overbodig beschouwd. Omdat Justitie en politie geen opvangmogelijkheden bieden voor de agressieve onrustzaaiers (die op grond van een RM of BOPZ zijn opgenomen) worden deze bij aanhoudend agressief en onhandelbaar gedrag door de reguliere GGZ-instellingen uit wanhoop op straat gezet. Anders hebben meerdere patiënten door één patiënt te lijden. En zo volgt een vicieuze cirkel: de meerderheid van deze personen komt namelijk weer in aanraking met het strafrecht en belandt bij Justitie. Het spreekt voor zich dat de mogelijkheid tot het plaatsen van dergelijke personen in een strenger beveiligde omgeving in noodsituaties gepaster zou zijn. Gepaster, omdat de behandeling niet verbroken wordt, maar ook in het belang van de veiligheid van de persoon zelf en zijn (directe) omgeving.

5.3 Een ander zorgpunt dat tevens aansluit op het bovengenoemde is **de interne rechtspositie van patiënten die op grond van een RM of BOPZ maatregel zijn opgenomen**. Doordat deze personen vanuit een civielrechtelijk kader GGZ-zorg is opgelegd, hebben deze een andere rechtspositie dan de personen die vanuit een strafrechtelijk kader worden behandeld. **Dit veroorzaakt dat er voor de behandelaar(s) met betrekking tot civielrechtelijke patiënten minder mogelijkheden bestaan om direct in te grijpen bij ernstig aanhoudende gedragsproblemen, agressie en geweld. De**

autonomie van de zorgverleners en behandelaars én het kunnen toepassen van interventies vanuit eigen inzicht moet een stevigere plek krijgen als het neerkomt op geweld en agressie. Een deel van de respondenten acht het wenselijk dat de rechtspositie van patiënten met een RM of BOPZ maatregel in geweldscenario's wordt rechtgetrokken aan die van patiënten met een justitiële titel, daar agressie en geweld in beide categorieën voorkomen. Dit zou de zorgverleners meer inzicht bieden in het handhaven van de rechtspositie van de patiënten. Ook zou dit ervoor zorgen dat er minder bureaucrativering nodig is om te mogen ingrijpen en separeren bij geweldscenario's of het nu om een patiënt met een justitiële titel gaat of een met een RM of BOPZ maatregel. Uiteraard moet het streven zijn om zo min mogelijk te separeren door bijvoorbeeld samen met de patiënt in het behandelplan op te nemen hoe te handelen in noodsituaties. De vooraf gemaakte afspraken kunnen worden opgenomen in een crisiskaart waarin de patiënt bijvoorbeeld instemt met dwangmedicatie met als doel in noodsituaties separeren te voorkomen. Een regelmatig herhaald punt is dat **geen van beide wetten een oplossing biedt voor de autonomie van de zorgverleners en behandelaars om direct in te grijpen waar het echt nodig is (bij geweldscenario's) zonder allerlei bureaucratische stappen te hoeven ondernemen.**

5.4 In het kader van de rechtspositie van civielrechtelijke patiënten wordt aangegeven dat de Wet Forensische Zorg (WFZ) niet tegen de aard van de reguliere GGZ-instellingen kan ingaan. Deze wet kan niet als vervanger van de wet BOPZ en de WGBO (die de interne rechtspositie van patiënten regelen en ze rechtsbescherming bieden) inwerking treden. Deze wetten staan technisch en wettelijk gezien nog altijd boven de WFZ (dit wordt tevens bevestigd vanuit de Reclassering). **De aard van deze zorginstellingen zal nog altijd boven de WFZ staan als het gaat om de interne rechtspositie van patiënten. Dit betreft niet alleen de civielrechtelijke, maar zelfs de strafrechtelijke patiënten.** Een voorbeeld hiervan is dat er binnen de reguliere GGZ-instellingen absoluut geen gebruik wordt gemaakt van UC's (Urine Controles), daar dit de vertrouwensband tussen de patiënt en zijn behandelaar zou kunnen beschadigen.

Percepties en verwachtingen vanuit het werkveld reguliere GGZ

De bovengenoemde uitspraken zijn in beide werkvelden (zowel in de reguliere GGZ als de forensische zorg) zeer herkenbaar. In dit onderdeel volgt een aantal uitspraken, gedaan vanuit de reguliere GGZ. Dus instellingen die het laagste of een

lager beveiligingsniveau hebben waarbij het accent meer ligt op rehabilitatie en resocialisatie ofwel het terugkeer van de patiënt in de maatschappij dan op het reguleren van de veiligheid. Zoals RIWB's, (F)ACT teams en een aantal andere (reguliere) GGZ-instellingen.

1. “Elk tbs'er kost €1200,00 per dag wat aan een kant begrijpelijk is door de hoge beveiligingsfactor. Elk patiënt bij de GGZ kost €350,00 per dag. Justitie wilde toch de schotten tussen Justitie (forensische zorg) en de reguliere GGZ verminderen? Deze wetten zijn toch door de bestaande schotten tussen Justitie (forensische zorg) en de reguliere GGZ ontstaan? Het verschil in budgetten kan als een machtsfactor meespelen. Wie het meeste geld krijgt, heeft ook het meest te vertellen. Dus **waarom weer twee verschillende wetten en niet één wet:** de “Ontschottingswet Justitie & GGZ” of de “Ontschottingswet forensische GGZ”. Mensen moeten aan de voorkant niet de dupe worden, omdat de zaken aan de achterkant niet goed geregeld zijn. Wat ook herkenbaar is bij de AWBZ (zorgkantoren) en de WMO (gemeente). **Zowel Justitie (forensische zorg) als de reguliere GGZ heeft kerncompetenties die elkaar goed kunnen aanvullen, maar momenteel bestaan deze competenties als twee aparte verhalen naast elkaar.** Dit terwijl ze samen een aanvullend geheel kunnen vormen. De kerncompetenties van Justitie (forensische zorg) zijn onder andere beveiliging; behandeling van mensen met delictgedrag, meervoudige diagnostiek en problematiek op meerdere levensdomeinen waaronder verslaving; het maken van een signaleringsplan, een terugval- en preventieplan. Terwijl de reguliere GGZ zich bezighoudt met hoe je deze mensen, die ooit een delict hebben gepleegd met een justitiële maatregel, weer in de maatschappij laat wonen; hoe komen ze weer onder andere mensen; hoe bouwen ze een sociaal netwerk op en hoe gaan ze een leven leiden zoals ieder ander burger. Wat is er nodig zodat deze mensen (weer) volwaardig mogen en kunnen meedoen in de maatschappij en gelijkwaardig worden behandeld”. Dezelfde respondent verder in het gesprek: “Bij inkoop van zorg door Justitie is er goed overleg nodig. Onze visie en uitgangspunt is vooral rehabilitatie methodiek: wat zijn de mogelijkheden van de cliënten zelf; wat kunnen ze zelf doen; streven naar zelfstandigheid, zelfverantwoording en een vertrouwensband met cliënten. Bij Justitie ligt het accent meer op toezicht en het reguleren van de veiligheid. Dus moeten ze soms een stap naar ons toe zetten door uit institutionele kaders te treden en beseffen dat de desbetreffende persoon nu terug in de maatschappij gaat wonen. Dit vereist het nodige overleg”.

De meeste respondenten uit de reguliere GGZ (h)erkennen dat het **nodige overleg vereist om samen met Justitie en de forensische zorginstellingen tot overeenkomsten en gezamenlijke afspraken te komen**. Ook vinden ze dat **Justitie vrij dominant en wantrouwend optreedt ten opzichte van de (reguliere) GGZ-instellingen**. Ondanks deze aanmerkingen beschouwt de overgrote meerderheid van de respondenten uit de GGZ-sector die een (zorg)contract heeft met **Justitie** deze als **een goede inhoudelijke inkoper**.

2.1 Wat betreft de **door-/toestroom van de forensische doelgroepen naar de reguliere GGZ gedurende het strafrechtelijke traject** zijn de meesten van mening dat **na de inwerkingtreding van beide wetten niet een enorme toestroom zal plaatsvinden**. Deze toestroom heeft namelijk al **(grotendeels) plaatsgevonden** sinds de overheveling van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) van Ministerie van VWS naar Ministerie van V&J, waarbij de laatstgenoemde sinds 1 januari 2008 verantwoordelijk is voor het proces van inkoop, indicatiestelling en plaatsing van de gehele forensische zorg.

2.2 **In het traject van doorzorg, dus na beëindiging van de justitiële titel, wordt de doorstroom van de forensische doelgroepen naar de reguliere GGZ weliswaar moeizaam ervaren**. Een respondent zegt hierover: “Deze moeizame doorstroom heeft niet alleen te maken met het feit dat **de reguliere GGZ door gebrek aan capaciteit (plaats, financiering, mankracht en professioneel, deskundig opgeleid personeel) een terughoudende positie inneemt** als het gaat om de complexe(re) doelgroepen. Maar het heeft ook te maken met **de wijze waarop Justitie deze doelgroepen vanuit het GW (gevangeniswezen) wil laten doorstromen naar de reguliere GGZ-instellingen**. Zodra de justitiële titel van de patiënt is beëindigd, trekt Justitie direct haar handen er vanaf. De GGZ-instelling mag vervolgens de desbetreffende persoon komen afhalen. Dit is een zeer koude en harde manier van overdracht, waarbij de twee sectoren zoals gewoonlijk afzonderlijk van elkaar functioneren. Het zou namelijk anders zijn als Justitie vroegtijdig door extramurale begeleiding al gedurende de strafrechtelijke procedure de patiënt in het traject van doorzorg begeleidt bij het vinden van een gepaste zorginstelling. Op deze manier wordt de GGZ-instelling al in een vroegtijdig stadium bij de behandeling betrokken en kan de doorzorg geleidelijk worden overgenomen. Dit is een warmere manier van omgang en overgang. Hierin ontstaat samenhang”.

3. Wat betreft het discussiepunt of **psychiatrische en forensisch psychiatrische patiënten essentieel van elkaar verschillen** zijn bijna alle respondenten van mening dat er **enorme overlappingsen zijn in de kenmerken van de patiënten**. Enkele respondenten zeiden: “Geweld en agressie komen voor bij patiënten met zowel een justitiële als civielrechtelijke titel (RM of Zorgmachtiging; BOPZ maatregel)”. Maar ook al is er sprake van enorme overlappingsen zijn toch een aantal essentiële punten van verschil tussen de reguliere GGZ- en forensische patiënten, namelijk dat bij forensische patiënten er (1) in grotere mate sprake is van comorbiditeit, meervoudige diagnostiek, zowel een As-I als een As-II stoornis (2) vaak in combinatie met verslaving (3) meervoudige problematiek ofwel problemen op meerdere levensdomeinen (4) een grotere mate van (antisociale) persoonlijkheidsstoornissen (cluster B) en (5) minder gebrek aan motivatie”. Zoals hierboven is aangegeven is het essentieel om bij behandeling van forensische patiënten, zowel *tijdens* het strafrechtelijke traject als in de fase van doorzorg, meer structuur, toezicht, controle en begeleiding aan te bieden en waar nodig voor beveiliging zorgen.

