

# 4. GRENSGEBIEDEN

## VAN DE WET BOPZ

**Dr. E.E. Können**  
**Drs. A.J.J. van der Kwartel**

**M.m.v.**  
**Mw. drs. C.D. Nienoord-Buré**  
**Drs. M. Sluiter**  
**Mw. drs. A. Vorselman**

Maart 2007

Prismant



	<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
1.	<b>Inleiding</b>	<b>13</b>
	1.1 Aanleiding en achtergrond	14
	1.2 Werkwijze	14
	1.3 Overzicht	14
2.	<b>Grensgroepen</b>	<b>17</b>
	2.1 Inleiding	18
	2.2 Grensgroepen	18
	2.3 De grenzen van de Wet Bopz	22
	2.4 Ontwikkelingen	31
	2.5 Conclusies en aanbevelingen	33
3.	<b>In contact met politie en justitie</b>	<b>35</b>
	3.1 Inleiding	36
	3.2 Betrokken partijen	36
	3.2.1 Politie	36
	3.2.2 Officier van Justitie	41
	3.2.3 De advocaat	42
	3.2.4 De rechter	43
	3.3 Conclusies en aanbevelingen	44
4.	<b>Interne rechtspositie, strafrechtelijk en civielrechtelijk</b>	<b>49</b>
	4.1 Focus	50
	4.2 De toegenomen roep om tijdige (dwang)medicatie	52
	4.3 Ruimte voor dwangmedicatie in de Beginselenwetten versus de Wet Bopz	54
	4.4 Vrijheidsbeperkingen	56
	4.5 Naar een harmonisatie van wetgeving	58
5.	<b>De doorstroming tussen straf-rechtelijke en civiele settings</b>	<b>61</b>
	5.1 Inleiding	62
	5.2 De setting van de 'reguliere GGZ'	62
	5.3 De setting van Forensisch Psychiatrische Klinieken en Forensisch Psychiatrische Afdelingen	68
	5.4 De setting van de TBS-klinieken	73
	5.5 Het Gevangeniswezen	75
	5.6 Vergelijkingen met de tweede evaluatie van de Wet Bopz	79
	5.7 Conclusies en aanbevelingen	82

6.	<b>Een grensvlak apart: de jeugdigen</b>	<b>87</b>
6.1	Inleiding	88
6.2	Kloof tussen 'jeugd' en 'volwassenen'	90
6.3	Wetten en gevaarscriterium	90
6.4	Onderbehandeling en plaatsingsproblemen	93
6.5	(Dwang)behandeling	95
6.6	Vrijheidsbeperkingen	96
6.7	Vergelijkingen met de tweede evaluatie van de Wet Bopz	98
6.8	Conclusies	99
7.	<b>Etniciteit</b>	<b>101</b>
7.1	Inleiding	102
7.2	Morbiditeit	102
7.3	Invloed van herkomstgebieden	103
7.4	Praktische consequenties	104
7.5	Vergelijkingen met de tweede evaluatie van de Wet Bopz	105
7.6	Conclusies	105
8.	<b>Nabeschuwing</b>	<b>107</b>
8.1	Overwegingen	108
8.2	Voorgestelde actiepunten wet- en regelgeving	109
	<b>Bijlage 1: literatuur</b>	<b>114</b>
	<b>Bijlage 2: kwantitatieve gegevens over het grensvlak ggz - justitie</b>	<b>119</b>
	<b>Bijlage 3: de leidende vragen voor dit onderzoek</b>	<b>157</b>
	<b>Bijlage 4: lijst van geraadpleegde personen</b>	<b>159</b>
	<b>Bijlage 5: lijst van gebruikte afkortingen</b>	<b>161</b>

# SAMMENVATTING

## 1. Inleiding

In het kader van de derde evaluatie van de Wet Bopz is onderzoek verricht naar het thema 'grensgebieden van de Wet Bopz'. Binnen dit thema de grensgebieden gaat de aandacht vooral uit naar twee groepen:

- de groepen mensen die formeel niet onder de Wet Bopz vallen, maar van wie naasten en hulpverleners van mening zijn dat (gedwongen) hulp aangewezen zou kunnen zijn.
- mensen met psychische stoornissen die (al dan niet onder invloed van die stoornissen) een strafbaar feit hebben begaan en zich derhalve op het grensvlak bevinden van 'straf' en 'zorg'.

Deze samenvatting volgt met de volgende twee paragrafen deze indeling. Na een korte uitstap naar de onderwerpen 'kinderen en jeugdigen' en 'etniciteit van aandoeningen', wordt afgesloten met de hoofdlijnen van de conclusies en aanbevelingen.

## 2. Grensgroepen

Er zijn groepen mensen van wie naasten en/of hulpverleners menen dat zij (gedwongen) hulp vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig hebben, maar die niet onder het toepassingsbereik van de Wet Bopz vallen, omdat zij geen (direct) gevaar voor zichzelf of anderen vormen en/of het niet duidelijk is of er sprake is van een geestesstoornis. Tot deze groepen behoren onder meer de zogeheten 'zorgwekkende zorgmijders', verslaafden en dak- en thuislozen met psychische problemen.

Gezien vanuit de Wet Bopz zijn het 'grensgroepen', omdat de Wet Bopz strikte criteria hanteert om tot gedwongen opname over te kunnen gaan. Van gedwongen behandeling voor mensen die zich buiten een instelling bevinden is in de wet geen sprake. Er moet sprake zijn van een geestesstoornis, van gevaar, van een causaal verband tussen die twee en het moet onmogelijk zijn om het gevaar buiten een instelling af te wenden. De mensen uit deze grensgroepen voldoen niet altijd aan alle criteria tegelijk, ook al wordt het gevaarscriterium ruim geïnterpreteerd. Toch zijn er uit dit onderzoek ook signalen naar voren gekomen dat door behandelaars onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de Wet Bopz biedt. Met name het gevaarscriterium lijkt door behandelaars soms beperkter te worden geïnterpreteerd dan de wet mogelijk maakt. Om meer mogelijkheden te creëren om de Wet Bopz op deze mensen van toepassing te kunnen laten zijn, is per 1 januari 2006 de observatiemachtiging ingevoerd. Behandelaars zijn echter om verschillende redenen kritisch over dit instrument en voor zover bekend wordt er tot nu toe nauwelijks gebruik van gemaakt.

Onduidelijkheden doen zich voor ten aanzien van de rol van de politie. Zo is het bijvoorbeeld onduidelijk in hoeverre de politie een verward persoon mag vasthouden op het politiebureau. Om verschillende redenen vindt de politie het über-

haupt niet wenselijk dat mensen, die geen delict hebben gepleegd maar duidelijk onder invloed staan van een geestelijke stoornis, naar het politiebureau worden vervoerd en daar gedurende langere tijd worden vastgehouden. Ook is er onduidelijkheid over de vraag wie verantwoordelijk is voor het vervoer van verwarde personen naar een instelling waar zij hulp kunnen krijgen.

In de praktijk worden voor deze groep mensen in steeds meer gemeenten oplossingen gezocht in de vorm van intensieve samenwerkingsafspraken tussen betrokken instanties: (O)GGZ, GGD, Gemeente, Verslavingszorg, Politie en Openbaar Ministerie. Voorbeelden van dergelijke samenwerking zijn in het bijzonder te vinden in de vier Grote Steden.

In het verlengde hiervan past de aanbeveling om dergelijke samenwerking ook buiten de vier grote steden vorm te geven. De feitelijke samenwerkingsafspraken zullen organisatorisch wellicht verschillen, omdat de regionale omstandigheden anders zijn, maar de essentie van het vormen van een gezamenlijk vangnet voor deze groep mensen kan worden ingevuld. Ook zou het helpen wanneer in de geestelijke gezondheidszorg voorzieningen voor acute hulp worden gevormd, waar mensen tijdelijk kunnen worden opgevangen en in een zekere rust kan worden bepaald hoe verder te gaan. Probleem daarbij is de status van die opvang wanneer de betreffende persoon bezwaar maakt. De politie kan terugvallen op de Politiewet, maar de Wet Bopz biedt geen mogelijkheid tot gedwongen, kortdurende opname in de hier bedoelde zin. Een ‘behandelwet’ of ‘zorgwet’ zou het wellicht beter mogelijk maken om deze groep mensen de benodigde zorg op te dringen en eventueel zelfs af te dwingen.

### 3. Het grensgebied Justitie - GGZ

Een tweede belangrijke bron van knelpunten is te vinden in het grensgebied van de geestelijke gezondheidszorg met justitie. In dat grensgebied zijn in grote lijnen de volgende vier ‘knelpuntgebieden’ aan te geven:

- Delictplegers met psychische problemen
- De doorstroming tussen justitiële inrichtingen en de geestelijke gezondheidszorg
- Dwangbehandeling in justitiële inrichtingen
- Kinderen en jeugdigen

#### 3.1 Delictplegers met psychische stoornissen

Er zijn mensen met psychische stoornissen die – al dan niet ten gevolge van die psychische stoornissen – strafbare feiten begaan. In hoeverre zal er dan sprake moeten zijn van ‘straf’ en in hoeverre van ‘zorg’. Of kunnen deze worden gecombineerd? De derde evaluatiecommissie heeft zich afgevraagd waar de oorzaken liggen van het feit dat deze mensen überhaupt met Justitie in contact komen. Functioneert de Wet

Bopz onvoldoende of ligt het aan het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg? Het antwoord op die vraag ligt genuanceerd. Zoals hierboven aangegeven kent de Wet Bopz strikte criteria om mensen gedwongen te kunnen opnemen. Criteria, waar deze mensen in de meeste gevallen niet aan voldoen. Gedwongen behandeling zonder opneming is momenteel evenmin een optie. Daarnaast is kritiek op de geestelijke gezondheidszorg te vernemen. De geestelijke gezondheidszorg wordt ervan beschuldigd selectief te zijn waar het gaat om het in zorg nemen van 'moeilijke' patiënten. Met name een oordeel van 'onbehandelbaarheid' heeft er in het verleden nogal eens toe geleid dat de geestelijke gezondheidszorg terughoudend was in haar bemoeienis met geestelijk gestoorde mensen die met politie en justitie in aanraking waren gekomen. Over die houding zijn verwijten richting de geestelijke gezondheidszorg vernomen. Dat is echter maar een deel van het verhaal. De beperkingen van de Wet Bopz vormen eveneens een achtergrond voor de terughoudende reactie van hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Zij lopen namelijk aan tegen het probleem dat zij wel kunnen adviseren een patiënt gedwongen op te nemen, maar vervolgens worden geconfronteerd met het gegeven dat gedwongen behandeling daar niet automatisch op kan volgen. De patiënt moet instemmen met zijn behandeling. Als hij dat niet doet, kan geen behandeling volgen en zal de patiënt na korte tijd weer op straat staan. Het is begrijpelijk dat in dat perspectief hulpverleners niet graag mensen gedwongen opnemen. Ook al niet omdat er sprake is van een beperkte intramurale capaciteit en omdat het niet zonder meer wenselijk is patiënten met verschillende psychische problemen bij elkaar op één afdeling te plaatsen. Daarnaast kan de veiligheid van andere patiënten en van het personeel in het geding zijn.

In de praktijk blijken voor deze mensen dezelfde typen oplossingen te worden gevonden als onder paragraaf 2 zijn beschreven: De groepen zijn immers niet wezenlijk verschillend. Er is zelfs gesteld dat het deels toeval is of iemand direct in contact komt met de GGZ-hulpverlening dan wel via de weg van politie en justitie. Intensieve samenwerking tussen de eerder genoemde partijen wordt ook voor deze groepen als belangrijkste oplossing voor het hanteerbaar houden van de problemen gezien. In sommige grote steden ontwikkelt zich daarbij een op het individu gerichte aanpak, waarbij per individu beleid wordt vastgesteld en gevolgd. Dat kan een strafrechtelijk traject zijn, een zorgtraject of een combinatie van beide. Ook voor deze groep mensen wordt de beperking ervaren dat de Wet Bopz een 'opnamewet' en geen 'behandel- of zorgwet' is. Een wet die gedwongen ambulante behandeling mogelijk maakt, zou er wellicht aan kunnen bijdragen dat mensen met psychische problemen minder in aanraking komen met politie en justitie, respectievelijk minder tot recidive vervallen.

### 3.2 De doorstroming tussen justitiële inrichtingen en de geestelijke gezondheidszorg

Er is een groep mensen met een geestesstoornis die een zodanig ernstig strafbaar feit hebben begaan (al dan niet onder invloed van deze stoornis) dat zij strafrechtelijk vervolgd worden. Wanneer er ten tijde van het delict sprake was van (volledige) ontoerekeningsvatbaarheid, kan de rechter besluiten de betreffende persoon op te laten nemen in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37 Sr.). Wanneer er sprake is van een ernstig delict en er is een duidelijk verband met de geestesstoornis, kan de rechter TBS met dwangverpleging opleggen. Vaak gaat een periode van gevangenisstraf aan de TBS vooraf. Vele andere combinaties van strafrechtpleging en zorg zijn mogelijk. Waar het om gaat is dat er mensen zijn die zich in het justitiële circuit bevinden en die tegelijkertijd geestelijke gezondheidszorg nodig hebben. Over deze groepen mensen heeft de derde evaluatiecommissie een aantal vragen gesteld. Kort samengevat luiden deze:

- Belemmeren of stimuleren de wettelijke regelingen de overgang van mensen uit het justitiële circuit naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg?
- In hoeverre gaan er bijvoorbeeld zaken mis bij een voorwaardelijke veroordeling, wanneer als bijzondere voorwaarde plaatsing in een psychiatrische instelling geldt?
- In hoeverre speelt de interne rechtspositie daar een rol bij?

Geconstateerd kan worden dat het strafrechtelijke en het civielrechtelijke circuit te sterk uit elkaar zijn gegroeid. Dit is te meer navrant omdat de populaties juist naar elkaar toegegroeid zijn. Er is tegenwoordig een substantiële overlap qua pathologie tussen de populatie in TBS-klinieken, in Forensisch Psychiatrische Klinieken / Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPK/FPA) en in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Maar het beeld van een eenvoudig uitstroomschema van de penitentiaire settingen naar FPK/FPA en naar de reguliere setting correspondeert niet met de werkelijkheid en de wenselijkheid.

Er zijn diverse belemmeringen aan te geven voor een soepele overgang vanuit het justitiële circuit naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Daarbij is het van belang de setting van de reguliere GGZ te onderscheiden van de FPK/FPA. Beiden hebben weliswaar gemeen dat het om een Bopz-aangewezen setting gaat, maar vooral in FPK's/FPA's leidt dit tot een veelheid van praktische problemen inzake vrijheidsbeperkingen, vaak van ogenschijnlijk kleine aard. Beperking van vrijheden is echter noodzakelijk om de setting drugsvrij te houden en orde en veiligheid te waarborgen. FPK's/FPA's zijn op zichzelf goed toegerust voor behandeling en beveiliging en daarom komen mensen met strafrechtelijke plaatsingen in eerste instantie daar terecht, een setting die per definitie restrictief is. Bovendien is de interne rechtspositie van de Wet Bopz, die zekere mogelijkheden van beperking inhoudt, niet zonder meer van toepassing op TBS met voorwaarden, voorwaardelijke

opheffing van TBS, plaatsingen ex art. 15.5 van de Penitentiaire Beginselenwet en art. 16.6 Beginselenwet Justitiële Jeugdinstellingen, alsmede observatieplaatsing voor rapportage Pro Justitia. Aanvullend dient dus zonnodig een Bopz-maatregel aangevraagd te worden. Over de procedure en de inwilliging van de aanvraag zijn de nodige klachten vernomen. Patiënten in FPK's blijken een veelheid van rechtspositionele klachten in te dienen die naar het schijnt een grote belasting betekenen voor diverse behandelaars en andere medewerkers.

De drempel die een deel van de GGZ opwerpt tegen strafrechterlijke plaatsingen, zou verlaagd kunnen worden indien de GGZ-instellingen direct bij de plaatsing de juridische 'tools' meekrijgen om, indien nodig, tot dwang en vrijheidsbeperking over te gaan. Daarmee is geenszins beoogd de GGZ-instelling op een gevangenis te doen lijken. De instelling dient juist het alternatief te blijven voor de persoon die door zijn psychiatrische problematiek met het strafrecht in aanraking is gekomen.

Verder zijn er onduidelijkheden of personen met een Bopz-titel wel of niet op een FPA geplaatst mogen worden, bijvoorbeeld nadat ze hun termijn van een art. 37-plaatsing op een FPK hebben volgemaakt.

Er is nog meer kritiek op de feitelijke praktijk van art. 37 te vernemen; de meningen over de oplossingen zijn echter niet eensluidend. Een gericht onderzoek naar het vervolg van artikel 37 plaatsingen wordt aanbevolen. Terugplaatsingen in de keten GGZ – FPK/FPA – TBS-klinieken zou wettelijk gefaciliteerd dienen te worden, niet alleen als stok achter de deur (drang) maar ook om patiënt de zekerheid van een (korte) crisisplaatsing in vertrouwde setting te kunnen bieden.

### 3.3 Dwangbehandeling in justitiële inrichtingen

De derde evaluatiecommissie heeft ook de vraag gesteld of onder de huidige wet- en regelgeving voldoende (dwang)behandeling wordt gegeven in de penitentiaire inrichtingen en de TBS-klinieken.

Geconstateerd kan worden dat de mogelijkheden om tot dwangbehandeling te komen in de justitiële inrichtingen (Gevangeniswezen en TBS-klinieken) niet veel verschillen van die in GGZ-instellingen. Het regime in penitentiaire inrichtingen lijkt echter zodanig te zijn dat er meer mogelijkheden zijn tot het uitoefenen van drang, maar de verschillende beginselenwetten wijken in hun uitwerking op het gebied van dwangbehandeling niet veel af van de Wet Bopz. Hiermee moet ook rekening worden gehouden, wanneer de mogelijkheden tot het uitoefenen van dwang onder de Wet Bopz worden uitgebreid. De beginselenwetten zullen dan ook aanpassing behoeven.

Vanuit de beroepsgroep van behandelaars neemt de roep om meer mogelijkheden tot dwangbehandeling toe. Dit stoelt vooral op de veranderingen in de populatie (sterke toename van het percentage patiënten met psychosen), de behoefte om paranoia te dempen teneinde de patiënt toegankelijk te maken voor onderhandeling en de inzichten inzake vroegbehandeling van schizofrenie ter voorkoming van

‘defectschizofrenie’. Daarbij wordt tegelijk gewaarschuwd voor ‘ongebreidelde mogelijkheden’ tot dwangbehandeling.

In het algemeen kan worden gesteld dat, met uitzondering van de Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling (FOBA), het Gevangeniswezen onvoldoende voor behandeling van psychiatrische patiënten is toegerust. De vraag kan worden gesteld of dat wezenlijk te veranderen is. Wellicht kunnen kleine verbeteringen toch effect hebben. Bijvoorbeeld: meer zorg in detentie door uitbreiding van de FPD-formatie en/of inbreng vanuit de poliklinieken van TBS-inrichtingen, FPK’s en FPA’s, het realiseren van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis en na ontslag een betere opvang van kortgestraften bij de poort. Voor wat dit laatste betreft bestaat de indruk dat de opvang na ontslag van kortgestraften met psychische stoornissen sterk te wensen overlaat. In die zin bestaat een verhoogde kans op draaideurcriminaliteit en te laat behandelen. De patiënten voor wie een straf of strafrechterlijke maatregel afloopt, zouden onverwijd poliklinische nazorg dienen te krijgen, indien mogelijk te beginnen in de detentie zelf.

### 3.4. Kinderen en Jeugdigen

De groep ‘Kinderen en Jeugdigen’ wordt in dit rapport als een apart grensgebied van de Wet Bopz beschouwd. De Wet Bopz kan voor iedere leeftijd worden toegepast, alhoewel er wel leeftijdsgrenzen zijn, waarbij verschillende regimes gelden. Een bijkomend probleem bij kinderen is dat er naast het psychische probleem (en de eventuele criminaliteit) ook veelal (ortho)pedagogische vraagstukken een rol spelen. Waar het gaat om het grensgebied tussen justitie en geestelijke gezondheidszorg spelen voor kinderen en jeugdigen de Ondertoezichtstelling (Ots) als civielrechtelijke maatregel en de PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen) als een strafrechtelijke maatregel.

Een deel van de problemen om sommige jeugdigen met een psychische stoornis met een Bopz-opname adequaat in de GGZ voor kinderen en jeugdigen te kunnen behandelen, is terug te voeren op het gebrek aan mogelijkheden voor ordemaatregelen en pedagogisch ingrijpen. Als de grondslag voor een Bopz-maatregel ontbreekt, zoals bij een Ots-plaatsing, dan zijn de beperkingen nog groter. Zolang geen Inbewaringstelling (Ibs) of Rechterlijke Machtiging (RM) is aangevraagd, kan geen dwangbehandeling plaatsvinden en de mogelijkheden om vrijheden te beperken zijn nog geringer. Het ontbreken van deze mogelijkheden die behandelaars wenselijk achten, is één van de verklaringen voor de drempels die (sommige) GGZ-instellingen ook voor jeugdigen geneigd zijn op te werpen.

Zeker ten aanzien van de drugsproblematiek spelen verschillen in interne rechtspositie een rol. Bovendien botsen pedagogische ingrepen nogal eens met een strikte uitleg van de grondrechten en de rechten van de patiënt zoals die in de gezondheids-

zorg gelden. De rechtspositie in GGZ-setting van jeugdigen met een ‘Ots met gesloten plaatsing’ is die van vrijwilligheid. Ten aanzien van de rechtspositionele consequenties van PIJ- plaatsingen en plaatsingen ex art. 16.6 bestaat onduidelijkheid.

De kritiek op de Wet Bopz en haar toepassing blijkt in dit grensgebied overigens beperkt. Daarbij zal zeker meespelen dat deze sector met veel grotere problemen wordt geconfronteerd. Veel kritiekpunten betreffen andere aspecten van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen, zoals:

- Het functioneren van het Bureau Jeugdzorg.
- Het gegeven dat er te veel gedragsgestoorde kinderen en jeugdigen in de GGZ komen die in een gestructureerde omgeving van Justitiële Jeugd Inrichting (JJI) en orthopedagogie thuis horen. Ook plaatsgebrek speelt hier een belangrijke rol in.
- De samenwerking tussen instanties verloopt onbevredigend. Ook tussen jeugd- en volwassenenzorg gaapt een kloof. Veel PIJ-jongeren boven 16 jaar kunnen beter in TBS-klinieken en FPK’s worden opgenomen, maar zitten jarenlang in de JJI tot hun 23<sup>e</sup> levensjaar aan toe.

Mogelijke oplossingen voor de hier geschetste problemen zijn:

- Adolescenten met een verlengde PIJ-maatregel vanaf de leeftijd van 18 jaar niet automatisch meer in een JJI meer laten verblijven, maar door te laten stromen naar TBS-kliniek of FPK, waar meer behandelmogelijkheden zijn.
- Meer wettelijke ruimte creëren voor noodzakelijke (pedagogische) vrijheidsbeperkingen in GGZ-instellingen.
- Meer psychiatrische expertise inzetten in de Bureaus Jeugdzorg, het Gevangeniswezen en de jeugdzorginstellingen.

## 4 Etniciteit van aandoeningen

Ten slotte heeft de evaluatiecommissie aan de onderzoekers gevraagd of er sprake is van ‘etniciteit van stoornissen’. Met andere woorden: bestaat er een relatie tussen bepaalde ziektebeelden en landen van herkomst?

Geconstateerd moet worden dat over dit vraagstuk nog weinig vaststaat. De stelling dat de prevalentie van ernstige psychische stoornissen over de hele wereld gelijk is, is wetenschappelijk omstreden.

Uit recente onderzoeken zijn aanwijzingen gevonden dat bepaalde aandoeningen, zoals schizofrenie, bij allochtonen in Nederland verschillend voorkwamen afhankelijk van de etnische achtergrond van de betreffende patiënten, maar de verklaring daarvoor werd tentatief gezocht in de stress die een westerse samenleving met zich meebrengt, gecombineerd met het wegvallen van sociale verbanden.

Voorzichtig gesteld kan etniciteit een rol spelen in:

- onbereikbaarheid van patiënten voor hulpverlening, voorafgaande aan een delict;
- mate van adequaatheid van de diagnostiek;
- inschatting van gevaar;
- (gedwongen) behandeling, vooral per injectie.

Dit geldt echter niet voor alle etnische groepen in gelijke mate.

Belangrijke aandachtspunten voor de toekomst zijn: meer kennis van godsdiensten, normen en waarden en culturele verschillen en het slechten van de taalbarrière (opleiding en werving van hulpverleners en tolken onder de tweede generatie). Juist in sectoren met veel allochtone ingeslotenen lijkt een aanpassing aan de multiculturaliteit gaande. In het kader van de gehoopte toenadering tot de reguliere GGZ kan hieromtrent expertise over en weer uitgewisseld worden.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

In de grensgroepen is in veel gevallen sprake van complexe patiëntencarrières, waarin strafrechtelijke en Bopz-periodes elkaar afwisselen. Het Gevangeniswezen en de GGZ zijn in de loop van de jaren steeds meer ‘communicerende vaten’ geworden. Ondanks deze toegenomen verwevenheid zijn het strafrechtelijke en het zorgcircuit nog onvoldoende op elkaar afgestemd. Wel zijn er aanzetten merkbaar tot een betere samenwerking op gemeentelijk/regionaal niveau, in het bijzonder waar het gaat om de zorg voor die groepen mensen die herhaaldelijk met beide circuits te maken hebben.

Diverse voorstellen worden genoemd om in termen van wet- en regelgeving tot een betere afstemming te komen tussen het justitiële en het zorgcircuit, zoals:

- De Wet Bopz en de verschillende Beginselenwetten ‘in elkaar te schuiven’ met betrekking tot de behandeling en rechtspositie van psychiatrische patiënten.
- Aparte wetten voor de verschillende situaties te ontwikkelen, maar zodanig op elkaar afgestemd, dat voor alle betrokken partijen duidelijk is waarin de bijbehorende rechtsposities van elkaar verschillen.
- Een behandel- of zorgwet te ontwikkelen als opvolger van de Wet Bopz. Een wet die aansluit bij de huidige (klinische) praktijk en waarin de rechtspositie van de psychiatrische patiënt wordt geregeld, los van het circuit waarin hij zich bevindt.

Ten slotte zijn er nog diverse reparaties voor de Wet Bopz voorgesteld. Deze hebben onder meer betrekking op de wet zelf (bijvoorbeeld de gewenste verduidelijking van artikel 51) en op de afstemming met andere wettelijke regelingen (afstemming rechtsposities).



# 1. INLEIDING

## 1.1 Aanleiding en achtergrond

Voor de derde keer sinds de invoering van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) wordt deze wet geëvalueerd. Zoals ook bij de beide eerdere evaluaties is een aantal thema's benoemd waarnaar onderzoek diende te worden verricht ter ondersteuning van het werk van de evaluatiecommissie. Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek naar de 'grensgebieden' van de Wet Bopz. In feite worden twee grensgebieden beschreven:

- 1) de groep mensen die 'net niet' onder de Wet Bopz vallen, maar wel hulp nodig hebben, en
- 2) het grensgebied tussen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Justitie, ook wel het grensgebied tussen 'straf' en 'zorg' genoemd.

## 1.2 Werkwijze

Na een eerste literatuuronderzoek zijn ongeveer 25 semi-gestructureerde interviews uitgevoerd met deskundigen uit de hier genoemde grensgebieden. Leidraad was een stramen van vragen dat was overeengekomen met de evaluatiecommissie (zie bijlage 3). De interviews leidden tot nieuwe literatuurverwijzingen en nadere studie. Ook is het onderwerp 'Grensgebieden van de Wet Bopz' aan de orde gesteld in een brede discussie met een zevental psychiaters (zie ook bijlage 4). Op grond van dit alles is een eerste conceptrapport geschreven, waarin vooral is getracht de stemmen uit de praktijkervaringen en kennis van de geïnterviewden te laten doorklinken. Een doorwrochte juridische behandeling was niet het oogmerk. Dit concept is vervolgens voorgelegd aan alle door ons geïnterviewden en aan enkele deskundigen die niet eerder aan de interviewronde hadden meegedaan, maar bereid waren om voor (onderdelen van) dit conceptrapport als referenten op te treden. Vele waardevolle commentaren, aanvullingen en verbeteringen zijn ingebracht. Dat alles bij elkaar heeft geresulteerd in de uiteindelijke versie van het rapport.

## 1.3 Overzicht

In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van de groep mensen die 'net niet' onder de Wet Bopz vallen, maar van wie in veel gevallen wordt gevonden dat zij wel hulp nodig hebben: zorgwekkende zorgmijders, dak- en thuislozen en verslaafden met ernstig probleemgedrag. Sommigen van hen zullen op een gegeven moment met de zorg in aanraking komen en geholpen worden. Sommige anderen zullen mede ten gevolge van hun psychische problemen in aanraking komen met politie en justitie. Op de vraagstukken die zich dan kunnen voordoen wordt in hoofdstuk 3 nader ingegaan. Daarbij zijn als 'rode draad' de ervaringen van geïnterviewden uit de sfeer van politie en justitie genomen, aangevuld met commentaren van psychiaters uit de openbare geestelijke gezondheidszorg. In hoofdstuk 4 en 5 wordt nader ingegaan op het grensvlak van de GGZ met Justitie. Hoofdstuk 4 gaat in op het

verschil in rechtspositie in strafrechtelijke en civielrechtelijke settingen. Hoofdstuk 5 behandelt de mogelijkheden en moeilijkheden bij de doorstroming vanuit het strafrechtelijke circuit (Gevangeniswezen, TBS) naar het civielrechtelijke circuit (GGZ). In hoofdstuk 6 wordt de Kinder- en Jeugdpsychiatrie beschreven, door één van de geïnterviewden omschreven als 'een grensvlak op zichzelf'. Ook voor deze deelsector van de GGZ behandelen we het grensvlak met het strafrecht. Hoofdstuk 7 is eigenlijk een hoofdstuk apart in dit rapport. Het handelt over de vraag of er zoiets bestaat als 'ethniciteit van aandoeningen'. Daarover is helaas op dit moment nog weinig informatie voorhanden. In hoofdstuk 8 wagen de onderzoekers zich aan een nabeschouwing. Een aantal overwegingen, dat aan de eerdere hoofdstukken te ontlenen is, wordt nog eens in onderlinge samenhang opgesomd. Vervolgens wordt een aantal actiepunten genoemd voor de Wet Bopz en voor de relevante strafrechtelijke wetten die in dit rapport de revue zijn gepasseerd. Ten slotte worden de vele eerder genoemde reparatievoorstellen voor de huidige Wet Bopz nog eens opgesomd.



# 2. GRENSGROEPEN

## 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de groep mensen centraal die naar de huidige maatstaven 'net niet' onder de werking van de Wet Bopz geholpen kunnen worden. Het gaat om mensen voor wie het onduidelijk is of zij voldoen aan de criteria 'gevaar', 'geestesstoornis' en het causale verband daartussen. In de volgende paragraaf worden deze groepen beschreven. In paragraaf 2.3 wordt beargumenteerd waarom de mensen uit deze groepen in het licht van de Wet Bopz 'grensgroepen' zijn. In paragraaf 2.4 worden enkele ontwikkelingen in de organisatie van de zorg voor deze mensen beschreven. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkele conclusies.

## 2.2 Grensgroepen

Er zijn mensen die 'net niet' onder de werkingssfeer van de Wet Bopz vallen, terwijl tegelijkertijd de omgeving van mening is dat deze mensen op de een of andere manier wel geholpen moeten worden. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die afwijkend gedrag vertonen maar geen, of in ieder geval geen acuut, gevaar betekenen. Of mensen die wel gevaar lopen, bijvoorbeeld het gevaar van ernstige zelfverwaarlozing, maar van wie niet bekend is of zij een geestesstoornis hebben, bijvoorbeeld omdat zij iedere vorm van zorg vermijden. Het betreft een heterogene groep mensen die bestaat uit een grote verscheidenheid van elkaar overlappende subgroepen. In de literatuur is sprake van bijvoorbeeld: 'zorgwekkende zorgmijders', 'verkommerden en verloederden', 'sociaal kwetsbaren', 'dak- en thuislozen' en andere typeringen.

Ook mensen van wie wel bekend is welke problemen zij hebben, kunnen tot de 'grensgroepen' van de Wet Bopz worden gerekend, zoals verslaafden, borderlinepatiënten, mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Zij kunnen maatschappelijke onrust veroorzaken door antisociaal gedrag. Veel mensen uit de hier bedoelde groepen lopen het risico op enig moment in contact te komen met politie en justitie.

Wolf, Bransen en Nicholas (2001) hebben onderzoek gedaan naar de kenmerken van deze groep 'sociaal kwetsbare mensen'. Het onderzoek is uitgevoerd naar de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) onder hulpverleners van diverse sectoren in zeven Nederlandse gemeenten.

Sociaal kwetsbare mensen worden in dit onderzoek omschreven als mensen die:

- niet of onvoldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien;
- meerdere problemen tegelijkertijd hebben;
- vanuit de optiek van de professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, én geen op de reguliere hulpverlening passende hulpvraag hebben.

**Tabel 1:** Enkele belangrijke kenmerken van de groep sociaal kwetsbare mensen, waarmee hulpverleners contact hebben (in procenten, n = 365)

	%
Ernstige en/of langdurige psychische stoornissen	56
Sociaal isolement en/of sociale uitsluiting	56
Geen op de reguliere hulpverlening passende zorgvraag	53
Verslaving aan en problematisch gebruik van harddrugs	50
Bedreiging van veiligheid: brandgevaar, fysiek en verbaal	48

(Bron: wolf et al., 2001)

Noot: in de bovenstaande tabel zijn uitsluitend de kenmerken overgenomen die direct in relatie kunnen worden gebracht met het toepassingsdomein van de Wet Bopz.

Het is niet bekend hoe groot de omvang van deze groepen landelijk precies is. Uit onderstaande tabel kan wel een indruk worden verkregen. De tabel is ontleend aan het 'Brancherapport 2000-2003' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De schattingen in deze tabel zijn gebaseerd op verschillende bronnen uit de periode 2000-2003. Wat opvalt is de grote spreiding in de schattingen.

**Tabel 2:** Overzicht omvangsschattingen van groepen sociaal kwetsbare mensen in Nederland

Populatie	Aantal personen (schatting)
Dak- en thuislozen	25.000 – 30.000*)
Sociaal kwetsbare mensen	50.000 – 65.000
Problematische gebruikers harddrugs	26.000 – 30.000
Verkommerden en verloederden	110.000
Mensen met ernstige en langdurige psychische problemen	50.000 – 90.000
Zwerfjongeren	3.200 – 4.700

(Bron: Ministerie van VWS: 2004)

Noot: de aantallen in deze tabel mogen niet bij elkaar worden opgeteld, omdat de genoemde populaties veelal met elkaar overlappen.

Noot: \*) volgens schatting Leger des Heils: 66.000

Meer recente schattingen van aantallen sociaal kwetsbare personen (in een wat andere categorisering en beperkt tot de vier grote steden) zijn te vinden in het 'Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang':

**Tabel 3:** Categorieën kwetsbare personen in de vier Grote Steden

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Utrecht	Totaal
Langdurig zorgafhankelijken (chronisch psychiatrische patiënten), verkommerden en verloederden	6.000	7.000	4.400	4.400	21.800
Overlastgevende zorgmijders <sup>1</sup>	2.000	1.500	400	800	4.700
<b>Veelplegers<sup>2</sup></b>					
Verslaafd	1.100	600	350	350	2.400
Psychiatrische stoornis	400	350	250	118	1.118
Verslaafd en psychiatrische stoornis	400	350	300	100	1.150
Overig	300	425	100	50	875
Totaal veelplegers	2.200	1.725	1.000	618	5.543

(Bron: Rijk en vier grote steden, 2006)

In het kader van dit rapport gaan wij nader in op twee specifieke subgroepen sociaal kwetsbare mensen: de (zorgwekkende) zorgmijders en de verslaafden.

### Zorgmijders

Uit het onderzoek 'Noodgedwongen' van de Gezondheidsraad in 2004 blijkt dat er jaarlijks ongeveer 24.000 mensen zijn met ernstige psychiatrische problemen die geen contact hebben met de hulpverlening of dit contact bewust vermijden. Bij deze groep patiënten is geregeld sprake van acute nood. Vaak hebben deze patiënten ook grote sociale problemen, zoals geen onderdak en gebrek aan voedsel en geld. Deze patiënten krijgen vaak niet de zorg die hulpverleners of familie nodig vinden.

Voor deze patiëntengroep van niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten bestaat een kloof tussen zorgnoodzaak en zorgaanbod. Deze wordt met name veroorzaakt door drie factoren:

1. De zorgnoodzaak is bij deze groep patiënten groter en complexer geworden. De noodzaak is groter geworden door bijvoorbeeld het verdwijnen van sociale vangnetten. De complexiteit wordt veroorzaakt doordat deze patiënten vaak geen contact opnemen en onderhouden met de hulpverleners. Daardoor krijgen ze niet de zorg die ze vaak wel nodig hebben.

1 Personen die overlast veroorzaken waarbij een (oorzakelijke) relatie is met ernstige psychische en verslavingsproblemen en dakloosheid.

2 Personen van 18 jaar of ouder die in het gehele criminele verleden meer dan 10 processen-verbaal tegen zich zagen opgemaakt.

2. Een tweede factor is het gebrek aan specifieke en passende hulp. De laatste dertig jaar zijn verschillende vormen van kleinschalige opvang, beschermd wonen, dagactiviteiten en ambulante zorg ontstaan. Maar niet elke patiënt heeft behoefte aan deze vorm van zorg. Sommige patiëntengroepen hebben juist behoefte aan de combinatie die in een instelling kan worden geboden: psychiatrische zorg, praktische hulp, onderdak, rust, veiligheid en voedsel.
3. Wijzigingen in de Wet Bopz hebben inmiddels geleid tot een verankering in de wet voor een aantal nieuwe vormen van hulp. Deze zorg kan ook ambulant worden aangeboden en bijvoorbeeld ook met een grotere nadruk op drang<sup>3</sup> in plaats van dwang. Dit leidt echter wel tot onduidelijkheid, bijvoorbeeld over de manier waarop het gevaarscriterium in de praktijk wordt toegepast, en er dus juist wel of niet ingegrepen wordt (Gezondheidsraad, 2004).

Als oplossing voor de bovenstaande problematiek geeft de Gezondheidsraad (2004) twee richtingen:

- Moeilijk bereikbare patiënten die niet in staat zijn gebruik te maken van de bestaande voorzieningen of zich hebben afgewend van de hulpverlening, moeten actief benaderd worden. Deze actieve benadering wordt ook wel 'bemoeizorg' genoemd. Bemoeizorg is actieve en zogenaamde 'outreaching' hulpverlening. Het gaat daarbij om zorg die hulpverleners min of meer opdringen aan mensen met ernstige en vaak langdurige psychiatrische problemen, die zelf niet om hulp vragen en deze zelfs afwijzen, maar deze hulp wel dringend nodig hebben (Henselmans, 1993). Een organisatie-model hiervoor dat momenteel erg in zwang is, is Assertive Community Treatment (ACT) (Mulder & Kroon, 2005) en een Nederlandse variant: FACT, dat 'Functie ACT' betekent (Van Veldhuizen, 2005). Bij ACT wordt een groep chronische cliënten intensief 'outreaching' begeleid door een team met een relatief kleine caseload. Deze ongevraagde hulpverlening, veelal gericht op de groep 'zorgwekkende zorgmijders' kan worden beschouwd als een vorm van drang.
- Naast de hulpverleningsdoelen als het voorkomen van verloedering is een doel van dergelijke teams, met name in de grote steden, vaak bestrijding van overlast. Deze overlast wordt met name gevoeld bij dakloze en verslaafde psychiatrische cliënten. Vaak is er naast de psychische problemen ook sprake van verslaving, een sociaal isolement of bijvoorbeeld dakloosheid. De samenwerking van verschillende organisaties en disciplines is in deze hulpverlening essentieel (GGD Nederland, GGZ Nederland en KNMG, 2005). Daarbij is het wel nodig om in acute nood voldoende zorg te kunnen leveren: er zullen dus genoeg bedden voor 'intensive care' zorg beschikbaar moeten zijn.

3 Drang kan worden opgevat als een mildere vorm van dwang. Waar bij dwang de betrokkene geen keuze heeft omdat hij dient te ondergaan wat hem wordt opgelegd, is er bij drang sprake van een keuzemogelijkheid en dus enige ruimte voor zelfbeschikking (Tervoort, 2003).

## **Verslaafden**

Ook verslaafden met een psychiatrische stoornis vallen soms tussen wal en schip van de verschillende hulpverlenende instanties. Verslaving, met name aan alcohol en/of harddrugs, hangt sterk samen met verkommering en verloedering.

De Gezondheidsraad concludeert dat men in de verslavingszorg geconfronteerd wordt met een toenemend aantal drugsgebruikers en met toenemende lichamelijke en psychiatrische problemen. Daarnaast is bekend dat een groeiend deel van de psychiatrische patiënten verslaafd is (Gezondheidsraad 2004).

Uit schattingen van het Trimbos-instituut in 2001 blijkt dat in Nederland twintig tot vijftig procent van de cliënten in de GGZ ook verslavingsproblemen heeft. In de verslavingszorg zou 60% tot 80% van de cliënten ook last hebben van psychiatrische stoornissen. De meest recente opvatting over de oorzaak van deze dubbelproblematiek is het sensitiviteitsmodel: door biologische kwetsbaarheid zouden psychiatrische patiënten gevoeliger zijn voor de effecten van psychoactieve middelen dan anderen. Hierdoor kan zelfs weinig alcohol of drugs al grote negatieve gevolgen hebben. In de Nederlandse zorg worden psychiatrische ziekten en verslavingsproblemen in gescheiden circuits aangepakt. Veel behandelaars zien de combinatie van psychiatrische problemen en verslaving niet bij hun patiënten. Hierdoor is er op grote schaal sprake van onderdiagnostiek (Schoemaker, 2004).

## **2.3 De grenzen van de Wet Bopz**

De Wet Bopz kent een aantal criteria alvorens iemand gedwongen kan worden opgenomen. Er moet sprake zijn van:

- gevaar,
- een geestesstoornis,
- een causaal verband tussen het gevaar en de stoornis, en
- het is niet mogelijk het gevaar buiten een instelling af te wenden.

Juist voor de hier bedoelde groep mensen zijn deze criteria niet 'hard' toe te passen. Wij zullen deze constatering hieronder voor de eerste twee criteria nader uitwerken.

### **Gevaar**

In artikel 1, lid f van de Wet Bopz wordt het gevaarscriterium als volgt omschreven:

1. Gevaar voor degenen die het veroorzaakt, hetgeen onder meer bestaat uit:
  - a. het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
  - b. het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;
  - c. het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
  - d. het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.

2. Gevaar voor een of meer anderen, hetgeen onder meer bestaat uit:
  - a. het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
  - b. het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
  - c. het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
3. Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Het is duidelijk dat in veel situaties het gevaarscriterium voor verschillende interpretaties vatbaar is. Het is de rechter die uiteindelijk de toets op dit criterium uitvoert. In de interviews zijn diverse 'grensgevallen' genoemd. Twee voorbeelden:

- Mensen die ten gevolge van een geestesstoornis overlast veroorzaken, maar geen direct gevaar vormen. Deze mensen kunnen zelf echter wel gevaar lopen doordat hun omgeving de overlast niet meer wenst te accepteren. Daarmee zouden deze mensen onder het bereik van de Wet Bopz vallen (zie hierboven, punt 1d). Maar in de praktijk blijkt dit ook af te hangen van de omgeving, waarin die persoon zich bevindt. De ene buurt is toleranter dan de andere. In een dergelijke situatie moet dus de totale context van de betreffende persoon worden meegenomen in de beoordeling. Daarnaast interpreteert de ene psychiater de wet anders dan de andere psychiater. Legemaate (2002) concludeert overigens in dit verband dat er voor mensen die (ernstige) overlast veroorzaken, maar die niet (echt) gevaarlijk zijn en geen strafbaar feit veroorzaken, er geen mogelijkheden voor vrijheidsbeneming bestaan. "Oplossingen zoals het (aanzienlijk) oprekken van het gevaarscriterium van de Wet Bopz of invoering van de observatiemachtiging, stuiten naar mijn mening op internationaal-rechtelijke bezwaren."
- Mensen die ten gevolge van een geestesstoornis maatschappelijk ten onder dreigen te gaan. Bijvoorbeeld iemand die als gevolg van een angststoornis het huis niet meer verlaat.  
Het 'gevaar' is hier het gevaar van 'maatschappelijke teloorgang'. Maar dat is een rekbaar begrip, waarvoor geen duidelijke criteria bestaan.