4. Er bestaan **tegenstrijdige ofwel paradoxale verwachtingen van de GGZ-sector**. “Wat wordt er nu precies van de (reguliere) GGZ verwacht? Aan een kant wil men dat er **steeds vaker gedwongen behandeling (i.p.v. detentie) wordt opgelegd door de strafrechter**, terwijl aan de andere kant (Inspectie Gezondheidszorg) van ons wordt verwacht **steeds minder dwangmaatregelen** toe te passen en **separaties en eenzame opsluitingen fors terug te dringen** met het sterven dat **separeren naar 0 moet**”.

Samenvattend wordt binnen de GGZ-sector de moeizame opvang van de complexe(re) (forensische) doelgroepen door een groot deel van de respondenten voornamelijk verklaard door: (1) het ontbreken van financiering in het traject van doorzorg met de daarbij komende bezuinigingen en de eigen bijdrage; (2) onvoldoende professioneel, deskundig opgeleid personeel; (3) het eenrichtingsverkeer vanuit Justitie en de forensische zorg naar de reguliere GGZ als het gaat om patiënten met een civielrechtelijke titel (RM of Zorgmachtiging; BOPZ maatregel); en (4) de tegenstrijdige eisen die gesteld worden aan de GGZ-sector, zoals steeds vaker gedwongen behandeling opleggen in plaats van detentie, maar aan de andere kant verwachten dat in de GGZ steeds minder dwangmaatregelen worden toegepast en dat separeren naar 0 gaat. Vanuit de hoek van forensische zorginstellingen en forensische psy-

chirurgie worden deze opvattingen nadrukkelijk gedeeld, alleen wordt er nog een aantal belemmerende factoren toegevoegd met betrekking tot de moeizame opvang van de complexe(re) (forensische) doelgroepen door de reguliere GGZ. In het volgende deel waarin alleen forensische zorginstellingen aan het woord zijn, komen deze factoren aan bod.

Percepties en verwachtingen vanuit het werkveld forensische zorg

In dit onderdeel volgt een aantal uitspraken gedaan vanuit de forensische zorginstellingen. Dus instellingen met het hoogste of een hoger beveiligingsniveau waarbij toezicht en het reguleren van de veiligheid zwaarder tellen dan rehabilitatie en resocialisatie van de patiënt. Denk aan FPC's, FPK's, FPA's, Re-classering en PPC's.

Opvallend is dat de respondenten in dit werkveld positiever en enthousiaster reageren over de inwerkingtreding van beide wetten, met name de WFZ. Volgens velen zou deze wet de doorstroom vanuit de forensische zorg naar de reguliere GGZ versoepelen, waardoor patiënten met een justitiële titel sneller adequate behandeling zullen krijgen.

1. Volgens de meeste respondenten **onderscheiden forensische zorginstellingen zich van de reguliere GGZ¹⁸ door hun verschil in maatschappelijke doelstelling: “Binnen de forensische zorg staat de veiligheid van de samenleving voorop, terwijl de reguliere GGZ op het eerste punt uitgaat van behandeling en de autonomie van de patiënt.**

Vanuit het oogpunt ‘kans op recidive’ is er binnen de forensische zorginstellingen meer sprake van vrijheidsbeperking. Dit uitgangspunt zorgt ervoor dat er veel gebruik wordt gemaakt van risicotaxatie en risicohantering. Bij de reguliere GGZ gebeurt dit zelden”.

Een andere respondent over deze kwestie: “De aard van reguliere GGZ-instellingen (met veel minder tot helemaal geen beveiliging én veel minder tot helemaal geen ervaring met forensische patiënten) blijft toch anders dan die van de forensische zorginstellingen. De privacy en autonomie van de patiënt wordt binnen de reguliere GGZ op grond van WGBO (Wet Geneeskundig Behandelen Overeenkomst) geregeld. Een

¹⁸ Zorginstellingen met veel minder tot helemaal geen beveiliging én veel minder forensische dan civielrechtelijke en vrijwillige patiënten. Instellingen waar het accent meer ligt op rehabilitatie en resocialisatie ofwel het terugkeer van de patiënt in de maatschappij dan op het reguleren van de veiligheid.

gelijkwaardige relatie tussen de patiënt en zijn behandelaar waarbij een vertrouwensband centraal staat. Dit heeft als gevolg dat er bijvoorbeeld absoluut geen UC's (Urine Controles) worden gehouden binnen reguliere GGZ-instellingen, omdat dit de vertrouwensband tussen de patiënt en zijn behandelaar zou kunnen beschadigen. Binnen de forensische zorg ligt de focus meer op het reguleren van de veiligheid. Hierin ontstaat **in de samenhang van de reguliere GGZ en forensische zorg een essentieel spanningsveld tussen de autonomie van de patiënt en het reguleren van de veiligheid**. Dit uit zich in **een enorm structureel knelpunt, namelijk: informatie-uitwisseling over de patiënt**".

Een regelmatig herhaald knelpunt is **de informatie-uitwisseling over patiënten**. Waar de behandelaar ten behoeve van de behandeling, de vertrouwensband met de patiënt niet wil beschadigen, verwacht bijvoorbeeld de Reclassering dat er juist door de behandelaar voldoende essentiële informatie wordt overgedragen. Deze informatie is noodzakelijk in het verder (kunnen) begeleiden van de justitiabele. Informatie over de patiënt is namelijk bepalend in het opstellen van een behandelplan, het houden van toezicht en het bieden van structuur en begeleiding.

2.1 Wat betreft het discussiepunt of psychiatrische en forensisch psychiatrische patiënten essentieel van elkaar verschillen, delen ook hier bijna alle respondenten net als die van de reguliere GGZ de mening dat er **enorme overlappingsen zijn in de kenmerken van de patiënten**. Alleen wordt er in het forensische werkveld bij dit punt door meerderen het volgende aangegeven: "Bij de reguliere GGZ ligt het accent recent erg op ambulantisering. Het blijft echter een feit dat er doelgroepen zijn die regelmatig begeleiding, toezicht en structuur nodig hebben. Als het gaat om de echt complexe(re) forensische doelgroepen zorgt ambulantisering vaak voor overlast in de buurt en binnen de samenleving. **De klinische functie moet daarom deels blijven bestaan bij de reguliere GGZ**. Ook heeft de reguliere GGZ het verleerd om met meervoudige diagnostiek (comorbiditeit), problematiek op meerdere levensdomeinen (verslavings-, schulden-, werk- en huisvestingsproblematiek), geweld, agressie en ernstige gedragsproblemen om te gaan. Deze kennis en deskundigheid ontbreken in de huidige tijd bij de reguliere GGZ, terwijl dit vroeger tot de aard van het werk hoorde. **Deze complexe doelgroepen werden vroeger door de reguliere GGZ behandeld**. We moeten weer hier naartoe werken door middel van financiering van deze sector. Dus absoluut geen bezuinigingen en geen eigen bijdrage voor de complexe(re) doelgroepen. Het is juist be-

langrijk om te investeren in professionals en deskundig opgeleid personeel om de GGZ-sector weer bestendig te maken voor de complexe(re) doelgroepen. Ook het personeel in de eerste lijn moet meer uit professionals en deskundigen bestaan om problemen en ziektebeelden vroegtijdig te herkennen en signaleren (vroegdiagnostiek), zodat cliënten tijdig worden doorverwezen. Op deze wijze kan er preventief worden opgetreden tegen recidive”.

2.2 Met betrekking tot de complexe(re) forensische doelgroepen in het traject van doorzorg en de rol van FPA's¹⁹ als brugfunctie tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ zegt een respondent: “Als het gaat om **de echt complexe (forensische) doelgroepen** zijn FPA's bedacht om een brugfunctie te vervullen tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ. Echter zijn FPA's voor de meest complexe doelgroepen eerder het eindpunt. Na een FPA stromen deze patiënten vaker door naar een RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) of (Forensische) (F)ACT (Functie/Flexible Assertive Community Treatment) team, daar het aspect maatschappelijke veiligheid in deze complexe gevallen blijft bestaan. Met andere woorden, bij de meest complexe doelgroepen waarvan het strafrechtelijke traject is geëindigd, komt zelden voor dat deze naar een geheel onbeveiligde reguliere GGZ-instelling doorstromen. In de meest complexe gevallen stromen de patiënten door naar *die* (reguliere) GGZ-instellingen waar het aspect veiligheid een rol blijft spelen. En als deze cliënten eenmaal hun behandelaar en hulpverleningsteam goed kennen en de nodige structuur hebben, zou de overstap naar een geheel vrijblijvende reguliere GGZ-instelling een risico vormen voor de behandeling”.

3. Een ander punt dat naar voren is gebracht door een forensisch psycholoog is dat: “**De menselijke kant van psychiatrie lijkt verdwenen** waardoor de complexe(re) doelgroepen die juist intensieve hulpverlening, regelmatige behandeling en begeleiding, structuur en toezicht nodig hebben vaak buiten de boot vallen. Differentiatie binnen het veld van forensische psychiatrie en de reguliere zorg heeft als voordeel dat het de expertise en specialisatie bevordert. Het nadeel echter is dat er **geen inhoudelijk vastgestelde samenwerkingsmodellen bestaan tussen de zorginstellingen die in het veld opereren**. Hierdoor gebeurt vaak dat instellingen de patiënten naar elkaar doorverwijzen. Vooral patiënten met meervoudige problematiek, bijvoorbeeld die met een verslaving én een verstan-

¹⁹ Zie voor meer informatie bijlage 5.

delijke beperking. Waar de verslavingszorg deze patiënten vanwege hun verstandelijke beperking doorverwijst naar de gehandicaptenzorg, verwijst de laatstgenoemde deze type patiënten door naar de verslavingszorg vanwege hun verslaving. Een andere respondent zei: **“De forensische zorg is meer gegroepeerd door een centraal besturings- en financieringssysteem, omdat Justitie als enige financierder op een relatief hiërarchische wijze de samenwerkingsstructuur en de doorstroming tussen de aangesloten zorginstellingen regelt. Op het huidige moment zijn er 120 contracten afgesloten tussen Justitie en zorginstellingen. De financiering vanuit Justitie zorgt ervoor dat de complexe(re) forensische patiënten door zorginstellingen worden opgenomen. Waar deze financiering ophoudt, houdt ook in veel gevallen de doorzorg op voor deze doelgroepen, omdat er geen centrale besturing en financiering is, maar een vrij marktmechanisme ofwel een gereguleerde marktwerking. Hierdoor vallen de complexe(re) forensische doelgroepen vaak buiten de boot als het gaat om effectieve behandeling en doorzorg”**.

4. Als het gaat om de doorstroom vanuit de forensische zorg naar de reguliere GGZ worden **de meest complexe en kwetsbare doelgroepen** in het forensische werkveld onderverdeeld in twee categorieën:

1. De groep van vier maanden preventief gehecht²⁰
2. De groep forensische patiënten met een (licht) verstandelijke beperking (LVB)

Naar inschatting van de meeste respondenten zou ongeveer 60% van de forensische doelgroep uit de eerste categorie bestaan. Deze verblijft zo kort in de gevangenis dat behandeling in de meeste gevallen niet plaatsvindt. Als deze categorie personen na korte tijd wordt vrijgelaten, raakt ze al gauw uit beeld. Dit terwijl het hier om een redelijk grote groep gaat die ook nog eens bereikbaar is door zijn (korte) verblijf in de gevangenis. Met deze categorie wordt niets tot weinig gedaan wat leidt tot een vicieuze cirkel: de meesten blijven regelmatig in aanraking komen met het strafrecht en belanden bij Justitie. Ook de tweede categorie wordt door de overgrote meerderheid in het forensische werkveld beschouwd als de groep die moeilijk te plaatsen is binnen de reguliere GGZ. 30% tot 40%

²⁰ Onder deze groep vallen de kort gestraften en diegenen waarover nog geen vonnis is uitgesproken.

van gedetineerden zou een (licht) verstandelijke beperking hebben.

Wat betreft beide categorieën zijn velen van mening dat zowel de Wet Forensische Zorg als de Wet verplichte GGZ voor verbetering kunnen zorgen als het gaat om de plaatsing van en een adequate behandeling voor deze complexe doelgroepen. Alleen moeten de wetten wel goed naar de praktijk toe worden vertaald.

5. Tenslotte wordt door enkelingen aangegeven dat ook de **vrouwelijke doelgroepen de nodige aandacht moeten krijgen** als het gaat om behandeling. Op het huidige moment wordt in behandeling en risicotaxatie (ook in wetenschappelijk onderzoek) voornamelijk uitgegaan van de mannelijke doelgroepen, terwijl het aantal vrouwen in de forensische zorg steeds meer toeneemt. Deze toename onthult zich niet slechts in absolute cijfers, maar het aantal vrouwen begint ook in verhouding tot het aantal mannen steeds meer toe te nemen.

6 Suggesties voor aanbevelingen

Zoals aan het begin van dit rapport is aangegeven, zou mijn analyse resulteren in een aantal aanbevelingen waarin een verbetering van de aansluiting tussen het strafrecht en de GGZ-zorg centraal staat. In dit hoofdstuk doen we voor even afstand van de positieve verwachtingen in het veld met betrekking tot de inwerkingtreding van beide wetten. De focus ligt dus in dit stuk met name op de negatieve gevolgen van beide wetten voor de betrokken sectoren en de wijze waarop deze bestreden of op zijn minst verzacht kunnen worden. Dit ter bevordering van de samenhang reguliere GGZ en forensische zorg.

1. In de analyse komt de dynamiek in het samenwerkingsveld van Justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ duidelijk naar voren. Deze dynamiek vereist dat alle betrokken partijen, keten- en samenwerkingspartners deels uit eigen referentiekaders en interpretatieschema's uittreden, want op grond van één visie en uitgangspunt kan er niet worden ingespeeld op de bestaande dynamiek en het probleematiek binnen het werkveld waarin Justitie, de forensische zorg en de reguliere GGZ elkaar overlappen.

2. De twee categorieën die met name vanuit het forensische werkveld als meest complex en kwetsbaar worden neergezet als het gaat om adequate behandeling en hulpverlening zowel tijdens de strafrechtelijke procedure als in het traject van doorzorg zijn:

1. De groep van vier maanden preventief gehecht
2. De groep forensische patiënten met een (licht) verstandelijke beperking (LVB)

Schijnbaar bestaat 60% van de meest complexe en kwetsbare forensische doelgroepen uit de eerste categorie en zou bij 30% tot 40% van gedetineerden sprake zijn van een (licht) verstandelijke beperking.

De meest kwetsbare groep wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (IST) omschreven als: *stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek*. Deze doelgroep zou vooral

te vinden zijn onder veelplegers²¹, maar ook onder ‘gewone’ gedetineerden en onder cliënten in de (openbare) geestelijke gezondheidszorg. Het is interessant om te onderzoeken in hoeverre deze kwetsbaar omschreven groep (*stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek*) uit de twee bovengenoemde categorieën bestaat.

3. Een groot spanningsveld dat zich in de samenhang reguliere GGZ en forensische zorg voordoet, is de autonomie en de daarmee samenhangende rechtspositie van de patiënt gedurende de behandeling versus het reguleren van de veiligheid. Dit geldt zowel tijdens het strafrechtelijke traject als in de fase van doorzorg. De autonomie en de rechtspositie van de patiënt worden binnen zorginstellingen geregeld op grond van WGBO, BOPZ en de beginselenwet tbs. Deze wetten horen bij de aard van zorginstellingen en zullen in alle gevallen voorrang hebben op de Wet Forensische Zorg, omdat zorginstellingen gebonden zijn aan deze wetten. De Wet Forensische Zorg kan er dus slechts voor zorgen dat forensische patiënten sneller geplaatst worden en daardoor sneller behandeling krijgen. Echter als het gaat om de inhoud van behandeling waarin de autonomie en de daarmee samenhangende rechtspositie van de patiënt centraal staan, wordt dit vormgegeven op grond van de al bestaande wetten (WGBO, BOPZ en de beginselenwet tbs wetten). Dit betekent dat als het gaat om structurele informatie-uitwisseling van patiënten er duidelijke afspraken moeten worden gemaakt tussen de (reguliere) GGZ-instellingen en bijvoorbeeld de Reclassering. De afspraken moeten zodanig van aard zijn dat de vertrouwensband tussen de behandelaar en de patiënt niet beschadigd raakt en de Reclassering alsnog de relevante informatie krijgt om de patiënt te kunnen voorzien van de nodige structuur, begeleiding en toezicht. Dit vermogen tot samenwerking kan naar mijn mening nooit volledig gerealiseerd worden door middel van wetgeving. Daarom vereist dit welwillendheid van alle betrokken partijen tot samenwerking en daarnaast een creatieve, proactieve, flexibele werkhouding met juist minder bureaucrativering op lokaal (micro) niveau. Diverse fusies en ketenvormingen binnen het samenwerkingsveld van de reguliere GGZ en de forensische zorg laten zien dat door middel van regelmatig (intensief) contact; structurele informatie-uitwisseling met betrekking tot de patiënten en kennisoverdracht omtrent el-

²¹ Veelplegers zijn personen van 18 jaar en ouder tegen wie meer dan tien keer proces-verbaal is opgemaakt, waarvan tenminste één keer in het peiljaar. Bron: Factsheets ministerie van Justitie, aanpak veelplegers (2006).

kaars benaderingswijze en werkmethoediek; effectieve communicatie; het maken van duidelijke afspraken en het nakomen daarvan; de wil en bereidheid tot wederzijds begrip en samenwerking, tot geslaagde resultaten kunnen leiden. Naast wetgeving en beleid is vooral een solidaire en proactieve werkhouding die de kwaliteit en continuïteit van behandeling bevordert. Niet alleen tijdens detentie, maar ook in het traject van doorzorg.

4. Een ander vereiste om goed te kunnen inspelen op het bovengenoemde spanningsveld (de autonomie en de daarmee samenhangende rechtspositie van de patiënt versus het reguleren van de veiligheid) is het volgende. Het beleid binnen de GGZ-sector is door het proces van vermaatschappelijking steeds meer gebaseerd geraakt op het zelfbeschikkingsideaal, waarbij het individu – in plaats van zijn (institutionele) omgeving – het aangrijpingspunt vormt voor verandering. Dit terwijl binnen Justitie vooral een institutionele werkhouding heerst. Om het geschetste spanningsveld enigszins te kunnen overbruggen, is het gewenst dat Justitie deels afstand doet van haar institutionele kaders als het gaat om behandeling en (h)erkenning van vrijheid als onderdeel van het behandelstof. En waar het gaat om veiligheid is het van essentieel belang dat de GGZ-sector zijn streven naar vermaatschappelijking deels loslaat en juist beroep doet op zijn institutionele verantwoordelijkheid.

Deels afstand doen van institutionele kaders door Justitie ten behoeve van behandeling kan tevens bevorderend werken in het traject van doorzorg. Met andere woorden, als de strafrechtelijke ofwel justitiële titel is geëindigd, zou Justitie alsnog bij de complexe(re) forensische doelgroepen door kunnen gaan met de financiering van de doorzorg voor bijvoorbeeld gedurende een jaar. Of zou Justitie op zijn minst al tijdens het strafrechtelijke traject extramuraal begeleiding kunnen bieden ten behoeve van de doorzorg. Het omgekeerde geldt voor de reguliere GGZ-sector²². Als deze sector iets meer beroep doet op zijn institutionele verantwoordelijkheid in het belang van veiligheid, kan deze effectiever handelen in de fase van voorzorg en preventie door ernstige (psychische) problemen met

²² Zorginstellingen met minder tot helemaal geen beveiliging én (veel) minder forensische dan civielrechtelijke en vrijwillige patiënten. Instellingen waar het accent meer ligt op rehabilitatie en resocialisatie ofwel het terugkeer van de patiënt in de maatschappij dan op het reguleren van de veiligheid.

een eventuele kans op gevaar vroegtijdig te signaleren met als doel sneller in te grijpen.