### Praktijk

Ondanks de ruime omschrijving van het begrip 'gevaar' in de Wet Bopz, blijkt het in de praktijk regelmatig voor te komen dat behandelaars of andere betrokkenen geen rechterlijke machtiging aanvragen in de verwachting dat de rechter deze toch niet zal afgeven. Dit fenomeen werd door meerdere geïnterviewde deskundigen herkend, maar eigenlijk niet bevredigend verklaard. In de praktijk blijkt immers dat de rechter verreweg de meeste aanvragen voor een rechterlijke machtiging accepteert. Slechts in een relatief gering percentage van de gevallen wordt een dergelijk verzoek afgewezen. Ter illustratie is in onderstaande tabel het aantal aangevraagde machtigingen in de periode 2000-2005 weergegeven.

**Tabel 4:** Machtigingen en afwijzingen van machtigingen, 2000-2005<sup>4</sup>

Soort beschikking	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Machtiging eigen verzoek	68	79	89	85	98	68
Machtiging eigen verzoek, afwijzing	4	6	11	16	7	3
Machtiging voortgezet verblijf	2.014	2.323	2.691	3.141	2.990	3.039
Machtiging voortgezet verblijf, afwijzing	68	89	115	121	119	148
Paraplumachtiging				2	26	
Paraplumachtiging, afwijzing					5	
Voorlopige machtiging	2.558	2.874	3.179	3.436	3.681	3.749
Voorlopige machtiging, afwijzing	272	273	287	325	400	448
Voorwaardelijke machtiging		4	30	57	878	1.269
Voorwaardelijke machtiging, afwijzing		1	2	2	70	111
Onbekend	5	8	4		2	
<b>Totaal</b>	<b>4.989</b>	<b>5.657</b>	<b>6.408</b>	<b>7.185</b>	<b>8.276</b>	<b>8.835</b>

(Bron: IGZ, oktober 2006; bewerking Prismant)

Uit deze tabel blijkt bijvoorbeeld dat in 2005 slechts 4,6% van het totaal aantal aangevraagde 'machtigingen tot voortgezet verblijf' werd afgewezen. Van de aanvragen voor 'voorlopige machtigingen' werd 11% afgewezen.

In de interviews zijn twee mogelijke verklaringen genoemd:

- Behandelaars zijn onvoldoende op de hoogte van de ruimte die de Wet Bopz biedt waar het gaat om de definiëring van gevaar.
- Het kan voorkomen dat de onafhankelijke psychiater in zijn geneeskundige verklaring een ernstig beeld neerzet (bijvoorbeeld in een situatie van een Inbewingstelling - lbs), terwijl op de zitting (waarop de voortzetting van de lbs beoordeeld wordt) de behandelend psychiater een milder beeld schetst. De behandelend psychiater kan aangeven dat het goed gaat met de patiënt en dat hij het vertrouwen heeft dat het gevaar geweken is. In die situatie zal de rechter het verzoek niet inwilligen. Wellicht dragen dergelijke ervaringen bij aan een bepaalde beeldvorming bij een deel van de psychiaters die als onafhankelijk psychiater zijn geraadpleegd.<sup>5</sup>

4 In bijlage 2 deel II is meer gedetailleerde kwantitatieve informatie over lbs-en en RM-en opgenomen.

5 De eis dat een verklaring ten behoeve van een rechterlijke machtiging (RM) altijd afgegeven wordt door een onafhankelijke psychiater wordt door een referent uit de bemoezorg vrij zinledig geacht. De betreffende patiënt werkt vaak niet mee aan het onderzoek van de onafhankelijke psychiater. Derhalve kan de vraag gesteld worden wat de waarde van die onafhankelijke verklaring in de praktijk is. Er zijn andere procedures denkbaar om onzorgvuldigheid van de zijde van de behandelend psychiater te voorkomen.

De mate waarin dit verschil in beeldvorming zich voordoet hangt wellicht af van het aantal aanvragen per arrondissement. De criteria van de rechtbank zijn duidelijker, wanneer er bij wijze van spreken tien aanvragen per dag worden behandeld dan wanneer er sprake is van één aanvraag per week.

Ondanks dit aspect kan toch een conclusie zijn dat meer moet worden geïnvesteerd om bij behandelaars een duidelijk, eenduidig en breed verspreid beeld te krijgen van waar de rechter grenzen trekt ten aanzien van de toepassing van de Wet Bopz. Er is daarvoor voldoende jurisprudentie beschikbaar. Op meerdere plaatsen in Nederland vinden regelmatig overleggen plaats tussen mensen uit het justitiële circuit (advocaten, officieren van justitie en rechters) met mensen uit de GGZ, juist om die wederzijdse beeldvorming te verbeteren. Ook vindt op meerdere plaatsen in Nederland regelmatig overleg plaats tussen vertegenwoordigers van de politie en vanuit de GGZ, hetgeen van groot belang is voor de praktijk van de hulpverlening. In de provincie Utrecht bijvoorbeeld is op 5 oktober 2005 een convenant gesloten tussen de Politie Utrecht en diverse GGZ-instellingen (Convenant, 2005). Voor het criterium 'gevaar' is er een brochure beschikbaar van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waarin meerdere voorbeelden van jurisprudentie worden gegeven. Het is de vraag of de brochure, die al uit 1995 stamt en in 2000 is geactualiseerd, voldoende bekend is bij de behandelaars. Uit de enquête die ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz is gehouden onder personen uit alle bij de Wet Bopz betrokken partijen, bleek dat van de respondenten vanuit de geestelijke gezondheidszorg ruim 20% de brochures van het ministerie van VWS over de Wet Bopz niet kende. Voor respondenten uit aanpalende organisaties lag dit percentage zelfs boven de 50%. Los van dit eventuele gebrek aan informatie bij de behandelaars, gaven sommige geïnterviewden aan dat in hun ogen behandelaars hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Zij moeten niet bij voorbaat op de stoel van de rechter gaan zitten. Als zij het verantwoord vinden om voor hun cliënt een rechterlijke machtiging aan te vragen, dan moeten zij dat doen. De rechter zal dan beoordelen of de aanvraag terecht was.

### **Bestwil**

Het gevaarscriterium in de Wet Bopz is dermate ruim omschreven dat het bestwilcriterium er dicht tegen aan lijkt te liggen. Maar de rechter zal het argument vanuit de hulpverlening 'dat gedwongen opneming beter is voor de patiënt' niet als criterium accepteren. Toch werd in enkele interviews wel de suggestie gedaan dat in uitzonderlijke gevallen een rechter de Wet Bopz wel degelijk ruim kan interpreteren. Een overweging kan bijvoorbeeld zijn dat het voor alle partijen duidelijk is, dat als de betreffende persoon door zal blijven gaan met zijn gedrag, hij uiteindelijk in contact zal komen met de strafrechter.

### **Stoornis**

Een 'stoornis van de geestvermogens' wordt in artikel 1, lid 1 van de Wet Bopz omschreven als: "een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de

geestvermogens". Ook voor dit criterium zijn grenssituaties aan te geven:

- Zorgwekkende zorgmijders die zichzelf verwaarlozen. Juist omdat deze mensen (bemoei)zorg vermijden, is niet altijd duidelijk of er sprake is van een geestesstoornis, ook al is er tegelijkertijd in sommige situaties duidelijk sprake van 'gevaar' in de zin van de wet.
- Het is lang niet altijd duidelijk of er sprake is van een 'geestesstoornis' of alleen van 'overlast gevend gedrag'. Wanneer dat laatste het geval is, is de Wet Bopz niet van toepassing.

Op dit 'grensgebied' van de Wet Bopz worden vier onderwerpen apart uitgelicht: de mensen met persoonlijkheidsstoornissen, de zorgmijders, de verslaafden en de behandelbaarheid.

### **Mensen met persoonlijkheidsstoornissen**

In beginsel zijn de geestvermogens van personen die als gevolg van persoonlijkheidsstoornissen tot sociaal minder wenselijke gedragingen kunnen komen, niet in zo ernstige mate gestoord te achten dat hun handelen, en daarom het veroorzaakte gevaar, geheel of in belangrijke mate onder invloed van hun stoornis tot stand komt. Maar door een samenloop van gebeurtenissen van verschillende aard kan een persoonlijkheidsstoornis zodanig beïnvloed worden dat op een gegeven moment van een ernstige stoornis in de zin van de Wet Bopz gesproken moet worden. Dit komt naar voren uit jurisprudentie vanaf de invoering van de Wet Bopz in 1994. Wanneer er sprake is van een alcoholverslaving in samenhang met een persoonlijkheidsstoornis, kan gelden dat de persoonlijkheidsstoornis de verslaving in stand houdt en de betrokkene belet om op adequate wijze met somatische aandoeningen (die al dan niet samenhangen met de alcoholconsumptie) om te gaan en voor zichzelf tijdig hulp in te roepen. Gevaar is dan duidelijk aanwezig.

### **Zorgmijders**

Sinds 2005 is het problematischer geworden om aan zorgmijders (en/of andere patiënten die ambulante hulp nodig hebben) zorg te leveren. De Hoge Raad heeft er in mei 2005 op gewezen dat patiënten moeten instemmen met het behandelingsplan dat via een voorwaardelijke rechterlijke machtiging wordt opgelegd. Deze machtiging werkt tot nu toe als stok achter de deur bij patiënten die onder drang met succes ambulant behandeld zijn. Als zij zich niet aan het behandelingsplan houden dan wel er sprake is van gevaar, volgt alsnog een opname. Het instemmingsvereiste met het behandelingsplan is niet nieuw, maar werd in de praktijk ruimer geïnterpreteerd. De Hoge Raad heeft erop gewezen dat expliciete instemming nodig is. Bovendien eist de Hoge Raad dat de patiënt de gevolgen van zijn beslissing moet kunnen overzien. Geen instemming betekent sinds de uitspraak van de Hoge Raad dat geen voorwaardelijke machtiging kan worden opgelegd.

Een ander punt is dat de Hoge Raad van oordeel is dat de oude paraplumachtiging (het verlenen van een machtiging zonder de bedoeling om de patiënt op te nemen) niet meer van toepassing is. De paraplumachtiging bood mogelijkheden om patiënten onder voorwaarden thuis te behandelen en wordt volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) nog veel toegepast. Volgens de NVvP zullen door de uitspraak mogelijk tientallen of wellicht honderden patiënten buiten de boot vallen: zij zullen vrijwillige behandeling niet toestaan en dwangopname is zelden een goed alternatief (voor de patiënt, maar ook gezien de beperkte capaciteit van de psychiatrische ziekenhuizen) (Crul & Legemaate, 2005). Verschillende geïnterviewden hebben aangegeven dat deze voorspelling inmiddels begint uit te komen. Meerdere geïnterviewden gaven aan het een gemis te vinden dat de paraplumachtiging niet meer bestaat. Een reparatiewetgeving is inmiddels in voorbereiding (Kamerstukken II, 2005/2006, 30 492). Daarin gaat het erom dat de rechter voldoende vertrouwen heeft in de medewerking van de patiënt zonder dat expliciete instemming nodig is. De ervaren urgentie hiervan wordt geïllustreerd met een citaat van ACT-psychiater Dreef:

*“Dit is de groep waarmee ik veelvuldig geconfronteerd word: mensen die al jarenlang van de ene psychose naar de andere gaan, ziekenhuis in - ziekenhuis uit, maar die desondanks blijven volharden in hun mening dat er met hun niks aan de hand is en dat de rest van de wereld gek is. (...) De gevaarlijken uit deze groep krijgen in ieder geval dwangbehandeling in de kliniek en knappen daar vaak ook wel van op. Vervolgens worden ze ontslagen en moeten ze zich nog enige tijd aan de ontslagvoorwaarden houden (die altijd het gebruik van medicatie behelzen). De patiënt is stabiel, heeft een plekje gekregen in een sociaal pension o.i.d., en dan loopt de RM af. Verlenging is geen optie want de patiënt stemt er niet mee in, het chantagemiddel van dreigen met opname is dus weg, en de patiënt stopt met zijn medicatie. Na 3-4 maanden wordt hij weer psychotisch en gevaarlijk, raakt zijn woonplek kwijt vanwege wangedrag, en wordt uiteindelijk na bedreiging van zijn behandelaren weer met een lbs opgenomen. Ik heb dit scenario zich in de afgelopen 2 maanden met vier van mijn patiënten af zien spelen, ben zelf met de dood bedreigd.”<sup>6</sup>*

Het uitvoeren van bemoeizorg kan overigens een lastige taak zijn in het licht van de Wet Bopz en de geldende maatschappelijke opvattingen. Het gaat hierbij om het spanningsveld tussen de autonomie van de patiënt en de plichtopvatting van de

6 Bij alle discussies rond de Wet Bopz wordt niet altijd rekening gehouden met het gegeven dat ook de veiligheid van “frontwerkers” in het geding is. Daarnaast mag de recente verworvenheid van de ATC de ogen niet sluiten voor het verhoogde risico van burnout, juist op dit soort werkplekken. Het begrip burnout zelf is het eerst opgeworpen door Freudenberg in 1974, vanuit zijn ervaringen met een psychosociaal hulpverleningscentrum waar ook veel drugsverslaafden werden behandeld.

hulpverlener wanneer er paternalistisch om wordt gegaan met deze patiënt. Nys (2005a) en een aantal collega-auteurs bediscussieerden in 2005 deze begrippen en de spanning die hier tussen bestaat. Een belangrijk aspect in de bemoeizorg is zoals gezegd de samenwerking tussen verschillende organisaties en disciplines, juist voor psychiatrische patiënten die zorgmijndend zijn en soms ook verslaafd. Uit onderzoek naar deze samenwerking is gebleken dat een aantal belangrijke succesfactoren tot goede resultaten leiden in deze projecten. Twee factoren springen er in het bijzonder uit. De persoonlijke inzet vergroot de kans 42 maal dat de cliënt toegang heeft tot de diverse behandelvormen en het zorgaanbod. En wanneer er in het project gestreefd wordt een essentiële schakel te zijn in de zorgketen, dan is de kans 20 maal zo groot dat de cliënten niet uitgesloten worden van zorg (Van der Lindt, 2005).

Juist voor de groep zorgmijders is in de Wet Bopz de mogelijkheid van de observatiemachtiging opgenomen. Deze machtiging is op 1 januari 2006 in werking getreden. Zij heeft tot doel mensen van wie wordt vermoed dat zij aan een psychiatrische stoornis lijden, gedurende een korte periode (maximaal drie weken) gedwongen ter observatie op te nemen. Er is veel kritiek op de observatiemachtiging. De procedure zou te lang duren en de opnameperiode te kort om goed een diagnose te kunnen stellen. Ook is onduidelijk hoe vaak een dergelijke maatregel kan worden getroffen, terwijl de kans aanwezig is dat men onterecht wordt opgenomen omdat geen stoornis kan worden aangetoond. Ook is de kans groot dat de beoogde doelgroep niet wordt bereikt, omdat de meeste 'verkommerden en verloederden' niet over een verwant beschikken die de observatiemachtiging kan aanvragen. En ten slotte is een observatie vaak inhoudelijk zinloos omdat het veelal om 'goede bekenden' van de bemoeizorg-teams gaat. Er wordt tot nu toe dan ook zeer weinig gebruik gemaakt van de observatiemachtiging.

### Verslaafden

Ondanks het actief 'bemoeien' van hulpverleners met alcoholverslaafde en zwervende patiënten, zien hulpverleners ze toch afglijden en worden daarmee geconfronteerd met het ethische dilemma of deze patiëntengroep gedwongen moet worden opgenomen om betere zorg te kunnen bieden. De vraag is wat het rendement is van deze opnames en eventuele behandelingen. Van Laere (2002) geeft het antwoord op basis van harde cijfers. De meeste verslavingsinstellingen beschikken inmiddels over de mogelijkheid om patiënten gedwongen op te nemen krachtens de Wet Bopz, maar in de periode 1997-1998 werd er van 15.473 opnames maar 0,28% gedwongen opgenomen in verslavingsklinieken ten opzichte van 14% in GGZ-instellingen.

Als redenen voor het geringe aantal gedwongen opnames in verslavingsklinieken worden gegeven:

- tekortkomingen bouwkundige faciliteiten (ontbreken gesloten afdeling en separeerruimten);

- beperkte beschikbaarheid van medici in de verslavingszorg waardoor geen 7x24 uren-zorg onder verantwoordelijkheid van een psychiater kan worden geboden;
- het ontbreken van de Bopz-aanmerking bij één op de vijf instellingen;
- Onduidelijkheid over toepassingsmogelijkheden van de Wet Bopz bij verslavingsproblematiek;
- Te weinig voldoende geschoold personeel, met name onvoldoende permanente aanwezigheid van een verpleegkundige.

Een veel gehoorde opvatting is dat gedwongen behandeling bij verslaafden niet zou werken. Eigen motivatie is bij personen met een verslaving essentieel, als aan die voorwaarde onvoldoende wordt voldaan, komt terugval frequent voor. Drugsgebruikers zijn moeilijk in behandeling te krijgen en te houden. Dit kan leiden tot een vroegtijdige beëindiging van de behandeling. Deze patiënten kunnen dan ook baat hebben bij bepaalde vormen van dwang, zodat ze in staat zijn de behandeling langer te volgen en af te ronden. De vraag is opgeworpen of de Wet Bopz een aanvulling op de behandelingsmogelijkheden voor verslaafden kan bieden (van Rooij, 2001; Van Laere, 2002). In dat kader is de discussie van belang over de vraag of een verslaving gezien kan worden als een psychiatrische stoornis, waardoor de weg vrijkomt om verslaafden onder de Wet Bopz gedwongen te kunnen opnemen, wanneer er sprake is van het gevaarscriterium (zie ook Rotterdams P5-overleg, 2004). In ieder geval is een Bopz-maatregel mogelijk bij een alcohol- of drugs-psychose, een delier en andere ernstige psychiatrische stoornissen die het gevolg zijn van gebruik of onthouding van alcohol of drugs.

In september 2005 heeft de Hoge Raad een uitspraak gedaan over de vraag of verslaving kan worden gezien als een psychiatrische stoornis. De Hoge Raad stelt dat een alcoholverslaving, ook als wordt aangenomen dat dit een psychiatrische ziekte is, niet tot toepassing van de Wet Bopz kan leiden, "tenzij de verslaving gepaard gaat met andere psychiatrische stoornissen van zodanige ernst dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen daardoor zo ingrijpend worden beïnvloed, dat betrokkene het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend, omdat de stoornis de gevaarvolle daden van de betrokkene overwegend beheerst." Volgens Legemaate (2002) staat het hebben van een verslaving niet gelijk aan een psychische stoornis zoals bedoeld is in de Wet Bopz, maar bepaalde toestanden of ziektebeelden ten gevolge van de verslaving kunnen wel onder het begrip psychische stoornis vallen.

In de enquête<sup>7</sup> die ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz onder een grote groep betrokken bij (de uitvoering van) de Wet Bopz is uitgezet, is ook gevraagd of men van mening was dat verslaving een psychiatrische stoornis is.

7

Voor een uitgebreide beschrijving van de enquête wordt verwezen naar Deel 8 "Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz"

De respondenten waren ingedeeld in een beperkt aantal ‘clusters’:

- Zorg I, waarin vooral direct bij de zorg betrokkenen waren opgenomen,
- Zorg II, waarin onder meer bestuurders en behandelaars die niet direct bij de Wet Bopz betrokken zijn,
- Rechtspraak, waarin rechters en Officieren van Justitie waren opgenomen,
- Rechtshulp, waarin advocaten en patiëntenvertrouwenspersonen,
- Aanpalende sectoren (Gemeenten, politie, GGD).

Uit deze enquête kwam de volgende reactie op de hierboven gestelde vraag:

**Tabel 5:** *Reacties op de stelling “Verslaving is een psychiatrische stoornis”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	166	24	48	21	6	1	1
Zorg II	16	6	63	13	6	0	13
Rechtspraak	27	4	30	33	30	0	4
Rechtshulp	17	0	29	29	29	0	12
Aanpalende sectoren	35	14	40	17	20	3	6

Vanuit de clusters ‘Zorg I’, ‘Zorg II’ en ‘Aanpalende sectoren’ is een (ruime) meerderheid het met deze stelling eens. In de clusters Rechtspraak en Rechtshulp liggen de meningen hierover verdeeld.

Lucieer (2005) benadert het anders, hij kijkt niet zozeer naar de vraag of verslaving een psychiatrische stoornis is, maar naar de vraag of gedwongen opname voor deze patiëntengroep noodzakelijk is. Verslaafden zouden volgens Lucieer gedwongen opgenomen moeten kunnen worden vanwege hun stoornis, maar moeten niet worden opgesloten vanwege de maatschappelijke overlast die zij veroorzaken. Verslaving is (deels) een genetisch bepaalde chronische ziekte. Verslaafden die forse drang en zelfs de dwang hebben om het middel te gebruiken en van wie het gedrag helemaal beheerst wordt door het gebruik, worden echter vaak aan hun lot overgelaten. Zij worden ervaren als lastige klanten, met wie geen land te bezeilen valt en die hun lot aan zichzelf te wijten hebben. De maatschappij wil hieraan een halt toeroepen. Politici wijzen dan snel naar de noodzaak van gedwongen opname of de mogelijkheid van langdurige detentie in speciale inrichtingen voor de opvang van

verslaafden. Dit gebeurt niet uit empathie met de patiënt, maar uit ergernis over hun gedrag. De psychiatrie is echter zeer terughoudend bij het gedwongen opnemen van verslaafden en de verslavingszorg zelf is, zoals eerder vermeld, vaak onvoldoende ingericht voor gedwongen opnamen. Inmiddels wordt verslaving steeds meer als een chronische ziekte gezien, als een ziekte waarin ook externe factoren een rol spelen.

Uit de interviews blijkt dat in de praktijk voor verslaafden soms 'trucs' worden bedacht om ze gedwongen te kunnen opnemen. Verslaafden die er slecht aan toe zijn, kunnen bijvoorbeeld worden gediagnosticeerd als 'depressief' of 'suïcidaal'. Dan is er een psychiatrische diagnose gesteld en kan wel worden ingegrepen. Een groot percentage van de verslaafden kent naast de verslaving ook psychische problemen. Voor deze mensen wordt in de praktijk steeds vaker een voorwaardelijke machtiging aangevraagd. Als het dan slecht met ze gaat, kunnen ze worden opgenomen, zonder dat daar een lbs voor nodig is.

### **Behandelbaarheid**

Een laatste opmerking in verband met het criterium 'geestesstoornis' betreft de behandeling van geestesstoornissen. Met name mensen met ernstige gedragsproblemen zijn volgens geïnterviewden slecht behandelbaar. Slecht of niet behandelbare mensen zijn moeilijk te plaatsen in een psychiatrische instelling. De reactie lijkt dan regelmatig te zijn "We kunnen niets met deze mensen en over korte tijd staan ze toch weer op straat." Voor derden is die houding vanuit de GGZ soms moeilijk te begrijpen. Ook vragen behandelaars soms geen machtiging aan, omdat de betreffende persoon niet behandelbaar is. Behandelbaarheid is echter geen criterium in de Wet Bopz. Het gaat de rechter om de noodzaak van opname en dus om bescherming, verpleging en begeleiding.

## **2.4 Ontwikkelingen**

### **De vier grote steden**

De vraag is of er voldoende wettelijke mogelijkheden zijn om op te treden tegen de groep mensen die ten gevolge van geestesstoornissen overlast veroorzaken. De roep om een antwoord op deze vraag komt vooral vanuit de grote steden. Men heeft daar behoefte aan meer en nieuwe instrumenten voor het bestrijden van overlast, die wordt veroorzaakt door psychiatrische patiënten of mensen die verslaafd zijn aan drugs.

### **Rotterdamse Richtlijn voor de beoordeling van verslaafden in verband met de Rechterlijke Machtiging**

In Rotterdam heeft het overlegorgaan P5 (vijf psychiaters uit verschillende instituten) zich gebogen over de vragen rond afstemming van de psychiatrie met verslavingszorg, met als resultaat de Rotterdamse Richtlijn. Deze bestaat uit een consensus-

document en een richtsnoer dat fungeert als een standaard voor de opstelling van een geneeskundige verklaring, die is vereist voor opname van een patiënt met toepassing van de Wet Bopz. Deze richtlijn dient als standaard voor de beoordeling van een patiënt ten behoeve van een rechterlijke machtiging (Rotterdam P5-overleg, 2004).

Uit de Randstad (Rotterdam en Amsterdam) kwam in 2006 het idee om verslaafde daklozen, vaak met psychiatrische problematiek, in Drenthe op te nemen. Door de critici ook wel de 'deportatie van verslaafden' genoemd. Dit plan heeft geleid tot een hausse aan kritiek. De critici, bestaande uit bestuurders van GGZ-instellingen, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en een zorgverzekeraar, waren van mening dat een fundamentele grens wordt overschreden door de patiënten zonder te behandelen ook nog eens te verhuizen uit hun eigen omgeving (PvdP, 2006). De steden Den Haag en Utrecht zijn voornemens deze patiënten zo goed mogelijk binnen de eigen behandelcircuits te houden.

### **Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang**

In 2006 is voor de vier grote steden in Nederland een plan van aanpak opgesteld voor de maatschappelijke opvang van (verslaafde) psychiatrische patiënten en de eerder genoemde zorgmijders. Eén van de instrumenten die in dit plan is opgenomen is de *Richtingwijzer hantering BOPZ*. Deze richtingwijzer kan de uitvoering van de Wet Bopz verbeteren door het vergroten van het kennisniveau bij instellingen en doelgroepen. De kern van dit instrument is om aan alle betrokkenen zo duidelijk mogelijk aan te geven wat van de toepassing van de Wet Bopz mag worden verwacht. Het dominante probleem is namelijk de toepassing van de Wet Bopz in relatie tot de maatschappelijke opvang. De Wet Bopz biedt voldoende mogelijkheden, maar daarvan wordt onvoldoende gebruik gemaakt door instellingen en beroepsgroepen. Daarom is de eerste en belangrijkste actie om de mogelijkheden van de bestaande wet beter duidelijk te maken, zodat de instellingen en beroepsgroepen de wet beter kunnen gebruiken. De kern van de boodschap in dit plan van aanpak richting de cliëntmanagers, ketenpartners en beroepsbeoefenaren, is: gebruik de mogelijkheden van de wet!

Er zijn verschillende acties in gang gezet om een betere toepassing van de Wet Bopz te kunnen bewerkstelligen:

- landelijke richtlijn ernstige verslaving;
- landelijke richtlijn voorwaardelijk ontslag door geneesheer-directeur en toezicht op naleving van voorwaarden door de instelling;
- beslisschema dwangopneming.

(Bron: Rijk en vier grote steden, 2006)

### Overige ontwikkelingen

Niet alleen in de Randstad worden initiatieven gestart om betere zorg voor de groep verslaafden, zorgmijdende en psychiatrische patiënten te bewerkstelligen.

In Apeldoorn bijvoorbeeld is in 2005 een nieuw centrum geopend voor de opvang van daklozen, verslaafden en psychiatrische patiënten. Deze nieuwe voorziening vormt de schakel tussen de verslavingszorg, maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg. De vraag is of het verstandig is om deze groepen patiënten centraal op te vangen. Judith Wolf (2003), hoogleraar maatschappelijke opvang aan de medische faculteit van de Katholieke Universiteit Nijmegen, geeft als waarschuwing dat sommige patiëntengroepen elkaar slecht kunnen verdragen.

## 2.5 Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies

Geconcludeerd kan worden dat er grote groepen mensen in de samenleving zijn die ernstige problemen ondervinden om zich in de samenleving staande te houden en die met enige vorm van gedwongen zorg (behandeling, eventueel opname) geholpen zouden kunnen worden. De Wet Bopz blijkt voor deze groepen mensen geen adequaat instrumentarium te bevatten om daadwerkelijk dwang te kunnen effectueren. Zij voldoen niet aan een van de voorwaarden die de Wet Bopz stelt (het is bijvoorbeeld onduidelijk of er sprake is van 'gevaar') of het is niet bekend of zij aan die voorwaarden voldoen (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening). Hier klemt dat de Wet Bopz geen 'zorgwet' maar een 'opnamewet' is. De belangrijkste poging om de Wet Bopz zodanig aan te passen dat deze groepen mensen wel onder haar toepassingsbereik vallen, de observatiemachtiging, wordt door behandelaars om uiteenlopende redenen niet erg positief gewaardeerd. Voor zover bekend wordt er weinig gebruik gemaakt van de observatiemachtiging.

Volgens velen is er zelfs sprake van een verslechtering van het instrumentarium van de Wet Bopz met het verdwijnen van de zogeheten 'paraplumachtiging'.

De voorwaardelijke machtiging leidt er in zijn huidige vorm volgens velen toe dat meer mensen weer op straat terecht komen en verkommeren.

Tegenover de erkenning van de beperkingen van de Wet Bopz bestaat echter bij meerdere partijen ook het gevoel dat er soms onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de wet biedt. In dat verband zijn er in de vier grote steden stimulerende ontwikkelingen gaande om bij betrokkenen beter bekend te maken welke mogelijkheden de Wet Bopz voor de hulp aan de hier bedoelde groepen mensen biedt.

Maar de beperkingen van de Wet Bopz vormen slechts één aspect van het geheel. Een optimaal samenwerkend netwerk van partijen (ketenzorg), die op individueel niveau gericht hulp kunnen aanbieden aan mensen uit deze groepen, kan ook veel doen om de hulp aan deze mensen te verbeteren en het gevaar van maatschappelijke

teloorgang (of erger) te verminderen. Ook in dat opzicht zijn in de vier grote steden positieve ontwikkelingen gaande. Daarbij werken vaak meerdere partijen met elkaar samen, waaronder GGZ, verslavingszorg, Maatschappelijke Opvang, GGD, politie en Openbaar Ministerie. De ontwikkeling van richtlijnen en protocollen, gevoed door de uitwisseling van kennis en ervaringen, zal veel kunnen bijdragen aan de verbetering van de zorg voor deze groepen mensen.

### Aanbevelingen

Een eerste aanbeveling kan zijn dat nader onderzoek wordt gedaan naar de aard en omvang van de in dit hoofdstuk bedoelde groepen mensen. Er heerst een gevoel dat er sprake is van een groot maatschappelijk probleem, maar het is niet bekend hoe groot. De schattingen van de omvang van de verschillende groepen sociaal kwetsbare mensen lopen sterk uiteen en een aantal van de schattingen is alweer enkele jaren oud. Bovendien kan het van belang zijn deze groep mensen onder te verdelen naar de mogelijkheden die de Wet Bopz biedt om hen te helpen. Het verdient aanbeveling ook dat aspect in kaart te brengen.

Dit laatste leidt tot de tweede aanbeveling om de voorlichting over de Wet Bopz te intensiveren. Aan deze aanbeveling zijn twee aspecten te onderkennen:

- Juist ook onder betrokkenen die niet uit de geestelijke gezondheidszorg komen (zoals maatschappelijke opvang, GGD en politie) breed duidelijk maken welke mogelijkheden de Wet Bopz biedt om bepaalde groepen sociaal kwetsbare mensen te helpen.
- Stimuleren dat de wederzijdse beeldvorming tussen partijen, in het bijzonder vanuit justitie en vanuit de GGZ, met betrekking tot de toepassing van de criteria uit de Wet Bopz beter op elkaar wordt afgestemd.

Deze aanbevelingen kunnen een concrete invulling krijgen door de brochures van het ministerie van VWS over de Wet Bopz ruim onder betrokken partijen te verspreiden. Maar er lijkt meer nodig, bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten. Wellicht is het aan te bevelen dat de overheid voor de komende jaren een nieuw 'Voorlichtingsplan Wet Bopz' opstelt.

Ten slotte is een aanbeveling van geheel andere orde om 'verslaving' te typeren als een psychiatrische aandoening. Diverse auteurs zijn die mening toegedaan en in de DSM IV is verslaving ook als zodanig opgenomen. Het zou een handvat kunnen bieden om verslaafden die een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormen, gedwongen te kunnen opnemen, zonder de noodzaak een tweede psychiatrische diagnose te hoeven opstellen.

# 3. IN CONTACT MET POLITIE EN JUSTITIE

## 3.1 Inleiding

Sommige mensen met een geestesstoornis (al dan niet uit de 'grensgroepen' die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven) kunnen mede ten gevolge van hun geestesstoornis in contact komen met politie en justitie. Bij de betrokkenen zal zich dan de vraag voordoen in hoeverre er sprake dient te zijn van 'zorg' en/of 'straf' en of daarbij een beroep kan worden gedaan op de Wet Bopz.

In dit hoofdstuk wordt dit dilemma beschreven aan de hand van de verschillende actoren die in deze situatie betrokken zijn bij de persoon die onder invloed van een geestesstoornis een strafbaar feit heeft gepleegd: politie, Officier van Justitie, advocaat en rechter. Daarbij staan niet de precieze procedures en wettelijke regelingen centraal, maar de knelpunten, problemen, dilemma's en oplossingen waar deze actoren mee te maken hebben in relatie tot de hulp die vanuit de GGZ kan worden geboden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal conclusies en aanbevelingen.

## 3.2 Betrokken partijen

### 3.2.1 Politie

De politie is in het algemeen de eerste partij die wordt geconfronteerd met strafbare feiten die worden gepleegd onder invloed van een geestesstoornis. Dat kan gaan van overlast en openbare dronkenschap tot geweldpleging, brandstichting of poging tot zelfmoord. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat er voor dit soort situaties in toenemende mate vormen van 'ketenzorg' aan het ontstaan zijn, waarin de politie snel een beroep kan doen op professionele hulp. In het vorige hoofdstuk is daar ook al op gewezen.

Deze ontwikkeling bouwt onder meer voort op de afspraken die zijn gemaakt in het 'Convenant GGZ Nederland – Raad van Hoofdcommissarissen' dat in 2003 door deze partijen is opgesteld. Dit convenant betreft de samenwerking tussen de politie, de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg waar het gaat om de opvang van mensen met psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen.

In dit convenant wordt een aantal knelpunten genoemd:

- In 13% van de gevallen stuit de overdracht van mensen door de politie naar de hulpverlening op problemen.
- Deze problemen concentreren zich voornamelijk rondom de crisisopvang. Met name betreft dit mensen die, al dan niet na een melding door derden, bij de politie terecht komen. Problemen betreffen dan onder meer de kwaliteit van de locatie waar de opvang plaatsvindt en het tijdsbestek van doorplaatsing naar passende voorzieningen (geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, enz.).

- Het politiebureau fungeert in veel gevallen als eerste opvang voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Bij een strafrechtelijk vergrijp kan men hier niet omheen, maar bij openbare orde-problematiek dienen andere oplossingen gezocht te worden.

Over de verantwoordelijkheden van partijen wordt onder meer gesteld:

- Binnen de Wet Bopz zijn de verantwoordelijkheden van politie en GGZ helder geregeld.
- Voor mensen in psychische nood, bij wie geen sprake is van ernstige psychiatrische pathologie als oorzaak voor gevaar, draagt de GGZ de verantwoordelijkheid aan te geven welke zorgorganisatie zich het beste leent om betrokkene zo nodig te laten opnemen.
- Waar sprake is van overlast, onveiligheid en openbare ordeproblematiek heeft de politie de verantwoordelijkheid om geëigende maatregelen te nemen. In dit verband wordt echter als probleem gesignaleerd “... dat de bestaande regelgeving onvoldoende bevoegdheden toekent aan politie en hulpverlening bij het optreden tijdens een crisissituatie.” (citaat uit het convenant)

Het convenant bevat tevens aanbevelingen om tot (betere) regionale samenwerking te komen. Enkele punten uit deze aanbevelingen:

- Er dient een goede communicatie te zijn tussen de politie, de Forensisch Psychiatrische Dienst, de GGD en het Openbaar Ministerie.
- Verbeteren van de kwaliteit van de crisisopvang. Wanneer de politie constateert dat er geen sprake zal zijn van een justitieel traject en de veiligheid of de openbare orde is niet in het geding, moet opvang buiten het politiebureau plaats vinden. Ook hier is operationele communicatie tussen de genoemde partijen essentieel.
- Er moeten afspraken komen over concrete en toetsbare kwaliteitseisen, zoals aanrijtijden, tijdsperiode van psychiatrische beoordeling en de afdoening administratieve procedures (waaronder eventueel de aanvraag van een lbs).
- Bij gecombineerde problematiek dienen dossiers van de verschillende partijen op elkaar afgestemd te zijn, zodat iedere partij een integraal beeld heeft van de historie van de betrokkene.

(Bron: Convenant GGZ Nederland – Raad van Hoofdcommissarissen, 2003)

In 18 (van de 26) regio's is dit convenant inmiddels uitgewerkt tot een eigen regionale convenant (Hondius, 2006). De beoogde samenwerkingsketens zijn overigens niet overal hetzelfde. De verschillen zijn terug te voeren op historisch gegroeide situaties (bijvoorbeeld de rol van de GGD) en verschillen in schaalgrootte.

Begin 2005 is middels een 'quick scan' een evaluatie uitgevoerd naar de effecten en resultaten van dit convenant (Herrmann, 2005). Enige punten uit de conclusies:

- Het convenant, samen met al eerder ingezette trajecten, heeft geleid tot

verbeteringen in de samenwerking tussen politie en GGZ. Minder zichtbaar is de samenwerking met de verslavingszorg.

- Bij de vijftig acute diensten die betrokken waren bij deze quick scan, verbleven patiënten niet langer dan zes uur op het politiebureau.
- Initiatieven rond de OGGZ hebben in de meeste gemeenten geleid tot een goede samenwerking. Deze conclusie geldt (nog) niet voor de acute psychiatrie. Voor deze laatste samenwerking worden nog veel verbeterpunten genoemd.
- Knelpunten zijn nog gesignaleerd rond de triage in de acute psychiatrie (verwijzing, afstemming, capaciteitsproblemen rond acute bedden, vervoer).
- Het convenant wordt algemeen gezien als een stimulans om de samenwerking opnieuw te bekijken en te verbeteren.

Uit de interviews is in ieder geval de indruk naar voren gekomen dat er steeds meer begrip ontstaat tussen de GGZ-hulpverleners en de politie.

Toch zijn er ook (nog) minpunten te melden, zo bleek op een congres over dit onderwerp in 2006. *"Zo werken politie en psychiatrie niet structureel samen met de verslavingszorg. En het onheldere onderscheid tussen het werk van de crisisdienst (acute zaken) en bemoeizorg (langduriger problematiek) leidt tot misverstanden."* (Hondius, 2006)

### **Problemen en dilemma's**

Hoewel er dus tekenen zijn dat de samenwerking tussen de GGZ en de politie steeds beter verloopt, komen op dit moment, zowel uit de literatuur als uit de interviews, nog de volgende problemen naar voren waar het gaat om de rol van de politie in relatie tot de Wet Bopz:

1. In situaties waarin geen strafbaar feit is begaan, maar waarin bijvoorbeeld sprake is van (ernstige) overlast, eventueel in combinatie met dreigend gevaar, heeft de politie in eerste instantie tot taak het gevaar af te wenden en de situatie beheersbaar te maken. Daarna staat de politie echter voor het dilemma 'Hoe nu verder?' De politie wil zo veel mogelijk voorkomen dat mensen die onder invloed van een geestesstoornis overlast veroorzaken, worden gecriminaliseerd. Dat zou gebeuren, wanneer deze mensen geboeid in een politieauto moeten worden afgevoerd naar het bureau.<sup>8</sup> Ook wil de politie deze mensen liever niet in een politiecel plaatsen. Dat kan voor mensen een traumatiserende ervaring zijn, zeker voor mensen die al in de war zijn. Daarom is het van belang dat zo spoedig mogelijk deskundige hulp ter plaatse komt die kan adviseren wat er verder het beste kan gebeuren. (Zie ook wat hierboven is aangegeven in het convenant Politie-GGZ over de verantwoordelijkheden van partijen.)

De politie zou graag zien dat de psychiatrie een soortgelijke voorziening heeft als de politie, dat wil zeggen: een ruimte waar mensen voor een bepaalde tijd kunnen worden vastgehouden, maar dan een ruimte die is toegesneden op de doelgroep. Zo is in Amsterdam een aparte voorziening gecreëerd (de Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeksruimte - SPOR), waar verwarde mensen naar toe kunnen worden gebracht. De ruimten in de SPOR zijn geen politiecellen en deze voorziening ligt letterlijk tussen het politiebureau en een GGZ-instelling in. Een dergelijke voorziening is doelmatig, omdat er jaarlijks zo'n 1.500 keer gebruik van wordt gemaakt. Eenzelfde voorziening op het platteland, waar zich per week één à twee van dergelijke probleemgevallen voordoen, is nauwelijks te realiseren. Daar worden dus andere oplossingen gezocht, zoals de snelle beschikbaarheid van professionals, aangevuld met procedureafspraken over vervolgstappen.

2. Wanneer wel sprake is van een strafbaar feit, wordt de politie later in het proces voor dilemma's gesteld. De betreffende persoon zal worden overgebracht naar het politiebureau. De vraag is dan of zo iemand in een politiecel kan worden gezet. Het gaat immers om verwarde mensen voor wie insluiting in een politiecel ernstige (traumatische) gevolgen kan hebben en die psychiatrische verpleging en behandeling behoeven. Bij deze afweging speelt ook de inschatting van de ernst van het delict mee. De op het bureau aanwezige hulpofficier van justitie zal moeten bepalen in hoeverre er aanleiding is om de verdachte langdurig vast te houden. In ieder geval zal er snel advies moeten komen van iemand van de psychiatrische crisisdienst hoe verder te gaan met de zorg voor de betreffende persoon.
3. Voor de politie is het soms moeilijk onderscheid te maken tussen een psychische stoornis en een gedragsprobleem. Als dit laatste het geval is, kan zich de situatie voordoen dat vanuit de GGZ wel een professional komt kijken, maar dat deze vervolgens aangeeft dat de GGZ niets aan de situatie kan doen. Voor de gemiddelde politieman is die houding vaak moeilijk te begrijpen. Ter illustratie een citaat uit een artikel van Van Veen (2005):

*"In de meeste gevallen oordeelde de psychiater dat opname niet noodzakelijk was of dat het geen zaak voor de psychiatrie was. Dit gold bijvoorbeeld bij heroïne- of cocaïneverslaafden, alcoholisten of mensen met gedragsproblemen. De politie moest daarna zelf voor een oplossing zorgen. Juist die situaties was de politie meer dan beu. De voorbeelden van niet-psychiatrie-rijpe personen die de politie wel een gevaar achtte voor zichzelf of de openbare orde zijn legio."*

Van de psychiater wordt in ieder geval verwacht dat hij adviseert wat dan wel met de betreffende persoon kan gebeuren (zie ook het eerder beschreven convenant).

Wanneer door de opgeroepen professional geen bevredigend advies wordt gegeven, staan voor de politie in principe nog drie mogelijkheden open:

- Voor de persoon wordt alsnog onderdak gevonden bij een andere instelling voor crisisopvang of sociale opvang.
- De persoon gaat terug naar de thuissituatie.
- De persoon verlaat ‘met een handdruk’ het bureau. Dit wordt echter alleen gedaan als de politie echt niet anders kan.

4. Er is geen wettelijke grondslag om mensen vast te houden in acute situaties, waarin nog geen machtiging tot Inbewaringstelling (lbs) is afgegeven. De politie heeft het recht iemand bij verdenking van een strafbaar feit zes uur vast te houden, maar in de praktijk kan die periode langer zijn, wanneer de lbs-procedure loopt. Deze situatie is niet in de wet geregeld, maar Legemaate heeft in een advies aan de gemeente Amsterdam (2001) het volgende aangegeven:

*“Indien een psychiater van oordeel is dat een patiënt voldoet aan de criteria voor een lbs (waaronder acuut gevaar), de procedure tot verkrijging van een lbs daadwerkelijk is gestart en de daartoe benodigde stappen zo snel mogelijk worden gezet, kan in de periode tussen het aanvragen en het verkrijgen van de lbs op grond van noodtoestand buitenwettelijke dwang worden toegepast. Deze buitenwettelijke dwang behoort te voldoen aan de algemeen geldende juridische vereisten van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Indien de gezondheidstoestand van betrokkene dat nodig maakt, kan de buitenwettelijke dwang inhouden het overbrengen van betrokkene naar een plaats waar beter met zijn gezondheidsproblemen kan worden omgegaan dan op zijn actuele verblijfsplaats.”*

5. Het vervoersprobleem. De politie is van mening dat vervoer van verwarde mensen een taak is van de ambulancedienst. Er blijkt echter een interpretatieverschil te bestaan met de ambulancevervoerders met betrekking tot artikel 20, lid 4 van de Wet Bopz. De tekst van dat artikel luidt: *“Het ten uitvoer leggen van een krachtens het eerste lid gegeven beschikking draagt de burgemeester op aan een of meer ambtenaren, aangesteld voor de uitvoering van de politietaak, die zich voorzien van de bijstand van een of meer personen met kennis van de zorg voor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens. De bedoelde ambtenaren kunnen daartoe elke plaats betreden waar de op te nemen persoon zich bevindt, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak nodig is.”* Vanuit de ambulance-optiek wordt dit artikel geïnterpreteerd als zou de politie voor het vervoer moeten zorgen. Het artikel gaat echter niet specifiek over vervoer en is daarmee multi-interpretabel. Zijderhoudt (2004) schrijft hierover: *“Het blijft opvallend dat op een terrein waar zo veel mis kan gaan en zulke grote belangen – al was het alleen maar in termen van mensenrechten en gezondheid – op het spel staan, door de wetgever zo weinig geregeld is gebleven (...).”*

De politie zou over dit aspect van de opvang van verwarde mensen graag helderheid krijgen.

### 3.2.2 **Officier van Justitie**

De Officier van Justitie (OvJ) speelt een centrale rol in de keuze van het traject dat iemand na het plegen van een strafbaar feit onder invloed van een geestesstoornis, moet doorlopen. In principe heeft de OvJ drie keuzen:

- Het delict wordt gekwalificeerd als ‘overlast’. In dat geval is het aan de politie om het probleem op te lossen. In de vorige paragraaf is al aangegeven welke problemen de politie daar soms mee heeft.
- Het gaat om een licht delict en de invloed van de stoornis is overduidelijk. In dat geval kan de OvJ er toe overgaan voorrang te geven aan ‘zorg’ boven ‘straf’ en bijvoorbeeld op basis van een advies van een deskundige een lbs of een voorlopige machtiging aanvragen. De OvJ kan zich daarbij laten adviseren door een psychiater van de crisisdienst.
- Het gaat om een zodanig ernstig delict dat de OvJ strafrechtelijke vervolging noodzakelijk vindt, ook al vond het delict (mede) plaats onder invloed van een geestesstoornis.

Wanneer eenmaal is besloten tot het aanvragen van een rechterlijke machtiging, heeft de OvJ nog een toetsende functie. Voor lbs-zittingen en zittingen in het kader van een voorwaardelijke machtiging en machtigingen tot voorgezet verblijf, vraagt de OvJ politiemutaties op.<sup>9</sup> Daarnaast zal hij toetsen of de verklaring van de deskundige en eventueel het behandelingsplan voldoen aan de wettelijk gestelde eisen. Zo komt het soms voor dat een verzoek door de OvJ wordt afgewezen omdat de geneeskundige verklaring onleesbaar is. Naast het toetsen van de zorgvuldigheid van een aanvraag voor een machtiging of een lbs, heeft de OvJ ook een taak in het toezicht houden op het wederrechtelijk vasthouden van mensen. Daartoe kan de OvJ langs de instellingen gaan om te controleren of er inderdaad een machtiging is voor patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen. Als die machtiging verlopen is en patiënten zijn toch nog steeds opgenomen, dan is er in feite sprake van vrijwillige opname. Dat moet dan wel bij die patiënten bekend zijn.

In meerdere interviews werd de OvJ die de aanvraag voor een machtiging bij de rechter indient, beschreven als een ‘doorgeefluik’. Het argument daarvoor was dat hij niet voldoende kennis heeft om een aanvraag inhoudelijk te beoordelen en dus de aanvraag zonder meer doorsluis naar de rechter. Sommigen waren zelfs van mening

9 Het is voor het OM handig als er, zoals in Amsterdam, bij de politiekorpsen een centrale plek is geregeld: het verhoogt de snelheid, de kwaliteit en de officier kan rekenen op de meest noodzakelijke en volledige informatie.

dat de OvJ helemaal uit het aanvraagproces zou kunnen worden geschrapt. In dat verband werd door meerdere behandelaars geconstateerd dat de OvJ niet aanwezig is op het moment dat de aanvraag door de rechter wordt behandeld. Dat wordt gezien als een argument dat de OvJ in het geheel geen rol heeft in de procedure. Vanuit het justitiële perspectief werden daarvoor twee verklaringen gegeven:

- Men wil de betreffende persoon niet criminaliseren. Wanneer de zitting het karakter krijgt van een rechtbank, waarin de officier van justitie een gedwongen opname eist, kan dat al gauw een connotatie van ‘straf’ krijgen. Dat willen partijen graag vermijden.
- Zeker in de Grote Steden handelen de rechters jaarlijks een groot aantal aanvragen af. Het is voor de officier van justitie vanuit capaciteitsoverwegingen vrijwel niet te doen om bij al deze zaken aanwezig te zijn.

### Timing van rechtsgang kleine vergrijpen

Van OGGZ-zijde is er op gewezen dat de timing van strafrechtelijke trajecten die niet rechtstreeks te maken hebben met de gedwongen opname van een patiënt, soms contraproductief uitwerken voor herstel:

*“Het wil nog wel eens gebeuren dat we in de bemoeizorg kennismaken met een dakloze psychiatrische patiënt die een hoop overlast veroorzaakt. Wanneer we ons werk goed doen, en deze persoon behandelen, en onderdak voor hem regelen zodat hij weer in stabiel vaarwater komt, wil het nog wel eens gebeuren dat er allemaal oude boetes tevoorschijn komen. Die kunnen aanleiding geven tot gevangenisstraf, en gevangenisstraf op zijn beurt kan weer aanleiding geven tot verlies van woonruimte (uitkering gestopt en niet meer kunnen betalen van de huur, of sociaal pensioen dat de kamer maar een beperkte tijd vast kan houden). De ervaring is dat dit alles wel in banen te leiden is en dat rechters met dergelijke argumenten rekening houden in hun strafoplegging. Hoeveel makkelijker zou het echter niet zijn als de justitiële afhandeling sneller ging: gevangenisstraf in de periode dat iemand dakloos is en overlast veroorzaakt, dan invoegen van hulpverlening, en een patiënt die verder kan met een schone lei.” (citaat van geïnterviewde psychiater)*

Betere samenwerking tussen Justitie en de GGZ zou hier verbetering in kunnen brengen.

### 3.2.3 De advocaat

De rol van de advocaat wordt in dit rapport niet nader uitgewerkt. Hoewel uit de interviews bleek dat zij de problematiek van het grensgebied tussen ‘zorg’ en ‘straf’ herkenden, is de rol van de advocaat toch veel meer gelegen in het bijstaan van hun cliënt binnen de aangevraagde procedure dan in de afweging tussen strafrecht en zorg. In de interviews zijn echter drie opmerkingen gemaakt, die het waard zijn in dit rapport mee te nemen:

- Voor veel strafrechtadvocaten zou de Wet Bopz onbekend terrein zijn. Advocaten specialiseren zich in de loop van hun carrière en de Wet Bopz is maar een klein onderdeel van het totaal aan wetgeving en een relatief klein aantal advocaten heeft zich daarin gespecialiseerd. Daarmee ontstaat het gevaar dat strafrechtadvocaten wellicht mogelijkheden laten liggen om hun cliënt in een meer passend traject te krijgen. Dit is extra van belang omdat het moeilijk is om rechters en Officieren van Justitie gevoelig te maken voor de mogelijkheid dat iemand in een strafrechtelijk circuit zit die daar helemaal niet hoort.
- Advocaten kennen geen centrale registratie van cliënten met hun geschiedenis. Daardoor is het vooral aan toeval te danken dat een Bopz-advocaat verneemt dat een cliënt van hem in een strafzaak is verwickeld. De voordelen van dergelijke kennis zijn evident. De Bopz-advocaat kan aan zijn collega strafrechtadvocaat achtergrondstukken toesturen om duidelijk te maken dat die persoon wellicht onder invloed van een geestesstoornis heeft gehandeld. Andersom komt ook voor: de strafrechtadvocaat krijgt kennis van de voorgeschiedenis van de cliënt en neemt contact op met diens Bopz-advocaat.
- In het arrondissement Den Haag hanteren de Bopz-advocaten het begrip ‘stamadvocaat’. Dit begrip houdt in dat een Bopz-client in principe met één advocaat te maken heeft. Wanneer een cliënt voor de tweede (of zoveelste) keer te maken krijgt met de Wet Bopz (bijvoorbeeld bij de aanvraag van een lbs), dan wordt eerst diens ‘stamadvocaat’ benaderd voor ondersteuning, los van de vraag welke advocaat op dat moment piketdienst heeft. De voordelen van deze werkwijze zijn dat de (verwarde) cliënt een voor hem bekend aanspreekpunt heeft en dat de advocaat de voorgeschiedenis van de betreffende cliënt kent.

### 3.2.4 De rechter

Zoals hiervoor al is aangegeven, is het de Officier van Justitie die bepaalt of een zaak voor de strafrechter komt of dat voor iemand die een strafbaar feit heeft gepleegd onder invloed van een geestesstoornis een voorlopige machtiging wordt aangevraagd. Hierbij is het van belang dat de rechter dus ‘lijdelijk’ is. De OvJ bepaalt of hij een civielrechtelijke dan wel een strafrechtelijke zaak aanhangig wil maken. Over die keuze spreekt de rechter geen oordeel uit. De OvJ kan overigens ook beide trajecten in gaan. Maar wanneer een zaak voor de strafrechter wordt gebracht, kan deze in zijn vonnis wel een verband leggen met de geestelijke gezondheidszorg, wanneer naar zijn mening de geestesstoornis een rol heeft gespeeld bij het begaan van het delict. De volgende modaliteiten kunnen zich voordoen:

- De rechter kan een plaatsing volgens artikel 37 Wetboek van strafrecht gelasten. Het gaat om een puur strafrechtelijke maatregel, echter met het doel om niet te straffen maar te behandelen: de rechter geeft last tot plaatsing in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) voor de duur van maximaal één jaar. In feite gaat het hier altijd om mensen die ten tijde van het delict (volledig) ontoerekeningsvatbaar waren. De veroordeelden hebben dezelfde rechtspositie

als onder de Wet Bopz. Inhoudelijk staat de lastgeving in zijn gevolgen gelijk aan een rechterlijke machtiging. De OvJ dient er zorg voor te dragen dat deze maatregel wordt uitgevoerd. Hij dient dus te zorgen voor een plaats in een inrichting. De cliënt kan zelf om ontslag vragen, hij heeft immers de rechtspositie op grond van de Wet Bopz. Zo'n verzoek zal dan worden beoordeeld door de geneesheer-directeur. Wijst deze het verzoek af, dan kan betrokkene in beroep gaan bij een (Bopz-)rechter.

- De rechter kan een voorwaardelijke straf opleggen. Tot die voorwaarden kan de eis behoren dat iemand zich laat behandelen. Dat kan ook opname inhouden, maar dan is het juridisch gezien een vrijwillige opname. Het 'voordeel' voor de behandelaar in die situatie is dat de patiënt een stok achter de deur heeft, inhoudende dat de voorwaardelijke straf alsnog wordt uitgevoerd, als de betrokkene zich niet aan de voorwaarden houdt.
- De rechter kan TBS met dwangverpleging of met voorwaarden opleggen. Dat is toepassen van het strafrecht, waarbij de mate van toerekeningsvatbaarheid van de verdachte als gevolg van een geestesstoornis door de rechter wordt meegewogen.
- De rechter kan een onvoorwaardelijke gevangenisstraf opleggen. In dat geval is de rechter van mening dat de geestesstoornis geen rol van betekenis heeft gespeeld bij het begaan van het delict. Bij de betreffende persoon is de stoornis echter nog wel aanwezig en dat betekent dat het mogelijk is dat verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg tijdens of na afloop van de detentieperiode aangewezen is.
- De rechter kan een ISD-maatregel (Inrichting voor Stelselmatige Daders) opleggen aan personen met 'gestapelde' kleine criminaliteit (veelplegers). Meestal betreft dit verslaafden.

In de volgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op de rechtspositionele gevolgen van deze alternatieven.

### 3.3 Conclusies en aanbevelingen

#### Conclusies

Door de evaluatiecommissie zijn onder meer de volgende twee vragen gesteld (zie bijlage 3):

6. *Is het onvoldoende functioneren van de Wet Bopz in de reguliere GGZ een oorzaak dat mensen met een psychiatrische stoornis in het Gevangeniswezen belanden? Of ligt de oorzaak ruimer in het algemene GGZ-circuit?*
7. *Zo ja, waar in het Bopz-traject in de reguliere GGZ is het dan misgegaan? Zijn dit fouten in de criteria voor opname en/of behandel mogelijkheden van de Wet Bopz of in de toepassing van de Wet Bopz?*

Op basis van de beide voorgaande hoofdstukken kunnen deze vragen als volgt worden beantwoord:

- Meerdere geïnterviewden waren het erover eens dat het voor mensen met een geestesstoornis (zeker voor mensen uit de eerder beschreven 'grensgroepen') voor een deel van het toeval afhangt langs welke weg iemand onder de Wet Bopz terecht komt. Komt iemand op tijd in het juiste zorgtraject terecht, dan wordt wellicht voorkomen dat hij criminaliseert. Als de zorg afwezig is of niet adequaat heeft gereageerd, kan iemand op een gegeven moment een strafbaar feit plegen, waarna de stoornis en de noodzaak tot zorg (te) laat zichtbaar worden. Hierbij moet wel worden bedacht dat het voor een deel gaat om groepen mensen die al dan niet opzettelijk de zorg mijden of een zorgvraag hebben waar de reguliere zorg geen antwoord op heeft.
- Maar als er sprake is van toeval, is dat dan een gevolg van een tekortschieten van de Wet Bopz of van de geestelijke gezondheidszorg? De reacties van deskundigen op deze vraag zijn wisselend. Men erkent de beperkingen van de Wet Bopz (zeker waar doeltreffende behandeling mogelijk is), maar tegelijkertijd is er impliciet en soms expliciet kritiek te horen op de geestelijke gezondheidszorg. Vooral de houding van (een deel van) de geestelijke gezondheidszorg, dat men met bepaalde mensen 'niets kan' en dus dan ook niets doet, wekt onbegrip. Kennelijk hebben partijen, zoals de politie, bepaalde verwachtingen ten aanzien van de bijdrage die hulpverleners vanuit de GGZ kunnen bieden. In dit verband moet de opstelling van een convenant tussen de politie en de GGZ en de praktische uitwerkingen van dat convenant op regionaal niveau, als een positieve ontwikkeling worden gezien.
- Toch spelen de beperkingen van de Wet Bopz wel degelijk een rol in deze problematiek. Hulpverleners kunnen mensen wel gedwongen opnemen, maar niet gedwongen behandelen. Dat leidt ertoe dat er een groep patiënten ontstaat die draaideurpatiënten dreigen te worden: door hun opname verdwijnt het gevaar, ze verlaten de instelling en enige tijd later gaat het weer mis. Het is begrijpelijk dat hulpverleners dan een houding aannemen dat ze niets kunnen betekenen voor deze patiënten en hen dus ook niet graag opnemen.
- Daarnaast is echter ook opgemerkt (zie hoofdstuk 2) dat er door hulpverleners wellicht onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de Wet Bopz biedt.

Het voorgaande wekt wellicht de indruk dat de afweging tussen strafrecht en zorg een kwestie van incidenten is. In werkelijkheid is er in veel gevallen sprake van complexe patiëntencarrières, waarin strafrechtelijke en Bopz-periodes elkaar afwisselen. Overigens waren er met betrekking tot de hierboven geformuleerde vragen ook relativerende reacties. Enkele geïnterviewden namen nadrukkelijk stelling tegen de impliciete suggestie dat "als de geestelijke gezondheidszorg en/of de Wet Bopz nu maar goed zou(den) functioneren, er geen gestoorde mensen meer in de criminaliteit terecht zouden komen." Die claim is niet waar te maken.

## Aanbevelingen

Ten aanzien van drie aspecten kunnen aanbevelingen worden geformuleerd: de noodzaak tot voorzieningen voor acute opvang, informatie-uitwisseling tussen partijen en de noodzaak van adequate nazorg.

1. *Voorzieningen voor acute zorg.* Met name uit de beschrijving van de problemen die de politie heeft met de opvang van verwarde mensen met acute problemen, volgt de aanbeveling om te werken aan adequate opvangvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. Als er geen sprake is van een (ernstig) strafbaar feit, zijn deze mensen meer op hun plaats in een GGZ-voorziening dan in een politiebureau. Daar kan dan worden beoordeeld in hoeverre het noodzakelijk is een beroep te doen op de Wet Bopz.
2. *Informatie-uitwisseling.* Hierboven is aangegeven dat er in veel gevallen sprake is van complexe patiëntencarrières. Gesteld is dat er zelfs sprake kan zijn van toeval of iemand in het GGZ- dan wel het justitiële circuit terecht komt. Om adequaat te kunnen reageren op acute situaties is het daarom van belang dat er op individueel niveau een dossier bestaat waarin de carrière van de betreffende patiënt wordt beschreven, dat door partijen wordt bijgehouden. Individuen moeten kunnen worden gevolgd, in welk systeem ze zich ook bevinden. Uitwisseling van kennis en ervaringen tussen betrokken organisaties is van belang. Het is ook van belang dat ten aanzien van die individuele patiënt door de betrokken partijen gezamenlijk doelen worden geformuleerd en een handelingsprotocol wordt geformuleerd. In enkele gemeenten is al een aanvang gemaakt met een dergelijke benadering. Dit type afspraken kan een rol spelen bij een optimale toepassing van de Wet Bopz, die toch moet worden beschouwd als een 'ultimum remedium'.  
Een bijzonder voorbeeld van het in één hand houden van informatie is het concept van de 'stamadvocaat', zoals dat in Den Haag wordt toegepast. Een cliënt krijgt in principe één vaste advocaat voor Bopz-aangelegenheden toegewezen. Wellicht verdient het aanbeveling dit concept breder in praktijk te brengen. Zo'n stamadvocaat zou ook een rol kunnen spelen in het hiervóór bepleite begeleidings- en zorgtraject rondom een individuele cliënt.
3. *Nazorg.* In relatie tot de noodzakelijke nazorg zijn twee situaties te onderscheiden:
  - Als een cliënt na een opname op grond van een RM is ontslagen, is het noodzakelijk dat een goede nazorg is georganiseerd. Niet alleen vanuit de ambulante GGZ en/of de maatschappelijke opvang, maar ook vanuit Justitie. Vanuit de OGGZ wordt aangegeven dat het nogal eens voorkomt, dat de cliënt na ontslag uit het ziekenhuis wordt geconfronteerd met openstaande boetes en op grond daarvan in detentie wordt genomen. Een dergelijk gang van zaken is niet bevorderlijk voor een blijvend stabiel houden van de situatie van de

cliënt. Een aanbeveling is daarom dat vóór ontslag uit het ziekenhuis overleg wordt gevoerd tussen de GGZ en de betreffende instanties om dit soort situaties te voorkomen. De eerder aangegeven suggesties voor gezamenlijke dossiervorming kan daarbij helpen.

- Een tweede belangrijke vorm van nazorg is de opvang van mensen met een geestesstoornis na detentie. Hier doet zich dezelfde situatie voor dat voorkómen moet worden dat mensen aan hun lot worden overgelaten. De GGZ, maatschappelijke opvang en de reclassering zouden gezamenlijk moeten zorgen voor een situatie waarin de cliënt in ieder geval de mogelijkheden worden geboden om een stabiele positie in de samenleving op te pakken. Nog onlangs is door de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO, 2007) een kritisch rapport over de nazorg van gedetineerden met geestesstoornissen uitgebracht. Het belangrijkste kritiekpunt van de RMO lijkt te zijn verwoord in de titel van het rapport: "Straf en zorg: een paar apart".



# 4. INTERNE RECHTSPOSITIE, STRAFRECHTELIJK EN CIVIELRECHTELIJK

## 4.1 Focus

In dit hoofdstuk wordt de interne rechtspositie binnen het justitieel kader vergeleken met die in het kader van de Wet Bopz (en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst - Wgbo). Dat justitieel kader kan op twee manieren worden opgevat:

- de justitiële titel van verdachten of veroordeelden;
- de setting waar zij verblijven: deze kan al dan niet justitieel zijn.

Personen met een justitiële titel kunnen verblijven in een niet-justitiële setting. Vier settings zijn te onderscheiden:

- Reguliere GGZ: niet-justitieel (Bopz-aangewezen instellingen)
- Forensisch psychiatrische klinieken (FPK) en forensisch psychiatrische afdelingen (FPA). Eveneens niet-justitieel. Bedoeld voor personen met een strafrechtelijke maatregel.
- TBS-klinieken: strafrechtelijk (Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden - Bvt)<sup>10</sup>.
- Gevangeniswezen: strafrechtelijk (Penitentiaire beginselenwet - Pbw, Beginselenwet Justitiële Jeugdinstellingen - BJJ)

De Wgbo is in alle settings van toepassing, behoudens voor zover de betreffende Beginselenwet hier beperkingen op aanbrengt. In onderstaand schema is getracht een en ander inzichtelijk te maken. De vier hierboven genoemde typen voorzieningen zijn afgezet tegen de grondslag waarop iemand kan zijn opgenomen. Dat levert een matrix van acht 'cellen' op. Mensen kunnen op een strafrechtelijke titel in ieder van de vier typen voorzieningen verblijven.

**Schema:** *Combinaties tussen grondslag voor opneming en setting*

		Setting			
		Penitentiair		Bopz-aangewezen	
		Gevangeniswezen	TBS-kliniek	FPK/FPA	Reguliere GGZ
Grondslag voor opneming	Strafrecht				
	Civiel recht (Wet Bopz)				

10 Bedoeld zijn hier uitsluitend de zogenoemde Rijks- en Particuliere TBS-klinieken. De Forensisch Psychiatrische Klinieken worden ter onderscheiding van deze ook wel niet-justitiële TBS-klinieken genoemd. Zij nemen echter op meer strafrechtelijke titels patiënten op dan alleen de TBS-maatregel. Om verwarring te voorkomen wordt het begrip particuliere TBS-kliniek in dit rapport niet gebruikt.

Dit complexe beeld rechtvaardigt een algemeen hoofdstuk ter inleiding op de problematiek van de rechtsposities. In het volgende hoofdstuk zullen de settingen stuk voor stuk behandeld worden aangaande hun karakteristieken en doorstromingsbelemmeringen, wettelijk en feitelijk.

Teneinde deze ingewikkelde materie recht te doen, zijn enige keuzes noodzakelijk. De focus van dit hoofdstuk wordt op drie manieren vereenvoudigd:

- De focus van dit hoofdstuk is in de eerste plaats gericht op patiënten respectievelijk gedetineerden met psychosen, al dan niet in co-morbiditeit met verslaving.
- Door meerdere geïnterviewden is gewezen op de verandering in het patiëntenbeeld dat de laatste decennia met justitie in aanraking kwam:
  - aanzienlijke toename van mensen met psychosen die een strafbaar feit hebben gepleegd,
  - toename van psychiatrische patiënten met co-morbiditeit, waaronder verslaving.
- De Commissie Visser (2006) wijst wat betreft Tbs-gestelden op een soortgelijke verschuiving: grotere diversiteit aan zowel psychische stoornissen als culturele achtergronden. Voorts is deze groep in principe met gunstiger resultaat te behandelen dan de groep met persoonlijkheidsstoornissen. Het onderscheid is natuurlijk grof en combinaties tussen persoonlijkheidsstoornissen en psychosen komen veelvuldig voor. Maar de doorstromingsproblematiek naar GGZ-instellingen is met name voor de mensen met psychosen relevant te achten.
- Dit hoofdstuk is bovendien vooral gericht op de interne rechtspositie van ‘ingeslotenen’. In feite zijn ingeslotenen over het gehele scala van settingen te vinden, ook in de reguliere GGZ waar gedwongen opnamen plaatsvinden in gesloten opnameafdelingen en waar mogelijkheden aanwezig zijn om te separeren.
- Ten slotte wordt het vraagstuk van de rechtspositie toegespitst op twee deelonderwerpen: dwangbehandeling (waaronder dwangmedicatie) en vrijheidsbeperkende maatregelen.
- In de wet- en regelgeving is veelal sprake van brede begrippen als ‘behandeling’, ‘behandelingsplan’ en ‘geneeskundige handeling’. In de praktijk zoals die bij geïnterviewden naar voren komt, zijn knelpunten in de rechtspositie toch bijna steeds op deze twee deelonderwerpen terug te voeren.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de toegenomen roep om dwangmedicatie. Daarna wordt ingegaan op verschillen in de wet- en regelgeving op het gebied van dwangbehandeling tussen de Wet Bopz en de justitiële Beginselenwetten. Vervolgens wordt in het kort het belang van vrijheidsbeperkende maatregelen aangeduid, dat breder strekt dan vrijheidsstraf respectievelijk voorkomen van ontsnapping of van onttrekking aan de opgelegde maatregel. Ten slotte wordt de behoefte aan harmonisatie tussen de rechtsposities samengevat.

## 4.2 De toegenomen roep om tijdige (dwang)medicatie

Belemmeringen voor gedwongen behandeling zijn zowel aanwezig in het justitiële kader als in het civiele kader van de Wet Bopz en de Wgbo. De roep om snellere, zonodig gedwongen, medicatie van met name personen met psychosen leeft sterk in de beroepsgroep van psychiaters. Onder rechters, advocaten en officieren van justitie is meer aarzeling en terughoudendheid te beluisteren. De oproep van veel mensen uit het behandelveld om eerder in te kunnen grijpen is een recent verschijnsel. In hun motivatie staat niet het maatschappelijk ordeprobleem centraal, zoals men ten onrechte zou kunnen menen. De geïnterviewden geven expliciet of impliciet aan, dat bij de huidige 'state of the art' met betrekking tot de schizofrene psychosen een vroegtijdig ingrijpen, *met name medicamenteus*, essentieel is voor een zo gunstig mogelijk beloop van de ziekte. Ook de Commissie Visser (Parlementair onderzoek naar TBS; 2006) heeft van deze gewijzigde opvattingen nota genomen.

Een ongunstig beloop van schizofrenie wil zeggen, dat de stadia van floride psychosen op den duur plaats maken voor algehele uitgeblustheid (vroeger ook wel als 'defect' aangeduid), waarin de persoon weliswaar niet meer sterk met wanen bezig is, maar ernstig gehandicapt is ('negatieve symptomen'). Medicatie kan lang of kort aangewezen zijn. Veel mensen met psychosen hebben voor langere tijd medicatie nodig. Bij voorkeur vrijwillig, maar zo nodig onder drang of dwang. Bij afdoende toezicht kunnen zij zich in veel gevallen op de duur ambulante of in beschermende woonvormen goed handhaven. Daarnaast kan ook een korte (eventueel gedwongen) medicamenteuze behandeling tot een bepaald herstel leiden. Psychotische wanen hebben vaak een paranoïde inslag, zodat de patiënt zich voor alle contact met hulpverleners afschermt. In die zin kan het wegebben van de paranoia een gericht oogmerk zijn van medicamenteuze ingrepen. De patiënt wordt toegankelijk voor onderhandeling met zijn hulpverleners en kan een eigen wilsbepaling inbrengen. Strikt genomen is deze kortdurende medicamenteuze interventie geen dwangbehandeling ex art. 38 Wet Bopz, maar valt onder de Middelen en Maatregelen *ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties* ex art. 39 van de wet (en waar geen behandelingsplan aanwezig is, resp. het behandelingsplan hierin niet voorziet).

De Commissie Visser heeft opgemerkt dat de mening over gedwongen medicatie langzamerhand gewijzigd is. Voorheen werd medicatie als ingrijpender beschouwd dan separatie en andere vrijheidsbenemingen. Dit kantelen van de mening van behandelaars wordt bevestigd door onze interviews. Men hoopt met tijdig medicamenteus behandelen ook minder, respectievelijk korter te hoeven separeren. Psychofarmaca laten meer keuze toe dan voorheen. Een aantal moderne antipsychotica vertoont geen of nauwelijks extrapyramidale (Parkinson-achtige) bijwerkingen. Voor een deel van de antipsychotica is de depotvorm beschikbaar (Huygen, 2006; Slooff, 2006).

Psychiaters spreken van 'zorgverlamming' als datgene wat eigenlijk dringend zou moeten, op belemmeringen stuit. Een casus van één der geïnterviewden:

*"Een voorbeeld uit de categorie 'Zorgwekkende zorgmijders' betreft een man met een manifest psychotische schizofrenie die zichzelf verwaarloost. Hij wordt met een rechterlijke machtiging terecht opgenomen en verzorgd. Verzet zich niet, veroorzaakt geen gevaar, maar is alleen maar met zijn psychose bezig. Zo iemand kan je niet gedwongen behandelen. Er ontstaat een uitzichtloze situatie, want je weet dat wanneer je hem onder voorwaarden ontslaat, het binnen de kortste keren weer mis is. Het criterium 'gevaar voor zichzelf' geldt buiten het ziekenhuis. Binnen het ziekenhuis vindt geen verwaarlozing plaats, maar je weet dat het mis gaat als die persoon weer voor zichzelf moet zorgen." (citaat geïnterviewde psychiater).*

De persoon uit deze casus komt, strikt genomen, nu niet voor dwangmedicatie in aanmerking. Zowel in justitiële settingen als in Bopz-settingen wordt soms bewust gewacht tot er zich een gevaarlijke situatie voordoet. Bij vrijwillig opgenomen patiënten kan dan een lbs worden aangevraagd, waarna dwangmedicatie gemakkelijker is. Toch wordt ook gewaarschuwd voor te veel ruim baan geven aan ondoordachte ingrepen tegen de wil van de patiënt. De discussie over de vraag of gedwongen medicatie voor de patiënt minder ingrijpend is dan separatie, is in Nederland nog niet afgerond. Het kan per patiënt verschillen. In juridische zin is er bovendien altijd sprake van een spanning met de grondrechten van zelfbeschikking en van de integriteit van het lichaam. Voorts geeft een deel van de geïnterviewden aan dat met een ferm optreden (drang) al veel kan worden bereikt zonder dwang in strikte zin. Tervoort (2003) stelt hierover: "Via een inventieve toepassing van diverse soorten drangmaatregelen kunnen de mogelijkheden patiënten in zorg te nemen en te houden drastisch worden uitgebreid."

Inmiddels is een wetsvoorstel in behandeling dat tot doel heeft de mogelijkheden voor dwangbehandeling in de Wet Bopz te verruimen (Kamerstukken II, 2005-2006, 30 492; is tevens het wetsvoorstel waarmee beoogd wordt de voorwaardelijke machtiging te repareren). Met dit wetsvoorstel wordt tegemoet gekomen aan het huidige dilemma, dat dwangbehandeling op dit moment alleen is toegestaan bij onmiddellijk dreigend gevaar *binnen de inrichting*. In het voorgestelde art. 38 c lid 1 sub a wordt ook ander gevaar genoemd. Verscheidene geïnterviewden betuigden hiermee hun instemming. Widdershoven (2006) noemt een aantal bedenkingen en stelt dat bij alle verruiming van dwangtoepassing behoedzaamheid en voldoende aandacht voor 'checks en balances' vereist is.

De huidige beperkingen voor dwangmedicatie in de Wet Bopz worden volgens sommige respondenten echter overdreven. Lucieer: *"Formeel geeft de huidige wet weinig ruimte voor dwangbehandeling maar door de huidige definiëring van het begrip 'gevaar' en de algemeen geaccepteerde opvatting dat niet-behandelen in veel*

*gevallen schade doet aan de patiënt, is de wettelijke ruimte voor dwangbehandeling aanzienlijk verruimd en treedt de rechter niet op. Je ziet daarnaast mensen wel klagen als er niets gebeurt en als patiënten verwaarloosd worden; slechts zelden als iemand tegen zijn wil behandeld wordt. Er is teveel angst bij psychiaters voor juridisering waardoor zij zich in hun handelen laten verlammen en risico's gaan mijden. Daarmee tonen zij te weinig verantwoordelijkheidsbesef. Het belang van de dokter (ingegeven door angst voor juridische consequenties) zie je dan prevaleren boven het belang van de patiënt." Gewoon moet tonen en zorgvuldig en respectvol bejegenen, is de boodschap. "Van de 25.000 dwangbehandelingen waarover tijdens het congres 'dwang en drang' (december 2004) gesproken is, worden er 10.000 bij de Inspectie gemeld. De grote regionale verschillen tussen gemelde dwangbehandelingen laten zien dat er veel meer kan dan vaak wordt beweerd."*

*Van Panhuis: "Psychiaters zijn bang en teveel op anderen gericht. Slechts weinigen hebben de mentaliteit van een chirurg. Ze zijn te veel bezig met wat anderen willen en te weinig met waar ze zelf voor staan. Dat kan schadelijk zijn, waar enigszins paternalistisch gedrag wordt verwacht"*

*Maar ook wordt vernomen: "Veel collega's zijn snel met pillen en spuiten. Dat mag je alleen doen als je zeker weet dat het zal helpen. Je moet uitkijken te denken dat je weet wat goed is voor de patiënt."*

### 4.3 Ruimte voor dwangmedicatie in de Beginselenwetten versus de Wet Bopz

Het vergelijkend verkennen van de ruimte voor dwangmedicatie is van belang om twee spiegelbeeldige redenen:

- beperkingen in de setting van het Gevangeniswezen en TBS-klinieken kunnen belemmerend uitwerken voor het tijdig ingrijpen in het beloop van de psychiatrische ziekte; (snelle) doorstroming naar Bopz-aangewezen settings zou in dat geval extra aangewezen zijn;
- wettelijk gegeven nadelen in de Bopz-setting ten opzichte van het Gevangeniswezen en TBS-klinieken kunnen gedeeltelijk de drempel verklaren die de GGZ, naar verluidt, vaak opwerpt tegen justitiële opnamen.

De Beginselenwetten voor mensen in detentie en TBS gaan er van uit dat de TBS-kliniek en het Gevangeniswezen (GW) primair geen behandelinstellingen zijn, maar gericht op beveiliging van de samenleving, in het geval van de TBS gecombineerd met verpleging. In deze wetten is in de eerste plaats sprake van 'geneeskundige handelingen onder dwang' in noodsituaties die vergelijkbaar zijn met de Middelen en Maatregelen-nood in artikel 39 van de Wet Bopz. (De toelichting op de wetten vereist echter in tegenstelling tot de situatie in de Bopz-aangemerkte instellingen niet een beperking tot kortwerkende antipsychotica. De gemiddelde werkingsduur van de toegepaste depotmedicatie is naar verluidt in de praktijk echter twee weken).

Dit laatste betekent dat men wel steeds bij dreigende calamiteiten voor korte tijd kan ingrijpen maar dat daarna elke keer gewacht moet worden tot een dergelijke dreiging opnieuw aan de orde is. Gezien de situatie van mensen met psychosen is dit veelal onvoldoende respectievelijk ongewenst en het is niet te verbazen dat het fenomeen van de dwangbehandeling per depot bij de TBS-klinieken steeds meer voorkomt. Deze ontwikkeling wordt getolereerd omdat de Inspectie voor de Gezondheidszorg reeds enkele malen de Ministers van Justitie en VWS geadviseerd heeft de wetgeving beter op elkaar af te stemmen en de mogelijkheden tot dwangbehandeling te verruimen teneinde schade aan de patiënt en onveiligheid in de inrichting te voorkomen. Minister van Justitie Hirsch Ballin heeft de Tweede Kamer op 26 oktober 2006 het voornemen van wetswijziging aangekondigd, waardoor de mogelijkheden in de Penitentiaire beginselenwet om psychisch gestoorde gedetineerden onder dwang te behandelen, zullen worden verruimd.

Overigens wordt het begrip dwangbehandeling in de kringen van de TBS-klinieken en het GW vaak anders gebruikt, onder andere ook voor eenmalige ingrepen, terwijl deze 'geneeskundige handelingen' in feite niet op behandeling gericht zijn, maar passen in het hanteerbaar houden van de situatie. Het is moeilijk om het woordgebruik exact te houden. Ook in dit rapport zal het onderscheid niet strikt gehanteerd worden, om gekunstelde bewoordingen te vermijden.

Analoog aan de Wet Bopz schrijven de Beginselenwetten voor dat alle geneeskundige handelingen onder dwang gemeld moeten worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze heeft tot en met het jaar 2005 op alle meldingen afzonderlijk gereageerd (schriftelijk of middels een toezichtbezoek). Deze meldingen kregen dus meer aandacht dan de Bopz-meldingen omdat het in deze situaties gaat om dwangtoepassing binnen een per definitie toch al zeer restrictief milieu.

### **Samenvattend:**

De Beginselenwetten zijn enerzijds beperkter dan de Wet Bopz doordat er slechts sprake is van de mogelijkheid tot kortdurende ingrepen.<sup>11</sup> Ook de Commissie Visser kent aan de Wet Bopz minder strikte criteria toe. In de praktijk schuiven de TBS-klinieken echter al op in de richting van de Wet Bopz.

De Beginselenwetten zijn anderzijds ruimer dan de Wet Bopz, omdat de relatie tussen het gevaar en de psychische stoornis niet expliciet vereist is voor gedwongen medicatie. In de praktijk is het verschil niet groot (meer). In de setting van de reguliere GGZ leeft nog al eens het beeld dat er in de strafrechtelijke setting meer mogelijk is. Waarschijnlijk wordt dit ingegeven door de veronderstelling, dat in een strafrechtelijke setting meer druk kan worden uitgeoefend om een behandeling te

accepteren. Op het aspect van drang wordt teruggekomen in het volgende hoofdstuk.

## 4.4 Vrijheidsbeperkingen

De Beginselenwetten verlenen ruimte om - onder meer bij wijze van 'ordemaatregelen' - vrijheden te beperken. Vanzelfsprekend hebben vrijheidsbeperkingen voor gedetineerden en Tbs-gestelden mede tot doel ontvluchting te voorkomen.

Tegenwoordig is er meer dat telt, in het licht van de veranderingen in de populaties die zich de afgelopen decennia hebben voltrokken. Met name gaat het om de frequente co-morbiditeit van psychosen en verslaving. Bij verslaving, ook bij cannabisgebruik, treden bij kwetsbare personen floride psychosen gemakkelijker op. Aan de andere kant zijn personen met psychosen ook vatbaar voor verslavingen als ze niet al verslaafd zijn.

Een drugsvrij milieu is essentieel om een start met behandeling te kunnen maken. Beperking van vrijheden is daarbij onafwendbaar. In het detentiemilieu zou dat beginsel vanzelf moeten spreken, voortvloeiend uit de beveiliging van de setting en de controles die worden uitgevoerd. De praktijk is echter weerbarstiger, maar daar gaan wij in dit bestek aan voorbij. Beperking van vrijheden (met inbegrip van disciplinaire straffen/sancties), hebben eveneens het oogmerk om tegen agressie en afdelingsontregeling op te kunnen treden.

Allerlei vrijheden kunnen op basis van detentie en TBS gemakkelijker ingehouden worden dan op basis van de artikelen 36-40 van de Wet Bopz. Om te beginnen is insluiting op de eigen kamer (i.c. cel) gedurende de nacht al regel en kan die ook gedurende (een deel van) de dag toegepast worden zonder dat er sprake is van gevaar voortvloeiend uit de stoornis. Het Bopz-regime sluit dit eigenlijk uit, behalve als afzondering in het kader van de toepassing van Middelen en Maatregelen dan wel dwangbehandeling aan de orde is. Artikel 36 van de Wet Bopz geeft mogelijkheden om de patiënt aan kleding of lichaam te onderzoeken. Artikel 40 van de Wet Bopz biedt mogelijkheden om post te controleren op voorwerpen en telefoonverkeer te beperken. In detentie, waar afwending van vluchtgevaar een belangrijke rol speelt, strekt een deel van dit soort bevoegdheden verder dan in de Wet Bopz. Eveneens ter voorkoming van ontvluchting kunnen penitentiaire inrichtingen en TBS-klinieken paspoorten innemen. Dit is onder de Wet Bopz niet mogelijk. Bovendien heeft de rechter bepaald dat de vrijheidsbeperkingen van de Wet Bopz niet als 'huisregels' bij opname mogen gelden. Zij moeten dus in het individuele behandelingsplan worden opgenomen om geldig te zijn. Veel klachten en beroepskwesties zijn het gevolg. De mogelijkheden om 'dwang en drang' uit te oefenen zijn dus verschillend tussen de strafrechtelijke en civielrechtelijke wetten. Hierop zal in het volgende hoofdstuk worden teruggekomen bij het overzicht van de diverse settingen. Nog beperkter zijn de mogelijkheden binnen Bopz-settingen indien de strafrechtelijke opnames rechts-

positioneel als vrijwillig worden beschouwd. Dan is een afzonderlijke aanvraag nodig voor een Bopz-maatregel, maar dit is niet altijd mogelijk dan wel geeft naar de mening van de geïnterviewden veel rompslomp. Ook hier wordt in het volgende hoofdstuk op teruggekomen.

Over de interne rechtspositie van Tbs-ers bij proefverlof en met voorwaardelijke TBS worden verschillende geluiden vernomen. Widdershoven (2005) is van mening dat opname/behandeling in de GGZ in dat geval vrijwillig is en dat alleen de Wgbo geldt, niet de Wet Bopz. Beperkingen in bewegingsvrijheid en dergelijke, separatie, dwangmedicatie zijn allemaal dus niet mogelijk zonder een (aanvullende) Bopz-maatregel. Gebleken is dat niet iedereen de mening deelt dat proefverlof rechtspositioneel vrijwillig is. De beperkingen en onduidelijkheden kunnen volgens geluiden uit de forensische klinieken worden opgeheven door wettelijk te regelen dat strafrechtelijke vrijheidsbenaming als titel voldoende is om de wet- en regelgeving inzake gedwongen opnamen te laten gelden. Hoe dat precies geregeld moet worden, blijft buiten de scope van dit onderzoek. Widdershoven (2005) uit hier in elk geval ernstige bezwaren tegen, onder meer in relatie met het Europees Verdrag voor de bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Wij beperken ons tot het aanbevelen van nader onderzoek naar mogelijke tegemoetkoming aan deze, toch wel dringend geformuleerde, behoefte.

Widdershoven (2005) heeft per type strafrechtelijke plaatsing in de GGZ onderzocht welke interne rechtspositie het gevolg is. Plaatsingen ex art. 37 Sr., PIJ-maatregelen en TBS met dwangverpleging leiden van zichzelf tot interne rechtspositie van de Wet Bopz. Voor de overige plaatsingen geldt dit niet en zal indien nodig (en mogelijk) een Bopz-maatregel moeten worden aangevraagd via het civielrechtelijk traject. Bij voorwaardelijke plaatsingen in de Bopz-settingen kunnen urinecontroles en dergelijke deel uitmaken van de overeengekomen of door de rechter opgelegde voorwaarden. Bij niet naleving loopt de patiënt dan het risico van (terug)plaatsing in gevangenschap of omzetting van een TBS met voorwaarden in TBS met dwangverpleging. Deze 'stok achter de deur' is een hulpmiddel om effectieve drang op de patiënt uit te kunnen oefenen. De GGZ blijkt in het onderzoek duidelijk prijs te stellen op een 'stok achter de deur' bij plaatsing van patiënten op strafrechtelijke titel. Die 'stok' ontbreekt bij plaatsingen ex art. 37 Sr. en art. 15.5 Pbw. Bij plaatsingen ex art. 37 Sr. verlaat de patiënt het strafrechtelijk circuit. Plaatsingen ex art. 15.5 in de GGZ zijn daarentegen bedoeld als tijdelijk. Als regel gaat de patiënt na verloop van tijd terug naar de penitentiaire inrichting (behoudens bijvoorbeeld als er sprake was van een voorlopige hechtenis die eindigt met een rechterlijke lastgeving conform art. 37 Sr. of wanneer vreemdelingenbewaring in het spel is).

Opgemerkt is dat de rechter niet altijd voldoende toeziet op helderheid en duidelijkheid in de gestelde voorwaarden, zodat de 'stok' aan effectiviteit inboet. Daarnaast is uit het forensische GGZ-veld twijfel vernomen aan de effectiviteit van artikel 37 Sr. Onduidelijk is wat er verder met de patiënten gebeurt na de lastgeving

tot opname, vooral waar sommige GGZ-instellingen al blijken gaven van weerstand tegen opname. Komen ze in een forensische kliniek, of op een opnameafdeling van de reguliere GGZ? Wat gebeurt er vervolgens, vóór en na het verstrijken van de maximale geldigheidstermijn? Verloopt de behandeling aanvaardbaar of komt de patiënt zonder opvang en nazorg op straat te staan? Als alternatief is voorgesteld dat de mogelijkheden van Tbs-opleggingen worden verruimd zodat art. 37 feitelijk overbodig wordt. Een ander voorstel is, een betere doorgeleiding naar het civielrechtelijke Bopz-traject te bewerkstelligen. In het kader van dit onderzoek kan in elk geval de aanbeveling gelden van een nader gericht onderzoek naar de effectiviteit van art. 37-plaatsingen.

#### 4.5 Naar een harmonisatie van wetgeving

Door de Commissie Visser is bepleit de wetgeving op het gebied van de strafrechtelijke psychiatrische zorg en van de civielrechtelijke psychiatrische zorg beter op elkaar af te stemmen om betere mogelijkheden voor samenwerking tussen de forensische psychiatrie en de reguliere psychiatrie te creëren. Dus zowel aan de civielrechtelijke kant als aan de strafrechtelijke kant wordt op dit moment de noodzaak ervaren tot vernieuwing van de wetgeving.