5.1 Van het deels loslaten van vertrouwde (denk/werk) kaders maken we nu de overstap naar een van de grootste knelpunten namelijk, de financiering. De financiering van behandeling houdt direct op na beëindiging van de strafrechtelijke ofwel justitiële titel. Hierna zou de behandeling vanuit de AWBZ of de ZVW moeten worden vergoed. In veel gevallen gebeurt dit niet, daar zorgverzekeraars vaak niet bereid zijn de (fysieke) beveiliging van de DBBC's te financieren. Op deze wijze zijn voorzieningen en titels (22 strafrechtelijke titels) in wezen aan elkaar gekoppeld. Na een FPA stromen de complexe(re) (forensische) doelgroepen in de meeste gevallen door naar een RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) of (Forensische) (F)ACT (Functie/Flexible Assertive Community Treatment) teams, want het aspect maatschappelijke veiligheid blijft in de complexe gevallen bestaan. Een oplossing is dat Justitie voor de meest complexe en kwetsbare (forensische) doelgroepen een gehele keten aan zorg inkoop, waaronder een deel van het doorzorgtraject. Op deze wijze blijft de continuïteit van behandeling voor deze doelgroepen gewaarborgd. Als dit proces effectief wordt aangepakt zal (de kans op) recidive moeten afnemen. Op het eerste gezicht oogt dat Justitie extra betaalt voor zorg, omdat ze ook het traject van doorzorg voor de complexe(re) doelgroepen financiert. Maar in wezen gaat het om groepen waarvan de behandeling binnen het huidige stelsel van ZVW en AWBZ toch niet op een structurele wijze wordt vergoed. Met als gevolg dat door het verbreken of ontbreken van behandeling, begeleiding en structuur een vicieuze cirkel volgt: de persoon krijgt een terugval en komt weer in aanraking met het strafrecht. Recidive zorgt ook voor de nodige kosten bij Justitie. Een effectieve aanpak van doorzorg kan ervoor zorgen dat recidive afneemt. Op lange termijn zal Justitie de extra financiering van doorzorg bij deze groepen compenseren met de lagere kosten die ze maakt door recidivevermindering. Afhankelijk van de staat van deze patiënten kan ieder jaar worden gekeken welke mate van behandeling én beveiliging nodig is. Als de mate van beveiliging zodanig is dat het traject van doorzorg vanuit de AWBZ of de ZVW kan worden vergoed, kan Justitie de patiënt extramuraal begeleiden naar een toepasselijke zorginstelling (met veel minder tot helemaal geen beveiliging) en de financiering van doorzorg beëindigen.

De volgende twee stappen zijn nodig om deze oplossing te kunnen realiseren, namelijk:

1. Een duidelijke omschrijving (definitie) ofwel afbakening van de meest complexe en kwetsbare doelgroepen.
2. Het opstellen van een matrix met betrekking tot de behandelings- en beveiligingsbehoefte bij de plaatsing van niet alleen de forensische patiënten, maar ook EPA patiënten (zonder justitiële titel) met ernstig aanhoudende gedragsproblemen (grote mate van agressie en geweld) en eventuele verslavings-, schulden-, werk- en huisvestingsproblematiek. Vervolgens zou het grensverkeer ofwel de overgangsfases van behandeling én beveiliging in het traject van (door)zorg duidelijk moeten worden vastgesteld in de matrix. Op grond van deze indelingen binnen de matrix kunnen Justitie en de zorgverzekeraars gezamenlijk tot overeenstemming komen vanaf welke fase van behandeling én beveiliging de patiënt kan worden overgedragen aan de zorgverzekeraar. Dus de grens vaststellen waar de financiering van Justitie ophoudt op grond van de beveiligingsbehoefte gedurende de behandeling. Dit geldt zowel tijdens het strafrechtelijke traject als in de fase van doorzorg. Op deze manier zijn (strafrechtelijke) titels en voorzieningen niet meer aan elkaar verbonden. Maar de mate ofwel de behoefte van behandeling en beveiliging bepaalt waar de patiënt terecht komt. In dit geval volgt de financiering de patiënt en niet omgekeerd. Hiervoor is een goede indicatiestelling onmisbaar.

5.2 Aansluitend op het bovengenoemde knelpunt volgt de noodzaak om te achterhalen hoe groot de meest complexe en kwetsbare doelgroepen zijn bij wie het aspect maatschappelijke veiligheid langdurig een rol blijft spelen in het traject van (door)zorg. Dit zijn namelijk de doelgroepen die onder beide werkvelden (forensische zorg en reguliere GGZ) vallen. Hierbij valt te denken aan EPA (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen) patiënten met ernstig aanhoudende gedragsproblemen (grote mate van agressie en geweld) en eventuele verslavings-, schulden-, werk- en huisvestingsproblematiek, en veelplegers²³ ofwel draaideur jongens. Het aantal personen dat onder deze doelgroepen valt, wordt door enkelingen in het veld geschat tussen plusminus 3000 tot 4000. Dit is een subgroep van EPA-patiënten. Er bestaat echter geen zekerheid over exacte aantallen. Met duidelijke getallen in beeld kan namelijk effici-

²³ Veelplegers zijn personen van 18 jaar en ouder tegen wie meer dan tien keer proces-verbaal is opgemaakt, waarvan tenminste één keer in het peiljaar. Bron: Factsheets ministerie van Justitie, aanpak veelplegers (2006).

enter en effectiever worden voorzien in de nodige capaciteit binnen RIWB's en (forensische) (F)ACT teams.

6. Ook blijft nog altijd de vraag wie de regie in handen moet nemen als het gaat om doorzorg aan de meest complexe en kwetsbare (forensische) doelgroepen. Uitgaande van de eerdergenoemde matrix met betrekking tot de behandelings- en beveiligingsbehoefte, is het wellicht effectiever en efficiënter dat Justitie de regie heeft in het behandeltraject, waaronder in de fase van doorzorg, zolang Justitie verantwoordelijk is voor de financiering. Als er op grond van de beveiligingsbehoefte in de matrix de patiënt kan worden overgedragen aan de zorgverzekeraar, zouden veiligheidshuizen²⁴ en (F)ACT teams, eventueel in samenwerking met de Reclassering, een belangrijke plaats kunnen innemen in het traject van doorzorg. De reden waarom deze instellingen een centrale rol kunnen spelen in de fase van doorzorg aan deze complexe (o.a. forensische) doelgroepen is om hun multidisciplinaire benadering, hun bekendheid met de zwaardere categorie GGZ-patiënten en de daarbij behorende problematiek op meerdere levensdomeinen zoals verslaving, schulden, werk(loosheid) en gebrek aan huisvesting naast een mogelijk lifetime comorbiditeit²⁵.

7. Als het gaat om de meest complexe en kwetsbare doelgroepen is het tevens belangrijk dat de GGZ-sector zijn klinische functie deels blijft behouden. Daarnaast is het van essentieel belang dat er binnen deze sector meer geïnvesteerd wordt in professionals, deskundig en opgeleid personeel dat met meervoudige diagnostiek (comorbiditeit); problematiek op meerdere levensdomeinen (o.a. verslaving); agressie, geweld en ernstig aanhoudende gedragsproblemen kan omgaan. Deze complexe doelgroepen werden ooit door de reguliere GGZ behandeld. Om dit te kunnen realiseren zijn er twee belangrijke voorwaarden, namelijk: geen (verdere) bezuinigingen voor de GGZ-sector en geen eigen bijdrage voor de complexe en kwetsbare (forensische) doelgroepen. Daarnaast moet de druk vanuit de media, de maatschappij en de politiek niet steeds tot tegen-

²⁴ Veiligheidshuizen zijn netwerkorganisaties waarbij ketenpartners op het terrein van justitie, gemeente, zorg en huisvesting fysiek met elkaar in dezelfde ruimte werken en gezamenlijke overleggen houden over (ex)gedetineerden (Inspectie voor de Gezondheidszorg: Staat van de Gezondheidszorg 2010).

²⁵ Volgens de cijfers van EFP (Expertise Centrum Forensische Psychiatrie) 2011 m.b.t. tbs-patiënten gaat het bij deze groep om 72% met een lifetime comorbiditeit van As-I en As-II stoornissen en 50% als de verslavingsproblematiek wordt meegerekend.

strijdige/paradoxe verwachtingen leiden binnen de GGZ-sector. Bijvoorbeeld aan een kant steeds vaker gedwongen behandeling (i.p.v. detentie) willen opleggen en aan de andere kant verwachten dat er steeds minder dwangmaatregelen worden toegepast binnen de GGZ-sector met het streven dat separeren naar 0 moet.

8. Het eenrichtingsverkeer van de Wet Forensische Zorg regelt alleen de doorstroom vanuit het gevangeniswezen (GW) en Huis van Bewaring (HvB) naar de forensische zorg en/of de reguliere GGZ. De omgekeerde richting opgaan, is alleen mogelijk bij forensische patiënten (dus die met een strafrechtelijke/justitiële titel) welk bijvoorbeeld vanuit een tbs-instelling bij de reguliere GGZ zijn geplaatst. Voor patiënten die op grond van een RM, zorgmachtiging of BOPZ maatregel (civielrechtelijk) gedwongen zijn opgenomen, is terugverkeer niet mogelijk. Voor een betere aansluiting tussen het strafrecht en de GGZ-zorg ofwel een betere samenhang reguliere GGZ en forensische zorg is wederkerigheid een voorwaarde. Dus een tweerichtingsverkeer waarin meerdere wegen en mogelijkheden bestaan voor het plaatsen en behandelen van (ook de meer complexe en kwetsbare) patiënten. Dit vereist op zijn beurt meer flexibiliteit en minder bureaucrativering, zowel op het niveau van beleid en wetgeving als in de praktijk waarin ketenpartners in het veld moeten samenwerken. Bovendien werkt het eenrichtingsverkeer van de Wet Forensische Zorg tegenstrijdig met de doelstellingen van deze wet, namelijk: de juiste patiënt op de juiste plek en een betere aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg ofwel tussen het strafstelsel (bv. gevangenisstraf) en de GGZ. Alleen een tweerichtingsverkeer zou kunnen leiden tot een betere ketenvorming van de reguliere GGZ- en de forensische zorg. Dit zou zelfs ervoor kunnen zorgen dat separeren bijna overbodig wordt, omdat bij noodsituaties de patiënt binnen de gevormde samenwerkingsketen in een zwaarder beveiligde (zorg)instelling kan worden geplaatst.

9. Bepaalde aspecten moeten nog zorgvuldig worden uitgewerkt in beide wetten, zoals de rol van de familie en de rechtspositie van patiënten die in aanmerking zullen komen voor gedwongen behandeling. Als het gaat om de Wet verplichte GGZ moet zorgvuldig worden nagedacht over de noodzaak van een commissie van multidisciplinaire deskundigen²⁶ om de rol en de functie van deze hoe dan ook op te nemen in de

²⁶ Zie voor meer informatie bijlage 4.