De Wet Bopz is in wezen een opnamewet, geen behandelwet. Hoewel er ook geluiden zijn die tot terughoudendheid manen (zie ook Lucieer, 2006), pleiten veel geïnterviewden voor een algemene behandelwet, waarin de rechtspositie van alle psychiatrische patiënten wordt geregeld, ongeacht of de behandeling plaatsvindt in een strafrechtelijk of civielrechtelijk kader. Die algemene behandelwet kan bijvoorbeeld worden gemaakt door de huidige Wet Bopz, die de civielrechtelijke dwangopname regelt, en de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt), die de strafrechtelijke dwangopname regelt, 'in elkaar te schuiven' (zie ook Deel 8: Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz). Een ander scenario wordt bepleit door Van Panhuis (2005): zowel aan de strafrechtelijke als aan de civielrechtelijke kant kunnen de betreffende wetten zoveel mogelijk gelijklopend bijgeschaafd worden. Een tweesporensenario, met andere woorden. Met name vestigt Van Panhuis de aandacht op de mogelijkheden om hiertoe art. 37 Sr. te verruimen. Ook op andere rechtpositionele aspecten dan dwangbehandeling, met name vrijheidsbeperkingen, is het gewenst tot een harmonisatie te komen.

Een deel van de weerstand van de GGZ tegen forensische opnamen zal met deze harmonisatie waarschijnlijk verdwijnen. De instellingen krijgen meer mogelijkheden tot hun beschikking om verantwoord en uiteraard zorgvuldig in te kunnen grijpen. Dan kan tevens gemakkelijker wederzijdse overplaatsing plaatsvinden, bijvoorbeeld in het kader van een crisisopname, omdat dan, ongeacht de juridische titel van de opname, overal dezelfde rechtspositieregelingen gelden. Dit bevordert de door de Commissie Visser bepleitte betere aansluiting tussen de reguliere en de forensische

psychiatrie (zie ook de wens terzake van GGZ Nederland, 2005). Momenteel vinden in sommige Forensisch Psychiatrische Centra al met enige regelmaat crisisopnamen vanuit de reguliere psychiatrie plaats, maar dit roept vragen op over de voor de Bopz-patiënt geldende rechtspositieregeling. Het is niet goed werkbaar om binnen één instelling verschillende rechtspositieregelingen te hanteren en al helemaal niet binnen één afdeling. Bepaalde onderdelen van de beginselenwetten zouden een belangrijke plaats in deze harmonisatie dienen te krijgen. De Van der Hoevenkliniek pleit bijvoorbeeld voor het overnemen van de klachtenregeling uit de Bvt in deze nieuwe wet. Het ligt echter in niemands bedoeling dat de psychiatrische kliniek in een strafinrichting verandert (vergelijk de waarschuwing van Widdershoven (2005), die op zichzelf een voorstander is van harmonisatie (2006)).

Of harmonisatie nu via twee sporen of langs een gezamenlijk spoor dient te lopen, implementatie van de voorstellen van de Commissie Houtman (2004) per 1 januari 2007, inhoudende de 'inkoop' van forensische zorg door Justitie bij (justitiële én niet-justitiële) psychiatrische instellingen, geeft aan die harmonisatie een sterke actualiteit en urgentie mee. In het volgende hoofdstuk wordt hier uitgebreider op teruggekomen.



# 5. DE DOORSTROMING TUSSEN STRAF- RECHTELIJKE EN CIVIELE SETTINGEN

## 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk handelt over de problematiek van het toeleiden van mensen met een geestesstoornis uit penitentiaire inrichtingen naar de (reguliere) geestelijke gezondheidszorg. Daarbij zijn meerdere situaties te onderkennen, zoals:

- Mensen die op last van de strafrechter gedwongen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, dan wel vrijwillig op basis van een voorwaardelijk vonnis.
- Mensen die ten gevolge van hun stoornis (tijdelijk) ‘detentie-ongeschikt’ bevonden zijn en daarom hun straf het beste kunnen uitzitten onder het regime van de geestelijke gezondheidszorg.
- Mensen met een geestesstoornis die hun straf hebben uitgezeten maar van wie de stoornis nog steeds om behandeling vraagt.
- Mensen die van de rechter een TBS-maatregel met dwangverpleging opgelegd hebben gekregen en toe zijn aan een resocialisatietraject of een verder verblijf in de GGZ.
- Mensen die een TBS met voorwaarden opgelegd hebben gekregen. Behandeling door een forensisch psychiatrische polikliniek van een TBS-inrichting, een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek, ambulante of klinische, kan tot de voorwaarden horen.
- Gedetineerden in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD).

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Achtereenvolgens passeren vier settingen de revue: de ‘reguliere GGZ’, FPK en FPA, de TBS-klinieken en het Gevangeniswezen. Per setting wordt aandacht besteed aan kenmerken van de setting zelf, het plaatsingskader, en aan rechtspositionele en andere praktische problemen bij doorstroming naar de Bopz-aangemerkte settingen. Ten slotte worden conclusies getrokken met betrekking tot vragen die de evaluatiecommissie heeft gesteld ten behoeve van dit onderzoek.

## 5.2 De setting van de ‘reguliere GGZ’

### Kenmerken

Met de reguliere GGZ worden in dit verband de Bopz-aangewezen GGZ-instellingen bedoeld, exclusief de bovengenoemde (deel)setting van FPK en FPA. Veelal wordt nog gesproken van ‘Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)’ en ‘psychiatrisch ziekenhuis’, ofschoon de grote meerderheid van de algemene psychiatrische ziekenhuizen inmiddels met RIAGG’s gefuseerd zijn. In het kader van dit deelonderzoek is het accent gelegd op geïnterviewden die met de strafrechtketen te maken hebben. Daaruit kwamen meningen over de reguliere GGZ naar voren die in de vergelijking tussen de settingen een plaats hebben gekregen. Ten eerste omdat de vragen van de evaluatiecommissie hier impliciet of expliciet over gaan, ten tweede omdat geïnterviewden het vaak belangrijk vonden om er uitvoerig op in te gaan. Het

is onvermijdelijk dat hier en daar een zekere overlap plaatsvindt met andere deelonderzoeken. De groep respondenten is echter specifiek door hun ervaring met de grensproblematiek.

Er moet aan worden herinnerd dat insluiting ook in de GGZ plaatsvindt, namelijk op de gesloten opname- en behandelafdelingen. Voorheen waren er ook gesloten long stay-afdelingen (onderdeel van de bredere asiel functie), maar deze zijn als gevolg van het beleid van 'vermaatschappelijking van de GGZ' grotendeels opgeheven. Gesloten opnames vinden meestal maar voor enkele weken plaats.<sup>12</sup>

Een groot deel van de reguliere GGZ is ingericht op aandoeningen als angststoornissen, depressies en stemmingsstoornissen. Die 'profielen' komen niet overeen met wat in het forensische circuit zit en met de nieuwe populatie die veelal meervoudige problematiek kent (verward, vaak ook nog verslaafd en soms agressief). Men laat veel opgenomen mensen vertrekken, wanneer men ze niet meer met dwang of drang voldoende kan behandelen. *"De GGZ is één grote gatenkaas!"* was een van de kritische uitlatingen.

Ofschoon de beveiligingsmogelijkheden in de reguliere GGZ geringer zijn dan in de volgende te beschrijven settings, verblijven er ook justitiabelen; onder meer op titel van voorwaardelijke straffen en artikel 37 Wetboek van Strafrecht (over deze titels later meer). Daarnaast worden deze voorzieningen soms benut voor TBS-patiënten die na opheffing van de maatregel permanente behandeling en toezicht vereisen. Door dit gegeven, maar ook door andere oorzaken, is er volgens een deel van de geïnterviewden toch een substantiële overlap in kenmerken van de populatie van mensen met psychosen aan het groeien tussen de reguliere GGZ, FPK en TBS-klinieken, niettegenstaande de hierboven genoemde 'profielen'. Van Nieuwenhuizen (2006) refereert aan onderzoek dat dezelfde kant op wijst.

In het kader van dit rapport is een groepsdiscussie geëntameerd onder zeven psychiaters die sinds 10 jaar voor beleidspsychiatrische intervisie bij elkaar komen. Drie van hen zijn (mede) forensisch werkzaam (of geweest), één was psychiater in de OGGZ. In dit gesprek kwam de overlap nadrukkelijk ter sprake. Veel patiënten die niet op juridische titel verblijven, hebben toch een strafblad. Daarnaast blijken veel patiënten meer op hun kerfstof te hebben dan opgespoord is respectievelijk tot vervolging heeft geleid.

Andersom wordt ook vanuit de TBS-klinieken de overlap bevestigd: *"In de TBS-kliniek worden ook mensen geplaatst die helemaal geen ernstige delicten hebben begaan. Die horen eigenlijk in de gewone GGZ."* (Citaat geïnterviewde psychiater)

12 Eén der geïnterviewden merkte op dat de periode van gesloten opname opgerekt zou moeten worden. Juist schizofrenen hebben die rust nodig, de maatschappij is voor hen te snel en te onrustig. Nu moeten deze patiënten na enkele weken doorgaan naar open afdelingen. Alleen in acute situaties krijgen ze, volgens deze geïnterviewde, een machtiging.

Al zijn het qua psychotisch beeld en criminele carrière gelijksoortige patiënten, agressie en gevaar zijn in de GGZ-setting toch matiger aanwezig dan in de forensisch psychiatrische settings. In de reguliere GGZ bestaat weerstand om patiënten over te nemen die bijvoorbeeld moeilijk beheersbaar gedrag vertonen of onrust en angst bij andere patiënten en personeel op de afdelingen oproepen. De reguliere GGZ is in de afgelopen decennia ingrijpend veranderd. Vermaatschappelijking, spreiding van voorzieningen naar de woonkernen, en ambulantisering waren leidraad. Er kwamen kleinschalige voorzieningen 'in de wijk'. Te klein om personeel en patiënten een substantiële mate van beveiliging te kunnen bieden. De milieu's die 'holding en containment'<sup>13</sup> kunnen bieden, zijn steeds zeldzamer geworden en daarmee zijn ook de vaardigheden bij het personeel zelf afgenomen. Aan de andere kant nam het aantal mensen in de maatschappij voor wie een dergelijk beveiligd milieu nodig is, juist toe. Niet alle GGZ-instellingen gaan op dezelfde wijze met moeilijke patiënten om. De cultuur verschilt niet alleen tussen settings maar ook tussen instellingen onderling, zo wordt gesignaleerd. Een zekere kentering tekent zich af. Er is er meer aandacht voor training in agressieregulering, onderhandeling en toepassing van dwang en drang. Het blijft wel een illusie dat alcohol en drugs buiten de psychiatrische ziekenhuizen gehouden kunnen worden. *"Dat zie je in de hele wereld"*, stelt een geïnterviewde.

Mensen met een psychotisch beeld die nu nog terecht komen op een long stay-afdeling van TBS-klinieken, dus min of meer in een gevangenisituatie, zouden naar de mening van enkele geïnterviewden beter op hun plaats zijn op een gesloten long stay-afdeling in de psychiatrie: *"Daar durven ze wat meer paternalistisch te zijn dan in de reguliere GGZ. Maar daar kun je mensen als het goed gaat ook wat vrijer laten dan in de TBS-klinieken."* Er wordt gewerkt aan de totstandkoming van dergelijke voorzieningen:

- 'Langdurige Intensieve Zorg' (LIZ) te Amsterdam: een voorziening bedoeld voor patiënten die zowel op strafrechtelijke als civielrechtelijke titel geplaatst kunnen worden.
- Het initiatief Duurzaam Verblijf te Assen, gericht om mensen die middelenafhankelijk zijn en daarnaast een andere aandoening hebben (veelal schizofrenie) en stelselmatige daders zijn (verwervingscriminaliteit). Zij kunnen worden opgenomen met een rechterlijke machtiging.

13 Holding (in verzekering stellen) en containment (begrenzing) slaan in dit verband op interventies die zowel betrekking hebben op de specifieke stoornis als op het algemeen bejegeningklimaat en het noodzakelijke beveiligingsniveau. Belangrijke kernbestanddelen zijn: het bieden van structuur, ondersteuning, begrip en beveiliging (tot separeren toe).

‘Het terugkweken van de asielfunctie’ wordt dit genoemd – met de waarschuwing dat deze ontwikkelingen ongecoördineerd en ondoordacht plaats lijken te hebben. “De neiging om voor ieder probleem een aparte organisatie met een apart loket op te richten, is volgens mij diep in onze maatschappij verankerd”, stelt een respondent. Een beoogde oplossing kan ook onderdeel van het probleem worden van te weinig samenhang. Er wordt ook twijfel geuit aan de financierbaarheid. In een eerder hoofdstuk is het bezwaar geciteerd tegen ‘deportatie’.

### Doorstroming in de wet- en regelgeving

Er zijn meerdere wettelijke regelingen die een verband leggen tussen het strafrecht en de Bopz-aangewezen settings. Genoemd kunnen worden:

- *Artikel 37 Wetboek van Strafrecht.* Deze maatregel, ook genoemd strafrechtelijke machtiging, kan de rechter aan een verdachte opleggen als de rechter aan de hand van de rapportage Pro Justitia tot het oordeel komt van ontoerekeningsvatbaarheid van verdachte voor het delict, terwijl de strafmaat van het delict onvoldoende is voor een TBS-maatregel en de vereiste beveiligingsgraad minder streng wordt geacht. In de praktijk gaat het om verdachten met ernstige psychosen. De maatregel houdt in dat de verdachte voor de duur van maximaal één jaar gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen. Onderstaande tabel geeft aan hoe vaak een dergelijke maatregel wordt opgelegd:

**Tabel 6:** Sancties opgelegd in rechtbankstrafzaken door de rechter in eerste aanleg  
Maatregel: plaatsing in een psychiatrische inrichting (2000-2004)

2000	2001	2002	2003	2004
83	77	96	111	111

(Bron: Eggen & Van der Heide, 2005)

- *TBS-oplegging*, met name de TBS-maatregel met voorwaarden en de voorwaardelijke opheffing van TBS met dwangverpleging.
- *Artikel 15, lid 5 van de Penitentiaire Beginselenwet.* Het ingeslopen spraakgebruik meent, dat deze bepaling gaat om gedetineerden die (tijdelijk) detentieongeschikt zijn. De bepaling luidt echter letterlijk “In geval van gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van een gedetineerde kan de selectiefunctionaris bepalen dat de gedetineerde naar een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet Bopz zal worden overgebracht om daar zolang dat noodzakelijk is te worden verpleegd”. Van detentieongeschiktheid wordt dus niet expliciet gesproken. Sommige geïnterviewden hebben ook bezwaar tegen de vaagheid van dit begrip. Meestal gaat het om een crisis-opname. Omwille van beknoptheid wordt de term detentieongeschiktheid in dit rapport hier en daar gebruikt.

- *Artikel 51 van de Wet Bopz.* Dit artikel regelt de rechtspositie van degenen die met een strafrechtelijke titel zijn opgenomen in een Bopz-setting en is daarmee als het ware de tegenhanger van de beide eerstgenoemde artikelen.

### Rechtspositie

Artikel 51 en 52 vormen hoofdstuk V van de Wet Bopz, getiteld: "Patiënten voor wie de Minister van Justitie medeverantwoordelijkheid draagt". Met name artikel 51 blijkt bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te leiden tot verwarring waar het de rechtspositie van de opgenomen patiënten betreft.

Lid 1 van dit artikel is de tegenhanger van het hierboven genoemde artikel 37 Sr. Lid 2 betreft mensen die onder de Wet Bopz vallen en tevens een TBS-maatregel hebben. Ook voor hen geldt voor de psychiatrische ziekenhuizen een opnameplicht. De Hoge Raad heeft echter in 2003 uitgesproken dat een voorwaardelijke TBS alsmede voorwaardelijke beëindiging van TBS met verpleging niet kan worden gecombineerd met een Bopz-maatregel. Die uitspraak maakt onduidelijk hoe het tweede lid van artikel 51 moet worden gelezen. De interpretatie ervan is in het bijzonder van belang voor de interne rechtspositie. Volgens Widdershoven (2005) is er in geval van proefverlof sprake van vrijwillig verblijf van de patiënt in de instelling, hij geeft echter aan dat er andere meningen bestaan. Deze onduidelijkheid werkt door in meerdere artikelen van de Wet Bopz. Artikel 51 is voor de niet-juridische onderlegden in de zorg notoir ondoorzichtig door de vele verwijzingen naar andere artikelen. Dit is al gesignaleerd in de tweede evaluatie van de Wet Bopz. GGZ Nederland biedt de aangesloten instellingen een helpdesk als vraagbaak. Het boek van Widdershoven (2005) is opgezet als een gids voor de toepassing van artikel 51. Onder meer staat er in een overzichtelijke tabelvorm samengevat, welke de rechtspositionele consequenties zijn van de diverse strafrechtelijke titels die tot opname in Bopz-erkende instellingen kunnen leiden (o.c., p. 25). Toch wordt er vanuit de geestelijke gezondheidszorg nog steeds sterk op aangedrongen om artikel 51 van de Wet Bopz meer helder te maken en omissies aan te vullen. Begrijpelijk is deze wens in zoverre, dat de hedendaagse wetsteksten in het algemeen toegankelijker en begrijpelijker geformuleerd zijn dan artikel 51 van de Wet Bopz.

### Dwangbehandeling

De beperkingen in het Bopz-kader worden in de reguliere GGZ naar verluid vaak overdreven. Om 'zorgverlamming' te vermijden, is het nu al mogelijk om een werkbaar protocol op te stellen, dat na akkoord door de directie/ raad van bestuur in werking treedt. Een juridische titel kan verschil maken. Met een persoon die door de strafrechter voorwaardelijk is veroordeeld, en de straf niet hoeft uit te zitten mits hij zich onder behandeling laat stellen, kan een hulpverlener veel meer dan met diezelfde persoon die onder de Wet Bopz is opgenomen. Maar deze 'alternatieve' weg die kan leiden tot motivering tot gebruik van medicatie vereist dat er sprake is geweest van een strafbaar feit. Cliënten hebben dan een stok achter de deur om zich te laten behandelen. Zonder deze stok achter de deur ligt het moeilijker. Binnen het

civielrechtelijk kader heeft de behandelaar weinig manoeuvreerruimte en weinig mogelijkheid tot drang. Citaat:

*“De voorwaardelijke rechterlijke machtiging is er niet om de cliënt te dwingen maar om de klinische behandelaar te dwingen. Die moet namelijk opnemen, wanneer een cliënt gevaarlijk gedrag vertoont. En manipulatieve patiënten weten dat. En dat is vrij typisch voor de problematiek van mensen met een dubbele diagnose.” (Citaat geïnterviewde psychiater)*

De situatie kan zich dus voordoen dat een psychiatrisch patiënt anderen kan dwingen om hem op te nemen. Aan deze cliënten wordt dan wel een behandelprogramma aangeboden. Als ze dat weigeren, zal het verblijf kort duren. De patiënt wordt terugverwezen naar de ambulante behandelaar. Om het kort te formuleren: door de stok achter de deur wordt de *cliënt* ergens toe verplicht in plaats van de *behandelaar*.

### **Mogelijkheden en beperkingen van doorstroming naar de GGZ**

De rechtspositionele problemen, maar meer nog het weggroeien van de GGZ van een zwaarder geworden psychiatrische en/of criminele en/of verslaafde populatie, bemoeilijken doorstroming van het GW en de TBS-klinieken naar de GGZ. Uit de interviews kwam als belangrijkste beperking voor de doorstroming vanuit penitentiaire inrichtingen naar GGZ-instellingen naar voren dat mensen met een bepaald ‘profiel’ niet zo maar opgenomen kunnen worden op afdelingen waar groepen mensen met een totaal ander ‘profiel’ zijn opgenomen. Als voorbeeld werd onder meer genoemd het opnemen van verslaafden met een psychiatrische stoornis op een afdeling waar zich vooral kwetsbare schizofrene mensen bevinden. In het bijzonder lijken algemeen psychiatrische ziekenhuizen er tegen op te zien om psychisch gestoorde mensen op te nemen die een crimineel (strafrechtelijk of TBS) verleden hebben. Men vreest met name de situaties dat dergelijke mensen agressief worden. Soms blijkt dat een onterecht vooroordeel en blijken zij in hun gedrag niet af te wijken van de populatie die van de GGZ-voorziening gebruik maakt. De Commissie Visser (2006) wees in het bijzonder op de problemen bij oplegging van TBS met voorwaarden (in plaats van TBS met dwangverpleging): moeizame samenwerking met GGZ en reclassering. Ook de betrouwbaarheid van de patiënten in de naleving van de afspraken laat veel te wensen over. De behandeling van deze patiënten vindt onder de Wgbo plaats; bij problemen kan niet zomaar worden teruggevallen op een TBS-kliniek. Het is aan de reclassering om een signaal af te geven. Dit kan eventueel tot een nieuw vonnis door de rechter leiden. Het is een lange weg.

Voorts is er in meerdere interviews op gewezen dat het plaatsen van mensen op grond van artikel 37 Sr. op weerstanden stuit. Het Openbaar Ministerie is verantwoordelijk voor plaatsing van deze mensen in een psychiatrische instelling. Eventueel kan de Officier van Justitie de instelling verplichten tot opname (artikel 10 lid 2 van de Wet Bopz), maar dat gebeurt naar verluidt in de praktijk maar zelden. Soms

bemiddelt de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) bij opname (in de regelgeving staat dit dwingend geformuleerd, zie Widdershoven 2005). Gesignaleerd wordt dat rechters meer en meer terugvallen op het opleggen van TBS-maatregelen, omdat zij te weinig vertrouwen hebben in de effectiviteit van de GGZ. In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat onderzoek naar de praktijk van de plaatsingen ex artikel 37 wenselijk zou zijn. Toch blijkt er bij de reguliere GGZ-instellingen wel bereidheid te bestaan om mensen vanuit het justitiële circuit op te nemen, met name als er afspraken kunnen worden gemaakt om mensen terug te plaatsen, al dan niet voor korte tijd bij een crisis, als blijkt dat de overgang naar het GGZ-circuit niet goed uitpakt. Het verruimen van de wettelijke mogelijkheden, met goede waarborgen voor de patiënt, kan drempelverlagend werken voor de GGZ.

De overdracht van mensen uit het justitiële systeem naar de GGZ reikt verder dan de overgang van het ene residentiële systeem naar het andere. De GGZ zou ook de verantwoordelijkheid moeten nemen voor mensen met een psychische stoornis die uit de gevangenis worden ontslagen. Te denken valt bijvoorbeeld aan iemand met een psychose die in de gevangenis zijn medicatie neemt, maar waarop buiten de gevangenis geen toezicht meer bestaat. De kans is dan aanwezig dat die persoon stopt met zijn medicatie en het vervolgens weer misgaat. Ook voor dit soort situaties zou ketenzorg moeten worden georganiseerd, waardoor deze persoon als het ware wordt overgedragen aan de (ambulante) zorg van de GGZ. Het zou beter zijn, wanneer gedurende de laatste fase van de detentie ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt verleend aan mensen die dat nodig hebben. Er zijn plaatsen waar dit op gang begint te komen. Het praktische probleem doet zich echter voor dat gedetineerden hun straf niet altijd uitzitten in hun regio van herkomst. Dat maakt het problematisch voor penitentiaire inrichtingen om op adequate wijze nazorg voor deze mensen te organiseren.

### 5.3 De setting van Forensisch Psychiatrische Klinieken en Forensisch Psychiatrische Afdelingen

#### Kenmerken

De TBS-klinieken hebben het twijfelachtige genoegen van een grote bekendheid. Die bekendheid geldt veel minder voor de forensische voorzieningen die deel uitmaken van de reguliere GGZ: de FPK's en de FPA's. De FPK's en FPA's hebben een brugfunctie. Zij zijn oorspronkelijk in het leven geroepen om de reguliere GGZ meer toegankelijk te maken voor patiënten die via het strafrecht met de psychiatrie in aanraking zijn gekomen (IGZ, 2004a).

*De FPK* is een Bopz-aangewezen setting voor forensische psychiatrie die binnen organisatorisch verband van een 'reguliere GGZ-instelling' functioneert. In de FPK hebben cliënten hetzij de rechtspositie van de Wet Bopz, hetzij van de Wgbo. Wel is het toestaan van verlof en ontslag aan grenzen gebonden gezien de medeverant-

woordelijkheid van de minister van Justitie voor met name Tbs-gestelden, die van kracht blijft zolang de maatregel van toepassing is, ook na opname van de cliënt in de FPK.

Er zijn drie FPK's in Nederland: in Assen, Amsterdam en Eindhoven. Onduidelijkheden met betrekking tot de functie van de FPK zijn enigszins verminderd sinds zij gezamenlijk, met ondersteuning van Prismant, de nota uitbrachten *Veilig behandeld in behandelcircuits voor forensische psychiatrie* (Barnhard, 2003). Van oorsprong had de FPK een klinische functie, maar daarnaast is er tegenwoordig sprake van een scala van behandelvormen, zowel poliklinisch als deeltijdbehandeling. Op de ambulante vormen wordt in dit bestek niet uitvoerig ingegaan. Het klinische milieu van de FPK kenmerkt zich door de combinatie van *behandeling* met *beveiliging* (security). De gehoorde meningen verschillen over de mate waarin het beveiligingsniveau zich kan meten met dat van de TBS-kliniek. De IGZ (2004a) denkt dat de FPK's minder beveiligd zijn. Het accent op behandeling is meer uitgesproken aanwezig dan in de TBS-kliniek. De FPK kan daarbij zonodig terugvallen op de expertise van de GGZ-instelling als geheel, waar hij een onderdeel van is. Met name voor de diagnose en behandeling van psychosen is dat van belang (ten overvloede: behandelingsplannen zullen uiteraard meer omvatten dan medicatie). Beveiliging is multidimensioneel. In de woorden van de heer Tervoort, FPK te Assen (GGZ Drenthe) is security *"het geheel van 'bakstenen, elektronica, spieren en relaties'"*.

De FPA is in principe aangewezen voor mensen die een mindere mate van zorgintensiteit en beveiliging nodig hebben. Voor het overige wordt in deze schets het accent op de FPK gelegd, waarbij moet worden bedacht dat het merendeel ook voor de FPA geldt. Er bestaan in Nederland negen FPA's. Zij zijn kleinschaliger van opzet dan de FPK maar eveneens onderdeel van een GGZ-instelling, vandaar de benaming 'Forensisch Psychiatrische Afdeling'.

### Instream van rechtswege

Naar de FPK worden in beginsel mensen verwezen in het kader van een justitieel opgelegde maatregel. Dat kunnen er vele zijn:

- TBS met dwangverpleging, TBS met voorwaarden
- Artikel 37 Sr.
- 'Detentieongeschiktheid' ex artikel 15.5 Pbw
- Crisisopnamen vanuit het GW
- Delicten gepleegd binnen de GGZ
- Jeugdigen en adolescenten met een PIJ-maatregel (alsmede de civielrechtelijke maatregel Ots)
- Voorwaardelijke schorsing en sepot
- Opname voor rapportage Pro Justitia

Kortom: uit alle stadia van de rechtsgang. Het is duidelijk dat betrokkene niet altijd gevonnist hoeft te zijn. Men kan ook als uitvloeisel van de rechtsgang met een Bopz-

maatregel opgenomen zijn. Opname met een lbs of RM komt ook voor vanwege een crisis vanuit het ambulante forensische veld, dan wel als voortzetting na een opname ex artikel 37 Sr. die de uiterste wettelijke termijn van één jaar heeft bereikt. De opnametitels voor een FPA verschillen in zoverre hiervan, dat TBS met dwangverpleging en PIJ in het primaire stadium niet voorkomen. Wel komt het voor dat een TBS met dwangverpleging of een PIJ-maatregel aanvankelijk in een TBS-kliniek ten uitvoer is gebracht en dat overplaatsing naar de FPK en FPA een volgend stadium in een behandeltraject, respectievelijk resocialisatietraject inhoudt. De populaties van TBS-klinieken en FPK's verschillen tegenwoordig maar weinig. Eén van de oorzaken is gelegen in het alles of niets karakter van art. 37 Sr. Stelt de rechter minder dan 100% ontoerekeningsvatbaarheid vast (op een schaal van 5 gradaties), dan zal er vaak een TBS opgelegd worden. Daarnaast heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), na de opheffing van het Meijersinstituut belast met de selectietaak, besloten tot aselechte opnameplicht van alle TBS-klinieken en FPK's.

Op de FPK en FPA vinden ook opnames plaats voor Rapportages Pro Justitia. Hier kunnen zich problemen met de rechtspositie voordoen, want formeel-juridisch is de interne rechtspositie dan die van een vrijwillige opname. *“Als iemand dan gevaar oplevert, moet je een lbs of RM aanvragen, terwijl terugplaatsen naar het Huis van Bewaring meer voor de hand ligt.” (Citaat geïnterviewde psychiater)*

### Rechtspositie en problemen

Ten aanzien van *dwangmedicatie* geldt hetgeen in paragraaf 4.3 is uiteengezet.

### Vrijheidsbeperking

Vrijheidsbeperking is onderdeel van beveiligingvereisten in het algemeen. Personen die zijn opgenomen ex artikel 15, lid 5 Pbw zitten titulair hun straf uit. De instelling waar ze heen gaan zal dan ook moeten beschikken over extra beveiligingsmogelijkheden. Verlof of ontslag kan de directeur niet verlenen zonder toestemming van het Ministerie van Justitie. Er is sprake van een *aangepast* Bopz-regime. Personen geplaatst ex art. 15.5 Pbw kunnen formeel slechts in hun vrijheid beperkt worden indien tevens een lbs of RM is afgegeven.

Het niveau van beveiliging moet in de ogen van de FPK aanpasbaar zijn aan het situatieverloop van de patiënt, dus niet statisch afhankelijk zijn van de juridische titel. De Commissie Visser citeert het voorbeeld, dat voor een opgenomen patiënt aanvankelijk 'medium security' toereikend is. Echter, als de patiënt in de loop van de behandeling 'behandeldruk' ervaart, kan hij voor een bepaalde duur gevaarlijker worden en tijdelijk een 'high security' beveiligingsniveau vereisen. Het beveiligingsniveau is per kliniek aan een plafond gebonden, maar dat betekent niet dat het voor iedere patiënt steeds hetzelfde uitwerkt. Er is bij geïnterviewden een vrees merkbaar dat de implementatie van de aanbevelingen van de Commissie Houtman (2004) ten koste zou kunnen gaan van deze flexibiliteit. Er wordt voorts voor gepleit dat de

reguliere GGZ en de FPK/FPA over geormerkt geld voor moeilijke patiënten kunnen beschikken om verschraving van het behandelniveau te voorkomen.

Beperking van vrijheden in een Bopz-setting levert de nodige problemen op, zoals in het vorige hoofdstuk is aangeduid. Vanuit het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) van GGZ Eindhoven werd opgemerkt:

*“Beperking van bewegingsvrijheid, urinecontrole, inleveren van mobiele telefoons vallen niet onder behandeling maar zijn meer beheersmaatregelen. Als iemand vanuit een Huis van Bewaring binnenkomt met een justitiële maatregel zou je die bevoegdheden gewoon moeten hebben. De klachtencommissie heeft eindeloos werk. Er zijn behandelaars die veel te veel van hun tijd bezig zijn zich te verweren tegen klachten. Vorig jaar zijn er 160 klachten ingediend, minstens de helft van rechtspositionele aard. De rechtsbescherming is wat dit betreft compleet doorgeschoten en werkt voor dergelijke zaken averechts.”*

Beschikking over eigen geld en controle daarop ligt ook verschillend onder TBS- dan wel onder Bopz-regime. Onderbewindstelling/ondercuratelestelling wordt bij de Tbs-gestelden weinig toegepast (ofschoon die in beginsel op gelijke wijze als in de reguliere gezondheidszorg toegepast kan worden. Soms is het gebrek aan curatoren een knelpunt). Een voorbeeld van onzekerheden waar dit toe kan leiden: zogeheten *passanten* die lang hebben moeten wachten op een plaats, kregen schadevergoedingen uitgekeerd. In een FPK of andere GGZ-instelling kunnen ze daar vrijelijk over beschikken. Er is geen controle op de wijze waarop zij dat geld aanwenden. Voor nadere detailleringen van verschillen in rechtspositie c.q. huisregels kan in dit bestek worden verwezen naar de klankbordgroep Forensische zorg en Justitie in het kader van knelpunten van de Wet Bopz.

Het is duidelijk dat deze problemen zich in theorie minstens even ingrijpend voordoen in de reguliere GGZ. Maar mensen die verwezen worden vanuit justitie naar de GGZ, komen in het algemeen in eerste instantie op de FPK of FPA terecht, deze voorzieningen vangen dus in de praktijk de meest heftige gevallen op. Wanneer iemand ‘te moeilijk’ blijkt voor de reguliere GGZ, zou overplaatsing of terugplaatsing naar een FPK of FPA eigenlijk aangewezen zijn. In de praktijk gebeurt dat niet en wordt de persoon ‘op straat gezet’.

#### **Doorstroom uit de FPK en FPA**

De reguliere GGZ en de RIBW's hebben niet altijd plaatsen beschikbaar voor uitstroom uit FPA en FPK. Oorzaken kunnen naast capaciteitsgebrek gelegen zijn in de kenmerken van de setting. Het is uit de kwalitatieve interviews niet op te maken of dit een groot probleem is. In principe maakt de FPK deel uit van een GGZ-instelling en zijn er mogelijkheden om zaken tijdig te regelen en overplaatsingen langs de weg van geleidelijkheid te voltrekken. Een probleem is dat wanneer de

juridische titel is beëindigd, de FPK of FPA niet zonder meer gerechtigd (of geneigd) is de patiënt terug te nemen (ditzelfde geldt voor TBS-klinieken met betrekking tot Tbs-ers die in crisis geraken en tijdelijk heropname behoeven). De IGZ constateerde echter in 2004 dat er verbeteringen gaande zijn in de vorm van expliciete afspraken zoals terugplaatsgarantie en het bieden van crisisopvang ('crisiskaarten') voor patiënten die naar de reguliere GGZ doorstromen.

Bij plaatsingen in een FPK ex artikel 37 Sr. doen zich specifieke problemen voor. De behandelduur van één jaar wordt voor deze patiënten meestal te kort geacht, en de verblijfsduur is vaak nog korter. Wel lijkt de 'passantenproblematiek' nu verbeterd in vergelijking met de situatie ten tijde van de tweede evaluatie, doordat de OvJ en FPD dwingender kunnen plaatsen. Indien het gevaar voortvloeiend uit de geestesstoornis na één jaar niet zodanig verminderd is, dat voortzetting van de opname op vrijwillige basis dan wel ontslag mogelijk is, kan conform de Wet Bopz een machtiging voortgezet verblijf aangevraagd worden. De aanvraag wordt niet altijd toegekend, ook indien het naar het oordeel van de behandelaars patiënten betreft die nog sterk psychotisch zijn met een slechte 'compliance'. Deze mensen vertrekken dan zonder perspectief (dit ontslaat de instelling niet van de verantwoordelijkheid voor een goede nazorgregeling). Indien de RM wel wordt toegekend, dan blijkt de persoon in de reguliere GGZ toch vaak niet goed te handhaven. Overplaatsing naar een FPA zou als tussenstation beter zijn, maar is in principe niet de bedoeling als een strafrechtelijke titel ontbreekt.

Voor artikel 37 Sr. patiënten op de FPA kan hetzelfde probleem gelden: een jaar na de oplegging van de maatregel moet de patiënt vertrekken. Een onbevredigend gevolg van de strikte scheiding van circuits. De FPA's hebben overigens beleidsvrijheid in deze, aangezien zij (nog) niet gebonden zijn aan contracten met het Ministerie van Justitie. Daardoor kan het per FPA verschillen of er uitsluitend patiënten met een strafrechtelijke titel worden opgenomen, dan wel onder een Bopz-maatregel. De samenwerking tussen FPA en reguliere GGZ blijkt soms ook stroef te lopen waar het gaat om het in ambulante begeleiding overnemen van een patiënt. Tenminste twee gevallen zijn genoemd waarin de ambulante GGZ meende afspraken met een FPA te hebben gemaakt, terwijl er nadien geen aanmeldingen volgden. De IGZ kreeg in 2004 de indruk dat de FPK's en FPA's bezig zijn om eigen poliklinische en dagklinische functies op te zetten. De IGZ wees er op dat deze tendens consequenties kan hebben voor de oorspronkelijk beoogde 'brugfunctie' van deze voorzieningen tussen het uitzitten van straf en het behandeld worden in de GGZ. Dit verschijnsel vraagt volgens de IGZ een gericht beleid van de overheid in samenwerking met het veld.

## 5.4 De setting van de TBS-klinieken

### Kenmerken

De tenuitvoerlegging van TBS met dwangverpleging vindt plaats in TBS-klinieken of in een FPK. De TBS-klinieken vallen onder het Ministerie van Justitie, uitgezonderd de particuliere klinieken. Zij zijn allen verantwoording schuldig aan de minister van Justitie inzake het gevoerde beleid met betrekking tot de Tbs-ers. –Het parlementair onderzoek naar de TBS (Commissie Visser) heeft geresulteerd in een helder geschreven rapport. Voor beschrijvingen van de TBS-klinieken moge daarnaar verwezen worden. Het vermelden waard is dat de Commissie Visser (2006) het TBS-systeem en de TBS-klinieken nadrukkelijk in bescherming neemt tegen ‘Medialogica’ en ‘Inquisitiedemocratie’. De commissie uit waardering voor de toewijding waarmee het personeel in de TBS-kliniek haar vaak moeilijke en soms ondankbare werk doet.

### Rechtspositie

Inzake *dwangmedicatie* zijn de in paragraaf 4.3 geschetste beperkingen van kracht. Het vermelden waard is de zorgvuldige procedure die wordt gevolgd door de Mesdagkliniek. Zij vraagt bij elke indicatie een second opinion van een psychiater uit Zuidlaren en voegt deze bij de melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zodat duidelijk wordt wat er heeft plaatsgevonden en waarom. De Mesdagkliniek meldt ook niet meer alle toedieningen van gedwongen medicaties afzonderlijk (zoals de Bvt vereist) maar stuurt periodiek een voortgangsrapportage (meer in de lijn van de GGZ-instellingen die na afloop van de dwangbehandeling moeten melden). De Inspectie neemt hier genoeg mee.

Inzake *drang* is er een scala aan mogelijkheden volgens de Bvt. Het belangrijkste is een ferm maar respectvol optreden. De gesloten setting en het relatief langdurig verblijf maken een ‘milieutherapeutisch’ klimaat mogelijk, met elementen van de zogeheten ‘therapeutische gemeenschap’. Mede-Tbs-ers kunnen een actieve rol spelen in het overhalen van een persoon om medicatie te gebruiken. Sommige geïnterviewden uitte twijfel over de rechtmatigheid van dit ‘oncontroleerbare schemergebied’ zoals zij het noemen.

### Doorstroming naar de reguliere GGZ

De Commissie Visser constateert: “Ondanks alle maatregelen en voornemens zijn de uitstroom en doorstroom anno 2006 nog altijd problematisch” (p.112). Betere resocialisatie, differentiatie in het aanbod en langer toezicht na behandeling in de kliniek, zijn noodzakelijk. Tegelijkertijd gebiedt de realiteit volgens de Commissie, te erkennen dat binnen de veranderende TBS-populatie vaker zal worden geconstateerd dat mensen niet behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk zijn. Ook de commissie constateert huiver bij de GGZ en RIBW’s om bepaalde forensische patiënten op te nemen. Een overbruggingsfase waarin terugplaatsing mogelijk is, zou soelaas kunnen bieden.

Als nadeel van de reguliere GGZ ten opzichte van de forensische setting is genoemd dat de forensische psychiatrie veel meer tijd per patiënt kan leveren. *“Je gaat van het paradijs naar de hel”*, zo werd een patiënt geciteerd die van de TBS-kliniek naar de reguliere GGZ ging. Een ander afstemmingsprobleem betreft de mensen die onder een TBS-maatregel worden overgeplaatst naar een GGZ-instelling om te resocialiseren. Als zich met die personen problemen voordoen terwijl de TBS-maatregel niet meer van kracht is, kan een reguliere instelling onder een Bopz-regime weinig doen. Eigenlijk zou die persoon dan weer moeten worden teruggeplaatst naar de TBS-instelling. Maar dat betekent dat via de reclassering opnieuw een eventueel vonnis van de rechter moet worden afgewacht. In paragraaf 5.2 zijn reeds de specifieke problemen gesignaleerd met betrekking tot de rechtspositionele status bij de aansluiting tussen TBS en de GGZ bij voorwaardelijke beëindiging van de TBS en bij TBS met voorwaarden.

### **Doorstroming naar FPK en FPA**

Een opvallende constatering van de IGZ (2004) was, dat van de opnames in FPK en FPA's vrij weinig uit de TBS-klinieken afkomstig zijn (respectievelijk 9 en 15 %) en dat er ongeveer evenveel patiënten teruggaan naar de TBS-klinieken.

### **De actualiteit van de commissies Houtman en Visser**

De Commissie Beleidsvisie TBS (Commissie Kosto) heeft in 2001 aanbevolen de TBS-klinieken te integreren in de GGZ. Deze aanbeveling is toen niet overgenomen. Het kabinet achtte, op basis van adviezen uit de strafrechtspleging, het verschil in oriëntatie: beveiligen versus behandelen, tussen de beide sectoren (nog) te groot. Wij merken hierbij op dat wij dit verschil in oriëntatie in ons onderzoek niet herkend hebben. Inmiddels zijn er nieuwe bewegingen om verwevenheid tot stand te brengen. De Commissie Visser heeft aangedrongen op meer afstemming van de rechtsposities. De implementatie van de aanbevelingen van de Commissie Houtman (2004) inzake de financieringswijze van zorg in strafrechtelijk kader biedt nieuwe kansen, of bedreigingen, al naargelang de geïnterviewden die zien. Vrije aanbesteding door justitie vereist een 'level playing field', dus ook het gelijktrekken van de rechtsmiddelen die de settings tot hun beschikking hebben. Het is urgent om dit zo snel mogelijk tot stand te brengen. Tijdens de interviews is opgemerkt dat de voorstellen van de Commissie Houtman kunnen leiden tot een nieuwe grensproblematiek. Er is gewezen op een zeker gevaar van perverse prikkels. Stel dat iemand een TBS-maatregel opgelegd heeft gekregen en onder die maatregel inderdaad beter gaat functioneren. Dan zijn er gronden aanwezig om deze persoon over te plaatsen naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Daarmee verschuiven zijn kosten van Justitie naar de AWBZ. Het zijn echter 'dure' klanten, want ze hebben extra begeleiding en zorg nodig. De kans is aanwezig dat zorgverzekeraars om die reden zullen trachten deze mensen in het justitiële circuit te houden, aangezien het Ministerie van Justitie daar de kosten van beveiliging voor haar rekening neemt.

## 5.5 Het Gevangeniswezen

### Kenmerken

Op basis van rapportage Pro Justitia kan een verdachte met een zwaardere strafmaat dan vier jaar detentie veroordeeld worden tot TBS met dwangverpleging. Aan de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel kan een lange periode van detentie vooraf gaan. Deze wordt soms nog verlengd door de problematiek van de zogeheten 'passanten' die nadat de detentiestraf is uitgezeten, in gevangenschap moeten wachten op een plaats in een TBS-kliniek of FPK. Bij lichtere strafmaten kan de rechter in zijn vonnis plaatsing in een psychiatrische instelling bevelen op basis van artikel 37 Sr., indien op basis van de rapportage Pro Justitia ontoerekeningsvatbaarheid gebleken is. In alle andere gevallen zal detentie worden opgelegd en zal tijdens detentie zonodig zorg moeten worden gegeven. Onder gedetineerden met een korte straftijd bevinden zich dus ook verschillende mensen met een psychiatrische stoornis, voor wie onvoldoende reden was om artikel 37 in werking te stellen.

Hoe zit het met de behandel mogelijkheden voor deze categorieën van kort- en langgestraften? Algemeen gesproken is het Gevangeniswezen uitsluitend bedoeld voor voorarrest dan wel voor tenuitvoerlegging van opgelegde detentiestrafpen, niet voor het bieden van geestelijke gezondheidszorg. Uitzonderingen daargelaten wordt er niet psychiatrisch behandeld. De Commissie Visser stelt kortweg dat behandeling slechts toegepast wordt om het mogelijk te maken dat de gedetineerde zijn straf uitzit, in het bijzonder bij gedrag dat de gang van zaken op de afdeling verstoort. De commissie constateert dit met betrekking tot Tbs-gestelden die nog in detentie zijn. In lijn met de eerdere schets inzake de ruimte voor dwangmedicatie kan deze constatering veralgemeniseerd worden naar de kortgestraften die in het GW de meerderheid uitmaken. In het Gevangeniswezen ligt het accent op beheersen, behoud van orde en veiligheid. Gezondheidszorg wordt in het GW alleen geboden als het geen uitstel duldt. Het milieu is er ook niet naar, het begrip 'cliënt' zou een gotspe zijn. Bewaarders en gedetineerden staan tegenover elkaar - er is een "wij/zij cultuur", zo merkte een geïnterviewde op.

Toch is een detentie vaak een significant onderdeel van een zorgelijke 'totaalcarrière' van psychiatrische patiënten, die verscheidene geïnterviewden 'hoog zit'. Ook in het rapport van de Commissie Visser wordt gesteld dat detentie een negatieve invloed kan hebben op de stoornis (van Tbs-gestelden) en de latere behandeling kan vertragen of zelfs bemoeilijken. In het rapport wordt bijvoorbeeld geschetst dat een gedetineerde met een psychiatrische stoornis na detentie gewoon weer op straat terecht komt; een volgend delict ligt in het verschiet. Na een periode van 'draaideur-criminaliteit' kan uiteindelijk een zwaar delict gepleegd worden dat TBS-waardig is. Achteraf is te laat ingegrepen. Niettegenstaande het feit dat in het proces van afglijden ook diverse malen het station van de reguliere GGZ aangedaan werd, meestal eveneens voor korte tijd.

Reeds wanneer mensen met psychosen 'van de straat worden gehaald' en in een politiecel belanden, wordt puur regimair gehandeld, zo wordt door geïnterviewden gezegd. Psychiaters hebben de grootste moeite om duidelijk te maken dat die betreffende persoon ziek is. Uitzonderingen zijn de zorgketens zoals die in grote steden als Amsterdam en Utrecht functioneren. *"We hebben continu meer dan 10% floride psychotische mensen in gevangenisplaatsen"*, is de inschatting van een geïnterviewde. In het rapport van de Commissie Visser zijn eveneens percentages van 10 à 11% genoemd, maar dan voor psychische stoornissen in den brede. Bulten en De Vrugt (in: Bulten, Nijhuis & Verhagen, 2003) halen Van Panhuis aan die in 1997 psychosen aantrof bij 5% van de voorgeleide verdachten. In de penitentiaire inrichtingen krijgt ongeveer 10% tot 20% contact met de interne psychologische/psychiatrische zorg. Het gaat vooral om patiënten met ernstige As 1-stoornissen, vaak gecombineerd met forse persoonlijkheidspathologie. Gedetineerden met mildere psychische problematiek en minder ernstige copingproblemen komen niet altijd in beeld, aldus Bulten en De Vrugt.

Een geïnterviewde GZ-psycholoog werkzaam in een penitentiaire inrichting gaf de procedure weer bij eerste opname van een gedetineerde. Gedurende twee weken wordt de persoon geobserveerd. De penitentiaire inrichtingswerkers (PIW-ers) bepreken de bevindingen met de GZ-psycholoog. Zo nodig wordt de casus in het psychomedisch overleg (PMO) besproken, waar de inrichtingsarts en de psychiater van de FPD deel van uitmaken. De verdere eventueel benodigde begeleiding stuit op capaciteitsbeperkingen. De FPD is aangewezen om psychiatrische zorg in detentie te verstrekken, maar kan dat alleen op indicatie doen. Bovendien schiet de capaciteit van de FPD te kort en beschikken de meeste penitentiaire inrichtingen niet over een medische staf die 7x24 uur zorg kan leveren. Aan de penitentiaire inrichtingen zijn alleen artsen en GZ-psychologen verbonden. Hier en daar, bijvoorbeeld vanuit de polikliek van de FPK Assen, wordt outreaching zorg gegeven in detentiecentra (te Hoogeveen en Veenhuizen). Met uitzondering van de setting van de FOBA, ontbreekt de mogelijkheid om antipsychotische medicatie onder dwang toe te dienen, doordat geen 24-uurs toezicht gegeven kan worden. Er is echter gesuggereerd dat samenwerking met de GGZ, bijvoorbeeld op uitleenbasis, die mogelijkheid zou kunnen creëren. De vraag is dan: hoe te komen tot een kostenvergoeding?

Op de algemene regel dat in detentie de psychiatrische zorg schraal voorhanden is, bestaan uitzonderingen. Voor de 'stille gestoorde' is de zorg vrij minimaal, om de eenvoudige reden dat ze niet worden gesignaleerd. Gedetineerden en Tbs-ers die door hun gedrag verstorend werken, kunnen evenwel worden overgeplaatst naar een Bijzonder Zorgafdeling (BZA) of een (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdeling ((B)IBA). Bij een ernstige crisis is een tijdelijke opname mogelijk in de Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling (FOBA) in Amsterdam, waar ook geneeskundige handelingen onder dwang op verantwoorde wijze kunnen worden uitgevoerd en professioneel kunnen worden bewaakt. De FOBA is in het algemeen

effectief, onder andere doordat dwangbehandeling plaats kan vinden in een verpleegkundig toegerust milieu. Daardoor kan onder meer voldaan worden aan het vereiste van 24 uur toezicht. Dit betekent niet dat medicatie die medisch gewenst zou zijn, ook altijd gegeven kan worden. In eenderde van de gevallen wordt toch niet in voldoende mate voldaan aan de gevaarscriteria en kan er dus geen geneeskundige handeling onder dwang plaatsvinden.

Crisisopname in de FOBA functioneert voor veel gedetineerden met psychosen als tweede kans. Ons is een casus verteld van een psychotische gedetineerde die al anderhalf jaar in de gevangenis verbleef. Vanuit de FOBA werd hij naar de FPK overgeplaatst en knapte vervolgens geweldig op. Als moraal werd er bij gezegd: *“Je moet soms een crisis durven ‘uit te lokken’ voor dit traject.”* Iedereen is er zich van bewust dat de toegang tot de FOBA streng bewaakt wordt. Grensgevallen komen er niet binnen, er moet sprake zijn van een echte crisis. Minder dan de helft wordt naar de detentie-settingen teruggeplaatst. Meer dan de helft gaat door naar de GGZ (veelal FPK/FPA). Ongeveer eenderde daarvan plaatst de FOBA rechtstreeks, de overigen worden ondergebracht in de Forensische Schakel Units (FSU) die verder in hun regio bemiddelen voor doorplaatsing in de GGZ. Er bestaan twee FSU's (te Vught en te Rotterdam). Aan andere speciale penitentiaire inrichtingsregimes Landelijke Afzonderings Afdeling (LAA) en Landelijke Afzondering Beperkt Gemeenschapsgeschikten (LABG), wordt in dit bestek voorbijgegaan, alsook aan de reorganisatie van het GW die de Dienst Justitiële Inrichtingen momenteel uitvoert.

Het beeld dat detentie slecht is voor patiënten wordt door geïnterviewden genuanceerd. Verplichte opsluiting kan helpen om iemand weer ‘vlot te trekken’. Mensen komen gedwongen in regelmaat en voor sommigen kan dat een nieuwe start zijn. De strakke structuur van het GW en de prikkelarme omgeving kunnen vooral voor mensen met schizofrenie gunstig uitwerken. Ze kunnen voorts minder goed aan alcohol en drugs komen. Echter, na ontslag valt de ex-gedetineerde vaak in een gat, ook qua zorg, en ziet men vaak meteen weer een opbloei van de psychose en/of nieuwe delicten. Opgemerkt is:

*“Patiënten komen vooral niet uit de gevangenisspiraal omdat het erg lastig is buiten de poort te staan zonder identiteitspapieren, uitkering (onderbroken door detentie), verzekering (idem), huisvesting (idem). Op dit grensvlak gaat zoveel mis dat ik wel eens denk dat reclassering als uitvoerende organisatie niet bestaat. Het gaat dan om 5 x trouble: as I, as II, verslaving (meestal polydruggebruik, het ene inwisselbaar voor het andere), sociale problemen, justitiële problemen en vaak ook nog somatische problemen – dan is het 6 x trouble.” (Citaat van geïnterviewde psychiater)*

Wordt dit gat voorkomen, dan zou de patiënt probleemloos naar de GGZ over kunnen gaan. Het streven zou er op gericht moeten zijn, om in de laatste maanden van detentie de GGZ in huis te halen zodat de gedetineerde bij ontslag kan worden

opgevangen 'aan de poort'. Helaas is hier maar op enkele plaatsen in Nederland sprake van.<sup>14</sup>

*De Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)* is bedoeld als combinatie van zorg en juridische dwang. Mensen die de ISD-maatregel opgelegd hebben gekregen, komen in één van de vier speciale inrichtingen. Deze zijn gekoppeld aan de vier grote steden. Deze inrichtingen bieden een combinatie van detentie met een programma Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). De eerste twee jaar vindt dit 'binnen de muren' plaats. Het derde jaar buiten de inrichting onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Veel van de veelplegers hebben psychiatrische problemen. Zij kregen voorheen minder aandacht want het ging veelal niet om ernstige delicten. Daarom was er iedere keer sprake van korte straffen en na enkele dagen of weken was het weer mis. Nu kan het OM gaan 'stapelen': wachten tot zo'n persoon twintig delicten heeft gepleegd en dan in één keer straffen voor een langere periode. Momenteel wordt deze, betrekkelijk recente, formule nog niet als succesvol gezien. Er is kritiek op de kale tarieven, waardoor het niveau van de begeleiding niet hoog genoeg is om van een echt behandelaanbod te spreken. Daarnaast heeft de ISD-maatregel last van beperkingen met betrekking tot de behandeling zelf. Een Bopz-regime zou gunstiger zijn. Een geïnterviewde noemde de ISD een 'gekunstelde' maatregel.

In het kader van de lopende vernieuwing van de organisatie van de penitentiaire inrichtingen (*'De Nieuwe Inrichting'*) bestaan er plannen om op vier plaatsen in Nederland een zorgcentrum in detentie in te richten. Geïnterviewde Mol heeft twijfels over de effectiviteit van een dergelijke concentratie waar het het organiseren van nazorg betreft, nazorg die juist in de afgelopen jaren steeds beter wordt georganiseerd binnen netwerken tussen Gevangeniswezen en de GGZ in de diverse regio's. Anderzijds biedt het centraliseren van de zorg in detentie de mogelijkheid om psychiatrische zorg te gaan leveren op een hoger niveau en meer overeenkomstig de standaard van werken in psychiatrische ziekenhuizen.

Het is de hoop van sommige geïnterviewden dat er door de implementatie van de voorstellen van de Commissie Houtman een beter zorgniveau in de penitentiaire inrichtingen kan ontstaan. De Commissie Visser beveelt in haar aanbeveling 17 de oprichting van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis aan. Gelijksortige wensen leven onder de door ons geïnterviewden.

14 Bij de presentatie van het rapport van de Raad voor de Maatschappelijke Opvang (2007) noteerde NRC Handelsblad van 8-1-2007 bijna identiek: *"De nazorg is gebrekkig, mensen worden slecht voorbereid op hun terugkeer in de maatschappij. Zonder onderdak, geld en identiteitskaart staan ze op straat. Het zijn moeilijke mensen met maar weinig contacten, voor je het weet gaat het weer fout."*

### Mogelijkheden en beperkingen van doorstroming naar de GGZ

Wanneer mensen uit detentie worden overgeplaatst naar de GGZ op grond van art. 15.5 Pbw, moet de OvJ worden ingeschakeld. Volgens enkele geïnterviewden houden sommige Officieren van Justitie overplaatsing tegen om redenen van openbare orde en de gestemdheid in de samenleving. Als het gaat om kleine vergrijpen, bevordert dat niet het gezondheidsbelang van de patiënt, zo wordt gezegd. Uiteraard komt het voor dat overplaatsing geen succes is en dat de patiënt zonder hersteld te zijn terug moet naar het GW. Ook voor herstelde patiënten is terugplaatsing naar het GW aan de orde, indien de straftijd nog niet verstreken is. In geval van voorlopige hechtenis is de uitspraak van de rechter bepalend wat er met de patiënt gebeurt en wanneer. Qua milieu en huisregels vraagt de overgang van detentie naar de FPK, FPA en reguliere GGZ nogal wat aanpassing van de patiënt. *“De bajes heeft meer een cultuur van vrijblijvendheid, je kunt opstaan wanneer je wilt. In de kliniek moet je je aanpassen, er is nu eenmaal een behandelplan.”* (Citaat geïnterviewde)

Een opname ex art. 15.5 is op zichzelf geen gedwongen opname met de rechtspositionele gevolgen van de Wet Bopz (Widdershoven 2005). Instellingen die mensen overnemen uit het GW, willen graag dat er dan ook sprake is van een opname met machtiging. Als de patiënt immers weg wil, kan het APZ hem zonder machtiging niet tegenhouden. Als de instelling de patiënt wel wil tegenhouden, kan dat indien gelijktijdig een lbs wordt aangevraagd, maar dan is weer het hele ‘regelcircuit’ van de Wet Bopz nodig. Dat kan worden voorkómen wanneer een patiënt mét een machtiging overkomt.<sup>15</sup> Ten aanzien van de ISD-maatregel is opgemerkt dat de omzetting daarvan naar de Wet Bopz erg lastig is. Wanneer de ISD-maatregel is opgeheven, staat de betrokkene weer op straat, terwijl eigenlijk moet worden gekeken naar de mate van gevaar voortvloeiend uit de geestesstoornis en er zo nodig een Bopz-maatregel moet worden aangevraagd. De omzetting van de ISD-maatregel naar een Bopz-maatregel moet worden vereenvoudigd.

## 5.6 Vergelijkingen met de tweede evaluatie van de Wet Bopz

Uit de tweede evaluatie van de Wet Bopz, deel 9 (ZonMw, 2002a), zijn overeenkomsten én verschillen met de huidige bevindingen te noteren.

- Klachten over de onduidelijkheid en incompleetheid van artikel 51 Wet Bopz zijn destijds al door de toenmalige respondenten geventileerd.
- De Wet Bopz lijkt te weinig mogelijkheden te bevatten om ten aanzien van de forensisch psychiatrische populatie te kunnen handelen vanuit beheers- en beveiligingsoogpunt. Dit werd al blijkens de tweede evaluatie als een duidelijk

15 Uit één van de FPK's wordt gemeld dat aanvragen voor een lbs door de civiele rechter nog al eens worden afgewezen, omdat deze ten onrechte veronderstelt dat de strafrechtelijke titel voldoende beperkingsmogelijkheden biedt.

gemis te worden ervaren (p. 88-90 en *Passim*).

In dezelfde rapportage (p.46) werd er op gewezen dat de meeste problemen hieromtrent gemeld werden uit de FPK te Eindhoven. Dit was ook nu het geval. De tweede evaluatie meldde: "Daar klagen de forensisch psychiatrische patiënten veel meer. Dit kan te maken hebben met een zeer actieve patiëntenvertrouwenspersoon en een sterk juridisch klimaat in de kliniek. De hoeveelheid aan klachten lijkt aldaar de behandeling te bemoeilijken". Ook de zeer zware populatie van forensisch psychiatrische patiënten in Eindhoven zou kunnen meespelen (p. 42, 48).

De tweede evaluatie benoemde voorts met name de klachtmogelijkheden bij Tbs-ers in een FPK of FPA met betrekking tot intrekking van een kortdurend verlof, op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen (Wkcz). De adviescommissie vond het onbegrijpelijk dat Tbs-ers hier een beroepsmogelijkheid hebben die in de TBS-klinieken ontbreekt. Voor alle Tbs-gestelden, in welk type inrichting zij zich ook bevinden, zouden in dit opzicht dezelfde normen en procedurele toetsingsmogelijkheden dienen te gelden. Ofschoon geïnterviewden dit punt in de huidige interviews niet naar voren hebben gebracht, wordt het hier volledigheidshalve gememoreerd.

- Ook in de tweede evaluatie werd de afhoudendheid van GGZ-instellingen al waargenomen om patiënten op te nemen op titel van TBS met voorwaarden, TBS met dwangverpleging (tijdens de resocialisatiefase), artikel 37 Sr. en art. 15.5 Pbw.
- Artikel 37 Sr. heeft als strekking dat 'het strafrecht zich terugtrekt'. Dat heeft echter tot gevolg dat plaatsing ex artikel 37 Sr. in de Bopz-settingen de 'stok achter de deur' van terugplaatsing naar een detentiesetting mist, in het geval dat de betrokkene geen medewerking verleent aan de opstelling of uitvoering van een behandelingsplan. (Die stok achter de deur is wel aanwezig bij Tbs-gestelden met voorwaarden en in de resocialisatiefase van TBS met dwangverpleging.) Terwijl het gaat om ernstig gestoorde mensen met geen of wisselend ziekteinzicht. Dit probleem is nog steeds actueel.
- Artikel 37 Sr. geldt slechts voor één jaar. Die termijn wordt te kort geacht voor adequate behandeling van schizofrenie (zie bijvoorbeeld Huygen, 2006; er zijn echter geïnterviewden van mening dat adequate behandeling al in veel kortere tijd kan plaatsvinden). In de tweede evaluatie kwam daar nog het navrante verschijnsel van de wachttijd bovenop (p. 28). De 'passanten' moesten soms zo lang op plaatsing wachten dat de resterende behandelingsduur na plaatsing nog maar enkele maanden kon bedragen. Het knelpunt van passanten is deze keer niet meer genoemd. De bevoegdheden die aan de OvJ en de FPD zijn toegekend om zondig plaatsing af te dwingen, hebben kennelijk resultaat gehad.

- De tweede evaluatie besteedde uitgebreid aandacht aan de FPA's. Het bleek dat de FPA's nogal uiteenlopen qua toerusting en niveau van 'security' (p. 17, 32). Dit schijnt nog steeds het geval te zijn, blijkens enkele geïnterviewden: *"Het begrip FPA is divers, zegt op zichzelf eigenlijk niets"*. Ook het rapport van de IGZ (2004a) inzake FPK's en FPA's maakt melding van uiteenlopende kwaliteit van de FPA's op dit vlak. In het kader van de derde evaluatie zijn andere prioriteiten in het respondentenscala gesteld, zodat deze keer niet uitdrukkelijk op de FPA kon worden 'ingezoomd'. Een passage uit de tweede evaluatie (p.33) mag niet onvermeld blijven: *"... Uit de interviews die zijn gevoerd met gedragskundigen van de verschillende FPA's komt juist naar voren dat een aantal instellingen wel degelijk moeite heeft met opname van deze patiënten, ondanks het feit dat ze speciaal voor deze groep van patiënten in het leven zijn geroepen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de ernst van de problematiek en de mate van gevaarlijkheid. Zoals vermeld, is een aantal respondenten van mening dat (...) de aard van de maatregel niet meer in verhouding staat tot de ernst van het gepleegde delict en de psychische stoornis. De ernst van de problematiek zorgt er voor dat behandeling binnen een jaar zelden afdoende lijkt te zijn. Hieruit vloeit voort dat medewerkers van een aantal FPA's de mening is toegedaan dat de Wet Bopz geen geschikt kader voor deze patiënten bevat. De wet zou te weinig mogelijkheden bieden om goed te kunnen reageren op beheers- en behandelproblematiek."*
- De tweede evaluatie maakt reeds melding van *"de eigen aard en de gestage toename van de allochtonenproblematiek in de penitentiaire en forensisch psychiatrische sectoren"*. Hierop wordt teruggekomen in hoofdstuk 7.

Nieuwe geluiden ten opzichte van de tweede evaluatie zijn:

- Het uiteengroeien van de sectoren justitie en GGZ is nadrukkelijk naar voren gebracht. Zelfs in termen van *"de laatste vijf jaar"*.
- Andere geluiden spreken dit tegen en maken juist melding van nieuwe contacten tussen de GGZ en het GW. De brancheorganisatie GGZ Nederland houdt zich nadrukkelijk bezig met initiatieven om de sectoren tot overleg te brengen en tot het sluiten van convenanten. De 'asielfunctie' van de GGZ lijkt weer enigszins 'teruggekweekt' te worden. Er zijn nieuwe voorzieningen in de maak, die een hoge graad van 'holding' en 'containment' kunnen bieden. Er wordt expertise overgedragen, o.a. vanuit de FOBA, naar GGZ-instellingen en in de opleiding voor psychiatrie. De ontwikkeling van bemoeizorg, al dan niet in de vorm van ACT, wordt als zeer positief gezien. Het casemanagement vanuit de bemoeizorgteams heeft in toenemende mate toegang tot de detentiesetting. *"Het tijt keert."* en *"Er is een kentering zichtbaar."*, zijn geluiden die worden vernomen.
- Het is in het belang van de patiënt om niet louter naar de civielrechtelijke wetten te kijken maar ook naar de strafrechtelijke. Een voorbeeld betreft artikel 37 Sr. Dit 'alles-of-niets'-artikel zou kunnen worden verruimd, zodat de groep voor wie de rechter nu genooddaakt is een TBS-maatregel uit te spreken, ook naar de GGZ zou

kunnen doorstromen. Maar de effectiviteit van het artikel zelf is ook omstreden en zou onderwerp van gericht onderzoek dienen te zijn.

- De implementatie van de Commissie Houtman houdt geïnterviewden zeer bezig: zowel qua zorgen als qua perspectieven. Er heerst hieromtrent een 'sense of urgency'.

## 5.7 Conclusies en aanbevelingen

De conclusies uit dit hoofdstuk worden geformuleerd aan de hand van de door de evaluatiecommissie geformuleerde vragen 8, 9 10 en 12 (Zie bijlage 3).

*Vraag 8.*

*Biedt de in de PI's en TBS vigerende wetgeving voldoende ruimte voor dwangbehandeling en kan in die settings voldoende (dwang)behandeling worden geboden?*

In **relatieve** zin verschilt de wetgeving momenteel niet in grote mate. Bovendien beweegt de praktijk van de TBS-setting zich naar de FPK/FPA en de reguliere GGZ toe. De ontwerp-reparatiewet inzake dwangbehandeling kan tot een grotere afstand leiden als de Beginselenwetten niet overeenkomstig worden aangepast. Dit is een aandachtspunt voor de toekomst. In **absolute** zin delen het Gevangeniswezen en de TBS-setting de beperkingen die in deze tijd leiden tot een roep om meer ruimte voor dwangbehandeling. De roep stoelt vooral op de veranderingen in de populatie (sterke toename van het percentage patiënten met psychosen); de behoefte om paranoia te dempen teneinde de patiënt toegankelijk te maken voor onderhandeling; en de inzichten inzake vroegbehandeling van schizofrenie ter voorkoming van 'defectschizofrenie'. Binnen de beroepsgroep van de psychiaters zelf worden echter ook geluiden opgevangen die waarschuwen tegen ongebreidelde behandelmogelijkheden tegen de wil van de patiënt (zie ook Lucieer, 2006).

Met uitzondering van de FOBA is het Gevangeniswezen onvoldoende voor behandeling toegerust. De vraag kan worden gesteld of dat wezenlijk te veranderen is. Ogenscheinlijk marginale verbeteringen zouden toch effect kunnen hebben. Te denken is aan: meer zorg in detentie door uitbreiding van de FPD-formatie en/of inbreng vanuit de poliklinieken van TBS-inrichtingen, FPK's en FPA's, opvang van kortgestraften bij de poort na ontslag en een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis.

*Vraag 9. Leveren de verschillende wettelijke regelingen stimulansen/bezwaren in het terugverwijzen van patiënten uit Gevangeniswezen en TBS naar de reguliere GGZ?*

Voor dit moment vallen de volgende conclusies te trekken:

- Het strafrechtelijke en het civielrechtelijke circuit zijn te sterk uit elkaar gegroeid. Dit is te meer navrant omdat de populaties juist naar elkaar toegegroeid zijn. Kon minister Sorgdrager indertijd nog stellen dat er een duidelijk verschil in populatie

bestaat, heden ten dage is er volgens respondenten een substantiële overlap qua pathologie tussen de populatie in TBS-klinieken, in FPK/FPA en in de reguliere GGZ.

- De indruk bestaat dat de opvang van gestoorde kortgestraften na ontslag sterk te wensen overlaat. In die zin bestaat een stimulans voor draaideurcriminaliteit en te laat behandelen. Het beeld van een eenvoudig uitstroomschema van de penitentiaire settingen naar FPK/FPA en naar de reguliere setting correspondeert niet met de werkelijkheid en de wenselijkheid. FPK/FPA zijn op zichzelf goed toegerust voor behandeling en beveiliging.
- De patiënten voor wie een straf of strafrechterlijke maatregel afloopt, kunnen voor poliklinische nazorg in aanmerking komen. De FPK Assen hanteert daarbij het systeem van 'crisiskaarten' voor kortdurende respitopname. Ook voor de TBS-klinieken zou dit een interessante optie kunnen zijn. De huidige wet- en regelgeving bevordert dit nog niet voldoende.
- Er zijn onduidelijkheden of personen met een Bopz-titel wel of niet op een FPA geplaatst mogen worden, bijvoorbeeld nadat ze hun termijn van een art. 37-plaatsing op een FPK hebben volgemaakt.
- De drempel die een deel van de GGZ opwerpt tegen strafrechterlijke plaatsingen, zou verlaagd kunnen worden indien de GGZ-instellingen direct bij de plaatsing de juridische 'tools' meekrijgen om indien nodig tot dwang en vrijheidsbeperking over te gaan. Voor een deel van de plaatsingen geldt automatisch een Bopz-regime, dat veel mogelijkheden geeft maar niet altijd voldoende in de ogen van de hulpverleners. Een ander deel komt naar de GGZ over met een formeel vrijwillige plaatsing, en dat blijkt nog lastiger. Daarmee is geenszins beoogd de GGZ-instelling op een gevangenis te doen lijken. De instelling dient juist het alternatief te blijven voor de persoon die door zijn psychiatrische problematiek met het strafrecht in aanraking is gekomen.

#### *Vraag 10.*

*In hoeverre speelt de interne rechtspositie een rol bij het overnemen van gedetineerden in de reguliere GGZ? Te denken valt aan therapeutische opvattingen, huisregels, sancties, nadere beperking van rechten en vrijheden, bijvoorbeeld ten aanzien van alcohol en drugsgebruik.*

De vraag ligt in het verlengde van de vorige. De setting van de reguliere GGZ wordt in dit hoofdstuk onderscheiden van de FPK/FPA. Beiden hebben gemeen dat het om een Bopz-aangewezen setting gaat. Dit leidt in FPK/FPA tot een veelheid van praktische problemen inzake vrijheidsbeperkingen, vaak van ogenschijnlijk kleine aard. Beperking van vrijheden is echter noodzakelijk om de setting drugsvrij te houden en orde en veiligheid te waarborgen. Tbs-gestelden in FPK's dienen een veelheid van klachten in die naar het schijnt een grote belasting betekenen voor diverse behandelaars en andere medewerkers.

## Vraag 12.

Waar liggen volgens de personen in het werkveld van de grensgebieden oplossingen om te voorkómen dat personen die het Bopz-traject hadden moeten volgen, nu in Gevangeniswezen belanden?

In deze vraag wordt door sommige geïnterviewden uit het grensvlak een normatieve strekking gelezen die zij niet kunnen delen. Voorstellen om tot een betere behandel- en doorstromingsituatie te komen voor mensen die met het strafrecht in aanraking zijn gekomen, worden daarom breder samengevat dan alleen vanuit 'eenrichtings-verkeer'. De door de geïnterviewden genoemde oplossingen betreffen in hoofdzaak twee onderwerpen: de scheiding tussen strafrechtelijke en civielrechtelijke circuits en het aanbod aan passende voorzieningen.

### Scheiding tussen de strafrechtelijke en civielrechtelijke circuits zo veel mogelijk of geheel opheffen.

Het wordt van groot belang geacht, dat per instelling voor opgenomen patiënten veel meer dan nu, dezelfde rechtspositie geldt, los van de vraag of ze langs civielrechtelijke of langs strafrechtelijke weg zijn opgenomen.

- Citaat FPC van GGZ Eindhoven: *“Het verbod van de Hoge Raad op een samenloop van voorwaardelijke TBS of voorwaardelijke beëindiging van dwangverpleging met een Bopz-maatregel is verre van optimaal. Mede gezien vanuit het belang van de patiënt zelf. Als tengevolge van nood, omzetting naar TBS met dwangverpleging als enige optie overblijft, gaat dat veel verder dan een (tijdelijke!) Ibs of RM.”*
- Van Panhuis (FPD) pleit er voor, de rechtspositie van mensen met psychosen desnoods afzonderlijk te regelen. *“Zij horen helemaal niet in het justitiële systeem thuis.”* (Dit laatste standpunt wordt overigens niet door alle geïnterviewden gedeeld.)
- De Commissie Visser zegt in haar aanbeveling 7 dat het voor Tbs-gestelden wenselijk is dat wet- en regelgeving van civiel- en strafrecht inzake dwangmedicatie zodanig op elkaar worden afgestemd, dat in alle klinieken waar Tbs-ers worden behandeld dezelfde regels gelden.
- Integratie van rechtsposities moet niet tot gevolg hebben dat bij elke patiënt willekeurig met intrekken van vrijheden wordt omgesprongen. Lucieer: *“Je moet voorkomen dat maatregelen te restrictief zijn en tot straffen worden. Teveel regelgeving met insluiting op de kamer als sanctie is in de GGZ een pedagogiek van een soort dat mij niet bevalt.”*
- Nu de aanbevelingen van de Commissie Houtman vanaf 1 januari 2007 geïmplementeerd gaan worden, ontstaat urgente behoefte aan een 'level playing field':
  - a) de interne rechtspositie van patiënten harmoniseren;
  - b) goede en eerlijke tarieven opstellen;

- c) geormerkt geld voor patiënten die zich in het grensgebied van justitie en zorg bevinden.
- De aanbevelingen van de commissie Houtman kunnen gunstig uitwerken voor integratie. Maar een risico wordt gezien van *“perverse prikkels op het grensgebied”*. Als iemand het goed doet en de TBS gaat er af, dan komt hij ten laste van de AWBZ. Maar het is voor de verzekeraar een dure klant. Een klein vergrijp kan al een argument worden bij de verzekeraar om de patiënt weer in het justitiecircuit te loodsen, zo is gezegd.

### Passende voorzieningen

De conclusie moet in ieder geval zijn dat de vigerende wet- en regelgeving een soepele overplaatsing van mensen uit penitentiaire inrichtingen en TBS-klinieken naar FPK, FPA en reguliere GGZ-instellingen niet bevordert. De wet- en regelgeving is echter beslist niet de enige factor. Door meerdere geïnterviewden is gesteld dat er naar aard en omvang onvoldoende capaciteit is aan gedifferentieerde voorzieningen in de GGZ.

- In de interviews is impliciet en soms expliciet kritiek op de GGZ geuit in de zin dat de GGZ een cultuur zou hebben waarin zij zich vooral druk maakt over de vraag of iemand wel tot de doelgroep behoort. Zodra dat niet zo lijkt, worden aanvragen afgehouden respectievelijk doorverwezen.
- Tegenover dit beeld staan echter de argumenten die in paragraaf 5.2 zijn opgesomd. Het is niet zonder meer mogelijk om allerlei verschillende groepen psychiatrische patiënten door elkaar heen op te nemen en er zijn op dit moment onvoldoende gedifferentieerde voorzieningen om iedere patiënt met een criminele achtergrond in de juiste context op te nemen.
- De toerusting van de GGZ om agressie, drugshandel en dergelijke te hanteren zou verder op peil gebracht moeten worden.

Meerdere geïnterviewden suggereerden dat er behoefte bestaat aan meer gedifferentieerde voorzieningen ten behoeve van mensen die zich op het grensvlak van zorg en strafrecht bevinden.

- Wanneer er op steeds grotere schaal sprake is van mensen met een geestesstoornis die vanuit het justitiële circuit kunnen worden overgeplaatst naar het GGZ-circuit, lijkt het wenselijk om voor deze groepen mensen aparte afdelingen te creëren binnen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Wellicht kunnen de voorstellen van de commissie Houtman, waarbij Justitie zorg ‘inkoopt’ bij de geestelijke gezondheidszorg, een stimulans voor zo’n ontwikkeling betekenen.
- Er dient volgens velen een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis opgericht te worden, zoals er nu ook een penitentiair ziekenhuis bestaat in Den Haag. Voorzien van artsen en met een verpleegkundig milieu. Mogelijk kan worden aangeknoopt bij de bestaande FOBA.
- Er zullen aparte voorzieningen moeten komen voor mensen die een zodanige

stoornis hebben dat zij een gevaar vormen voor de samenleving of voor zichzelf, en van wie door deskundigen tevens is vastgesteld dat zij onbehandelbaar zijn. De vraag is echter of deze groep mensen onder een strafrechtelijk regime moet worden gesteld of onder een regime dat geënt is op hun aandoening en dus veel meer een long stay-zorgkarakter met hoog beveiligingsniveau moet hebben. In dat verband is de waarschuwing opgetekend dat deze voorzieningen ongecoördineerd en zonder totaalvisie tot stand komen. Niet iedereen is overtuigd van de wenselijkheid van nieuwe soorten voorzieningen, respectievelijk voorzieningen die de patiënt 'ver van huis' brengen.

Een andere weg, die ook wordt voorgestaan, is dat de forensische psychiatrie beter zijn weg vindt naar de reguliere GGZ. Er zijn voorbeelden van, zoals de samenwerking tussen de Van der Hoeven kliniek en Symfona betreffende de forensische RIBW.

# 6. EEN GRENSVLAK APPARI: DE JEUGDIGEN

## 6.1 Inleiding

De jeugdigen kunnen in dit onderzoek niet ontbreken. Juist als het gaat om het terugdringen van problematische 'carrières' zoals die eerder zijn besproken, is het van groot belang om hierover te berichten. Geïnterviewden betreuren het dat de commissie Houtman en de commissie Visser aan deze problematiek weinig aandacht hebben besteed. Wel stelt de Commissie Visser (2006, p.19):

*“De meeste Tbs-gestelden hebben een uitgebreid GGZ- en/of detentieverleden. Hun problemen zijn meestal al in de jeugd ontstaan. Van de TBS-populatie is 30% in zijn jeugd veroordeeld geweest tot jeugddetentie of een maatregel zoals plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ). Een belangrijk deel van de huidige TBS-populatie is tijdelijk behandeld in de GGZ, Desondanks functioneren ze daarna niet optimaal in de maatschappij en ontwikkelt de geestelijke stoornis zich verder. Dat leidt tot steeds verder afglijden en tot een (ernstig) delict. Achteraf gezien is er in dergelijke gevallen te laat ingegrepen. Dat verklaart de oproep van deskundigen om meer mogelijkheden te creëren om vroeg in te grijpen.”*

Huygen (2006) zegt over de populatie die in de FOBA terecht komt:

*“Het gaat vaak om patiënten met een justitiële voorgeschiedenis vanaf het 13e jaar. Het begint met drugsgebruik en kruimeldiefstalletjes en het wordt van jaar tot jaar erger waarbij geleidelijk ook een antisociale leefstijl ontstaat. Vaak worden detenties afgewisseld met psychiatrische opnames die eindigen doordat de patiënt wegloopt of op straat wordt gezet omdat hij niet te handhaven is. De delicten worden onder-tussen steeds ernstiger.”*

Retrospectief onderzoek, aangehaald door Bulten en De Vrugt (in: Bulten et al., 2003), laten twee patronen zien: 'early starters' die vanaf ongeveer 13 jaar gedragsstoornissen en criminaliteit opbouwen, en 'late starters' die pas na de eerste psychotische processen gewelddadig gedrag gaan vertonen.<sup>16</sup>

De zorg voor jeugdigen verschilt in een aantal belangrijke aspecten van die voor volwassenen. Het ontwikkelings-, opvoedings- en scholingsperspectief staan voorop, ook in detentie. Omdat de ontwikkeling van de persoonlijkheid nog niet is afgesloten, worden bepaalde psychiatrische diagnoses nog niet bij minderjarigen gesteld: schizofrenie op As 1 van DSM IV, persoonlijkheidsstoornissen op As 2.

De leeftijdsgrenzen in de diverse wetten verschillen:

- Wgbo en Wet Bopz: jonger dan 12 jaar, 12-16 jaar, 16 jaar en ouder. Het is dus een

(veel voorkomend) misverstand te denken dat de Wet Bopz alleen geldt voor personen van 18 jaar en ouder.

- Ondertoezichtstelling (Ots-maatregel): tot 18 jaar
- PIJ-oplegging: tot 18 jaar, maar de maatregel zelf kan inclusief de maximale verlenging 6 jaar bedragen, bijgevolg tot de leeftijd van 23 jaar doorlopen.<sup>17</sup>

In artikel 51 van de Wet Bopz, dat de interne rechtspositie regelt van o.a. justitieel geplaatsten, wordt wel de PIJ-maatregel genoemd maar niet de Ots met gesloten plaatsing.

### Werkwijze

In de vorige evaluatie van het grensvlak tussen het strafrecht en de Wet Bopz (ZonMw, 2002a) is het segment Jeugd slechts zijdelings aan bod gekomen. Dit hoofdstuk gaat verder, maar is vooralsnog verkennend van aard. De randvoorwaarden voor dit onderzoek lieten niet toe om een breed scala van betrokkenen te interviewen (zoals Bureaus Jeugdzorg, justitiële jeugdinrichtingen (JJI), enz.). Het standaardwerk Jeugdpsychiatrie en Recht (Duits, Bartels & Gunning, 2004) biedt echter inzicht in allerlei knelpunten, juridisch en feitelijk, met betrekking tot 'probleemjongeren'. Eén van de redacteuren, dr. N. Duits, is geïnterviewd om de laatste stand van zaken in beeld te krijgen. Daarnaast is een kinder- en jeugdpsychiater geïnterviewd die eerder in een JJI heeft gewerkt en nu aan een GGZ-instelling voor kinderen en jeugdigen is verbonden. Enkele andere geïnterviewden gaven in de loop van het gesprek informatie en meningen over dit grensvlak. De eerste versie van dit hoofdstuk is voor commentaar voorgelegd aan een vijftal kinder- en jeugdpsychiaters waaronder dr. J. Vreugdenhil, die gepromoveerd is op het vóórkomen van geestesstoornissen onder gedetineerde jongeren. Er kan niet geheel gewaarborgd zijn dat het beeld representatief is voor heel Nederland. Op het gebied van de jeugdzorg in het algemeen ontstaat met enige regelmaat publieke opschudding over fataal verlopen casuïstiek. Die leidt vervolgens tot parlementaire vragen en nu en dan tot incidentele onderzoeken. Omvattend aanvullend onderzoek lijkt nodig om een integraal beeld van de jeugdzorg te verkrijgen.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde: de meervoudige verkokering, de wetten en het gevaarscriterium, onderbehandeling en plaatsingsproblematiek en (dwang)behandeling van ingesloten. Ten slotte worden conclusies getrokken aan de hand van de door de derde evaluatiecommissie geformuleerde vragen 6 tot en met 12 (zie bijlage 3).

17

Soms kan jeugdstrafrecht tot 21 jaar worden toegepast, hetgeen betekent dat de PIJ-maatregel tot 27 jaar kan doorlopen.

## 6.2 Kloof tussen 'jeugd' en 'volwassenen'

De verkokering tussen justitie en GGZ treedt ook in dit veld op. Deze verkokering wordt gecompliceerd door extra 'kloven' en 'muren'. Een belangrijk probleem is de kloof tussen jeugdzorg en volwassenenzorg.

Ots wordt door de rechter opgelegd indien de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid van kinderen ernstig wordt bedreigd. Veelal zijn gedragingen of beperkingen van de opvoeders de oorzaak. Indien er bij de opvoeder sprake is van een psychiatrische stoornis, die gevaar oplevert voor de kinderen, zou de patiënt met een Bopz-maatregel uit huis geplaatst moeten worden en behandeld. Meestal komt het eerste signaal, met name verwaarlozing van de kinderen, in het circuit van de jeugdzorg binnen en zijn het de kinderen die uit huis worden geplaatst. Duits noemt twee casussen:

- Een man heeft zijn partner gedood en is sinds 3 jaar uit de TBS. Nu dreigt hij te decompenseren. Jeugdzorg pakt het volgens eigen blikveld op en plaatst de kinderen uit huis. De Jeugdzorg heeft geen contact met het psychiatrisch circuit teneinde de man op te laten nemen.
- Een adolescent met gedragsstoornissen maar wel intelligent. Zijn oudere, volwassen broer is schizofreen en was al lange tijd binnenshuis gevaarlijk. Op een zeker moment stak de jonge knul bijna zijn broer neer om zijn zusje en zijn moeder te beschermen. Ook hier dreigde het gevolg van niet op elkaar afgestemde circuits. De adolescent is door de FPD vanwege een ander geweldsdelict onderzocht. Gevolg: de jonge dader is verwezen naar de GGZ, voor de oudere broer is daardoor gedwongen zorg georganiseerd. De adolescent volgt nu een mbo-opleiding en gaat goed vooruit.

Opmerking Duits: *"Er wordt al heel lang gepraat over de problemen van kinderen van psychiatrisch gestoorde ouders, maar in de praktijk ontstaat er geen (gedwongen) zorg voor de ouders en maar zeer gering voor de kinderen na een incident."* Andere 'kloven en muren' zijn het gevolg van gebrekkige samenhang en samenwerking binnen de jeugdsector zelf.

## 6.3 Wetten en gevaarscriterium

### Plaatsing van rechtswege

Voor kinderen en jeugdigen gelden twee specifieke maatregelen: Ots en PIJ (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen). In beginsel is er een zekere parallel:

Volwassenen:	Wet Bopz (Civiel)	<==>	TBS (Strafrecht)
Jeugd:	Ots (Civiel)	<==>	PIJ (Strafrecht)

Ten overvloede herhaald: ook voor kinderen en jeugdigen geldt de Wet Bopz. Van een kind tot 12 jaar kan een gedwongen opname nodig zijn omdat de ouders onderling

van mening verschillen over de wenselijkheid of noodzaak van een opname. Tussen de leeftijd van 12 en 16 jaar zijn voor een vrijwillige opname zowel de instemming van het kind als van de ouders noodzakelijk. Ontbreken één of meer van deze instemmingen, dan zijn zondig voor deze jongeren een lbs en RM mogelijk. Vanaf de leeftijd van 16 jaar is slechts de instemming van de patiënt vereist en verloopt de procedure voor gedwongen opname gelijk aan die voor volwassenen. De PIJ-opleggingen nemen in aantal toe, zoals uit onderstaande tabel blijkt.

**Tabel 7:** *Opgelegde PIJ-maatregelen, 2001 -2005*

	2001	2002	2003	2004	2005
Door de rechter opgelegd	129	156	153	160	216
Lopend*	547	544	566	596	607

(Bron: DJI)

Noot: \*) stand 2002 per begin september

**Tabel 8:** *Verblijfstitel jeugdigen, ultimo 2005 (in procenten)*

	Behandelinrichtingen (N = 1.429) %	Opvanginrichtingen (N = 1.045) %
Preventieve hechtenis		40,9
Ots	60,2	37,0
PIJ-maatregel	36,7	8,5
Jeugddetentie		11,5
Vreemdelingenbewaring		1,8
Voogdij	3,1	0,3

(Bron: DJI)

In uitzonderlijke gevallen kan een opname van een kind met een Bopz-maatregel ook in een justitiële jeugdinrichting plaatsvinden. Dit staat niet expliciet in de Wet Bopz, maar wel in de Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen.

#### **Plaatsing van de PIJ-patiënt elders dan in de Justitiële Jeugdinrichtingen**

De Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (BJJI) verschilt op sommige punten van de andere beginselenwetten. De PIJ-maatregel heeft veelal plaatsing tot gevolg in een JJI. Jeugdigen en adolescenten in de leeftijd tussen 16 en 24 jaar met een PIJ-maatregel kunnen in principe ook in een FPK worden opgenomen. De PIJ-maatregel kan met de wettelijk toegestane verlengingen in totaal maximaal zes jaar van kracht zijn. Bijgevolg is 75% van de PIJ-populatie 18 jaar en ouder, de leeftijd kan tot 23 jaar oplopen. Geïnterviewde Duits begrijpt niet waarom deze mensen niet naar een

instelling voor volwassenen (TBS-kliniek of FPK) zouden kunnen worden overgeplaatst. De Commissie Visser geeft de aanbeveling dat de PIJ en de TBS moeten 'twinnen'. Nu zit er een muur tussen.

### Samenhang wettelijke regelingen

Sinds 1997 is de PIJ-maatregel toegevoegd aan art. 51 van de Wet Bopz. In het Wetboek van Strafrecht art. 77s bestaat voor PIJ-opleggingen een parallel voor art. 37 Sr. Voor art. 15.5 Pbw bestaat een parallel in art. 16.6 van de BJJJ zelf. Widdershoven (2005) signaleert onduidelijkheid met betrekking tot de verlofrechten van de PIJ-patiënt die in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen. Ook signaleert hij de onduidelijkheid of bij een plaatsing ex art. 16.6, uitgegaan mag worden van vrijwillig verblijf of dat de Wet Bopz van toepassing is.

### Gebruik Ots

De Ots is primair bedoeld als tijdelijke hulp en steun voor de opvoeders teneinde de bedreiging van de belangen van het kind weg te nemen (Duits et al., 2004). In eerste instantie gaat het om toezicht door een gezinsvoogdij-instelling, welke ook hulp en steun aan de ouders biedt. Als dit niet afdoende blijkt, kan de rechter op advies van de Kinderbescherming een Machtiging Uithuisplaatsing opleggen. Twee mogelijkheden staan open: gesloten en open plaatsing. De gesloten plaatsing kan in een Justitiële Jeugdinstelling (JJI) of in de GGZ plaatsvinden. Het Bureau Jeugdzorg beslist daarover en acceptatie is verplicht. Ots-ers die in psychiatrische ziekenhuizen worden opgenomen, vallen daar alleen onder de Wgbo en niet onder het gedwongen Bopz-regime. Juridisch gezien is het namelijk een vrijwillige opname en de Ots staat niet in art. 51 van de Wet Bopz genoemd. Jongeren kunnen niet tegen hun zin blijven. Is er een gedwongen opname nodig, dan moet een lbs of RM aan de opname ten grondslag liggen.