Wet verplichte GGZ. De GGZ-sector acht het bestaan van een dergelijke commissie noodzakelijk bij het opleggen van verplichte GGZ (i.p.v. detentie) door de rechter.

10. Als laatste aandachtspunt is belangrijk om rekening te houden met het feit dat er wellicht op lange termijn behoefte zal zijn aan één *gezamenlijke* wetgeving als het gaat om de plaatsing en behandeling van de meest complexe en kwetsbare (forensische) doelgroepen. Dus de doelgroepen die bij het ontbreken van GGZ-zorg *met* de nodige structuur, toezicht en begeleiding regelmatig in aanraking komen met het strafrecht. Doelgroepen die onder beide werkkerreinen vallen, namelijk: de GGZ-zorg én het strafrecht; de reguliere GGZ én de forensische zorg; de Ministerie van VWS én de Ministerie van V&J. Op het huidige moment ontbreekt het aan aansluitend beleid en wetgeving. Daarnaast ontbreekt het ook aan structurele inbedding van de door professionals inhoudelijk gedeelde samenwerkingsmodellen om de meest complexe en kwetsbare doelgroepen effectief en adequaat te behandelen en begeleiden, en daarmee de kans op recidive te verminderen. Behandeling en veiligheid, gezondheid/welzijn en criminaliteit/misdaad staan dicht bij elkaar dan er op departementaal (macro) niveau wordt gedacht. Sterker nog, ze zijn verweven met elkaar. Veiligheid en vooral je veilig voelen (als mens, individu, burger), is een van de voorwaarden voor een gezonde geest, zoals een gezonde geest een van de voorwaarden is voor een veilige samenleving.

Een aansluitend beleid vereist echter regelmatig (intensief) contact en structurele informatie-uitwisseling en kennisoverdracht op departementaal (macro) niveau. Voor een structurele aanpak en duurzame oplossing is namelijk kennis van en begrip voor elkaars benaderingswijze en werkmethoediek noodzakelijk. Regelmatig contact en kennisoverdracht zouden moeten leiden tot meer flexibele (werk)houdingen en effectieve communicatie tussen de twee departementen (Min. V&J en Min VWS). Wellicht ooit met als resultaat: één wetgeving en een *gezamenlijk* effectief beleid voor de meest complexe en kwetsbare (o.a. forensische) doelgroepen. In de samenhang reguliere GGZ en forensische zorg wordt er op lokaal (micro) niveau al veel vooruitgang geboekt om tot *gezamenlijk* effectieve samenwerkingsplannen en werkmodellen te komen. Deze moeten nog echter vanuit een gedeelde visie in het werkveld inhoudelijk worden vastgelegd en structureel ingebed. De inhoudelijk gedeelde werkmethoediek zal leiden tot een duurzame samenhang (reguliere) GGZ en forensische zorg.

Bijlagen

Bijlage 1: Literatuurlijst

- Avruch, K. (1998) Culture & Conflict Resolution. Washington: United States Institute of Peace.
- Beijer T. (1996) Apeldoorn CGL. Woordenboek van medische eponiemen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dienst Justitiele Inrichtingen, *Ministerie van Veiligheid en Justitie* (2011) Forensische zorg in getal 2006-2010.
- Goudsmit W. Nieboer W. Reicher J.W. (1977) Psychiatrie en Recht: Hoofdstukken uit de forensische psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hagendoorn, L. (1986) Cultuurconflict en Vooroordeel. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Uitgeverij.
- Hoof, van J. & Ruysseveldt, van J. (2001) Sociologie en de moderne samenleving: Maatschappelijke veranderingen van de industriële revolutie tot in de 21^e eeuw. Amsterdam/Meppel: Boom.
- <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2010/06/10/wetsvoorstel-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg-4-10-2011>
- <http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32398-wet-forensische-zorg-15-12-2011>
- <http://www.dwanginzorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wetsvoorstel-forensische-zorg-15-12-2011>
- <http://www.dwanginzorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wetsvoorstel-forensische-zorg-15-12-2011>
- <http://medischcontact.artsennet.nl/Tijdschriftartikel/03689/Op-de-grens-van-recht-en-psychiatrie-18-10-2011>
- Hylland Eriksen, T. (2001) Small Places, Large Issues; An Introduction to Social and Cultural Anthropology. London; Sterling; Virginia: Pluto Press.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004) Klinische forensische psychiatrie, brugfunctie of zelfstandig circuit? Rapportage van het toezicht op de forensisch psychiatrische klinieken en de forensisch psychiatrische afdelingen.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011) Staat van de Gezondheidszorg 2010.
- MGv (Maandblad Geestelijke volksgezondheid), 58 (2003) blz. 3-6 Brieven: Beveiliging of zorg voorop?
- MGv (Maandblad Geestelijke volksgezondheid), 60 (2005) blz. 1045-1046 Bijeenkomsten: Forensisch samenwerken: Verslag van de vierde landelijke studiedag 'Samenwerking in de forensische zorg: beveiligen, behandelen en begeleiden op

het snijvlak van GGZ en Justitie', georganiseerd door het Leidse Congres Bureau op 11 mei 2005 in Amsterdam.

- Rijkeboer, A. (2010) Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg 'Verandering in de GGZ door de nieuwe wet'.
- RMO (2007) Straf en zorg: een paar apart: Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen. Amsterdam: SWP.
- Scholten, C. (2011) Probleemanalyse en plan van aanpak preadvies 'Samenhang ggz en forensische zorg'.
- Shadid, W.A. (1998) Grondslagen van interculturele communicatie; Studieveld en Werkterrein. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Significant (2012) De forensische zorg: Beschrijving van het besturingsmodel.

Bijlage 2: Het verhaal van Marlieke de Jonge

Ik ben een zondagskind. Ik kan altijd iets leuks vinden te midden van alle ellende...

Marlieke de Jonge (49) is stafmedewerker Empowerment bij GGZ Groningen.

Ik zit nu zo'n veertig jaar in het hulpverleningscircuit. Op mijn negende kwam ik voor het eerst met de psychiatrie in aanraking. Ik begon echt maf te doen. Daarvoor was ik al vaker in een ziekenhuis beland, met hersenschuddingen en later met botbreuken. Die waren het gevolg van misbruik en mishandeling. Er werd altijd een mooi verhaal omheen gebouwd, daar deed ik zelf aan mee. Toen ik negen was wou ik dood, of eigenlijk wilde ik dat de ellende stopte: rust, pauze. Maar ik praat altijd wat om mijn kinderjaren heen, hup, dat is verleden tijd. Je leert als kind te overleven. Als je dat niet kan, sneuvel je. Rond mijn twaalfde vond ik het trucje anorexia uit; toen ging mijn leven een stuk gemakkelijker. Hoe dunner je bent, hoe meer je psychisch aankunt. Een tijd lang althans, want uiteindelijk ga je er dood aan. Je bent bezig met fysiek overleven, je kunt dingen van een bepaalde afstand bekijken. Op de middelbare school had ik mijn eerste psychose. Ik kreeg ook last van botontkalking, door die anorexia, maar ook door verkeerde medicatie.

Mijn motto is: niet te lang bij de dingen stil blijven staan, niet te lang doorzeuren. Ik zie overal klusjes, ik ben altijd met anderen bezig. In mijn middelbare schooltijd demonstreerde ik me het apenzuur, ik nam Vietnam bij de klauwen. Druk, druk, druk. Op school was ik altijd bezig met organiseren van cabaret en toneelstukken. Zo leef ik. Leuk, maar ik ben te gauw té betrokken. Waar het voor andere mensen een spel was, was het voor mij een zaak van leven en dood. Ik moest de oorlog in Vietnam stoppen, anders moest ik maar dood. Ondertussen heb ik wel het gymnasium afgemaakt.

Daarna ben ik naar een kibboets in Israël vertrokken. Ik dacht: weg van huis, vrijheid, nu gaat het lukken. Maar het was een te grote sprong. Ik kon mijn grenzen niet bewaken, kwam weer terecht in dat anorexia-gedoe. Maar ik heb het er ook leuk gehad.

Later heb ik andragogiek gestudeerd, maar nooit mijn eindscrijptie geschreven. Ik ben vanuit de inrichting begonnen, rond mijn 25ste. Er volgden een heleboel heropnames en gedwon-

gen hulpverlening. Liep ik weer voor lijk met m'n 25 kilo. Ik heb heel lang over mijn studie gedaan. Mijn mondeling tentamen filosofie heb ik nog in de isoleer gedaan. Ik had aan mijn docent gevraagd of hij bij mij langs wilde komen. Mijn ervaring is dat als je je situatie heel openlijk met mensen bespreekt, ze meestal wel op zo'n verzoek ingaan, hoe vreemd dat verzoek misschien op het eerste gezicht ook is.

Ik heb ook periodes op straat gezworven. Ik was verslaafd aan van alles: niet aan alcohol of aan sigaretten, maar aan pillen, heroïne, cocaïne, morfine. Ik kreeg de dope gratis, maar in ruil daarvoor werkte ik wel in de prostitutie. Ik vind het spul nog steeds lekker, maar het past slecht bij mijn werk. De eerste jaren dat ik hier werkte, was ik nog verslaafd. Wel gebruikte ik steeds minder, alleen nog in het weekend. Nu eigenlijk helemaal niet meer. Ik heb er geen behoefte meer aan. Ik krijg het nog wel eens gratis aangeboden van aardige cliënten die ik via mijn werk of van de straat ken. Dan zeg ik: 'Ach nee, doe maar voor jezelf, jij hebt het meer nodig dan ik.'

Sinds een paar jaar werk ik als stafmedewerker empowerment bij GGZ Groningen. Die empowerment slaat zowel op cliënten als op werkers. Die moeten ook de regie nemen over hun eigen leven en werk. Ze moeten veel meer zelf leren denken, in plaats van protocollen achterna te lopen. Je bent verantwoordelijk voor wat je doet, niet of je je aan een protocol hebt gehouden.

Veroveren

In het verleden heb ik al heel wat bedrijven gek gemaakt. Ik ben niet de arme werknemer die eruit gegooid is. Nee, het is meer van: hoe snel krijg ik zo'n bedrijf gek? Na de middelbare school heb ik allerlei baantjes gehad. Ik begon bij de paspoorten. Ik vond het niet nodig om dingen via de hiërarchie door te sluizen. Ik dacht: die mensen moeten op vakantie, ik regel die paspoorten wel even snel. Ik sloeg allerlei formulieren en schijven over. Maar dat kan natuurlijk helemaal niet.