Er is veel te doen geweest over het samenplaatsen van Ots- en PIJ-jongeren in de JJI. De politiek achtte het niet gepast, vanwege het mogelijke gevaar dat crimineel gedrag door strafrechtelijk geplaatsten kan worden overgedragen op civielrechtelijk geplaatste jongeren. Ook Duits et al. (2004,) hebben dit probleem behandeld. Recent onderzoek bevestigt dat de groepen veel gemeen hebben, maar aanwijzingen voor 'besmettingsgevaar' ontbreken (Van Nieuwenhuizen, 2006). Toch is inmiddels besloten dat jongeren met een Ots-maatregel per 1 januari 2007 niet meer samen geplaatst mogen worden met PIJ-jongeren (zie over Ots en PIJ uitgebreider Van Nieuwenhuizen, 2006). Er is overigens maar weinig sprake van langdurende jeugd-detentie, 70% van de jongeren zit slechts gedurende één maand vast. Voor meisjes en voor veel jongens wordt de Ots gebruikt om ze langer in een JJI vast te kunnen houden.

Over het gevaarscriterium in termen van de Wet Bopz worden verschillende oordelen uitgesproken. Aan de ene kant is de relatie tussen stoornis en delict bij jongeren

diffuser dan bij volwassenen; de relatie stoornis - gevaar is eveneens lastiger te bepalen. Is prostitutie als gevaar te beschouwen? Uithongering (anorexia)? Er is behoefte aan een striktere omschrijving. Aan de andere kant wordt het gevaars-criterium bij lbs of RM niet als zeer beperkend ervaren voor kinderen en jeugdigen. Naast gevaar in de gewone betekenis, kan de dreiging van maatschappelijke teloorgang voldoende reden zijn. Een lbs of RM wordt soms aangevraagd als er geen gevaar is in de zin waarin volwassen patiënten gevaar lopen. Bijvoorbeeld voor jongeren die jaren niet naar school gaan vanwege een angststoornis. Het 'gevaar' is dan de maatschappelijke teloorgang die voor deze kinderen dreigt, wanneer niet op dat gedrag wordt ingegrepen. Ook dit type gevaar wordt door de Wet Bopz geaccepteerd als grond voor gedwongen opname. Daarmee wordt de wet dus niet te ruim geïnterpreteerd.

De *gezinsvoogd* kan volgens de Wgbo en de Wet Bopz geen rol spelen rond de toestemming voor opname resp. behandeling in een GGZ-instelling. Hierover schijnt bij de Bureaus Jeugdzorg veel onduidelijkheid en onvrede te bestaan. De Wet op de Jeugdzorg en de gezondheidswetgeving lijken hier niet op elkaar aan te sluiten.

In het algemeen is de kritiek op de Wet Bopz beperkt. Daarbij zal zeker meespelen dat deze sector met veel grotere problemen wordt geconfronteerd. Wel is er de kritiek, dat de overheid een idee koestert dat de Wet Bopz gebruikt kan worden om gaten op te vullen: Ots loopt af bij 18 jaar – wat dan? PIJ na de maximale termijn van 6 jaar – wat dan? Dan maar een Bopz-maatregel aanvragen, is de neiging. Duits noemt dit de Bopzisering van de Ots.

## 6.4 Onderbehandeling en plaatsingsproblemen

“Te lang doorgezichte toestanden” zijn als probleem genoemd. Er komen verscheidene jongeren tot een delict die eerder en adequaat opgevangen en behandeld hadden moeten worden. Opvallend is de onderbehandeling van allochtone jongeren. Zeker in de grote steden is volgens zeggen 60% tot 70% van de jongeren van allochtone afkomst. Kenmerkend is dat deze jongeren niet uit zichzelf naar de GGZ gaan. Een deel komt dus pas via justitie – en de rapportage Pro Justitia – in diagnostiek en behandeling. Justitie fungeert in feite dus als vangnet.

Als probleem in het voortraject vóór het strafbare feit wordt voorts het disfunctioneren van de jeugdzorg genoemd. Twee citaten uit de interviews:

*“Het zijn enorme molochten, met een laag kennisniveau, in het bijzonder op psychiatrisch gebied, er vindt jaarlijks zo’n 30% verloop van medewerkers plaats.”*

*“Ze hebben veel te veel taken gekregen en gaan te gronde aan de papiermolen. Ze moeten allerlei psychiatrische problematiek screenen, wat ze helemaal niet aan*

*kunnen. Aan de dingen die ze echt zouden kunnen, komen ze niet toe. De jeugdzorg schiet tekort. Er zijn ouders die al tien jaar proberen om hun kind op een passende plek te krijgen. En dat lukt steeds maar niet. Onderzoek na onderzoek. Van de een naar de ander verwijzen.”*

Aan de andere kant wordt ook begrip getoond voor de ernstige problematiek waar de jeugdzorg, met beperkte menskracht en middelen, mee geconfronteerd wordt. Daarmee samenhangend is het probleem van de *samenwerking en plaatsing*. Diagnostiek is natuurlijk belangrijk, maar vervolgens faalt het vervolgtraject veelal. In Amsterdam heeft een aantal jaren een Jeugdforensisch Platform van 20 instellingen gefunctioneerd. De realiteit is dat zij grotendeels langs elkaar heen zijn blijven werken. Het platform is inmiddels opgeheven. Voorlopig blijft een werkgroep ‘hard cases’ functioneren die na een aanloopfase nu toch knopen doorhakt inzake probleemgevallen. Geïnterviewde Duits velt een hard oordeel:

*“De maatschappij en de overheid verwachten samenwerking, tussen organisaties, maar het wordt niet gedaan. Elke instelling denkt aan de eigen productie en kosten en bekommert zich nauwelijks om de ketenzorg. Wat er nodig is: a) druk, of b) financiële incentives of c) stimulatie en sturing door mensen van aanzien. Anders lukt het niet.”*

*Capaciteitsproblemen* zijn aan de orde van de dag. Voor jongeren met ernstige stoornissen die delicten hebben begaan, *“is het visnetje snel vol”*. Er zijn slechts twee forensisch jeugdpsychiatrische klinieken met 32 plaatsen in totaal:

- Catamaran (onderdeel van het FPC van GGZ Eindhoven) 24 plaatsen;
- De Jeugd FPK van De Bascule te Amsterdam: 8 plaatsen.

Enkele plaatsen in Nederland kennen een ‘orthopsychiatrische’ voorziening, bedoeld als gecombineerd orthopedagogisch en psychiatrisch milieu. Als voordeel wordt gezien dat deze voorziening, die jeugdigen in de leeftijd van 16-24 jaar opneemt, de kloof tussen jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie in zekere mate overbrugt. Er is ook kritiek gehoord dat deze voorzieningen van onduidelijke aard zijn en dat er regelmatig spanning ervaren wordt tussen de behandelovereenkomst en de restrictieve maatregelen die nodig, maar feitelijk verboden zijn. Meer orthopedagogische begeleiding is nodig voor deze jongeren die niet gemotiveerd zijn voor opname en behandeling en weinig ‘ziekte-inzicht’ hebben. Daarnaast is er een tekort aan plaatsen in de eigenlijke orthopedagogische centra (die bedoeld zijn voor jongeren met een geestelijke beperking op grond van een laag IQ).

Het onderscheid tussen de deelpopulatie met psychosen en die met gedragsstoornissen, is ook hier van belang. Met name voor mensen met psychosen is een betere aansluiting op de reguliere GGZ noodzakelijk. Maar kinderen en jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen leggen eveneens beslag op schaarse plaatsen in de

reguliere GGZ en niet altijd op juiste gronden, mede door capaciteitsgebrek en door soms twijfelachtig gemotiveerde verwijzingen vanuit het Bureau Jeugdzorg. Ernstig gedragsgestoorde jeugdigen horen bij voorkeur in een JJI geplaatst te worden, oudere adolescenten eventueel in een FPK/FPA. Het gaat dan om gedragsstoornissen waar deze jeugdigen zelf “geen probleem mee hebben”. Deze jeugdigen staan dus niet open voor behandeling maar zijn wel steeds geneigd om grenzen uit te testen. Deze jeugdigen hebben het strikte regime van een justitiële inrichting en orthopedagogische begeleiding nodig. Daar zijn meer dwangmogelijkheden en meer structuur. Daarna kunnen ze worden doorverwezen naar orthopedagogische plaatsen. In de psychiatrie geldt dat zelfs als iemand gedwongen is opgenomen, hij nog moet instemmen met het behandelingsplan. De patiënten moeten (in een aantal klinieken) een behandelovereenkomst tekenen en dus verklaren het eens te zijn met een aantal restrictieve maatregelen.

*Risicomijdend beleid* van de kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen wordt eveneens gemeld. Ze zijn qua middelen en menskracht niet ingericht op gedragsstoornissen. Ze zijn evenmin ingericht op gevaarlijk gedrag. Er zijn bijvoorbeeld weinig gesloten plaatsen. Het behandelmilieu bepaalt wat men aan kan. Kunnen bijvoorbeeld jeugdigen met storend acting out-gedrag worden samen geplaatst met jeugdigen met stemmingsstoornissen of met autisten? Eerstgenoemde jeugdigen zullen volgens de geraadpleegde deskundigen doorgaans alleen in de GGZ behandeld kunnen worden op aparte afdelingen en er zullen opvoedkundige mogelijkheden moeten zijn om hun gedrag in te perken. De vraag is gesteld of het nu nog wel anders kan. Veel van de intensievere residentiële zorg is weggesaneerd bij de implementatie van het zogenoemde Zo-zo-zo-beleid in het kader van de Wet Jeugdzorg. De zorg moest voortaan dicht bij huis geleverd kunnen worden (Zo dicht, Zo kort en Zo licht mogelijk). Veel budget moest worden ingeleverd ten gunste van de jeugdzorg.

#### **Terugverwijzing naar reguliere GGZ.**

Als kenmerkend wordt genoemd: de problematisch korte detentietijd en de vervolgens dramatisch slechte aansluiting. Als uitweg voor de slechte aansluiting wordt iemand soms op opportunistische gronden vastgezet om daarna een RM op basis van de Wet Bopz aan te vragen. Men doet een beroep op het gevaar dat bestond voorafgaand aan de hechtenis. Maar het geeft heel veel rompslomp. Vooral de voorgeschreven zittingen zijn in de setting van een gevangenis lastig te organiseren: “*Je haalt je veel werk op de hals.*” (Citaat geïnterviewde psychiater)

## **6.5 (Dwang)behandeling**

In Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI) vindt nauwelijks of géén psychiatrische zorg plaats, terwijl volgens onderzoek van Vreugdenhil (2003) 90% van de jeugdige

gedetineerden een psychische stoornis heeft (66% met tenminste één psychotisch symptoom). Al in 1995 heeft de Inspectie dit gebrek aan zorg gesignaleerd.

Het opleidingsniveau van de werkers in de jeugdinrichtingen is echter niet meer dan mbo-niveau. Er zijn juist hooggekwalificeerde mensen nodig. Kosten van een PIJ-plaatsing: circa € 350 per dag, vergeleken met circa € 500 voor de TBS-plaatsen (mondelijke mededeling). In het recente visiedocument JJI (september 2006) van het Ministerie van Justitie worden de knelpunten benoemd. Psychiatrische zorg blijft ook in de FOBA-afdeling van de jeugdgevangenis, De Hartelborgt, moeilijk te realiseren. Het is een eenzame positie met weinig mogelijkheden voor intercollegiale toetsing. Zo ook in de jeugdgevangenis Harreveld, die een soortgelijke functie vervult als De Hartelborgt. De interesse van kinder- en jeugdpsychiaters om in een JJI te gaan werken, is niet groot. Voeg daarbij de landelijke schaarste aan kinder- en jeugdpsychiaters in het algemeen en het zal duidelijk zijn dat dit knelpunt niet eenvoudig op te lossen is.

Medicatieverstrekking aan jeugdigen die opgenomen zijn met een PIJ-maatregel binnen een justitiële jeugdinrichting vindt plaats binnen de kaders van de Wgbo en de Beginselenwet JJI, op geleide van het protocol 'Gedwongen geneeskundige handelingen' van het Ministerie van Justitie. Het toedienen van dwangmedicatie is in de praktijk niet echt mogelijk doordat verpleegkundige expertise en 24-uurs controle ontbreken. Indien de tenuitvoerlegging van een PIJ-maatregel plaatsvindt in de jeugd-GGZ-instelling, is de interne rechtspositie van de Wet Bopz van kracht.

Over de wenselijkheid van een behandelwet die zowel het strafrecht als het civielrecht omvat, zoals eerder genoemd in hoofdstuk 4, is het volgende opgemerkt. Belangrijker dan een behandelwet is om veel meer psychosociale en psychiatrische zorg te bieden, en meer consultatief werkzaam te zijn, ook ten behoeve van de Bureau's Jeugdzorg, het Gevangeniswezen en de Kinderbescherming. De instellingen voor jeugdzorg kampen, naar verluidt, met een *"ontzettende onderbemensing"*. Kinder- en jeugdtehuizen krijgen hoegenaamd geen consultatie vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ook een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis (zie hoofdstuk 4) zou verschil kunnen maken, omdat 7x24 uren verpleegkundig en medisch toezicht dan gewaarborgd kan zijn.

## 6.6 Vrijheidsbeperkingen

De Wet Bopz biedt de GGZ-instellingen geen juridische mogelijkheden om op te treden vanuit pedagogisch belang. Bij jeugdigen staat dit belang juist centraal. Voor de jeugd treedt er tijdens opname en behandeling voortdurend een menging met opvoeding op en wordt er ook paternalistischer (bevoogdender) opgetreden dan bij volwassenen. Vanuit pedagogische oogmerken zou het wenselijk zijn om meer te kunnen ingrijpen, bijvoorbeeld voor straf naar de kamer sturen, extra corvee-

diensten, en andere maatregelen zoals die bijvoorbeeld wel in de JJI toegelaten zijn. Onder meer in geval van overtreding van regels om drugsgebruik tegen te gaan. Vaak gaat het om regels die in de huisregels kunnen worden opgenomen waarvoor de jeugdige tekent. Maar het verbod op alcohol en drugs is een beperking van de persoonlijke vrijheid die, volgens de IGZ, in alle gevallen individueel moet worden bepaald en zonodig in het individuele behandelingsplan thuishoort. De BJJJ kent de JJI een scala aan mogelijke orde- en controlemaatregelen toe. Niet uitputtend worden hier genoemd:

- uitsluiting voor beperkte duur van de groep of van activiteiten
- afzondering
- identificatieplicht
- onderzoek aan lichaam en kleding; urine; kamer
- beperken van correspondentie, bezoek, telefoon boven het wettelijk minimum (zie verder Duits et al., 2004, p. 150-154.)

Het verschil in rechtspositie uit zich bijvoorbeeld in het volgende: In een JJI kan iemand na verlof gedwongen worden gecontroleerd op drugsgebruik, in de Bopz-aangewezen instellingen moet dat in het individuele behandelingsplan of anderszins in een overeenkomst worden opgenomen en kan controle niet zonder meer worden opgelegd.

Bij pedagogisch ingrijpen wordt veelvuldig de grens met 'Middelen en Maatregelen' van de Wet Bopz genaderd of overschreden. Inmiddels zijn richtlijnen ontwikkeld (Duits et al., 2004, p. 361, 367). GGZ Nederland heeft op de werkdagen een helpdesk opengesteld die door de ledeninstellingen geraadpleegd kan worden. Dagelijks wordt er door kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen beroep gedaan op deze helpdesk. Een belangrijke ondersteuning, die toch beperkt soelaas biedt, aangezien de meeste crisissituaties zich 's avonds en in het weekend voordoen. Het is duidelijk dat de gedetailleerde kennis van wet- en regelgeving die op een crisismoment feitelijk vereist zou zijn, bij de meeste medewerkers in de GGZ ontbreekt en waarschijnlijk ook redelijkerwijs niet verwacht kan worden.

De Ots geeft nog meer problemen, want het verblijf is vrijwillig, ook bij een machtiging gesloten uithuisplaatsing. Voor meer restrictie moet een Bopz-traject van lbs of RM worden gestart, maar aan de criteria daarvoor wordt vaak niet voldaan.

Als de tenuitvoerlegging van een PIJ-maatregel in de GGZ plaatsvindt, gebeurt dat automatisch onder Bopz-regime, maar wel met een stok achter de deur dat zonodig overplaatsing naar een JJI overwogen kan worden. Dit gegeven kan toepassing van 'drang' vergemakkelijken.

## 6.7 Vergelijkingen met de tweede evaluatie van de Wet Bopz

Deel 6 van de tweede evaluatie van de Wet Bopz (ZonMw, 2002b) handelde over de kinder- en jeugdpsychiatrie. De relatie met de forensische sector is daarin zijdelings aan de orde geweest. Niettemin zijn enkele overeenkomsten en verschillen met de huidige bevindingen te noteren.

- Dwangmedicatie kwam tijdens de tweede evaluatie weinig voor in de GGZ voor kinderen en jeugdigen. De reden daarvan wordt anders geduid dan hiervoor is aangegeven: terughoudendheid omdat er bijwerkingen mogelijk zijn en omdat het ingrijpend is (p.50).
- De protocollen die over Middelen en Maatregelen handelen, werden als zeer wisselend van kwaliteit bevonden. Het huidige onderzoek heeft hier geen expliciete of impliciete voortgangsgegevens over opgeleverd. De IGZ heeft er echter in recente jaren onderzoek naar gedaan.
- Ook de tweede evaluatie gaf aan dat er meer onduidelijkheid dan bij volwassenen optreedt als het gaat om wat gevaar is, wat ziekte is en of het een uit het ander voortvloeit (p. 96).
- Het moeilijke onderscheid tussen pedagogische maatregelen en dwang is al in de tweede evaluatie naar voren gebracht. Voorgesteld werd te overwegen of er (in de Wet Bopz) een wettelijke regeling voor het toepassen van pedagogische maatregelen met een strafkarakter zou moeten komen (pp. 67, 96, 112, 115).
- Ook de tweede evaluatie signaleerde specifieke problematiek bij kinderen uit etnische groepen (p. 69-70). *“Zij hebben vaak tekorten op meerdere gebieden. Het is niet altijd duidelijk wat nu zuivere psychiatrie is.”* was een opgetekend citaat. Er kon in het onderzoek niet diep op de problematiek worden ingegaan.
- Incongruentie tussen de regimes van de Wet Bopz, Wgbo en Ots is in de tweede evaluatie naar voren gebracht. Er is voorgesteld in overweging te nemen om het toepassingsgebied van de interne rechtspositieregeling te ontkoppelen van de regeling van de externe rechtspositie. Dan zou Bopz-dwang met de bijbehorende Bopz-rechtsbescherming ook bij vrijwillig opgenomen patiënten gelegitimeerd zijn.

Deel 9 van de tweede evaluatie (ZonMw, 2002a) behandelde in paragraaf 5.1.3 de jeugdigen met PIJ-maatregel en de vraag of deze niet beter op hun plaats zijn in de GGZ dan in een JJI. De conclusie luidde dat de GGZ in principe in de eindfase van de maatregel aan de orde is bij instemming van de jongeren (p. 83). Voorts werd een ernstig tekort gesignaleerd aan capaciteit in de forensische jeugdpsychiatrie. Dit is momenteel dus onverminderd het geval, ondanks de gerealiseerde uitbreiding met de 8 plaatsen van de Bascule naast de reeds bestaande capaciteit van de Catamaran. Ook werd gesignaleerd dat allochtonen met psychische problematiek, en zeker de jongeren onder hen, bijzonder moeilijk te bereiken zijn voor hulpverleningsinstanties. In veel culturen vormt psychiatrische problematiek een schande (p. 84).

## 6.8 Conclusies

De conclusies uit dit hoofdstuk worden geformuleerd aan de hand van de door de evaluatiecommissie geformuleerde aanvullende vragen (zie bijlage 3).

*Vraag 6 en 7.*

*Is het onvoldoende functioneren van de Wet Bopz in de reguliere GGZ een oorzaak dat mensen met een psychiatrische stoornis in het Gevangeniswezen belanden? Of ligt de oorzaak ruimer in het algemene GGZ-circuit? Zo ja, waar in het Bopz-traject in de reguliere GGZ is het dan misgegaan?*

Een deel van de problemen om sommige jeugdigen met een psychische stoornis met een Bopz-opname adequaat in de GGZ voor kinderen en jeugdigen te kunnen behandelen, is terug te voeren op het gebrek aan mogelijkheden voor ordemaatregelen en pedagogisch ingrijpen. Ontbreekt de Bopz-maatregel, zoals bij een Ots-plaatsing, dan zijn de beperkingen nog groter. Zolang geen lbs of RM is aangevraagd, kan geen dwangbehandeling plaatsvinden en de mogelijkheden om vrijheden te beperken zijn nog geringer.

De kritiek op de Wet Bopz en haar toepassing blijkt overigens beperkt, mede omdat de sector veel andere problemen kent. Veel kritiek richt zich op het functioneren van het Bureau Jeugdzorg. Deze kritiek spitst zich toe op haar expertise en op het plaatsingsbeleid. Er komen te veel gedragsgestoorde kinderen/jeugdigen in de GGZ die in een gestructureerde omgeving van JJI en orthopedagogie thuis horen. Ook plaatsgebrek speelt hier een belangrijke rol in. De samenwerking tussen instanties verloopt onbevredigend. Gemiddeld is de huidige samenwerking vermoedelijk eerder slechter dan beter dan ten tijde van de tweede evaluatie van de Wet Bopz. Ook tussen jeugd- en volwassenenzorg gaapt een kloof. Jongeren worden uit huis geplaatst waar juist hun ouders een lbs of RM nodig zouden hebben. Veel PIJ-jongeren ouder dan 16 jaar kunnen beter in TBS-klinieken en FPK's worden opgenomen, maar zitten jarenlang in de JJI tot hun 23<sup>e</sup> levensjaar aan toe. Een alternatief zou zijn, de gewone volwassenleeftijd van 18 jaar als grens te laten gelden waarboven de jongeren vanuit de JJI naar genoemde settingen worden overgeplaatst.

In het vorige hoofdstuk zijn geluiden gehoord dat er sprake is van het begin van een kentering ten goede om de verdiepte kloven tussen het justitiële en het GGZ-systeem te overbruggen. Voor de jeugdsector hebben wij die geluiden niet vernomen. Met enige voorzichtigheid moet worden gesteld dat er nog sprake is van een somber beeld, terwijl juist in de jeugdsector aangrijpingsmomenten liggen (zouden moeten liggen) om ontspoorde patiëntencarrières op volwassen leeftijd te voorkómen. Belangrijk is de nuance dat nog onvoldoende door onderzoek is aangetoond dat vroeger ingrijpen bij kinderen zou leiden tot minder delicten op latere leeftijd.

*Vraag 8.*

*Biedt de in de PI's en TBS vigerende wetgeving voldoende ruimte voor dwangbehandeling en kan in die settings voldoende (dwang)behandeling worden geboden?*

De beperkingen inzake de Beginselenwetten, die behandeld zijn in hoofdstuk 4, gelden ook voor kinderen en jeugdigen. Behandelingscapaciteit schiet te kort.

*Vraag 9.*

*Leveren de verschillende wettelijke regelingen stimulansen/bezwaren in het terugverwijzen van patiënten uit Gevangeniswezen en TBS naar de reguliere GGZ?*

In aanvulling op hoofdstuk 4: het ontbreken van mogelijkheden die behandelaars wenselijk achten, is één van de verklaringen voor de drempels die (sommige) GGZ-instellingen geneigd zijn op te werpen.

*Vraag 10.*

*In hoeverre speelt de interne rechtspositie een rol bij het overnemen van gedetineerden in de reguliere GGZ?*

Zeker ten aanzien van de drugsproblematiek spelen verschillen een rol. Bovendien botsen pedagogische ingrepen nogal eens met een strikte uitleg van de grondrechten en de rechten van de patiënt zoals die in de gezondheidszorg gelden. De rechtspositie in GGZ-setting van jeugdigen met een Ots met gesloten plaatsing is die van vrijwilligheid. Ten aanzien van de rechtspositionele consequenties van PIJ-plaatsingen en plaatsingen ex art. 16.6 bestaat onduidelijkheid.

*Vraag 11.*

*Is er een relatie tussen bepaalde ziektebeelden en landen van herkomst? Ofwel is er sprake van etniciteit van bepaalde stoornissen?*

Een belangrijk naar voren gebracht punt is de onderbehandeling van allochtone jongeren, met name van bepaalde herkomst. Meer hierover in het volgende hoofdstuk.

*Vraag 12.*

*Waar liggen volgens de personen in het werkveld van de grensgebieden oplossingen?*

- Adolescenten met een verlengde PIJ-maatregel vanaf de leeftijd van 18 jaar niet automatisch in een JJI meer laten verblijven.
- Meer ruimte creëren voor noodzakelijke (pedagogische) vrijheidsbeperkingen in GGZ-instellingen.
- Meer psychiatrische expertise inzetten in de Bureaus Jeugdzorg, het Gevangeniswezen en de jeugdzorginstellingen.

# 7. ETNICITEIT

## 7.1 Inleiding

Het percentage allochtonen in de gevangenis, de TBS- en forensische klinieken en ook in de reguliere GGZ is hoog. Van de gedetineerden is slechts 47 % in Nederland geboren (Bulten & De Vrugt, in: Bulten *et al.*, 2003). Een onbekend gedeelte hiervan heeft allochtone ouders. Volgens Kortmann (2006) was in 1999 ruim tweederde van de jongeren in JJI allochtoon, veelal van de tweede en derde generatie.

Deze cijfers behoeven het voorkomen van delinquent gedrag onder allochtonen niet één-op-één te weerspiegelen. Er moet rekening worden gehouden met een selectieve pakkans, waarachter wellicht een mate van 'institutioneel racisme' schuil gaat. Dit kan ook een rol spelen bij de percentages allochtonen onder de gedwongen opnamen in de GGZ. Het percentage allochtonen is in de TBS-klinieken opvallend lager dan in de penitentiaire inrichtingen. Een gehoorde verklaring is, dat de TBS-maatregel weinig opgelegd wordt aan verdachten die een bepaalde verbale vaardigheid missen.

De betekenis van de oververtegenwoordiging van allochtonen in het 'grensgebied' is verkend onder geïnterviewden afkomstig uit de GGZ, het Gevangeniswezen en het Ministerie van Justitie (DJI). Voorafgaande aan de samenvatting van de bevindingen, wordt ingegaan op de psychiatrische morbiditeit en de mogelijke relatie met gebieden van herkomst.

## 7.2 Morbiditeit

Schizofrenie en gerelateerde psychosen komen onder de allochtone justitiabelen naar verhouding veel voor. Uit een onderzoek onder de populatie Tbs-gestelden 1995-2000 zijn de volgende prevalenties van geestesstoornissen gevonden onder allochtonen en autochtonen.

**Tabel 9:** *Vergelijking populatie autochtone en allochtone Tbs-gestelden op basis van DSM IV-classificaties (in procenten)*

DSM IV-classificaties	Nederlandse achtergrond	Niet-Nederlandse achtergrond
	%	%
Psychotische stoornis	16	43
Schizofrenie	10	32
Alcoholpsychose/-syndroom	9	5
Drugpsychose/-syndroom	14	19
Misbruik middelen	20	20
Alcohol, drugs of misbruik	40	38
Seksuele stoornis	11	2
Persoonlijkheidsstoornis	83	74
Cluster A	4	4
Cluster B	35	37
Cluster C	6	4
Persoonlijkheidsstoornis NAO	42	34

*(Bron: Van Emmerik & Brouwers, 2001)*

### 7.3 Invloed van herkomstgebieden

Is er een relatie tussen bepaalde ziektebeelden en landen van herkomst? Ofwel, is er sprake van etniciteit van bepaalde stoornissen? De geïnterviewden die wij over etniciteit hebben gesproken, zijn van mening dat de prevalentie van ernstige psychische stoornissen over de hele wereld gelijk is. Medio jaren '70 publiceerde de World Health Organization (WHO) een onderzoek met deze strekking. Kortmann (2006) wijst er op dat deze bevinding wetenschappelijk niet onomstreden is. DSM IV is een Westers diagnose-instrument. Als het gaat om organische stoornissen, kan de interculturele betrouwbaarheid van DSM IV hoog worden aangeslagen.

Bij schizofrenie wordt het al lastiger, omdat de diagnosticus afhankelijker is van de relatie die met de patiënt en andere zegslieden gelegd kan worden. Toch schat Kortmann (p. 61) de betrouwbaarheid van DSM IV als bevredigend in, ook buiten de Westerse cultuur. Hij wijst ook op het gegeven dat niet-westerse patiënten met de diagnose schizofrenie baat hebben bij een behandeling met antipsychotica.

De optimale dosering is echter niet voor alle herkomstgebieden gelijk, er blijken genetische verschillen in metabolisering aangetoond te zijn (Kortmann 2006). Voor internationaal onderzoek wordt hier verder verwezen naar Kortmann (2006) en naar Selten (2001).

Selten (2001) heeft gedurende twee jaar het vóórkomen van schizofrenie en gerelateerde aandoeningen nagegaan onder mensen uit immigrantengroepen in Den Haag die voor het eerst met de GGZ in aanraking kwamen. Uit het onderzoek komt

een gedifferentieerd patroon naar gebied van herkomst naar voren. De eerste-generatie allochtonen uit Marokko, Suriname en de Antillen hadden een significant verhoogd percentage van genoemde aandoeningen, vergeleken met autochtone Nederlanders. Hetzelfde gold voor tweede-generatie allochtonen uit Marokko en Suriname. Voor allochtonen uit Turkije en uit Westerse emigratielanden werd geen significante afwijking gevonden ten opzichte van autochtone Nederlanders. Er is gecontroleerd voor o.a. socio-economische status. Selectieve immigratie wordt door Selten als verklaring afgewezen. Tentatief wordt de verklaring gezocht in de stress die aanpassing aan een Westerse samenleving met zich meebrengt, gecombineerd met het grotendeels wegvallen van de sociale verbanden, migranten van Turkse herkomst kunnen in het algemeen op een steviger sociaal netwerk terugvallen. Deze factoren kunnen een latente genetische aanleg voor psychosen manifesteren. Bewezen acht Selten c.s. dit verklaringsmodel nog niet. Selten bereidt momenteel een onderzoek voor naar de dopaminehuishouding onder allochtone groepen.

Los hiervan is het evident dat vluchtelingen uit roerige gebieden in veel gevallen getraumatiseerd geraakt zijn. Kortmann (2006) waarschuwt tegen de neiging om het herkomstgebied te gemakkelijk te vereenzelvigen met één bepaalde cultuur. Binnen een gebied van herkomst kunnen zich grote onderlinge verschillen voordoen.

## 7.4 Praktische consequenties

Praktische consequenties van het hoge aandeel van de allochtonen werden door een aantal geïnterviewden gemeld. Centraal stond de cultuur- en taalbarrière. Omdat men zich niet deskundig achtte op het terrein van etniciteit, werden de opmerkingen met de nodige omzichtigheid geuit. Een samenhangend en betrouwbaar beeld kan in het volgende overzicht niet gepretendeerd worden.

- *Bereikbaarheid en preventie.* In het vorige hoofdstuk is gewezen op de moeilijke bereikbaarheid van allochtone jongeren voor hulpverlening. Schaamte, ontkenningsgedrag, externalisering kunnen allen een rol spelen, afhankelijk van de normen in de eigen gemeenschap. Vaker dan bij autochtone jongeren, wordt pas in een geëscaleerd stadium duidelijk, vaak door aanraking met politie en justitie, dat de verdachte een psychiatrische patiënt is.
- *Detectie en diagnose.* Ook al zijn stoornissen dezelfde als bij Nederlanders, de uiting ('kleuring') kan anders zijn. Mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst schijnen nog al eens te 'somatiseren'. De definitie van 'ziek' en 'niet ziek' kan afwijken van wat in Nederland gangbaar is. Niet-westerse ideeën bij de patiënt over oorzaken, zoals behekst zijn, kunnen eveneens een belemmering zijn voor de adequate taxatie van het toestandbeeld van de patiënt. Dit geldt ook voor de Surinaamse en Antilliaanse gemeenschappen waarmee in het algemeen weinig taalbarrières ervaren worden. Uit eigen ervaring met diagnostiek onder alloch

tonen zet Selten (2001). echter een relativiserende kanttekening bij de gedachte dat diagnostiek heel moeilijk zou zijn.

- Soms spelen belangen van de patiënt een interfererende rol in het contact, bijvoorbeeld het streven om een verblijfsvergunning te bemachtigen.
- *Behandeling en bejegening*. Juist in de 'zware' settingen van detentie en TBS-klinieken schijnt er een geleidelijk proces van aanpassing andersom op te treden, acceptatie van de veelkleurigheid: *"Er wordt best met respect mee omgegaan"*. Bij bepaalde etnische groeperingen vormt het schaamtegevoel een belemmering om injecties te accepteren. Ook bestaan weerstanden tegen het bespreken van thema's die in de eigen godsdienst of cultuur taboe zijn, zoals homofilie en pedofilie.

## 7.5 Vergelijkingen met de tweede evaluatie van de Wet Bopz

De allochtonen en zeker de jongeren onder hen zijn in de tweede evaluatie van de Wet Bopz aan de orde gesteld. Gesignaleerd zijn:

- De moeilijke bereikbaarheid van gezinnen, doordat psychiatrische problematiek in veel culturen als een schande wordt gezien. Gevolg is dat psychiatrische patiënten vaak het eerst als gedetineerden bekend worden.
- Wantrouwen van allochtonen jegens politie en justitie.
- Ontoereikende informatie over iemands milieu en achtergrond. In de fase van gerechtelijk vooronderzoek en rapportage Pro Justitia worden tolken en cultuurdeskundigen ingeschakeld, maar in de fase van behandeling op zeer beperkte schaal.
- Eigen koers van vreemdelingenrecht en strafrecht, zonder voldoende afstemming met andere, belendende wetgeving.
- Asielzoekers zijn in een FPK of FPA nauwelijks te behandelen, op elk moment kan uitzetting plaatsvinden. Ditzelfde geldt voor Tbs-gestelden zonder verblijfsvergunning. Zij kunnen niet geresocialiseerd worden; en als zij evenmin uitgezet kunnen worden, rest hen slechts overplaatsing naar de long stay.

De Commissie Visser (2006) heeft enige aandacht aan de problematiek besteed. Zij beveelt aan, meer kennis te ontwikkelen over de interculturele factoren die van invloed zijn op de Pro Justitia-adviezen van het Pieter Baan Centrum en de FPD naar de toerekeningsvatbaarheid van verdachten. De bedoeling is, mogelijke cultuurafhankelijke misinterpretaties uit te sluiten.

## 7.6 Conclusies

Voorzichtig gesteld kan etniciteit een rol spelen in:

- onbereikbaarheid van patiënten voor hulpverlening, voorafgaande aan een delict;
- (in)adequate diagnostiek (mogelijk ook in de rapportage Pro Justitia);

- inschatting van gevaar;
  - (gedwongen) behandeling, vooral per injectie.
- Echter niet voor alle etnische groepen in gelijke mate.

De indruk bestaat dat nog weinig kennis vaststaat; cultuur is een lastig onderzoeksgebied. Gewaakt moet worden voor te gemakkelijke stereotypering, die een bepaald gebied van herkomst te gemakkelijk vereenzelvigt met één cultuur (Kortmann). Ook in ons land zijn Friezen geen Hollanders. En “zijn alle Friezen Friezen?”. Veel mensen van Marokkaanse herkomst in Nederland zijn van oorsprong Berbers uit het Rifgebergte, maar dat geldt niet voor allen.

Belangrijke aandachtspunten voor de toekomst zijn: meer kennis van godsdiensten, normen en waarden en culturele verschillen; en het slechten van de taalbarrière (opleiding en werving van hulpverleners en tolken onder de tweede generatie). Juist in sectoren met veel allochtone ingeslotenen lijkt een aanpassing gaande aan de multiculturaliteit. In het kader van de gehoopte toenadering tot de reguliere GGZ kan hieromtrent expertise over en weer uitgewisseld worden. *“In feite is alle psychiatrie transculturele psychiatrie”* (Kortmann, 2006). Voor zover de ervaring van dit onderzoek strekt, lijkt dit beginsel in de zorg onderschreven te worden. Dat is als een positief punt aan te merken.

# 8. NABESCHOUWING

*“Wanneer er gesproken wordt van het ‘vullen der gevangenissen’, dan moet daarbij beseft worden welk een verantwoordelijkheid men op zich neemt”  
– Martin Luther King, Waarom wij niet langer kunnen wachten, 1964.*

## 8.1 Overwegingen

De gang der geschiedenis van de afgelopen decennia heeft, zonder dat iemand dat wilde of beoogde, er toe geleid dat het Gevangeniswezen en de GGZ communicerende vaten zijn gaan vormen waardoorheen gestoorde patiënten langdurig en op grillige wijze kunnen circuleren. Patiënten die te typeren zijn als zorgmijders, afglijders op het criminele pad, vaak met co-morbiditeit van As 1- en As 2-aandoeningen en verslaving. Paradoxaal uitgedrukt, vertoont dit circulatiesysteem een onsamenhangende samenhang. Op verschillende punten vertoont het stuwingen, lekken, bypasses, blinde uitgangen en onverwachte expansievaten. Er is samenhang in de zin van interdependentie (onderlinge afhankelijkheid), maar weinig in de zin van gezamenlijke regie, soepele instroom, uitstroom, preventie van strafbare feiten, recidivepreventie of optimalisering van het levensloopsperspectief van de patiënt. Door het veld ervaren tekortkomingen in de Wet Bopz, in de strafrechtelijke wetten en in de samenhang daartussen, dragen aan deze situatie bij, al verklaart deze ervaren wetsproblematiek niet alles.

De Wet Bopz kwam tot stand in een tijdvak van sociaal en therapeutisch optimisme. Er werden ‘kleine en vernieuwende’ APZ-en opgericht in Zeeland, Twente, Nijmegen; de medewerkers waren oprecht van mening dat chroniciteit onder de patiënten niet meer zou voorkomen. De oude grote inrichtingen werden ontmanteld, de ‘asiel-functie’ werd grotendeels opgeheven. Psychiatrische ziekten zijn sindsdien minder met een stigma omgeven. Behandeling dicht bij huis zal voor grote groepen patiënten gunstig hebben uitgewerkt. Maar de meest moeilijke groepen zijn gebleven, gegroeid, meerkleurig geworden en op drift geraakt. In de GGZ kalfden de mogelijkheden en vaardigheden af om deze mensen adequaat op te vangen. Behandelen tegen hun wil is moeilijk geworden, vraagt ingewikkelde procedures met het risico dat men juridisch ter verantwoording wordt geroepen. Vanuit justitie, het Gevangeniswezen en de forensische psychiatrie wordt kritisch tegen de huidige GGZ aangekeken. Maar ook het Gevangeniswezen wordt bekritiseerd vanwege het imago dat straf voorop staat en behandeling van gestoorde gedetineerden te weinig voorstelt. Over de TBS-klinieken ontsteekt van tijd tot tijd een storm van publieke en parlementaire kritiek.

In de praktijk is het één systeem van settingen. In iedere setting is een besef nodig dat de verantwoordelijkheid voor de patiënt verder strekt dan de eigen voorziening, met name waar het gaat om het ‘niemandland’ in de patiëntencarrières.

Er zijn aanzetten merkbaar tot een betere samenwerking.

Veiligheid, openbare orde, verkommering beginnen een gezamenlijke 'concern' te worden. Politie en GGZ werken meer samen. Forensische klinieken trainen mensen in de GGZ. DJI van het Ministerie van Justitie heeft als missie gesteld, een bijdrage te leveren aan de veiligheid van de samenleving "door de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidbenemende maatregelen *en door de aan onze zorg toevertrouwde personen de kans te bieden een maatschappelijk aanvaardbaar bestaan op te bouwen*" [cursivering auteurs]. Op een aantal plaatsen in Nederland vindt regelmatig overleg plaats tussen actoren uit het justitiële circuit (advocaten, officieren van justitie en rechters) en de GGZ, waar de onderlinge beeldvorming en coördinatie positief door bijgesteld worden. Aanzetten voor 'ketenzorg' ontstaan. De recente ontwikkeling van Assertive Community Treatment (ACT) in de OGGZ wordt allereerst als een belangrijke vooruitgang gezien. Indien de casemanagers van de ACT hun werk al in de detentie-settingen kunnen laten beginnen, kan in samenwerking met de reclassering en de Medewerkers Maatschappelijke Dienstverlening (MMD) vaker voorkomen worden dat de patiënt na de invrijheidsstelling in een gat valt en dus terugvalt. Een periode van detentie is op zichzelf voor een aantal patiënten niet altijd slecht, kan zelfs heilzaam zijn indien er een goed gebruik van wordt gemaakt. Ofschoon niet uit het oog mag worden verloren dat een strafbaar feit meestal ook leed bij derden heeft aangericht.

Samenwerking is na te streven maar is niet gemakkelijk te realiseren in deze tijd waarin concurrentie en bezuinigingen overheersen. Er is een constante prikkel aanwezig om in de eerste plaats de eigen ménage op orde te houden, in financiële en personele zin. Duurzame samenwerking zal sober ingericht dienen te zijn. Met name zal het in de richting gaan van: convenanten, coördinatie, protocolontwikkeling en uitwisseling van expertise. Financiële premies op samenwerking zouden buitengewoon welkom zijn. Overheden en verzekeraars zouden hierover na kunnen denken.

Tot zover deze overwegingen, mede gekleurd door de waarneming van de onderzoekers. Hoe kan de wet- en regelgeving deze wenselijke bewegingen ondersteunen? Vanuit het geïnterviewde veld is een veelheid aan aanbevelingen gedaan om tot verbetering in de wet- en regelgeving te komen.

## 8.2 Voorgestelde actiepunten wet- en regelgeving

### Naar een behandelwet?

Een eerste vraagstuk is, of een beperkte reparatie van de Wet Bopz de voorkeur verdient of dat er een nieuwe wet tot stand dient te komen, die niet meer alleen een opnamewet is maar een behandel- of zorgwet (zie ook Deel 8). Met name psychiaters wijzen op de tegenwoordig betere behandelbaarheid van mensen met psychosen,

ook voor een korte termijn herstel waarin de achterdocht tegen hulpverleners vermindert en de patiënt zelf kan onderhandelen.

Reparatiewetgeving inzake dwangbehandeling en voorwaardelijke machtiging vormt een verbetering, maar in de meest ideale vorm geschetst zou deze nieuwe wet de (interne) rechtspositie regelen van alle psychiatrisch gestoorde mensen, ongeacht de setting waar zij opgenomen zijn: een echte behandelwet, aansluitend bij de helderheid van de Wgbo. Eventueel kan daarin ook de ambulante zorg geregeld worden, zodat ook hetgeen buiten de instelling gebeurt, getoetst kan worden aan de grondrechten van vrijheid en integriteit van het lichaam. Het merendeel van de door ons geïnterviewde behandelaars is voorstander van een dergelijke wet. Inhoudelijk kan aan de wens tegemoet worden gekomen door in de plaats van één wet, een twee-sporen harmonisatie op gang te brengen tussen de Wet Bopz en de relevante strafrechtelijke wetten. Anderen menen dat er geen behoefte is aan een langdurig wetgevingstraject, zoals de ervaring was bij de totstandkoming van de Wet Bopz zelf, terwijl in de benodigde tijdperiode de visie op behandeling mogelijk weer verandert. Het merendeel van de geïnterviewde juristen, rechters, officieren van justitie meent dat de huidige Wet Bopz werkbaar genoeg is en ook onder sommige behandelaars is dat geluid te horen.

Hier ligt nog een belangrijke opgave van elkaar overtuigen, een gemeenschappelijk perspectief vinden, belangen zorgvuldig afwegen, eventueel een goed wetgevings-traject vinden. In elk geval zal er recht moeten worden gedaan aan waarborgen waarmee de huidige Wet Bopz de belangen van de patiënt beschermt. Een wet zal niet alles kunnen voorzien omtrent de zware en gecompliceerde doelgroepen. Er zal dicht bij de (klinische) praktijk aangesloten dienen te worden. Een belangrijke vraag wordt in hoeverre dwangmedicatie (voor bepaalde tijd) kan worden toegestaan bij gedwongen opname (op grond van wilsonbekwaamheid van de patiënt en met het streven de wilsbekwaamheid te herstellen). Dwangtoepassing dient vergezeld te gaan van gecontroleerde omstandigheden: door derden getoetst, met klachtrecht. Het is belangrijk dat de behandelaars vervolgens niet opnieuw, zoals in de beginjaren van de Wet Bopz, een fase moeten doormaken waarin jurisprudentie moet worden opgebouwd. Psychiaters en andere GGZ-werkers ervaren het hoe dan ook als een buitengewoon vervelende inbreuk op hun normale werkzaamheden als zij zich moeten verantwoorden voor de rechter of het Medisch Tuchtcollege, ongeacht de uitslag.

Een andere vraag is of het op dit moment haalbaar is om de Wet Bopz en de Beginselenwetten in elkaar te schuiven met betrekking tot behandelen en rechtspositie van psychiatrische patiënten. De sectoren zijn weliswaar interdependent, maar ook uit elkaar gegroeid. Wellicht vraagt dat gegeven toch om verschillende wetten; óf een wet in twee delen. Te denken valt aan verschillende wetten, maar wel in gelijklopende termen, zodat eenvoudig te zien is waar zaken hetzelfde zijn en

waarin zij verschillen wanneer iemand vanuit een penitentiaire inrichting naar een GGZ-instelling gaat.

Ten slotte is er nog het punt van de ontwikkelingsstrategie naar nieuwe of verbeterde wetgeving. Gegeven de complexiteit van het grensgebied tussen GGZ en Justitie en de veranderingen die zich in beide sectoren afspelen, is het vrijwel ondenkbaar dat een nieuwe wet vanaf de tekentafel als een blauwdruk voor de toekomst kan worden ontwikkeld. Wellicht is het denkbaar een nieuwe, integrale aanpak, zoals hiervoor aangeduid, te ontwikkelen voor een kleine, goed gedefinieerde doelgroep uit dat grensgebied tussen GGZ en Justitie. Als dan met die groep ervaring is opgedaan hoe zaken als eenheid van rechtspositie, eenheid van regime, afspraken over verwijzen en terugverwijzen en nazorg in de praktijk uitwerken en daaruit lering is getrokken, kan het bereik van die nieuwe regeling langzaam aan worden uitgebreid naar steeds grotere doelgroepen, bij iedere uitbreiding weer lerend van de voorgaande ervaringen. Kortom: een pleidooi voor een doordachte implementatiestrategie van nieuwe wetgeving.

### Reparaties

Hieronder staat een aantal suggesties voor reparaties aan de Wet Bopz en enkele daarmee samenhangende verbeteringsuggesties die uit het vorenstaande zijn af te leiden. Een beperking tot de Wet Bopz is uiteraard niet zinvol. Een wetswijziging in een civiele wet kan consequenties hebben in een strafrechtelijke wet en vice versa. Ook moet worden bedacht dat de achtergronden van verschillende wettelijke regelingen kunnen verschillen van die van de Wet Bopz en koppelingen daarom niet zonder grondige overwegingen kunnen worden aangebracht. De opsomming is zonder weging naar prioriteit. Overlappingsen kunnen voorkomen. (Overigens kunnen de suggesties voor een deel ook verwerkt worden in een eventuele behandelwet, zie ook Deel 8).

### Wet Bopz

- Het voortraject vóór afgifte lbs dient te worden verduidelijkt respectievelijk verbeterd. Het gaat hier met name om verantwoordelijkheden van de politie, onder meer ophoudings- en vervoerskwesties.
- Stroomlijning van de aanvraagprocedure voor een rechterlijke machtiging wordt door een aantal respondenten wenselijk geacht. Bijvoorbeeld indien de opname langer duurt dan 7 of 14 dagen, zou een lbs gemakkelijker dan nu moeten kunnen worden omgezet in een RM.
- Onder de voorgestelde reparaties scoort het voor velen nog steeds te ondoorzichtige artikel 51 van de Wet Bopz hoog. Een mogelijke oplossing is om een hoofdstuk toe te voegen over strafrechtelijke opnamen en de verwijzingen in artikel 51 dienovereenkomstig aan te passen.
- Wanneer de patiënt niet in staat is om zelf te beslissen, is het wenselijk om zo nodig een wettelijk vertegenwoordiger/mentor te benoemen met zwaarwegende

stem inzake opname en behandeling. Bij jeugdige patiënten valt een duidelijker stem te geven aan de voogdijinstelling.

- In het belang van de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen dienen de mogelijkheden van opvoedende en drugswerende interventies verantwoord verruimd te worden.
- Elementen van de Wgbo in de Wet Bopz inbrengen.

#### **Afstemming wettelijke regelingen**

- Uit het forensische GGZ-veld is twijfel vernomen aan de effectiviteit van artikel 37 Sr. Onderzoek naar de feitelijke uitwerking van dit artikel voor de patiënten is aan te bevelen.
- Onderzocht zou moeten worden in hoeverre het mogelijk is strafrechtelijke vrijheidsbeneming (Pbw, Bvt, PIJ, BJJI) als titel voldoende te laten zijn om de interne rechtspositie inzake gedwongen opnamen in de GGZ te laten gelden.
- De Pro Justitia-opnames in de GGZ zouden rechtspositioneel de status van onvrijwilligheid dienen te krijgen en als zodanig te worden opgenomen in het hierboven aanbevolen hoofdstuk over strafrechtelijke opnamen.
- Tussen de nog te veel gescheiden circuits jeugdigen/volwassenen is een betere regulering gewenst. De Wet op de Jeugdhulpverlening dient aangepast te worden op een betere aansluiting met de Wet Bopz.
- Betere afstemming met het vreemdelingenrecht waar het gaat om met uitzetting bedreigde asielzoekers in TBS-klinieken, FPK en FPA.

#### **Circuitvorming / samenwerking**

- Om adequaat te kunnen reageren op acute situaties is het van belang dat er op individueel niveau een dossier bestaat waarin de ‘carrière’ van sociaal kwetsbare mensen door betrokken partijen, zoals de OGGZ, politie, maatschappelijke opvang, wordt bijgehouden. Individuen moeten kunnen worden gevolgd, in welk systeem ze zich ook bevinden. Uitwisseling van kennis en ervaringen tussen betrokken organisaties is van belang. Daarbij dienen wel de regels van het medisch beroepsgeheim en privacywetgeving gevolgd te worden. Het is ook van belang dat ten aanzien van de individuele patiënt door de betrokken partijen gezamenlijk doelen worden geformuleerd en een handelingsprotocol wordt geformuleerd. In enkele gemeenten is al een aanvang gemaakt met een dergelijke benadering. Dit type afspraken kan een rol spelen bij een optimale toepassing van de Wet Bopz, die toch moet worden beschouwd als een ‘ultimum remedium’.
- Bij verlenging van een PIJ-maatregel voor patiënten boven de leeftijd van 18 jaar zou de patiënt eerder in aanmerking moeten komen voor doorstroming naar de setting van TBS-klinieken, FPK en FPA in plaats van het verblijf in de JJI voort te zetten. Dit sluit aan bij de algemene aanbeveling van de Commissie Visser om PIJ en TBS beter te ‘twinnen’.

- Weloverwogen (tijdelijke) vangnetconstructies tussen settingen dienen gefaciliteerd te worden: van GGZ naar FPK/FPA en van deze beide settingen naar TBS-klinieken. Enerzijds bedoeld als stok achter de deur om 'drang' te faciliteren, anderzijds om tegemoet te komen aan tijdelijke behoeften van de patiënt zelf ('crisiskaarten').
- Drempelverlagende maatregelen en maatregelen die hiaten en stuwingen voorkómen, dienen genomen en aangemoedigd te worden. Waar samenwerking substantiële tijd en menskracht vraagt, dient ruimhartig vergoed te worden.
- Nazorg van gedetineerden met ernstige psychische stoornissen na ontslag dient dwingender geregeld te worden.

#### **Overige voorstellen**

- Een duidelijk, eenduidig en breed verspreid beeld bij behandelaars dient gestimuleerd te worden inzake de grenzen die de rechter trekt ten aanzien van de toepassing van de Wet Bopz. De brochure voor het criterium 'gevaar' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zou beter bekend kunnen raken (eventueel na actualisatie van de laatste versie uit 2000).
- Verslaving dient vaker als psychiatrische stoornis aangemerkt te worden indien of voorzover voldaan wordt aan de DSM-criteria.
- Een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis wordt wenselijk geacht, mogelijk met de huidige FOBA als basis.
- Het wordt als urgent gezien om de vrije aanbesteding door Justitie ter implementatie van de aanbevelingen van de commissie Houtman te flankeren met de juiste, circuitbevorderende maatregelen. Een 'level playing field' creëren is belangrijk als de aanbesteding op gang komt. Ook om deze reden wordt het harmoniseren van rechtsposities van patiënten over de settingen heen van groot belang gezien. "Perverse financiële prikkels" op het grensgebied dienen te worden voorkomen. De GGZ moet over geoormerkt geld voor moeilijke patiënten kunnen beschikken.

Bij dit alles realiseren de onderzoekers zich, dat de voorstellen voor actiepunten in hoofdzaak aangedragen zijn door personen die in het grensgebied zelf werkzaam zijn. Een alomvattende visie is daarmee niet automatisch gegeven, maar vormt wel de uitdaging waar beleidsmakers, behandelaars en juristen voor staan.

## Bijlage 1: literatuur

- Abma, T., Widdershoven, G. & B. Lendemijer (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie - kwaliteit van vrijheidsbepalende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Abma, T. & G. Widdershoven (2005). Dwang en drang in de psychiatrie, cultuurverandering in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(6): 608-622.
- Barnhard, M.C. (red.) (2003). *Veilig behandeld in behandelcircuits voor forensische psychiatrie: Positiebepaling en actieplan van Forensisch Psychiatrische Klinieken voor de jaren 2003-2008*. Assen: GGZ Drenthe.
- Berghmans, R.L.P. (2005). Bopz in crisis: recht, ethiek en Ggz. *Journal Ggz en recht*, 1(3): 51-55.
- Blanken, J. (2003). Bopz sluit niet aan bij praktijk, vaak ten onrechte vrijheidsbeperkende maatregelen. *Zorgsupport*, 9(6): 17.
- Brink, M., Wel, J.J. van der, Hissel, S.C.E.M & C.C. Koning (2006). *TBS in beeld: Een beschrijving van het Nederlands tbs-stelsel*. Bijlage bij het Eindrapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Tbs van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag.
- Bulten, E., Nijhuis, J. & J. Verhagen (red.) (2003). *Geboeid door het Gevangeniswezen - opstellen over organisatie, personeel en gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg, psychische stoornissen bij jeugdige kortgestrafte gedetineerden*. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam
- Bulten, B.H., Zwemstra, J.C. & M.J.A. Pulles (2001). Behandeling in detentie ter vermindering van recidive. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56(4): 300-314.
- College Tarieven Gezondheidszorg (2006). *Jaarverslagen 2003 – 2006*. Utrecht: CTG.
- Commissie Houtman (2004). *Advies Interdepartementale Werkgroep Besturing en Financiering van Zorg in Justitieel kader*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Commissie Visser (2006). *Parlementair onderzoek TBS, Eindrapport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30250, nrs. 4-5.
- Convenant GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen (2003). 's-Gravenhage: Raad van Hoofdcommissarissen, GGZ Nederland, 27 januari.
- Convenant Oostelijk Utrecht tussen GGZ-Partners en Politie Utrecht (2005). Amersfoort: 5 oktober.
- Convenant Samenwerking Stichting Regionale Ambulance Voorziening provincie Utrecht (RAVU) & Politie Utrecht (2006). Utrecht: 9 oktober.
- Crul, B.V.N. & J. Legemaate (2005). Psychiatrie en dwang. *Medisch Contact*, 57(25): 1088-1090.
- Duits, N.(2006). *Kwaliteit onderzoek Pro Justitia van jongeren*. Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam

- Duits, N., Bartels, J.A.C. & W.B. Gunning (red.) (2004). *Jeugdpsychiatrie en Recht* (2<sup>e</sup> druk). Assen: Van Gorcum.
- Eggen, A.Th.J. & W. van der Heide (red.) (2005). *Criminaliteit en Rechtshandhaving*. Den Haag/Voorburg: Boom juridische uitgevers, WODC/CBS.
- Eggen, A.Th.J. & W. van der Heide (2004). *Criminaliteit en rechtshandhaving*. Voorburg/Den Haag: CBS/WODC
- Emmerik, J.L. van & M. Brouwers (2001). *De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal, Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie
- Frederiks, B.J.M. & A.J.K. Hondius (2005). Dwang en drang: een vorm van intensieve zorg? *Journal GGZ en recht*, 1(1): 3-6
- Gemert, A.A. van & D. van Loenen (2006). *TBS in getal*. Den Haag: DJI, Ministerie van Justitie.
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen, Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGZ Nederland (2006). *Sectorrapport GGZ 2003 – 2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2005). *Visienota TBS/Forensische psychiatrie*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGD Nederland, GGZ Nederland & KNMG (2005). *Handreiking Gegevensuitwisseling in het kader van Bemoeizorg*.
- Henselmans H. (1993). *Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. Delft: Eburon.
- Herrmann, G. (2005). *Quick scan naar het effect en resultaat van het covenant GGZ Nederland en Raad van Hoofdd commissarissen van 28 januari 2003*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Herrmann, G. & J. Salet (2004). *Richtlijn samenwerken in acute situaties*. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Politie; GGZ 's-Hertogenbosch, GGZ Oost-Brabant, Politie Brabant-Noord.
- Hondius, A. (2006). Gestoord in de cel - verslag van het gelijknamige congres. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61(5): 451-453.
- Huygen, T.M.J. (2006). Forensische psychiatrie: een leerschool voor de GGZ. *Patiënt Care*, augustus, 10-15.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg IGZ (2004a). *Klinische forensische psychiatrie, brugfunctie of zelfstandig circuit?* Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2004b). *De uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht, de resultaten van vier thematische onderzoeken op het terrein van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)*. Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000). *Gevaar in de Wet Bopz. Het gevaars criterium bij opname en ontslag*. Den Haag: IGZ.
- Keurentjes, R.B.M. (2003). *De Wet Bopz - De betekenis van de wet voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers BV.

- Kogel, C.H. de, Verwers, C. & V.E. den Hertog (2005). *'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers / WODC.
- Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie – van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Laere, I.R.A.L. van (2002). *De zwervende alcoholist; voor wie een zorg? Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 146(42): 1965-1968*.
- Legemaate, J. (2001). *Brief aan de gemeente Amsterdam*.
- Legemaate, J. (2002). Vrijheidsbeneming in het geval van (ernstige) overlast ten gevolge van gezondheidsproblemen. *NJCM-Bulletin, 27(7): 849-863*.
- Lindt, S. van der (2005). *Kansen voor (O)GGZ- samenwerking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lotterman, L. (2004). Blaasvoetbal, helpt gedwongen opname tegen verslaving. *Gezondheidsvakblad over Gezondheid en Maatschappij, 2(3): 24*.
- Lucieer, J. (2006). *Inzicht in het Staatstoezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 1841-2005*. Dissertatie. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Lucieer, J. (2005). Een andere kijk op verslaving: Verslaving is een genetisch bepaalde chronische ziekte. *Medisch Contact, 60(20): 285-287*
- Maassen, H. (2001). Op de grens van recht en psychiatrie (interview met Corine de Ruiter). *Medisch Contact, 56(25): 968-971*.
- Miedema, A. (2006). Verslavingszorg en GGZ: verstandshuwelijk? *Sozio, 69 (april): 20-25*
- Mijnheer E. (2004). Dwang en drang, een laatste redding: Experimenteel afkicken in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden. *Zorg en welzijn, 10(8): 14-16*.
- Ministerie van Justitie (2006). *Jaarverslag 2005 Monitoring (B)IBA*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie (2005). *Jaarverslag 2004 Monitoring (B)IBA*. Den Haag: Ministerie van Justitie
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). *Brancherapport GGZ-MZ 2000-2003*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mol, E.M.M. (2006). *Psychiatrische diagnostiek en behandelplannen t.b.v. personen met de ISD-maatregel. Nota*. Amsterdam: Forensisch Psychiatrische Dienst Amsterdam.
- Mulder, C.L. (2005a). Epidemie van dwangopnames anno 2005. *Journaal GGZ en recht, 1(8): 155-158*.
- Mulder, C.L. & H. Kroon (red.) (2005b). *Assertive community treatment*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Mulder, W. e.a. (2005). De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam, ervaring met grootstedelijke acute opnames. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 47(6): 383-389*.
- Nieuwenhuizen, Ch. van (2006). *Tegen beter weten in? Behandeling van jeugdigen met een delictvoorgeschiedenis en ernstige psychiatrische problematiek*. Tilburg: Oratie Universiteit.

- Nys, T.R.V. (2005a). Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(8): 519-527.
- Nys, T.R.V. (2005b). Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(10): 814- 818. Reactie Van Veldhuizen aan Nys, Antwoord aan Van Veldhuizen van Nys, Reactie van Nys aan Widdershoven, Antwoord aan Nys van Widdershoven.
- NVvP (2005). Psychiaters bepleiten reparatie BOPZ. *Medisch Contact*, 60(19) 13 mei.
- Panhuis, P. van (2005). Naar een strafrechtelijke behandelmaatregel. *Journal GGZ en recht*, 1(7): 131-136.
- PvdP (2006a). Ruim de helft van de tbs-populatie hoort niet in de behandelkliniek. *Zorgvisie*, 36 (2): 2.
- PvdP (2006b). Kritiek groeit op 'deportatie' verslaafden. *Zorgvisie*, 36(18): 1.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Straf en zorg: een paar apart - passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*. Amsterdam: SWP.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2005). *Tussen Zorgen en begrenzen*. Den Haag: RMO.
- Rijk en vier grote steden (2006). *Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Rooij, M.F.A.M. van. (2001). Gedwongen opname in de verslavingszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 43(4): 265.
- Rotterdams P5-overleg (2004). *Verslaving en de Wet Bopz, Rotterdamse Richtlijn voor de beoordeling van verslaafden in verband met de Rechterlijke Machtiging*. Rotterdam: Rotterdams P5 overleg.
- Schippers, G.M., Es, M. van, Mulder, E. & A. van Dijk (2005). De verslavingszorg professionaliseert, evaluatie van het zorgvernieuwingproject 'Resultaten Scoren'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(5): 527-539.
- Schoemaker, B. (2004). Dubbelhulp. *Psychologie*, 8(1): 16-18.
- Selten, J.P. (red.) (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, (178): 367-372.
- Slooff, C.J. (2006). De twijfels ingehaald door de praktijk. *Patiënt Care*, (augustus): 3-5.
- Tervoort, M. (2003). Beveiliging of zorg voorop? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58 (1): 3-6.
- Tervoort, M.G.A. (2003). Dwang, drang en motivatie tot forensisch psychiatrische zorg. In: Groen, H. & M. Drost, *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg*, Lochem: De Tijdstroom.
- Veen, J. van (2005). *ABP* (3): 4.
- Veldhuizen J.R. van (2005). FACT: *de functie ACT, een Nederlandse variant*. In: Mulder, C.L. & H. Kroon (red.) (2005) *Assertive community treatment*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Verkerk, M.A., Polstra, L. & M. de Jonge (2003). Drang in de zorgpraktijk. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45(9): 539.

- Vogelvang, B.O., Burik, A. van, Knaap, L.M. van der, & B.S.J. Wartna (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Den Haag: WODC.
- Vreugdenhil, J.(2003). *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in the Netherlands*. Dissertatie. Wageningen: Ponsen en Looijen.
- Wamel, A. van (2003). *Ondersteuningsdocument bij de implementatie van een basiszorgprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Weeghel, J. van, Elling, A. & J. van der Marck (1997). *Dubbele Diagnose, dwalen tussen psychiatrie en verslaving*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wemekamp, S. (2005). Psychiatrie werk aan kwaliteitsverbetering van zorg, verslag bijeenkomst vakgroep V&V: dwang en drang, een noodzaak! *Verpleging Nu*, (58): 20-21.
- Wergroep Doelgroepenanalyse (2006), *Eindverslag*, Den Bosch/Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Wergroep Ketenvorming (2004). *Ketenvorming rond dubbele diagnose patiënten in de regio Utrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Widdershoven, T.P. (2006). Na de Wet Bopz - aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, (7): 488-503.
- Widdershoven, T.P. (2005). *Strafrechtelijke opneming in de psychiatrie - een commentaar op artikel 51 Bopz*. Den Haag: Sdu.
- Wierdsma, A. (2003). Inbewaringstelling...en dan? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58(4): 337-349.
- Wolf, J. (2003). Medisch Contact (2003). Psychiatrische patiënten delen opvang met zwervers en verslaafden. *Medisch Contact*, 58(25).
- Wolf, J., Bransen, E. & S. Nicholas (2001). Mensen in de marge. *Justitiële verkenningen*, 27(6): 19-38
- ZonMw (2002a). *Evaluatie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, De Wet Bopz in de forensische psychiatrie, deel 9*. Den Haag: ZonMw.
- ZonMw (2002b). *Evaluatie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie, deel 6*. Den Haag: ZonMw.
- ZonMw (2002c). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen, conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie, deel 10*. Den Haag: ZonMw.
- Zuijderhoudt, R.H. (2004). *De kwestie vervoer*. Den Haag: Zuijderhoudt Consultancy.

## Bijlage 2: kwantitatieve gegevens over het grensvlak ggz - justitie

Prismant - Drs. A.J.J. van der Kwartel

### Inleiding

Door de evaluatiecommissie voor de derde evaluatie van de Wet Bopz zijn zeven vragen gesteld naar kwantitatieve gegevens op het grensvlak van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Justitie (zie bijlage 3). Aan de hand van deze vragen wordt in deze bijlage de kwantitatieve informatie gepresenteerd. Daaraan voorafgaand enkele opmerkingen.

Het bleek lastig om over het grensvlak tussen Justitie en GGZ consistente, meerjarige kwantitatieve informatie te verzamelen. Voor de registrerende instanties aan de kant van Justitie, zoals de Directie Justitiële Inrichtingen (DJI) en het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC), vormen de gegevens over de praktijk van de rechtspraak en over de (gedetineerden in) penitentiaire inrichtingen de centrale invalshoek van de registraties. Basale kenmerken van de gehele populatie worden daarbij wel geregistreerd, maar daar vallen kenmerken als geestelijke stoornissen niet standaard onder. Ook de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling constateert dit:

*“Opvallend is dat binnen justitieorganisaties zorggebruik en zorgbehoefte – bijvoorbeeld binnen gevangenen – niet volledig worden geregistreerd.” (...) “... kijken we naar de justitiële invalshoek, dan is bijvoorbeeld onduidelijk welk percentage van de groep veelplegers een psychiatrische achtergrond heeft (...).” (Tussen zorgen en begrenzen, 2005, pag. 14)*

Wel wordt voor specifieke differentiaties van de penitentiaire inrichtingen, zoals de (beveiligde) individuele begeleidingsafdelingen ((B)IBA's), dergelijke informatie over de populatie verzameld. De meeste informatie blijkt beschikbaar te zijn voor de groep terbeschikkinggestelden. Maar zelfs voor deze groep is er, als het gaat om wat dieper gravende informatie, slechts één rapport bekend, waarin een grondige studie is gemaakt naar kenmerken van Tbs-gestelden. Dit onderzoek betreft de populatie tussen 1995 en 2000 en is later niet herhaald. Het gevolg van een en ander is dat veel informatie aan verschillende, soms incidentele, bronnen ontleend moet worden. Daardoor is deze informatie niet altijd onderling vergelijkbaar, soms fragmentarisch en soms al wat verouderd.

Deze kwantitatieve bijlage bestaat uit twee delen.

In het eerste deel wordt aan de hand van de door de evaluatiecommissie gestelde vragen (zie bijlage 3) kwantitatieve informatie gepresenteerd. Voor zover informatie beschikbaar is, wordt per vraag informatie gegeven over achtereenvolgens:

- De penitentiaire inrichtingen (PI) in het algemeen
- De bijzondere groepen binnen het Gevangeniswezen (GW)
- De Inrichtingen voor Stelselmatige Daders (ISD, aparte differentiatie binnen het GW)
- De forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen (FPK, FPA)
- De Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD)
- De Tbs-gestelden

Dit deel wordt afgesloten met enkele conclusies en aanbevelingen.

Het tweede deel bevat kwantitatieve achtergrondinformatie over de ontwikkeling van de rechterlijke beschikkingen (lbs-en en RM-en) in de periode 2000-2005. Deze informatie is grotendeels gebaseerd op informatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De peildatum van de gebruikte gegevens is 1 oktober 2006.

## Bijlage 2: Deel I: de vragen van de derde evaluatiecommissie

(De nummering van de vragen verwijst naar bijlage 3)

*13. Hoeveel personen met een psychiatrische stoornis zitten er in de penitentiaire inrichtingen in het algemeen, TBS, ISD (Inrichtingen voor stelselmatige daders) en de forensische psychiatrie?*

### Penitentiaire inrichtingen

Er zijn geen exacte cijfers bekend over het aantal mensen met psychische stoornissen in penitentiaire inrichtingen. Er zijn incidentele onderzoeken bekend, maar deze zijn gedateerd en hebben betrekking op specifieke groepen. Zo is in 1999 een onderzoek gedaan onder inrichtingspsychologen. Een dergelijk onderzoek geeft geen informatie over de prevalentie van psychische stoornissen, omdat alleen vragen zijn beantwoord over de groep die door de psycholoog is gezien. Het gaat hierbij gemiddeld om zo'n 10% van de populatie. Een ander voorbeeld is een onderzoek uit 1997 door het Trimbos-instituut, waaruit blijkt dat 60% van de gedetineerden lijdt aan een psychische stoornis. Dit percentage is echter inclusief verslavingsproblematiek en bovendien is dit onderzoek op één locatie uitgevoerd en daarmee niet generaliseerbaar.

Veelal wordt verwezen naar een onderzoek van Bulten uit 1998, waaruit blijkt dat ongeveer 40% van de gedetineerden psychosociale problematiek kent. In 2001 gaven Bulten, Nijhuis en Verhagen, de volgende indicaties over psychosociale problematiek onder gedetineerden:

- prevalentiecijfers voor psychotische stoornissen lopen uiteen van bijna 3% tot 7%;
- depressieve stoornissen variëren van ruim 4% tot 22%;
- meer dan 50% van de gedetineerden zou verslavingsproblemen hebben.

De auteurs geven aan dat deze cijfers vermoedelijk onderschattingen zijn, omdat bepaalde onderdelen van de psychopathologie, zoals Post Traumatische Stress Stoornis en ADHD vaak buiten beschouwing blijven.

Vogelvang, Van Burik, Van der Knaap en Wartna (2003) hebben een rapport gepubliceerd over de prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de inkomstenafdeling in acht Penitentiaire Inrichtingen (PI's). Het onderzoek wordt representatief geacht voor de gehele populatie mannelijke gedetineerden in Nederland. Het onderzoek was vooral gebaseerd op een methodiek van zelfrapportage door gedetineerden.

De onderzoekers komen onder meer tot de volgende bevindingen:

- 40% van de gedetineerden geeft aan ernstige tot zeer ernstige problemen met drugsgebruik te hebben;

- Tweederde van de gedetineerden geeft aan matige tot ernstige psychische problemen te hebben;
  - Bijna 30% geeft aan matige tot ernstige psychiatrische problemen te hebben.
- De onderzoekers merken bij deze cijfers overigens op dat er sprake kan zijn van onderrapportage, omdat bijvoorbeeld enkele gedetineerden zodanig ernstige psychiatrische problemen hadden dat zij bij voorbaat door de Penitentiaire Inrichting Werkers (PIW-ers) werden uitgesloten van deelname aan dit onderzoek.

Vanuit de Directie Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie wordt gesteld dat er op dit moment ongeveer 1.250 personen in penitentiaire inrichtingen verblijven die (ernstige) psychische stoornissen hebben; in ieder geval een populatie die extra zorg en/of beveiliging nodig heeft. (Circa 550 in de bijzondere groepen zoals de (B)IBA, FOBA, BGG, LAA en de FSU en naar schatting 700 in Bijzondere ZorgAfdelingen (BZA's), zie ook tabel 38). Als we dit aantal vergelijken met het totaal aantal gedetineerden in 2005 (17.600), dan is de conclusie dat ongeveer 7% van de populatie zodanig ernstige psychische stoornissen heeft dat extra zorg nodig is.

In april 2006 bracht de Werkgroep Doelgroepenanalyse haar eindrapportage uit. Deze werkgroep heeft gepoogd “... doelgroepen te definiëren waar sectoroverschrijdende samenhang zodanig is dat herclustering zinvol is”. De werkgroep heeft onder meer getracht de omvang van deze bijzondere groepen te schatten op basis van diagnostiek per sector (Jeugd, Gevangeniswezen en TBS). De werkgroep komt tot de volgende schattingen van justitiabelen in diagnostische clusters en naar typen voorzieningen:

**Tabel 10:** *Schatting aantal justitiabelen in diagnostische clusters naar voorzieningen (in procenten)*

Justitiabelen	GW Bijzondere groepen	TBS	Jeugd
	%	%	%
Psychotici	50	25-30	10
Externaliserende persoonlijkheidsproblematiek / Cluster-B persoonlijkheidsproblematiek	20	40	80
Verstandelijk gehandicapt (IQ <80)	10-15	10	5
AS 1-pathologie, niet zijnde psychotisch	15-20	15-20	5*)

(Bron: Werkgroep Doelgroepenanalyse, 2006)

Noot: \*) 18 jaar en ouder

**Tabel 11:** Schatting aantal justitiabelen in diagnostische clusters naar voorzieningen (in absolute aantallen)

Justitiabelen	GW Bijzondere groepen	TBS	Jeugd	Totaal
Psychotici	275	400	25	700
Externaliserende persoonlijkheidsproblematiek / Cluster-B persoonlijkheidsproblematiek	125	600	300	1.025
Verstandelijk gehandicapt (IQ <80)	75	150	30	250
AS 1-pathologie, niet zijnde psychotisch	105	250	20*)	375

(Bron: Werkgroep Doelgroepenanalyse, 2006)

Noot: \*) 18 jaar en ouder

### Verslaafden

Over het aantal verslaafden in penitentiaire inrichtingen is weinig bekend. De studies die voor handen zijn, zijn niet expliciet gericht op het vaststellen van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek. Indicaties zijn er wel uit af te leiden. Zo zou uit een onderzoek van Van Montfoort uit 2003 zijn af te leiden dat 40% van de gedetineerden ernstige tot zeer ernstige problemen heeft met drugs (Bron: DJI). Deze schatting komt overeen met bevindingen uit het eerdergenoemde onderzoek van Vogelvang et al. (2003).

### ISD

De ISD-maatregel is in oktober 2004 ingegaan en vanaf januari 2005 zijn de eerste vonnissen voor deze maatregel opgelegd. Er is dus nog niet veel bekend over de effecten van deze maatregel en de kenmerken van de groep die deze maatregel opgelegd krijgt. Tot 2007 is een opbouw voorzien in de ISD-capaciteit van 1.000 plaatsen. Hiervan zijn er 874 intramuraal en 126 extramuraal. Gesteld wordt dat het in een groot aantal gevallen gaat om zeer actieve veelplegers met een ernstige en langdurige verslaving en/of psychiatrische problematiek (Bron: DJI).

### TBS

In onderstaande tabel wordt de ontwikkeling van de omvang van de populatie in TBS-inrichtingen gepresenteerd.

**Tabel 12:** Aantal personen in TBS-inrichtingen (op 1 januari aanwezig), 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal	1.003	1.109	1.164	1.235	1.324	1.420

(Bron: DJI, 2006)

In de beschouwde periode is derhalve sprake van een toename met 40%. Over de populatie van ná 2000 is geen informatie beschikbaar voor wat betreft de prevalentie van geestelijke stoornissen. Wel zijn recentere gegevens bekend naar de prevalentie van geestelijke stoornissen in de populatie bij instroom in TBS-klinieken:

**Tabel 13:** *Populatie bij instroom TBS-klinieken naar stoornis, 2002-2005 (absoluut en in procenten)*

	2002		2003		2004		2005	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Persoonlijkheidsstoornis	156	61	185	58	193	65	144	58
Psychotisch	49	19	72	23	67	22	64	26
Stoornis onbekend/nvt	50	20	60	19	39	13	39	16
Totaal	255	100	317	100	299	100	247	100

(Bron: DJI, 2006)

Noot: Over 2001 zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar

Uit de bovenstaande tabel valt niet zonder meer af te leiden of er sprake is van een structurele stijging van het aandeel Tbs-gestelden met psychotische aandoeningen. In procenten lijkt die ontwikkeling zich inderdaad voor te doen, maar naar de absolute aantallen kijkend is sprake van een stabilisatie.

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de kenmerken van de populatie Tbs-gestelden in de jaren 1995-2000. Daarover zijn de volgende gegevens bekend:

**Tabel 14:** *Diagnostische gegevens TBS-populatie, 1995-2000 (in procenten)*

	1995	1998	1999	2000
	%	%	%	%
Persoonlijkheidsstoornis	75	78	80	80
Psychotische stoornis	23	26	25	25
Aan misbruik van middelen gerelateerde stoornis	32	38	42	43

(Bron: DJI, 2001)

Uit deze tabel valt af te leiden dat het aandeel aan misbruik van middelen gerelateerde stoornissen in deze periode sterk toeneemt. Het aandeel mensen met psychotische stoornissen blijft vrijwel constant over deze periode. Het feit dat het aandeel vrijwel constant blijft, heeft echter wel gevolgen voor de absolute aantallen aan mensen met psychosen die in TBS-inrichtingen verblijven. Als we ervan uitgaan

dat het percentage mensen met psychosen onder de TBS-populatie constant blijft op 25% en we passen dit percentage toe op de ontwikkeling van het aantal mensen in TBS-inrichtingen, dan wordt de volgende ontwikkeling zichtbaar:

**Tabel 15:** *Schatting aantal psychotische mensen in TBS-inrichtingen (op 1 januari aanwezig), 2000-2005*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal	251	277	291	309	331	355

In 2005 zouden er derhalve 104 mensen met psychosen meer in TBS-inrichtingen verblijven dan in 2000.

### Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen

Er zijn slechts spaarzaam gegevens bekend over de populatie van Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's). Wel kunnen benaderingen worden ontleend aan de Jaarverslagen van het College Tarieven Gezondheidszorg. De volgende drie tabellen zijn uit deze jaarverslagen afgeleid.

**Tabel 16:** *Toegelaten bedden forensische psychiatrie, 2000 - 2005*

Type	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Forensisch (gesloten)	194	270	273	281	296	323
Forensisch (open)	197	273	301	306	309	278

(Bron: CTG, 2006)

Over de periode 2000 – 2005 is er sprake van een toename van het aantal toegelaten bedden met 66% in de FPK's en 41% in de FPA's.

**Tabel 17:** *Totaal aantal eerste opnamen in FPK's en FPA's*

Type	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
FPA	17	253	217	250	279	222
FPK	160	148	259	353	450	524

(Bron: CTG, 2006)

Noot: \*) Afspraken

De instroom in de FPA's wisselt in de loop der tijd en lijkt te schommelen rond de 250. (Het jaar 2000 wijkt sterk af.) In de FPK's is sprake van een sterke stijging van de instroom. Ten opzichte van 2000 meer dan een verdrievoudiging.

**Tabel 18:** Aantal verpleegdagen (x 1.000), behandeling en resocialisatie, in FPK's en FPA's 2000 - 2005

Type	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	2000-2005 Stijging in %
FPA							
Resocialisatie	11,7	17,4	10,3	11,8	15,3	17,3	48
Behandeling	42,9	62,3	73,3	72,4	79,2	74,0	72
FPK							
Resocialisatie	5,9	6,6	6,5	7,3	8,1	8,4	42
Behandeling	54,7	60,5	65,1	84,8	104,6	120,6	120

(Bron: CTG, 2006)

Noot: \*) Afspraken

Uit deze tabel valt af te leiden dat er sprake is van een sterke groei en dat het aantal verpleegdagen voor 'behandeling' sterker groeit dan voor 'resocialisatie'. Beide patronen gelden zowel voor FPK's als FPA's.

Deze cijfers geven een indruk van de ontwikkeling van de forensisch psychiatrische zorg, maar daar behoort een kanttekening bij: Uit onderzoek in het kader van het project 'Vernieuwing Forensische Zorg in een strafrechtelijk kader', dat tot doel heeft de implementatie van het rapport van de Commissie Houtman (2004) voor te bereiden, is als schatting naar voren gekomen dat 20% van de cliënten van FPK's daar niet op strafrechtelijke titel verblijven. Voor de FPA's werd dit percentage geschat op 45% en voor de ambulante forensische zorg op 74% (informatie Ministerie van Justitie). Gesteld wordt dat een en ander het gevolg is van onvoldoende doorstrommogelijkheden vanuit FPK's en FPA's naar de reguliere GGZ. In het hoofdrapport is ook op deze problematiek gewezen. Een en ander betekent dat de tabellen over de ontwikkeling van het aantal toegelaten bedden en het aantal verpleegdagen een vertekend beeld kunnen geven van de werkelijke ontwikkeling in de forensisch psychiatrische zorg in FPK's en FPA's. Het is immers niet bekend hoe het percentage 'verkeerde bedden' zich in de loop van de tijd heeft ontwikkeld.

### Forensisch Psychiatrische Dienst

Uit onderzoek van Bulten (1998) komt naar voren dat naar schatting 40% van de een detentiepopulatie psychosociale problematiek kent. Gegevens bij de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) duiden erop dat 25% van de gedetineerden in het

psychomedisch overleg (PMO) wordt besproken. Vanuit dit PMO worden uiteindelijk 3.400 personen door psychiaters van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)<sup>18</sup> in behandeling genomen. De FPD gaat derhalve uit van de volgende schattingen:

Jaarlijks passeren 56.000 personen het Gevangeniswezen:

40% = 22.400 personen

25% = 14.000 personen met een psychische problematiek in behandeling bij PMO

6% = 3.400 personen in behandeling bij psychiater van de FPD

(Bron: FRIS)

Dagelijks verblijven 17.000 personen in detentie:

40% = 7.000 personen met een psychosociale stoornis.

25% = 4.250 personen met een psychische problematiek in behandeling bij PMO

6% = 1.020 personen met psychiatrische stoornis in behandeling bij psychiater van FPD

(Bron: FRIS)

### FOBA

Een aanzienlijk en toenemend percentage van de gedetineerden lijdt aan ernstige psychiatrische stoornissen. De Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (FOBA) in Amsterdam is de laatste voorziening in de keten van zorg binnen detentie voor deze patiënten. Enkele kerngegevens over deze voorziening:

- De FOBA is 25 jaar geleden begonnen als een instelling met 18 bedden. Op dit moment beschikt de FOBA over 66 bedden.
- Jaarlijks vinden gemiddeld 320 opnames plaats vanuit penitentiaire inrichtingen in heel Nederland.
- Per opname is sprake van een gemiddelde verblijfsduur van 12 weken, maar de spreiding rond dit gemiddelde is groot.
- Driekwart van de patiënten heeft psychotische aandoeningen.
- Eén kwart heeft ernstige stemmingsstoornissen, aanpassingsstoornissen en autisme.
- Bij 70% speelt misbruik van middelen een rol.
- 70% heeft naast de As 1-stoornis persoonlijkheidsstoornissen, vooral Cluster B. Bij mannen gaat het vooral om antisociale persoonlijkheidsstoornissen en bij vrouwen om ernstige borderline persoonlijkheidsstoornissen.
- Ongeveer vijf procent van de patiënten is zwakbegaafd.
- 85% heeft een niet-Nederlandse culturele achtergrond

(Bron: Huygen, 2006)

14. In hoeveel gevallen is er een relatie tussen de stoornis en het gepleegde delict?  
(bij TBS is dit namelijk een eis voor oplegging)

Hierover zijn gegevens bekend voor de TBS-populatie uit het eerder genoemde onderzoek over de populatie 1995-2000. Vanuit de FPD zijn meer recente schattingen aangegeven.

**TBS**

Uit de beschikbare kwantitatieve gegevens is niet rechtsreeks af te leiden of er een verband bestaat tussen de stoornis en het gepleegde delict. Er zijn kenmerken bekend van de populatie van Tbs-ers waar het gaat om geestesstoornissen (zie eerdere tabellen) en er zijn delictkenmerken bekend van de groep Tbs-ers, maar uit deze kwantitatieve gegevens is niet zonder meer een verband te halen. Een indicatie hoe de rechter oordeelt over het verband tussen het delict en de stoornis, kan worden ontleend aan de onderstaande tabel.

**Tabel 19:** *Mate van toerekeningsvatbaarheid van Tbs-gestelden voor delict(en) (oordeel rechter), 1995-2000 (in procenten)*

	1995 (N = 415)	1996 (N = 473)	1997 (N = 577)	1998 (N = 708)	1999 (N = 830)	2000 (N = 937)
	%	%	%	%	%	%
Enigszins verminderd	1	1	1	1	2	2
Verminderd toerekeningsvatbaar	39	41	43	46	49	53
Sterk verminderd	28	29	30	30	29	27
Ontoerekeningsvatbaar	31	28	25	22	19	17
Niet van toepassing	2	1	1	1	1	0

(Bron: Van Emmerik & Brouwers, 2001)

Over de beschouwde periode is een toename te zien van het percentage veroordeelden dat ‘verminderd toerekeningsvatbaar’ wordt geacht. Daartegenover staat een afname van het percentage veroordeelden dat (‘volledig’) ontoerekeningsvatbaar wordt geacht. Uit het rapport van Van Emmerik en Brouwers (2001), waaruit deze gegevens afkomstig zijn, blijkt dat de rechter vrijwel altijd het advies van de rapportage Pro Justitia volgt. Van de 580 rapportages Pro Justitia in deze periode, waarover beide kenmerken bekend zijn, wees de rechter in slechts 15 gevallen af. Betreffende kinderen en jeugdigen blijkt uit het proefschrift van Duits (2006) een hoger aantal afwijkingen, althans te Amsterdam. De adviezen worden in 84% van de gevallen door de rechtbank gevolgd.

### Forensisch Psychiatrie Dienst

Vanuit de Forensisch Psychiatrie Dienst worden jaarlijks naar schatting over 3.600 volwassenen Pro Justitia gerapporteerd door een psychiater en/of psycholoog. Hierover kunnen de volgende gegevens worden vermeld:

**Tabel 20:** *Rapportages Pro Justitia (absoluut en in procenten)*

Type uitspraak	Aantal	%
Volledig ontoerekeningsvatbaar	240	7
Sterk verminderd toerekeningsvatbaar	200	6
Verminderd toerekeningsvatbaar	810	22
Licht verminderd toerekeningsvatbaar	1310	36
Volledig toerekeningsvatbaar	740	21
Geen uitspraak toerekeningsvatbaarheid	300	8

(Bron: FPD)

In 8% van de gevallen onthoudt of onthouden de rapporteur(s) zich van een uitspraak over de toerekeningsvatbaarheid. Ten aanzien van 2.560 volwassen personen die strafrechtelijk worden vervolgd (3.600 – 1.040) is de conclusie van de gedragsdeskundige dat het delict niet of in verminderde mate is toe te rekenen wegens het bestaan van een psychische stoornis. Anders geformuleerd: van het aantal personen waarvoor een rapportage Pro Justitia wordt aangevraagd, wordt in 71% van de gevallen vastgesteld dat er een relatie bestaat tussen het delict en de geestelijke stoornis. Het oordeel over de toerekeningsvatbaarheid valt uiteindelijk toe aan de rechter.

*15. In welke mate komen de psychiatrische ziektebeelden op DSM-As 1 voor in de genoemde populatie uit vraag 1?*

### Penitentiaire inrichtingen

Volgens de Werkgroep Doelgroepenanalyse (2006) lijdt naar schatting 6% van de gedetineerden aan psychotische stoornissen. Voor 2005 zou dit op enig moment neerkomen op 1.056 personen. Aangezien de meeste gedetineerden korter dan een jaar in een penitentiaire inrichting verblijven, is dit aantal op jaarbasis veel groter. De werkgroep stelt over de hierboven genoemde bijzondere groepen (de werkgroep gaat uit van 610 plaatsen): "... wordt de pathologie in krap 50% (275 gedetineerden) van de gevallen gedomineerd door psychotische stoornissen, met name schizofrenie." Hieruit valt af te leiden dat van het geschatte aantal van ruim 1.000 personen met psychotische stoornissen, meer dan een kwart deel uitmaakt van de bijzondere groepen. De werkgroep schat dat ongeveer 15 tot 20% van de mensen uit bijzondere groepen wordt gekenmerkt door AS-I stoornissen, niet zijnde een psychotische stoornis (zie ook tabellen 10 en 11). Meer specifieke cijfers zijn voor de

penitentiaire inrichtingen in het algemeen niet beschikbaar. Er zijn wel gedetailleerde gegevens bekend voor de (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdelingen ((B)IBA's):

**Tabel 21:** DSM IV-classificaties bij (B)IBA gedetineerden en aantallen diagnoses (in procenten)

Diagnose As 1	HvB IBA	Gevangenis IBA	BIBA	IBA Vrouwen
	(N = 248)*	(N = 160)	(N = 100)	(N = 33)
	%	%	%	%
Schizofrenie en andere psychosen	64,5	66,9	40,0	69,7
Stemmingsstoornis	7,3	5,0	15,0	
Angststoornis	0,8	1,3	3,0	
Overige stoornissen	5,6	9,4	29,0	3,0
Verslaving	48,8	61,9	83,0	51,5
Diagnose uitgesteld	3,6	11,9		12,1
Geen As 1-diagnose / onbekend	2,8	5,0	13,0	15,2
Aantal As 1-diagnoses	315	231	170	41
As 1-diagnoses excl. verslaving	194	132	87	24

(Bron: Ministerie van Justitie, Monitoring (B)IBA, Jaarverslag 2005)

Noot: \*) Over ongeveer 83 in 2005 geplaatste gedetineerden zijn geen gegevens aangeleverd.