Bij een ander bedrijf was ik directiesecretaresse. Ik dacht: ach, die saaie brieven, dat kan ik wel leuker. Of: samenwerking is goed voor die mensen. Dus ging ik voor het bedrijf contacten leggen met China. Dat kon echt niet. Het bedrijf had wel wat buitenlandse contacten, maar ik verdubbelde die in no time.

Het gekke is dat mensen nooit boos op me werden. Ze zeiden alleen: dit kan echt niet. Ik bedoelde het ook goed, maar ik overzag de chaos niet, die ik ervan maakte. Tegenwoordig probeer ik mijn omgeving te vertrouwen, ik laat de boel controleren. Hier bij GGZ Groningen kan veel, maar formele brieven bijvoorbeeld moeten niet té aardig worden. Dat weet ik nu, maar toen nog niet. Ik heb allerlei veiligheidskleppen ingebouwd, er komen er ook steeds meer bij.

Eigenwaarde

Mijn huidige werk doe ik zo'n zeven jaar. Ik ben heel lang actief geweest in de cliëntenbeweging. Zeven jaar geleden ben ik begonnen bij een zorgverzekeraar, die toen nog Regionaal Ziekenfonds Groningen heette, onder het motto: ik kom bij jullie werken, als het bevalt, kun je mij betalen. Binnen een half jaar wilden ze me houden. Ik heb mijn baan niet gekregen, ik heb hem veroverd. Ik wilde weg uit het vrijwilligerswerk, naar een bedrijf dat productie-eisen aan mensen stelt, zij het dat ik wat andere producten lever dan anderen. Maar ik wil wel dat ze me zakelijk benaderen. Ze moeten wat aan me hebben. Ik wil niet dat mijn werkgever me betaalt, omdat het zo leuk staat, zo'n cliënt als medewerker. Want daar kan ik geen eigenwaarde aan ontlennen.

Ik geef onder andere les aan opleidingen voor psychiaters, verpleegkundigen, sociaal-pedagogische hulpverleners en maatschappelijk werkers over psychosen, verslaving, maar ook over wat goed hulpverlenerschap is. Als een cliënt bijvoorbeeld een been breekt, dan is het belangrijk dat zijn hulpverlener hem opzoekt in het ziekenhuis. Dat weegt op tegen maanden en jaren motivatiegesprekken.

Ik ben op dit moment ook bezig met crisisopvang, hulpverlenerschap in noodsituaties. Iemand die daar bij de GGD ook mee bezig is, heeft mij gevraagd om een lesprogramma te ontwikkelen voor de opleiding van de piketartsen, die bij de politie de cliëntenopvang doen. Ze kunnen daar momenteel geen kant op met de cliënten, en die klagen weer dat ze er niet doorheen komen bij de hulpverlening. Ze bellen 1-1-2 omdat ze niet weten waar ze anders naartoe moeten bellen. Dat vertellen de cliënten me. Ze spreken me aan op straat, bij de Hema, ze kennen me wel. De politie die vereenzelvigd me weer met de psychiatrie. Die klopt bij me aan, omdat ik onorthodoxe oplossingen weet te verzinnen.

Momenteel werk ik ook aan de cursus 'De kunst van wonen', die heb ik opgezet voor cliënten. Ik ga hem ook geven. Wat hebben cliënten nodig om hun kop boven water te houden en niet uit hun huis gezet te worden? Zie je dat schema aan de muur hangen? Het is een overzicht van waar de gemeente en de woningcorporaties allemaal mee bezig zijn, zodat ik mijn activiteiten daar precies kan invoegen. Het gaat niet alleen om die cursus, maar ook om projecten rondom onconventioneel wonen, bijvoorbeeld in verplaatsbare woonboten en caravans. Als cliënten door overlast ruzie met de bureaus krijgen en moeten verhuizen, raken ze tenminste hun woning niet kwijt.

Verder help ik mee aan de organisatie van het Psychiatrie café in Groningen. Het café wordt elke derde dinsdag van de maand georganiseerd. Het is de bedoeling dat cliënten en gewone burgers van Groningen discussiëren over allerlei thema's die met gekte te maken hebben: angst, dwanggedachten, zelfbeschadiging. Dit om de kloof tussen cliënten en de rest van de samenleving te overbruggen.

Structuur

Ik schrijf nooit hele beleidsnotities, wel stukken ervan. Want alles wat met structuren te maken heeft, is mijn vak niet. Ik ben een inhoudelijk mens. Ik ben er niet zo goed in om iets in een organisatie vorm te geven. Ik werk altijd samen met mensen die goed kunnen structureren, want zelf ben ik een chaoot. Kijk maar naar de enorme stapels op mijn bureau en op de grond. Wat heb je nodig om iets van de grond te krijgen? Ideeën, plannen, creativiteit. Dat heb ik allemaal wel. Maar daarnaast heb je ook structuur nodig, je moet een tijdspad kunnen opstellen. Planning en beleid, dat kan ik van geen kanten. Ik ga het ook niet proberen. Ik doe wat ik leuk vind. Financiën doe ik ook niet. Ik maak wel eens een plan en dan zeg ik tegen een collega: 'Schrijf jij de financiële paragraaf erbij?'

Ik heb een fulltime baan, maar ik draai veel meer uren. Wat er bovenop die veertig uur per week komt, doe ik vrijwillig. Afgelopen zomer was ik weer psychotisch, dan wil het niet zo. In zo'n periode moeten mensen mij heel concrete opdrachten geven. Dat wil ik ook zelf, want ik wil mijn baan niet kwijt. Dan kom ik hier halve dagen, tot het weer gaat. Ik kan altijd wel op een of andere manier doorwerken. Mijn werk is mijn structuur, dat heb ik nodig, maar het schiet niet erg op als ik de kluts kwijt ben. Ik laat dan al mijn brieven controleren. Collega's checken bijvoorbeeld of ik er geen verbanden in leg

die alleen in mijn hoofd zitten. Ik heb mijn collega's echt getraind in openheid. Ik vraag: 'Als ik te druk doe, zeg het dan tegen mij.' Zelf merk ik dat vaak niet. Ik heb graag dat mijn collega's direct tegen mij zijn. Het hoeft niet tactloos te zijn, maar dat mag ook hoor.

Ik ben hier werknemer en geen patiënt, maar ik heb wel een aantal handicaps. Ik heb een kapot bottenstelsel en die vatbaarheid voor psychoses. Nu ben ik weer op de anorexia-toer. Dan zeg ik: 'Zeur me maar flink aan mijn kop over dat eten. Vooral niet te voorzichtig zijn.' Met lichamelijke dingen net zo. Als ik iets niet kan, dan zeg ik dat gewoon. Morgen heb ik een afspraak om 13.00 uur met een collega. Ik heb tegen hem gezegd: 'Denk erom dat we pas aan het werk gaan, als ik mijn boterham op heb.' Hij: 'En geen smoezen, hè. Je gaat gewoon eten.'

In het begin waren ze bij GGZ Groningen heel ijverig om mij in de patiëntenrol te duwen. Ik werd alleen aangesproken op mijn ervaringskennis, maar mijn kennis reikt veel verder dan mijn persoonlijke ervaringen als cliënt.

Meerwaarde

Het duurt lang voor mensen doorhebben wat een cliëntdeskundige is. Het is meer dan een ervaringsdeskundige cliënt. Het gaat niet om mijn ervaring, maar om de verzamelde ervaring van heel veel mensen. Mijn ervaring alleen is onvoldoende basis. Ik gebruik die alleen voor zover die ook voor anderen geldt. Dat is professioneel. Ik ben ook professioneel in die zin dat ik afspraken maak, die ik altijd nakom. Ik heb daar net zo lang op geoefend tot ik dat kon. Mensen kunnen op mij rekenen. Als ik les moet geven, ben ik er altijd.

Ik pas niet in een gewone baan. Ik word niet op dezelfde manier beoordeeld als mijn collega's. Ik heb slechts een globaal functieprofiel. Van mij worden ook geen jaarverslag, werkplan of werkverslagen verwacht. Dat vind ik niet vervelend, want dat soort dingen kan ik niet. Binnenkort heb ik wel een functioneringsgesprek. Voor een baas ben ik een raar fenomeen. Maar als men mij in een hokje wil zetten, of in een bepaalde structuur wil duwen, dan ben ik ook mijn waarde kwijt.

Natuurlijk hebben mijn handicaps en functiebeperkingen meerwaarde voor mijn werk. Mensen zien aan den lijve hoe je

kunt omgaan met een psychose. Ze kunnen niet zeggen dat het niet kan, want ze zien dat ik wél kan functioneren. In zo'n psychoseperiode heb ik ook de meest fantastische ideeën. Afgelopen zomer had ik opeens een briljant idee over hoe hulpverleners anders tegen cliënten kunnen aankijken. In het kort komt het erop neer dat je hen moet helpen om weer uitdagingen in het leven aan te gaan, bijvoorbeeld op het gebied van werken en wonen. Veel cliënten verzinnen smoezen en vermijden elk risico, uit angst om weer teleurgesteld te raken. Maar als je hen niet helpt om iets nieuws aan te pakken, leer je ze ook nooit met hun kwetsbaarheid - hun psychische handicaps - om te gaan. Pas nu krijg ik dat idee op papier, in de zomer heb ik er eindeloos over gekwekt in de gang. Behalve goede ideeën, heb ik tijdens een psychotische periode ook een heleboel ongelukkige. Ik meld me niet ziek in zo'n periode, want ik voel me niet ziek. Ik kan nog wel wat. Alleen moet ik dan veel energie stoppen in het laten controleren van mijn werk.

Onlangs moest ik medicijnen gebruiken, omdat ik niet meer kon slapen. Dan ben ik 's ochtends erg duf. Maar dat maakt niet uit, want dan werk ik 's avonds. En als de anderen 's zomers op vakantie gaan, werk ik door. Dan is het niet erg dat ik parttime werk als het wat minder gaat. Zelf ga ik niet op vakantie. Ik zou dan te veel de structuur van het werk missen. Via mijn werk heb ik ook mijn sociale netwerk. Mijn werk is mijn alles. Ik heb niet echt een privé leven naast mijn werk. Ik ben geheel bereid om op eerste kerstdag te werken.

Overal in Ik werk bij een grote organisatie. Ik bemoei me niet alleen met dit bedrijf, maar ook met de gemeente, de Stichting Thuis- en Daklozen, de thuiszorg, what ever. Ik zit overal wel in, van inspraak in commissies over welke woningen woningcorporaties moeten bouwen, tot het via de hulpverlening vormgeven aan begeleid wonen. Mijn collega's en andere mensen uit mijn netwerk doen vooral een beroep op me als er tussen diverse partijen gekoppeld moet worden. Ik leg veel dwarsverbanden tussen hulpverleners en cliënten. Waar cliënten veel baat bij hebben, is dat ik de taal van de hulpverlening kan vereenvoudigen. Ik zeg altijd tegen hulpverleners: 'Breng je boodschap terug naar iets concreets. Haal alle dure woorden eraf.'

Ik heb veel belang bij veel collega's om me heen. Ik voel me hier hartstikke goed, het is hier gezellig. Iedereen wil me graag houden, want ik heb een heel goed netwerk. Dat is een deel

van mijn werk: netwerken opbouwen. 'Oh, ik weet iemand die bij de gemeente voor ouderen werkt,' zeg ik dan tegen een collega. 'Geef maar de naam,' zegt 'ie dan.

Inmiddels kent het hele bedrijf mij als een enigszins vreemde collega. Ik ben een buitenbeentje, maar ik voel me ook serieus genomen. Vaak zetten collega's mij in als ze ergens geen invloed krijgen. Werkers lopen bijvoorbeeld tegen het opnamebeleid in de GGZ aan. Cliënten moeten zich ergens centraal aanmelden en eindeloos veel formulieren invullen voor ze behandeld kunnen worden. Ik heb een wat vrijere positie om die signalen wat hoger op in de organisatie door te geven. Daar word ik vaak voor gebruikt. Werkers hebben niet de neiging om dingen naar hogere niveaus binnen de organisatie te communiceren. Ik klop dan bij het management aan. Daar vindt men het prettig om die signalen te horen. Ook als er ergens ruzie is, word ik er vaak bijgehaald. Mijn collega's zijn dus wel blij met mijn uitzonderingspositie.

Beloning

Of ik nou betaald word voor mijn werk of een uitkering krijg, dat is heel eerlijk gezegd prioriteit nummer 99 voor mij. Alleen merk ik dat als ze je betalen, er beter naar je geluisterd wordt op sommige niveaus. Ik wil dus betaald worden, omdat je dan meer invloed hebt. Anders zou het mij niet zo veel kunnen schelen. Ik was met die uitkering heel gelukkig.

Mijn drijfveer is werken aan een betere samenleving. En dat is niet beperkt tot de psychiatrie. Als ik iets voor een andere club kan doen, zal ik dat niet laten. Solidariteit staat voor mij centraal: met mensen met een verstandelijke handicap, asielzoekers, iedereen die in de knel komt.

Ik zeg altijd: ruimte voor ieder van ons, is ruimte voor ons allemaal. Als je bijvoorbeeld iets doet voor iemand met een lichamelijke handicap, profiteren daar ook allerlei andere mensen van. Als je allerlei mensen uit de samenleving gaat weren, wordt die namelijk op den duur onleefbaar. Zelf moet je dan ook steeds hoger gaan springen, omdat de lat steeds hoger komt te liggen. Je mag dan zelf ook niet een keer onderuit gaan.

Bijlage 3: Adviesaanvraag samenhang geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

[R:\Adviezen\Samenhang GGZ en forensische zorg\Adviesaanvraag](#)

Bijlage 4: Verdere toelichting van de Wet verplichte GGZ (WvGGZ)

Deze wet komt ter vervanging van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), welke in 1994 is ingegaan. De wet BOPZ, welke voorziet in gedwongen opname en behandeling in de GGZ, zal niet worden herzien door toedoen van de nieuwe wet. De Wet verplichte GGZ zal de 'oude' wet in zijn geheel vervangen.

Voordat we verder ingaan op de Wet verplichte GGZ volgt een korte toelichting van de wet BOPZ. Dit zorgt namelijk voor verheldering over de context van waaruit de Wet verplichte GGZ is ontstaan. Het gedachtegoed achter de wet BOPZ is toch echter de voedingsbodem waarop de nieuwe wet zich berust. De wet BOPZ is bedoeld voor:

1. gedwongen opnamen en behandelingen in de psychiatrie;
2. de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking;
3. de psychogeriatric (ouderenzorg voor mensen met dementie).

De wet geldt niet voor mensen die zich vrijwillig laten opnemen. Een belangrijk doel van de wet BOPZ is burgers, die geconfronteerd worden met gedwongen opname en behandeling, rechtsbescherming te bieden. In de praktijk blijkt dat de wet BOPZ onvoldoende rechtsbescherming biedt aan mensen met een (licht) verstandelijke beperking (LVB) of met dementie. Voor deze groepen is een aparte wet in voorbereiding. Hiervoor is het wetsvoorstel Zorg en dwang psychogeriatric en verstandelijk gehandicapte cliënten (Kamerstuknummer 31996) op 30 juni 2009 ingediend bij de Tweede Kamer. Daarnaast wordt dus gewerkt aan de vervanging van de wet BOPZ door de Wet verplichte GGZ die zich alleen richt op de sector geestelijke gezondheidszorg, dus op de eerstgenoemde categorie mensen.

([http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/vraag-en-antwoord/wat-houdt-de-wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-\(wet-bopz\)-in](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/vraag-en-antwoord/wat-houdt-de-wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-(wet-bopz)-in))

In tegenstelling tot de wet BOPZ komt bij de Wet verplichte GGZ het accent meer te liggen bij gedwongen *behandeling en (psychiatrische) zorg* in plaats van gedwongen *opname*. Dit zorgt ervoor dat de positie van de patiënt wordt versterkt, waardoor beter kan worden ingespeeld op diens zorgbehoefte. De huidige regeling is daarvoor te beperkt vanwege het locatiegebon-

den karakter van de zorg waarbij opname van de patiënt centraal staat. Straks wordt opname één van de mogelijkheden in de zorgketen.

(<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2010/06/10/wetsvoorstel-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg-4-10-2011>)

Wat gaat er precies veranderen?

1. De inspraak van de cliënt wordt zoveel mogelijk gewaarborgd en behouden. De Rechterlijke Machtiging (RM) zoals de wet BOPZ deze nu hanteert, zal volledig verdwijnen. Deze wordt namelijk vervangen door **Verplichte Zorg** ofwel **Rechterlijke Zorgmachtiging**.
2. Vereenvoudiging in de wetgeving. Er komt **één Rechterlijke Zorgmachtiging** met een vaste procedure. De bestaande zeven Rechterlijke Machtigingen (RM), die binnen de huidige wet BOPZ van toepassing zijn met verschillende, ingewikkelde procedures verdwijnen.
(<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2010/06/10/wetsvoorstel-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg-4-10-2011>)
3. Het Behandelplan zoals we die nu kennen, wordt vervangen door een zogeheten **Zorgplan**. Daarbij hoort ook een **Zorgkaart**. De uitvoering valt onder de verantwoordelijkheid van de GGZ instelling en dus de behandelende arts/psychiater.

Voordelen van het Zorgplan:

- 3.1 Het Zorgplan voorziet in een **multidisciplinaire benadering** van de psychiatrische patiënt.
- 3.2 In het Zorgplan (verplichte zorg) wordt in ieder geval de **psychiatrische diagnose** opgenomen. Voorheen stond deze enkel in het behandelplan van de behandelende arts. Tevens moet hierin vermeld staan **welke zorg noodzakelijk is** om het aanzienlijk risico op ernstige schade weg te nemen. Om de cliënt ook **na de verplichte zorg** op een juiste wijze te kunnen begeleiden, is een voorwaarde voor het Zorgplan om concreet weer te geven **wat nodig is om de cliënt weer te laten deelnemen aan het maatschappelijke leven**.
- 3.3 Tevens wordt in het Zorgplan vermeld wat de **voorkeuren van de cliënt zelf** zijn ten aanzien van de verplichte zorg. Denk aan de **Zorgkaart**. Verder is het verplicht **alle tijden**

van **verplichte zorg zorgvuldig te registreren**. Hierbij moet de **minimale en maximale duur** van afzonderlijke vormen van zorg vermeld worden.

- 3.4 Het Zorgplan is in het leven geroepen om de zorg zoveel mogelijk op **individueel niveau** voor de cliënt te kunnen **leveren en monitoren**. Met de Wet verplichte GGZ wordt het Zorgplan echter van een extra niveau voorzien. Het gaat hier om het **Zorgplan op instellingsniveau**. Met name **kwaliteit van zorg** wordt een **voorwaarde om (verplichte) zorg te kunnen verlenen**. De wijze waarop de psychiatrische instelling en de geneesheer-directeur **de kwaliteit van de verplichte zorg bewaken en toepassen moet worden vastgelegd** in het Zorgplan. In het geval dat de zorgverantwoordelijke en de cliënt niet tot een overeenstemming komen dan moet het Zorgplan de redenen hiervoor duidelijk vermelden.
4. De huidige stem van de behandelaar (onder verantwoording van de geneesheer-directeur patiëntenzorg) in de wet BOPZ, welk bepaalt of er vormen van dwang toegepast mogen worden, verdwijnt in de nieuwe wet. In plaats daarvan komt een **Commissie van multidisciplinaire deskundigen** die individueel gaat bepalen of verplichte zorg noodzakelijk en verantwoord is. Door deskundige voorbereiding van de Commissie hoeft de rechter zich niet langer met medische details bezig te houden. De Commissie zal ook een bepalende stem hebben in de uitvoering van verplichte zorg.
5. Verplichte (opgelegde) somatische zorg wordt duidelijk afgebakend in de nieuwe wet. **De wet BOPZ en Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)** worden in de nieuwe wet aan elkaar gekoppeld.

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO):

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener (artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen, verloskundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, etc.) Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener introept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen. De patiënt is opdrachtgever tot zorg, die gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van geneeskunst die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van ver-

loskundige bijstand. De WGBO is dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO. In de WGBO zijn een aantal spelregels vastgelegd die voorheen in lossen wetten en enkele rechterlijke uitspraken te vinden waren.
(<http://www.hulp.gids.nl/index.php?mid=153> 15-12-2011)

6. In plaats van een klachtencommissie per psychiatrisch ziekenhuis komt er een **regionale klachtencommissie**.
7. De term ‘gevaarscriterium’ van de wet BOPZ wordt vervangen door **‘aanzienlijk risico op ernstige schade’**. Daar het laatstgenoemde criterium ruimer is gesteld, biedt deze in verhouding met het ‘gevaarscriterium’ van de wet BOPZ de mogelijkheid om eerder in te grijpen en een gedwongen behandeling op te leggen. Het accent komt dus ook meer te liggen op **gedwongen behandeling** in plaats van gedwongen opname, doordat verplichte zorg niet meer plaatsgebonden ofwel intramuraal is gericht. Daarmee wordt dus **ambulante dwangbehandeling** mogelijk. De term BOPZ instellingen zal dus ook verdwijnen.
8. Er wordt een paradigmashift gemaakt in ‘het denken over de gedwongen opname van patiënten met een psychische stoornis als breuk op diens autonomie (Wet BOPZ) naar de opvatting dat **ernstig zieke mensen er recht op hebben behandeld te worden, ook als zij door hun ziekte niet in staat zijn om de noodzaak daarvan te onderkennen (WvGGZ)**. Met deze paradigmashift wordt het bereidheidscriterium van de Wet BOPZ vervangen door de **Krankzinnigenwet vigerende bezwaarscriterium** (Scholten, C. 2011 Probleemanalyse en plan van aanpak preadvies ‘Samenhang ggz en forensische zorg’). De twee laatstgenoemde begrippen worden hieronder kort toegelicht.

Vershil tussen het bereidheidscriterium en bezwaarscriterium:

- **Bereidheidscriterium van de Wet BOPZ:** opneming zonder de nodige bereidheid van betrokkene vereist een machtiging van de rechter of een inbewaringstelling van de burgemeester.
- **Krankzinnigenwet vigerende bezwaarscriterium:** een extern fiat is nodig van de rechter pas als de betrokkene zich verzet.

9. **Visiteren** (onderzoek aan het lichaam) is, in tegenstelling tot de wet BOPZ, **in de nieuwe wet verboden**. Verplichte zorg gaan voorzien in verzorging, begeleiding, behandeling en opneming.
10. Een aantal **verouderde termen** is in het belang van de cliënt **aangepast in de nieuwe wet**. De oude termen werkten o.a. stigma in de hand en zijn te algemeen van aard.

Bijlage 5: Verdere toelichting van de term forensische zorg en de Wet Forensische Zorg (WFZ)

Wat houdt forensische zorg eigenlijk in? Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die verleend wordt in een strafrechtelijk kader, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten. Dit type zorg is een combinatie van *beveiliging* en *behandeling of verpleging*. De bekendste vorm van forensische zorg is de tbs (terbeschikkingstelling), waarbij de patiënt in een gesloten instelling behandeld wordt. Behalve tbs-gestelden (tbs met dwangverpleging, art.37b), zijn ook gedetineerden en verdachten of veroordeelden aan wie het Openbaar Ministerie (OM) of de Rechtspraak een voorwaardelijke sanctie heeft opgelegd. Uitgezonderd zijn personen die zijn veroordeeld in het kader van het jeugdstrafrecht, waaronder de PIJ-maatregel (PIJ staat voor Plaatsing In een Jeugdinstelling).

Kortom, forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel. Dit specifieke type zorg wordt geleverd door verschillende instellingen met verschillende niveaus van beveiliging. De zorg kan bestaan uit *klinische zorg*, *ambulante zorg* (*ACT en FACT teams of bemoeizorg teams*) en/of *beschermd wonen*. In grote lijnen zijn er drie soorten *klinische* instellingen die forensische zorg verlenen waarbij *verschillende niveaus* van *behandeling* en *beveiliging* wordt geboden:

1. Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC ook wel tbs instelling/kliniek genoemd)
2. Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK)
3. Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA)

Een FPC heeft het hoogste beveiligingsniveau. Patiënten met een veroordeling tot tbs met dwangverpleging worden altijd behandeld in een FPC (voorheen tbs-kliniek genoemd). Hierdoor vormen ze gedurende hun behandeling geen gevaar voor de samenleving.

Een FPK is een gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) meet een in oorsprong uitsluitend *klinisch* aanbod voor personen met behoefte aan zorg en behandeling in strafrechtelijk kader. De FPK's zijn voorzieningen met behandeling als prioriteit, maar met voldoende beveiliging.

ligingsmogelijkheden. Een FPK maakt altijd deel uit van een multifunctionele GGZ organisatie.

Een FPA heeft als doelstelling patiënten door te plaatsen naar de reguliere zorg. In de meeste gevallen is de FPA een aparte eenheid binnen de GGZ instelling, soms gehuisvest of gekoppeld aan een andere afdeling voor intensieve langdurige zorg. Hier worden cliënten intensief behandeld, waarna ze doorverwezen worden naar een 'gewone' afdeling of elders in de GGZ. FPA's zijn in materiële zin minder beveiligd dan de FPK's.

(<http://www.efp.nl/forensische-psychiatrie>)

(<http://www.dwanginzorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wetsvoorstel-forensische-zorg-15-12-2011>)

Naast de drie bovengenoemde klinische instellingen die forensische zorg verlenen, bestaan nog het Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) en de Penitentiaire Inrichting (PI). Deze zijn in het bovengenoemde niet opgenomen, omdat beide onderdeel uitmaken van het gevangeniswezen (GW) zelf. Bovendien wordt bij de bovengenoemde instellingen de nodige capaciteit en zorg ingekocht door de Directie Forensische Zorg (DFor-Zo) van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), terwijl deze zorg niet wordt ingekocht voor de PPC's en de PI's. In Nederland bestaan in totaal 5 PPC's en 29 vestigingen voor PI's.

In penitentiaire inrichtingen verblijven steeds meer gedetineerden met psychiatrische problematiek. Om de kwaliteit van de zorg aan deze gedetineerden te vergroten, zijn deze centra opgericht in Amsterdam, Den Haag, Zwolle, Maastricht en Vught.

Naast verbetering van de kwaliteit van de geboden psychiatrische zorg moeten deze centra ook zorgen voor een betere doorstroom van (ex-)gedetineerden naar de regulier Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). PPC's zijn bedoeld voor gedetineerden die psychiatrische zorg nodig hebben, maar om uiteenlopende redenen niet naar een reguliere Geestelijke Gezondheidszorginstelling kunnen. De gedetineerden worden binnen de PPC's psychiatrisch begeleid, behandeld en gestabiliseerd. Iedere patiënt krijgt een eigen behandel- en begeleidingsplan. Vervolgens wordt gekeken naar nazorg en of zij kunnen worden doorgeleid naar een andere (zorg)setting (ambulant of klinisch).

Een van de PPC's, het PPC Amsterdam (locatie de Singel), heeft een crisisafdeling. Deze afdeling werd voorheen de FOBA (Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling)

genoemd. De afdeling verzorgt de landelijke opvang voor gedetineerden die in een acute psychiatrische crisis zijn beland.

Zoals eerder aangegeven kan forensische zorg worden verleend op basis van een forensische zorgtitel, ook wel strafrechtelijke titel genoemd. In totaal zijn er 22 forensische zorgtitels: 21 strafrechtelijke titels en 1 voorgenomen indicatiestelling. De laatste kan benut worden om een verdachte zorg te bieden voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels. Een forensische zorgtitel bepaalt op welke forensische zorg een patiënt is aangewezen. Een advies over deze *titel en de daarbij behorende zorg en beveiligingsniveau* wordt op basis van onderzoek uitgebracht door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) of de Reclassering. De NIFP richt zich voornamelijk op indicatiestelling en behandeling van de *klinische ofwel intramurale zorg*. Terwijl de Reclassering verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en behandeling van *poliklinische ofwel ambulante zorg*. De uiteindelijke titel is een uitspraak van de rechter of een beslissing van de officier van justitie, rechter-commissaris, advocaat-generaal of de minister, gedaan in het kader van een strafzaak op grond waarvan het verlenen van forensische zorg noodzakelijk is. De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding door het Ministerie van Veiligheid en Justitie. (<http://www.efp.nl/forensische-psychiatrie/forensische-zorgtitels> 24-11-2011)

Wat gaat er precies veranderen?

Op dit moment kunnen mensen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking terecht komen in de gevangenis of een andere justitiële instelling, terwijl ze daar eigenlijk niet zouden thuishoren. In de gevangenis zijn slechts beperkte mogelijkheden om deze personen te behandelen. Na afloop van de gevangenisstraf lukt het vaak niet om de behandeling door te zetten in een instelling voor GGZ, waardoor de desbetreffende persoon te snel weer op zichzelf is aangewezen met het gevaar dat hij weer de fout in gaat. Anders gezegd, waardoor een grotere kans op recidive bestaat.

(<http://www.dwangindezorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wetsvoorstel-forensische-zorg> 15-12-2011)

Met de overheveling van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) van het Ministerie van VWS naar het Ministerie van V&J is het laatstgenoemde sinds 1 januari 2008 verantwoordelijk voor het proces van *inkoop, indicatiestelling en plaatsing* van forensische zorg in een strafrechtelijk kader. Totdat de

Wet Forensische Zorg van kracht zal zijn, is er sprake van een overgangsregeling waarbij zaken worden geregeld met behulp van Algemene maatregelen van Bestuur (Amvb's). Op grond van de Wet Forensische Zorg **krijgen de officier van Justitie en de rechter de mogelijkheden om iemand binnen het strafrecht sneller geestelijke zorg te bieden.**

Het proces van indicatiestelling wordt uitgevoerd door verschillende organisaties. De **indicatiestelling voor forensische ambulante zorg** wordt verzorgd door 3RO (de drie ReclasseeringsOrganisaties) bestaande uit: Reclassering Nederland (RN), Leger des Heils (LdH) en Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG). Ook het Psychomedisch Overleg (PMO) binnen een Penitentiaire Inrichting (PI) kan een justitiabele indiceren voor ambulante zorg. De **klinische reguliere verslavingszorg wordt geïndiceerd** door Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG). De verantwoordelijkheid voor de **indicatiestelling voor de forensische klinische zorg** ligt bij de Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)/Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ). Het streven is een landelijk uniforme wijze van indicatiestelling te bewerkstelligen voor de indicerende organisaties.
(<https://www.nifpnet.nl/NIFP/Indicatiestellingforensischezorg.aspx> 15-12-2011)

Bijlage 6: Forensische Zorg Landkaart 2011

Landkaart Forensische Zorg 2011

<http://www.dji.nl/Organisatie/Organisatiestructuur/Directie-Forensische-Zorg/>

Bijlage 7: Stroomschema forensisch psychiatrisch circuit

Forensische Zorg in getal 2006-2010 (zie bijlage 2 op blz. 41)

<http://www.dji.nl/Organisatie/Feiten-en-cijfers/>