In de IBA's komen psychotische stoornissen het meest voor. Ongeveer tweederde van de gedetineerden lijdt hieraan. In de BIBA ligt dit aandeel aanzienlijk lager, maar scoort verslavingsproblematiek relatief hoog (83%) ten opzichte van de IBA's.

**Tabel 22:** GAF<sup>19</sup> beoordelingen bij (B)IBA gedetineerden in 2005 (in procenten)

GAF beoordelingen	HvB IBA	Gevangenis IBA	BIBA	IBA Vrouwen
	(N = 166)	(N = 160)	(N = 100)	(N = 33)
	%	%	%	%
Slecht (GAF < 30)	55,4	21,3	70,0	39,4
Matig (GAF 31-50)	33,7	57,5	19,0	45,5
Redelijk (GAF 51-70)	10,2	18,8	7,0	15,2
Goed (GAF 71-100)	0,6	2,5		

(Bron: Ministerie van Justitie, Monitoring (B)IBA, Jaarverslag 2005)

Noot: \*) Over ongeveer 83 in 2005 geplaatste gedetineerden zijn geen gegevens aangeleverd

Er is een opvallend verschil in de GAF-scores tussen de verschillende Begeleidingsafdelingen. De spreiding van een GAF-score kleiner dan 30 ('slecht') gaat van 21,3% in de gevangenis IBA tot 70% in de BIBA.

### TBS

Volgens de Werkgroep Doelgroepenanalyse wordt ongeveer 40% van de populatie van Tbs-ers primair gekenmerkt door psychotische stoornissen (25-30%), autismespectrumstoornissen en cluster A persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast is 10-15% van de Tbs-ers verstandelijk gehandicapt. Alles bij elkaar vormt ongeveer 50% van de Tbs-ers een kwetsbare groep. *“De afgelopen vijftien jaar was er een duidelijke trend dat deze kwetsbare groep (relatief) groeide. Van de 50% Tbs-gestelden met een GGZ-voorgeschiedenis (!) gaat het met name om deze groep.”* (Werkgroep Doelgroepenanalyse, 2006, pag. 8). Ook voor deze groep geldt dat er een grote mate van co-morbiditeit is met verslavingspathologie en dat meervoudige aandoeningen voorkomen. Van Emmerik en Brouwers (2001, pag. 32) concluderen samenvattend het volgende:

- Bij één op de vier Tbs-gestelden is sprake van ernstige psychiatrische stoornissen (psychosen)
- Eén op de drie is verstandelijk niet royaal toebedeeld
- Vier op de vijf hebben een persoonlijkheidsstoornis.

Tussen deze drie categorieën komt overlap voor. Het beeld wordt verder gecompliceerd door misbruik van middelen of het daaraan verslaafd zijn. De conclusie van de auteurs is dat de relatieve verdelingen voor de beschreven kenmerken in de verslagperiode 1995-2000 nauwelijks veranderd zijn. Dat geldt – voor zover valt na te gaan - zelfs al vanaf 1990. Het aandeel van de verschillende psychische stoornissen in de TBS-populatie is in de verslagperiode vrijwel constant.

**Tabel 23:** DSM-classificatie 'psychotische stoornis ongeacht de aard ervan' en 'schizofrenie' periode 1995-2000 (in procenten)

	1995 (N = 544)	1996 (N = 608)	1997 (N = 717)	1998 (N = 855)	1999 (N = 961)	2000 (N = 1048)
	%	%	%	%	%	%
Ongeachte de aard	23	24	25	26	25	25
Schizofrenie	17	17	18	19	18	18

(Bron: Van Emmerik & Brouwers, 2001)

Ondanks de groei in de absolute aantallen, is er in de beschouwde periode nauwelijks ontwikkeling in het aandeel van de TBS-populatie dat lijdt aan een of andere vorm van psychose dan wel aan schizofrenie. Dat neemt uiteraard niet weg

dat de groei in absolute aantallen van Tbs-gestelden met psychotische stoornissen aanzienlijk is: Van 125 in 1995 naar 262 in 2000. Meer dan een verdubbeling. Zoals in tabel 15 is gepresenteerd, zou dit aantal, bij gelijkblijvend percentage van 25%, doorstijgen naar 355 personen in 2005. Bijna een verdrievoudiging in tien jaar tijd. De meer recente cijfers over de instroom in TBS-klinieken in relatie tot de psychische stoornis (tabel 13) ondersteunen de schatting van 25%.

### Forensisch Psychiatrische Dienst

De Forensisch Psychiatrische Dienst constateert de volgende verdeling van As 1-stoornissen onder de populatie patiënten van psychiaters van de NIFP.

**Tabel 24:** *As 1-stoornissen bij populatie patiënten psychiaters NIFP, 2005 (in procenten, N = 3.400)*

Stoornis	%
Psychotisch beeld	35
Affectieve beelden	17
ADHD	5
Gedragstoornis	2
Organisch psychosyndroom	2
Restgroep	12
Geen ziektebeeld	27

(Bron: FPD)

16. *In welke mate komen de persoonlijkheidsstoornissen op DSM-As 2 en zwak-begaafdheid voor in de genoemde populatie uit vraag 13?*

### Penitentiaire inrichtingen

Door de Werkgroep Doelgroepenanalyse wordt geschat dat tussen de 10% en 15% van de mensen uit de bijzondere groepen verstandelijk gehandicapt is. Tevens wordt geschat dat in ruim 20% van de gevallen Cluster-B persoonlijkheidspathologie de hoofddiagnose is (zie ook de tabellen 10 en 11). Meer specifieke cijfers zijn voor de penitentiaire inrichtingen in het algemeen niet beschikbaar. Er zijn wel gedetailleerde gegevens bekend voor de (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdelingen ((B)IBA's):

**Tabel 25:** DSM-classificaties bij (B)IBA gedetineerden, percentages en aantallen diagnoses

Diagnose As 2	HvB IBA	Gevangenis IBA	BIBA	IBA Vrouwen
	(N = 248)* %	(N = 160) %	(N = 100) %	(N = 33) %
Persoonlijkheidsstoornis cluster A	1,6	3,1	7,0	
Persoonlijkheidsstoornis cluster B	36,7	30,6	71,0	54,5
Persoonlijkheidsstoornis cluster C	1,6	0,6	2,0	3,0
Persoonlijkheidsstoornis NAO	2,6	10,6	7,0	
Zwakbegaafd / zwakzinnig	16,9	16,9	19,0	12,1
Diagnose uitgesteld	21,4	38,8	6,0	39,4
Geen As II diagnose / onbekend	12,1	14,9	7,0	3,0
Aantal As II diagnoses	148	89	106	23

(Bron: Ministerie van Justitie, Monitoring (B)IBA, Jaarverslag 2005)

Noot: \*) Over ongeveer 83 in 2005 geplaatste gedetineerden zijn geen gegevens aangeleverd

Cluster B persoonlijkheidsstoornissen komen onder de populatie van de IBA's het meest voor. In de Beveiligde IBA zelfs tot meer dan tweederde van de populatie.

### TBS

Volgens de werkgroep 'Doelgroepenanalyse' kenmerkt de overige 50% van de Tbs-gestelden (ten opzichte van de groep die onder vraag 15 is beschreven als 'kwetsbare groep') zich door een gemengde persoonlijkheidsstoornis als hoofd-diagnose, waarbij met name de cluster-B persoonlijkheidsstoornissen domineren. Dit beeld wordt bevestigd door de analyse die is verricht over de populatie Tbs-gestelden tussen 1995 en 2000.

**Tabel 26:** DSM-classificatie Persoonlijkheidsstoornissen, 1995-2000 (in procenten)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	(N = 544) %	(N = 608) %	(N = 717) %	(N = 855) %	(N = 961) %	(N = 1048) %
Ongeacht de aard	75	77	78	78	80	80
Cluster A	6	7	6	5	5	4
Cluster B	35	38	40	36	36	34
Cluster C	5	6	8	7	6	5
NNO	32	33	32	36	38	42

(Bron: Van Emmerik & Brouwers, 2001)

Voor het totaal aandeel aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen is in deze periode een stijging waarneembaar. Voor de verschillende clusters is het beeld over de totale periode min of meer constant.

De groei van het totaal wordt vooral veroorzaakt door een groei in de categorie 'Persoonlijkheidsstoornissen niet nader omschreven'. Dit aandeel stijgt in deze periode van 32% naar 42%. Opmerkelijk is dat in de laatste jaren deze stijging zich versneld lijkt door te zetten. Ook hier kunnen wij met enige voorzichtigheid deze percentages toepassen op de ontwikkeling van de totale populatie Tbs-gestelden tussen 2000 en 2005. Uitgaande van 80% mensen met persoonlijkheidsstoornissen ontstaat dan het volgende beeld:

**Tabel 27:** *Schatting aantal mensen met persoonlijkheidsstoornissen in TBS-inrichtingen (op 1 januari aanwezig), 2000-2005*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal	802	887	931	988	1059	1136

Het aantal mensen met persoonlijkheidsstoornissen zou in de beschouwde periode dus naar schatting met 334 zijn toegenomen. Gegeven het feit dat het percentage tussen 1995 en 2000 een lichte stijging vertoont, zou deze schatting ook een onderschatting kunnen zijn.

**Tabel 28:** *Aandeel TBS-populatie zwakbegaafd dan wel met verstandelijke handicap, 1995-2000 (in procenten)*

	1995 (N = 510)	1996 (N = 568)	1997 (N = 666)	1998 (N = 795)	1999 (N = 902)	2000 (N = 996)
	%	%	%	%	%	%
IQ < 85	21	21	22	22	21	20

(Bron: Van Emmerik & Brouwers, 2001)

Het aandeel van de Tbs-gestelden dat een IQ < 85 heeft verandert over de gehele periode nauwelijks, ondanks dat de populatie in omvang bijna verdubbeld is. In aantallen zou zich dan over de periode 2000-2005 de volgende ontwikkeling hebben voorgedaan, uitgaande van een aandeel van 21% van mensen met een IQ lager dan 85:

**Tabel 29:** Schatting aantal zwakbegaafde mensen in TBS-inrichtingen (op 1 januari aanwezig), 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal	211	233	244	259	278	298

Het aantal zwakbegaafde mensen in TBS-inrichtingen neemt in deze periode toe met 87. Over een wat langere termijn gezien is deze ontwikkeling indrukwekkend: in 1995 betrof dit iets meer dan 100 mensen, in 2005 bijna 300 mensen. Vrijwel een verdrievoudiging in tien jaar tijd.

### Forensisch Psychiatrische Dienst

Ten aanzien van de populatie van patiënten van psychiaters van de NIFP kunnen de volgende bevindingen worden weergegeven ten aanzien van As 2-stoornissen.

**Tabel 30:** As 2-stoornissen onder patiëntenpopulatie psychiaters NIFP 2005 (in procenten, N = 3.400)

Stoornis	%
Cluster A	1
Cluster B	28
Cluster C	1
NAO	13
Geen persoonlijkheidsstoornis	57

(Bron: FPD)

Het IQ wordt door de psychiaters van het NIFP niet 'standaard' onderzocht bij hun patiënten. Over bijna de helft van de patiënten wordt in dit opzicht dan ook geen uitspraak gedaan.

Uitgaande van dezelfde groep van 3.400 patiënten kunnen de volgende bevindingen worden weergegeven.

**Tabel 31:** Schatting IQ van patiënten uit de populatie patiënten van psychiaters NIFP, 2005 (in procenten, N= 3.400)

IQ	%
Zwakzinnig (IQ < 71)	0
Zwakbegaafd (IQ 71-84)	3
IQ laag gemiddeld	11
IQ normaal gemiddeld	34
IQ Boven gemiddeld	3
Geen uitspraak	49

(Bron: FPD)

In absolute aantallen uitgedrukt zijn in detentie 9 patiënten door de NIFP-psychiaters als zwakzinnig en 109 als zwakbegaafd gediagnosticeerd.

17. In hoeveel gevallen speelt de verslavingsproblematiek een rol bij de populatie uit vraag 13 met een psychiatrisch ziektebeeld (As I) en/of persoonlijkheidsstoornissen (As II) en/of zwakbegaafdheid? (Is een vraag naar de zogenaamde 'double trouble', 'triple criple' waarbij verslavingsproblematiek een rol speelt.)

### Penitentiaire inrichtingen

Over deze specifieke vraag naar combinaties van aandoeningen is voor het Gevangeniswezen nauwelijks informatie te vinden. Uitgaande van het onderzoek van Vogelvang et al. (2003), kan worden afgeleid dat er voor een groot deel van de gedetineerden sprake moet zijn van meervoudige problematiek. Immers: tweederde van de gedetineerden geeft aan matige tot ernstige psychische problemen te hebben, terwijl 40% aangeeft matige tot ernstige problemen met drugsgebruik te hebben. Een en ander betekent dat tenminste 27% van de gedetineerden met beide problemen heeft te maken. Daarbij geven de onderzoekers ook nog aan dat er vermoedelijk sprake is van onderrapportage.

### TBS

Uitgebreide informatie is voor handen over de TBS-populatie, maar deze informatie is in deze mate van detail al weer enige jaren oud. Het aandeel van de populatie bij wie zowel stoornissen op As 1 als op As 2 zijn geconstateerd, ontwikkelt zich in de periode 1995-2000 als volgt:

**Tabel 32:** Combinatie van As 1 en As 2 stoornissen, percentages, 1995-2000

	1995 (N = 529)	1996 (N = 597)	1997 (N = 704)	1998 (N = 845)	1999 (N = 952)	2000 (N = 1039)
	%	%	%	%	%	%
Combinatie:	52	54	58	58	60	60

(Bron: Van Emmerik & Brouwers, 2001)

Het aandeel Tbs-gestelden met meervoudige stoornissen neemt in deze periode toe van 52% 60%. Ook hier kan weer een schatting worden gemaakt voor meer recente jaren, waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 60% aan mensen in TBS-inrichtingen die deze combinatie van aandoeningen hebben.

**Tabel 33:** Schatting aantal mensen met een combinatie van As 1- en As 2-aandoeningen in TBS-inrichtingen (op 1 januari aanwezig), 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal	602	665	698	741	794	852

Er komen in deze periode 250 mensen met een combinatie van As 1- en As 2-aandoeningen bij. Ten opzichte van tien jaar geleden (1995) is hier sprake van meer dan een verdrievoudiging.

Ook hier geldt dat, gegeven het feit dat het gebruikte percentage tussen 1995 en 2000 is gestegen van 52% naar 60%, er sprake kan zijn van een onderschatting.

### ISD

Over de ISD-maatregel zijn weinig harde gegevens bekend. Mol (2006) schrijft over de hier aan de orde zijnde vraag over de situatie in Amsterdam: *“Achter de vaak als enkel verslaving geduide problematiek, blijken bij het merendeel van de mensen met een ISD-maatregel tevens ernstige psychiatrische stoornissen aanwezig. Binnen de ISD-inrichting is een enorme groei van het aantal personen met de combinatie verslavingsziekte en psychiatrische stoornissen ontstaan in een setting die daar niet op berekend is. (...) Bovendien is er zeer waarschijnlijk nog sprake van onderdiagnostiek van psychiatrische stoornissen doordat 60% van de ISD-gestelden niet adequaat onderzocht zijn op de aanwezigheid van psychische stoornissen.”*

### Forensisch Psychiatrische Dienst

Vanuit de Forensisch Psychiatrische Dienst zijn de volgende gegevens aangeleverd over de combinatie tussen middelengebruik en stoornissen.

**Tabel 34:** Relatie middelen en As 1-stoornis, 2005 (in procenten, N = 3.400)

	Geen	Alcohol	Anders/poly	Cannabis
	%	%	%	%
Geen As 1 stoornis	13	3	10	1
ADHD	1	0	3	0
Affectieve beelden	9	2	6	1
Gedragstoornis	1	0	1	0
Organisch psychosyndroom	1	1	0	0
Psychotisch beeld	17	1	13	4
Restgroep	6	1	4	0

(Bron: FPD)

Uit deze tabel valt bijvoorbeeld af te leiden dat 13% van de patiënten van psychiaters van het NIFP zowel te maken heeft met een psychotisch beeld als problemen blijkt te hebben met polydruggebruik dan wel andere middelen. Ten aanzien van de combinatie van persoonlijkheidsstoornissen met middelengebruik kan het volgende worden gerapporteerd.

**Tabel 35:** Relatie middelen en persoonlijkheidsstoornis, 2005 (in procenten, N = 3.400)

	Geen	Alcohol	Anders/poly	Cannabis
	%	%	%	%
Geen persoonlijkheidsstoornis	32	4	17	3
Cluster A	0	0	0	0
Cluster B	8	3	14	2
Cluster C	1	0	0	0
NAO	5	1	6	1

(Bron: FPD)

Uit deze tabel valt bijvoorbeeld af te leiden dat 14% van de patiënten van psychiaters van het NIFP zowel lijden aan persoonlijkheidsstoornissen Cluster B als problemen heeft met polydruggebruik dan wel gebruik van andersoortige middelen. Ten slotte zijn vanuit de FPD ook gegevens aangeleverd over de combinatie tussen het intelligentieniveau van de groep patiënten van psychiaters van het NIFP en middelengebruik.

**Tabel 36:** Relatie middelen en intelligentie, 2005 (in procenten, N = 3.400)

	Geen	Alcohol	Anders/poly	Cannabis
	%	%	%	%
IQ Bovengemiddeld	3	1	2	0
IQ Normaal/gemiddeld	33	4	24	5
IQ Laaggemiddeld	9	2	8	1
Zwakbegaafd (IQ 71-84)	3	0	2	1

(Bron: FPD)

Uit deze tabel valt bijvoorbeeld af te leiden dat 24% van de normaal begaafde patiënten van de psychiaters van het NIFP ook problemen hebben met misbruik van polydrugs dan wel andere middelen buiten alcohol en cannabis. Er zijn vanuit de FPD geen gegevens bekend over de combinatie van As 1- en As 2-stoornissen.

18. Is er een correlatie tussen bepaalde ziektebeelden en landen van herkomst?  
Ofwel is er sprake van etniciteit van bepaalde stoornissen?

Over deze vraag is geen informatie te vinden geweest, anders dan in een uitgebreide studie naar de TBS-populatie in de jaren 1995-2000 (Van Emmerik & Brouwers, 2001). Uit dit rapport ("De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal") is het volgende citaat overgenomen: "Het betreft in de eerste plaats het verschil tussen allochtonen en autochtonen op het voorkomen van de classificatie psychotische stoornis. Bij de autochtone Tbs-gestelden heeft slechts 16% een psychotische stoornis terwijl dit bij de allochtone Tbs-gestelden 43% is. Er wordt wel gesteld dat circa 35% van de Tbs-gestelden een psychotische stoornis zou hebben, een percentage dat ons veel te hoog lijkt ten opzichte van wat wij hebben vastgesteld (25%) op grond van de overeenkomstig de richtlijnen van de DSM IV(...) gehanteerde classificaties. (...), Immers, zoals wij elders aannemelijk hebben gemaakt, zal het aantal personen met een strafrechtelijke maatregel en een psychotische stoornis in de GGZ waarschijnlijk in de afgelopen 40 à 50 jaar steeds op circa 15 à 20% hebben gelegen en ligt het meer voor de hand de redenen voor de toename van psychotische stoornissen in de tbs in de tweede helft van de jaren '80 te zoeken bij de (consequenties van de) immigratie in Nederland vanuit vooral Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko en Turkije." (pag. 19). (Zie ook het onderzoek van Selten, 2001). In het rapport wordt op gedetailleerd niveau een vergelijking gemaakt tussen de allochtone en autochtone Tbs-gestelden. De vergelijking is gebaseerd op de totale populatie uit de onderzoeksperiode 1995-2000. Het volgende beeld ontstaat:

**Tabel 37:** *Vergelijking populatie autochtone en allochtone Tbs-gestelden op basis van DSM IV-classificaties, 1995-2000 (in procenten)*

DSM IV-classificaties	Nederlandse achtergrond	Niet-Nederlandse achtergrond
	%	%
Psychotische stoornis	16	43
Schizofrenie	10	32
Alcoholpsychose/-syndroom	9	5
Drugpsychose/-syndroom	14	19
Misbruik middelen	20	20
Alcohol, drugs of misbruik	40	38
Seksuele stoornis	11	2
Persoonlijkheidsstoornis	83	74
Cluster A	4	4
Cluster B	35	37
Cluster C	6	4
Persoonlijkheidsstoornis NAO	42	34

(Bron: Van Emmerik & Brouwers, 2001)

Opvallende verschillen zijn te zien ten aanzien van: psychotische stoornissen, schizofrenie en seksuele stoornissen.

*19. Is bij vragen 1 t/m 6 een trend waarneembaar?*

In het antwoord op vraag 13 is erop gewezen dat in het verleden incidentele en beperkte onderzoeken hebben plaatsgevonden naar het vóórkomen van psychische stoornissen onder gedetineerden. Eén zo'n onderzoek uit 1994 is in 1999 herhaald. Het ging om een onderzoek waarbij aan de psychologen informatie werd gevraagd over de gedetineerden die zij te zien kregen (de 'stille lijdens' komen op die manier niet in beeld). Uit de vergelijking van deze beide onderzoeken bleek dat in 1999 bijna alle gedetineerden die door de psycholoog waren gezien (97%) een psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornis hadden. In 1994 was dit nog niet de helft van de onderzoeksgroep." Hieruit kan worden geconcludeerd dat in 1999 ten opzichte van 1994 een groter deel van de groep gedetineerden die door de psycholoog wordt gezien gecompliceerdere en zwaardere stoornissen heeft. Dit maakt het zeer waarschijnlijk dat de samenstelling van de gehele gedetineerdenpopulatie veranderd is." (Bron: DJI)

**Ontwikkelingen aantal plaatsen voor bijzondere zorg en begeleiding**

Een andere indicatie voor de ontwikkeling van de zwaarte van deze problematiek binnen de penitentiaire inrichtingen is te ontleen aan de ontwikkeling van het aantal plaatsen voor gedetineerden met (ernstige) psychische klachten. Uit de

volgende tabel blijkt dat het aantal plaatsen bestemd voor gedetineerden met psychische klachten tussen 2000 en 2004 met ongeveer 30% is toegenomen.

**Tabel 38:** Aantal plaatsen voor gedetineerden met (ernstige) psychische klachten, 2000 en 2004

Bijzondere groepen	oktober	augustus
	2000	2004
Individuele Begeleidingsafdeling (IBA)	186	209
Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling (BIBA)	44	60
Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (FOBA)	60	66
Forensische Schakelunit (FSU)		48
Penitentiair Selectiecentrum (PSC)	36	36
Landelijke Afzondering Beperkt Gemeenschapsgeschikten (LABG)	19	26
Totaal	345	445

(Bron: DJI)

In dit overzicht zijn de Bijzondere ZorgAfdelingen (BZA) niet opgenomen, omdat dit een interne differentiatie binnen de inrichting is. Over de BZA zijn de volgende gegevens bekend: in 2001 waren er 548 plaatsen en in 2004 waren dit er 710 (Bron: DJI). Deze toename van 162 plaatsen, betekent eveneens een stijging van ongeveer 30% tussen 2001 en 2004 van het aantal plaatsen in BZA's.

#### **Ontwikkelingen in Individuele Begeleidingsafdelingen**

Waar over het Gevangeniswezen in algemene zin geen informatie beschikbaar is over de ontwikkeling van aard en omvang van psychische stoornissen, kan wellicht een indicatie daarvoor worden ontleend aan gegevens over de ontwikkelingen in de kenmerken van de populatie van IBA's. In onderstaande tabellen wordt de ontwikkeling weergegeven van het aandeel aan diagnoses onder mensen die verblijven in respectievelijk IBA's van Huizen van Bewaring en gevangenis IBA's.

**Tabel 39:** Overzicht DSM IV-diagnoses in HvB IBA's in de periode 2000–2005 (in procenten)

Diagnose As 1	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	(N =257)	(N=321)	(N=335)	(N=310)	(N=265)	(N=248)
	%	%	%	%	%	%
Schizofrenie en andere psychosen	79,4	76,6	71,8	80,0	68,3	64,5
Stemmingsstoornis	7,4	9,3	3,9	4,8	11,7	7,3
Angststoornis		0,3	0,9	1,3	3,0	0,8
Overige stoornissen	9,7	8,0	8,4	4,8	6,4	5,6
Verslaving	24,1	63,8	58,8	61,9	59,2	48,8
Diagnose uitgesteld	1,2	1,2	4,2	4,2	5,7	3,6
Geen As 1-diagnose / onbekend	7,7	4,9	3,9	5,5	4,2	2,8
Aantal As 1-diagnoses	298	507	425	473	394	315
As 1-diagnoses excl. verslaving	227	302	292	282	237	194

  

Diagnose As 2	%	%	%	%	%	%
Persoonlijkheidsstoornis cluster A	2,7	0,6	2,1	1,9	3,8	1,6
Persoonlijkheidsstoornis cluster B	42,0	33,3	43,6	39,4	37,4	36,7
Persoonlijkheidsstoornis cluster C		0,3	0,9		3,0	1,6
Persoonlijkheidsstoornis NAO	1,5	3,6	3,0	5,2	4,5	2,8
Zwakbegaafd, zwakzinnig	5,4	15,6	17,9	19,0	18,5	16,9
Diagnose uitgesteld	26,8	25,8	30,7	39,7	28,7	21,4
Geen As 2-diagnose / onbekend	4,3	9,0	14,4	9,7	13,6	12,1
Aantal As 2-diagnoses	134	168	273	207	178	148

(Bron: Ministerie van Justitie, Jaarverslag 2005, Monitoring (B)IBA)

Het is moeilijk om in bovenstaande tabel duidelijke trends te onderkennen. Het aandeel schizofrenie en andere psychosen lijkt in de periode 2000-2003 min of meer constant tussen de 75% en 80%, maar vanaf 2003 daalt dit aandeel sterk. Ook de andere aandoeningen tonen een wisselend beeld. Het aandeel stemmingsstoornissen neemt toe tot 2004, maar is in 2005 weer kleiner. Datzelfde patroon is te zien voor het aandeel angststoornissen. Het aandeel verslavingsproblematiek leek de laatste jaren constant rond de 60% procent, maar is in 2005 gedaald naar zo'n 50%. Het aandeel persoonlijkheidsstoornissen Cluster B vertoont sinds 2002 een dalende trend.

**Tabel 40:** Overzicht GAF beoordelingen in HvB IBA's over 2000 – 2005 (in procenten)

GAF beoordelingen	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	(N = 137)	(N = 207)	(N = 335)	(N = 302)	(N = 265)	(N = 166)
	%	%	%	%	%	%
Slecht (GAF < 30)	28,5	30,4	19,4	31,5	51,7	55,4
Matig (GAF 31-50)	35,0	44,0	53,7	48,3	35,8	33,7
Redelijk (GAF 51-70)	36,5	19,3	18,5	18,5	10,6	10,2
Goed (GAF 71-100)		0,9	0,2	1,7	0,3	0,6

(Bron: Ministerie van justitie, Jaarverslag 2005, Monitoring (B)IBA)

Wanneer wordt gekeken naar de GAF-scores, ontstaat een zorgelijker beeld. Hoewel over de vijfjaarsperiode gezien het aandeel van mensen met een GAF-score kleiner dan 30 wisselend is, is er vanaf 2002 sprake van een sterke stijging van minder dan 20% naar meer dan 55%.

**Tabel 41:** Overzicht DSM IV-diagnoses in gevangenis IBA's over 2000 – 2005 (in procenten)

Diagnose As 1	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	(N = 85)	(N = 89)	(N= 151)	(N= 152)	(N= 171)	(N= 160)
	%	%	%	%	%	%
Schizofrenie en andere psychosen	55,2	43,8	41,7	53,3	57,3	66,9
Stemmingsstoornis	10,4	6,7	8,6	5,3	5,8	5,0
Angststoornis	9,0	6,7	8,6	6,0	1,0	1,3
Overige stoornissen	13,4	11,2	9,2	9,9	7,6	9,4
Verslaving	34,3	42,7	45,7	60,5	57,9	61,9
Diagnose uitgesteld	6,0	18,8	23,1	11,8	17,0	11,9
Geen As 1-diagnose / onbekend	10,4	11,2	9,2	13,2	8,2	5,0
Aantal As 1-diagnoses	84	99	182	204	222	231
As 1-diagnoses excl. Verslaving	65	81	103	113	128	132

  

Diagnose As 2	%	%	%	%	%	%
Persoonlijkheidsstoornis cluster A	7,5	11,2		5,3	2,9	3,1
Persoonlijkheidsstoornis cluster B	39,9	24,7	23,1	32,2	28,9	30,6
Persoonlijkheidsstoornis cluster C	6,0		4,6		1,8	0,6
Persoonlijkheidsstoornis NAO	9,0	14,6	17,9	13,2	8,2	10,6
Zwakbegaafd / zwakzinnig	17,9	19,1	31,8	23,7	19,3	16,9
Diagnose uitgesteld	31,3	34,8	46,3	33,6	33,9	38,8
Geen As 2-diagnose / onbekend			8,5	16,4	17,5	14,9
Aantal As 2-diagnoses	47	62	116	113	101	99

(Bron: Ministerie van Justitie, Jaarverslag 2005, Monitoring (B)IBA)

In de gevangenis IBA's is er duidelijker sprake van een trend, althans voor wat betreft

de psychotische aandoeningen. Sinds 2002 is er sprake van een stijging van 42% naar 67%. Stemmingsstoornissen nemen in diezelfde periode af. Het aandeel 'verslaving' lijkt zich de laatste jaren te stabiliseren rond 60%. Datzelfde geldt voor de persoonlijkheidsstoornissen Cluster B, die zich lijken te stabiliseren rond een aandeel van 30%. Het aandeel zwakbegaafd /zwakzinnig in de populatie neemt sinds 2002 gestaag af.

**Tabel 42:** Overzicht GAF beoordelingen in gevangenis IBA's over 2000–2005 (in procenten)

GAF beoordelingen	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	(N = 137) %	(N = 207) %	(N = 335) %	(N = 302) %	(N = 265) %	(N = 166) %
Slecht (GAF < 30)	23,5	12,4	25,8	15,1	22,8	21,3
Matig (GAF 31-50)	49,4	57,3	44,4	59,9	52,0	57,5
Redelijk (GAF 51-70)	23,5	24,7	22,5	23,7	20,5	18,8
Goed (GAF 71-100)	3,5	5,6	0,6	1,3	2,3	2,5

(Bron: Ministerie van Justitie, Jaarverslag 2005, Monitoring (B)IBA)

Over de ontwikkeling van de GAF-beoordelingen voor mensen in gevangenis IBA's vallen weinig conclusies te trekken, behalve dat het beeld in de beschouwde periode wisselend is. Voor een deel zou een verklaring voor dit onduidelijke beeld kunnen zitten in de wisselende omvang van de onderzochte groepen in deze periode. Het aandeel aan gedetineerden met de score 'matig' (GAF tussen 31 en 50) schommelt tussen de 45 en 60 procent.

#### **Toepassing artikel 37 Sr.**

Het vraagstuk van de trends in de ontwikkeling van de forensisch psychiatrische zorg kan ook worden gezien uit rechterlijke uitspraken en vanuit de optiek van de GGZ. Aan het rapport Criminaliteit en Rechtshandhaving (Eggen & Van der Heide, 2005) is de volgende tabel ontleend:

**Tabel 43:** Sancties opgelegd in rechtbankstrafzaken door de rechter in eerste aanleg  
Maatregel: plaatsing in een psychiatrische inrichting (2000-2004)

2000	2001	2002	2003	2004
83	77	96	111	111

(Bron: Eggen & Van der Heide, 2005)

De aantallen geven aan hoe vaak door de rechter een uitspraak is gedaan ex artikel 37 Sr. Het aantal stijgt in de periode 2000 – 2004 met 34%, maar het gaat om kleine

aantallen in verhouding tot het totale aantal cliënten van de GGZ. Echter, gezien de vrij lange verblijfsduur vergeleken met de meeste GGZ-patiënten, is het capaciteitsbeslag in de GGZ van meer betekenis dan de aantallen lastgevingen zouden doen vermoeden.

*Ontwikkeling aantal cliënten GGZ met strafrechtelijke titel*

Ter oriëntatie wordt in onderstaande tabel de ontwikkeling van het aantal cliënten GGZ weergegeven.

**Tabel 44:** Aantal cliënten Geestelijke gezondheidszorg (x 1.000)

Circuit	2003	2004	2005
Jeugd	157,1	171,1	186,6
Volwassenen	400,7	453,6	472,2
Ouderen	69,4	76,9	82,0
Beschermd wonen	10,5	12,9	16,6
Totaal	637,7	714,3	757,4

(Bron: GGZ Nederland, 2006)

Vanuit GGZ Nederland zijn gegevens aangeleverd over het aantal cliënten dat in 2005 in GGZ-instellingen verbleef op basis van een wettelijke titel.

**Tabel 45:** Cliënten GGZ opgenomen met een wettelijke titel (2005) en stijging in de periode 2003-2005 (in procenten)

Titel	Aantal	Stijging 2003-2005
		%
Ibs	12.900	21
Voorlopige of voortgezette machtiging	12.400	30
Machtiging op eigen verzoek	200	-2
Machtiging met voorwaardelijk ontslag	785	29
TBS	485	22
Strafrechtelijk overig	730	7
Totaal	24.500	27

(Bron: GGZ Nederland, 2006)

Het totaal van de tweede kolom is minder dan de optelsom van de afzonderlijke categorieën. Sommige cliënten hebben met meer dan één maatregel te maken. De laatste kolom geeft de trend aan over de periode 2003-2005 voor de onderscheiden groepen. Voor een periode van slechts drie jaar zijn dit sterke groeicijfers. Ter vergelijking: in dezelfde periode is het totaal aantal cliënten in de tweedelijns GGZ toegenomen met 19%. Met andere woorden: het aandeel cliënten dat op grond van een wettelijke titel in een GGZ-instelling verblijft, neemt toe.

### Commissie Houtman

Een andere indicatie voor de trendmatige ontwikkeling van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg onder een justitiële titel kan worden ontleend aan de raming tot aan 2010 die is gemaakt door de Commissie Houtman (2004). In onderstaande tabel staat de groei van het aantal plaatsen dat de commissie verwacht voor de verschillende justitiële titels tussen 2003 en 2010.

**Tabel 46:** Prognose capaciteit in plaatsen voor geestelijke gezondheidszorg op justitiële titels

Justitiële titels/regime	2003	2010
TBS (incl. longstay)	1.297	2.021
Plaatsing in ISD	0	65
Voorwaardelijke ISD met geestelijke gezondheidszorg	10	11
Voorwaardelijke trajecten met geestelijke gezondheidszorg	460	500
Forensische poliklinieken (in GW en i.h.k.v. voorwaardelijke trajecten)	144.512*	165.400*
Bijzondere zorgregimes (IBA, BIBA, VBA, FOBA, BZA)	1.400	1.700
Detentie-ongeschikt (artikel 13 Sr., artikel 15 PBW), plaatsing in GGZ	510	600
Plaatsing o.g.v. artikel 43 lid 3 PBW in GGZ	134	160
Plaatsing in psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr.)	136	136
Penitentiair programma met zorgcomponent	37	43

(Bron: Commissie Houtman, 2004)

Noot: \*) Verrichtingen

### Samenvattend:

In onderstaande tabel wordt de omvang geschetst van het aantal psychiatrische patiënten in justitiële circuits en de ontwikkeling van dat aantal.

Doelgroepen	Omvang	Ontwikkeling
Gevangeniswezen	5.200	Tussen 2000 en 2005 is het aantal gedetineerden gegroeid met 50%
Bijzondere Zorggroepen binnen GW	1.150	Tussen 2000 en 2004 is het aantal plaatsen voor bijzondere zorggroepen in het GW met 30% toegenomen.
TBS	1.400	Tussen 2000 en 2005 is het aantal Tbs-ers toegenomen met 42%
FPK's en FPA's	600	Tussen 2000 en 2005 is het aantal toegelaten bedden in FPK's en FPA's toegenomen met ruim 50%

### Toelichting:

Voor de schatting van het Gevangeniswezen is uitgegaan van het onderzoek van Vogelvang et al. (2003), waarin wordt gesteld dat ongeveer 30% van de gedetineerden aangeeft matige tot ernstige psychiatrische problemen te hebben. Het groeicijfer is gerelateerd aan de groei van het aantal gedetineerden, aanwezig geweest per jaar (Bron: DJI). De bijzondere zorggroepen worden uitgedrukt in plaatsen. De schatting over de groei is ontleend aan gegevens van DJI. De gegevens over FPK's en FPA's zijn ontleend aan de jaarverslagen van het College Tarieven Gezondheidszorg. Het betreft 'toegelaten bedden'. Het aantal bedden stijgt met 50%, maar het is niet duidelijk of die stijging geheel valt toe te schrijven aan de toenemende vraag naar forensisch psychiatrische zorg. Voor een deel vindt er in de FPK's en FPA's ook 'verstopping' plaats, omdat mensen na afloop van hun justitiële titel niet kunnen doorstromen naar de reguliere GGZ.

### Conclusies en aanbevelingen

In het voorgaande is een beeld geschetst van het vóórkomen van geestelijke stoornissen bij gedetineerden.

De cijfers wijzen uit dat aard en omvang van de problematiek aan geestesstoornissen en verslavingsproblematiek onder de bijzondere doelgroepen binnen het Gevangeniswezen toeneemt. Dit kan een aanwijzing zijn dat ook de problematiek in het Gevangeniswezen als geheel toeneemt. Over dit laatste zijn echter geen 'harde' en consistente gegevens over een langere periode beschikbaar. Daarmee wordt bedoeld: gegevens die het grensvlak van het Gevangeniswezen en de GGZ betreffen en van jaar tot jaar systematisch worden geregistreerd en in redelijke mate toegankelijk zijn. Dat betekent dat het beeld voor het Gevangeniswezen als geheel is opgebouwd uit verschillende (vaak incidentele) onderzoeken en registraties. Tegenover dit bezwaar staat echter dat de meeste informatie inderdaad duidt op een toenemende verzwaring van de problematiek. Dat lijkt de algemene trend te zijn. Er is geen informatie voor handen over het aantal patiënten met een strafrechtelijke

titel dat zich wisselend bevindt in de GGZ, de forensische GGZ, de TBS en het Gevangeniswezen. Deze stromen zijn getalsmatig niet in beeld te krijgen. Er kunnen dus ook geen uitspraken worden gedaan of er sprake is van een groei van deze stromen.

Wel duiden alle ontwikkelingen erop dat de omvang van het aantal mensen met (ernstige) psychische problemen in het Gevangeniswezen toeneemt. Exacte cijfers zijn daarover niet bekend, maar het aantal plaatsen in Bijzondere ZorgAfdelingen en (B)IBA's neemt tussen 2001 en 2004 met 30% toe. Het gaat in 2005 in totaal om ongeveer 1.150 plaatsen. Deze ontwikkeling duidt op een toename van de problematiek.

Daarnaast wordt in het onderzoek van Vogelvang c.s. op grond van eigenrapportages van gedetineerden, geschat dat 30% van hen matige tot ernstige psychiatrische problemen heeft. Toegepast op de populatie gedetineerden in 2005 (17.260) zou dat betekenen dat in absolute aantallen 5.180 gedetineerden matige tot ernstige psychiatrische problemen zou hebben. Vergeleken met de 1.150 plaatsen die nu worden bezet, wijst dat op een aanzienlijk tekort aan 'zorgplaatsen' in het Gevangeniswezen.

Bij de gepresenteerde cijfers moet in een aantal gevallen worden gewaarschuwd voor onderschatting van de problematiek. Door allerlei ontwikkelingen in het Gevangeniswezen (versobering, capaciteitstoename, gedetineerden brengen meer uren in de cel door) is er minder contacttijd met de bewaarders en is het niet ondenkbaar dat er daardoor sprake is van ondersignalering. (Werkgroep Doelgroepenanalyse, 2006)

Waar er allerlei indicaties zijn dat aard en omvang van psychische en psychiatrische problematiek onder gedetineerden toeneemt, neemt ook de wenselijkheid toe om deze ontwikkeling te monitoren. Dat wil zeggen: het ontwikkelen van registraties van voor het beleid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg voor gedetineerden relevante gegevens. Deze registraties dienen voor beleidsmakers en onderzoekers redelijk gemakkelijk toegankelijk te zijn. Daarbij kan worden gedacht aan jaarlijkse publicaties die uitgebreide informatie verschaffen over het grensvlak GGZ-Justitie. Ook voor de implementatie van de voorstellen van de Commissie Houtman is het van belang over betrouwbare gegevens te beschikken ten aanzien van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg onder gedetineerden. Daartoe is een werkgroep van het Ministerie van Justitie 'Vernieuwing Forensische Zorg in een Strafrechtelijke Kader' aan het werk. Deze werkgroep probeert in beeld te krijgen hoeveel geld er in de GGZ wordt besteed aan forensisch psychiatrische zorg. Ook dat blijkt niet gemakkelijk te zijn ten gevolge van een ernstig gebrek aan systematische kwantitatieve informatie over geestelijke gezondheidszorg in een strafrechtelijk kader.

## Bijlage 2: deel II: lbs-en en rechterlijke machtigingen

### Inleiding

Deze bijlage bevat algemene kwantitatieve informatie over de Inbewaringstelling (lbs) en de rechterlijke machtigingen (RM) in de periode 2000-2005. De gegevens zijn voor het merendeel ontleend aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Tenzij anders vermeld is de peildatum van de gebruikte gegevens 1 oktober 2006.

### Inbewaringstelling (lbs)

**Tabel 47:** Aantal inbewaringstellingen, 2000-2005

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal	6.268	6.727	6.876	6.895	7.283	7.578

(Bron: IGZ, Bopzis)

Het aantal inbewaringstellingen in de GGZ vertoont in de periode 2000-2005 een opvallend patroon. Tot en met 2003 is er sprake van een afnemende groei en lijkt het aantal lbs-en zich te stabiliseren. Na 2004 is echter een sterke stijging zichtbaar die zich in 2005 lijkt voort te zetten.

**Tabel 48:** Aantal lbs-en dat is gevolgd door een Rechterlijke Machtiging, 2001 - 2005

Jaar	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal	1.456	1.504	1.674	1.875	1.833

(Bron: IGZ, Bopzis)

Het aantal lbs-en dat is gevolgd door een rechterlijke machtiging volgt dit patroon niet. Hier is tussen 2001 en 2004 sprake van een (steeds sterker wordende) groei, en volgt in 2005 een afname.

Vanaf 2003 is ook per arrondissement het aantal lbs-en bekend. Dat levert de volgende informatie op:

**Tabel 49:** Aantal lbs-en naar arrondissement in de periode 2003-2005, en groei (in procenten)

Arrondissement	2003	2004	2005	Groei in %
Alkmaar	325	377	332	2
Almelo	143	176	174	22
Amsterdam	559	543	627	12
Arnhem	338	353	356	5
Assen	175	150	183	5
Breda	281	317	366	30
Den Haag	820	869	926	13
Dordrecht	125	116	142	14
Groningen	145	158	149	3
Haarlem	147	170	207	41
Leeuwarden	172	177	198	15
Lelystad	25	21	3	-
Maastricht	296	275	262	-12
Middelburg	135	124	137	2
Roermond	278	274	287	3
Rotterdam	429	661	681	59
's-Hertogenbosch	483	518	544	13
Utrecht	503	564	569	13
Zutphen	253	248	263	4
Zwolle	194	167	210	8
Totaal	5.826	6.258	6.616	14

(Bron: IGZ, Bopzis; bewerking Prismant)

Gemiddeld neemt het aantal lbs-en tussen 2003 en 2005 toe met 14%. Uitschieters zijn Rotterdam (59%) en Haarlem (41%). Het enige arrondissement waarin het aantal lbs-en afneemt is Maastricht (-12%).

In 2005 publiceerde Mulder een artikel over het verband tussen de typen van gevaarscriteria en inbewaringstelling. Aan dat artikel is de volgende tabel ontleend:

**Tabel 50:** Soorten gevaarscriteria van patiënten, opgenomen op grond van een lbs, 2000 – 2004 (in procenten)

	2000 N=6.342 %	2001 N=6.819 %	2002 N=7.011 %	2003 N=7.086 %	2004 N=7.529 %
Gevaar voor zelf					
Suïciderisico	37,5	39,2	39,8	38,5	37,6
Oproepen van agressie	8,1	8,5	8,9	9	9,3
Gevaar voor anderen					
Geweld naar anderen	25,8	24,9	24,8	24,9	23,7
Psychische gezondheid	2,4	2,2	2,3	2,1	2,5
Verwaarlozing	0,6	0,9	0,7	0,6	0,7
Algemene veiligheid	9,9	8,6	8,3	9,1	10
Gevaar voor gebrek aan zelfzorg					
Zelfverwaarlozing	10,4	9,8	10,3	10,4	10,5
Maatschappelijke teloorgang	5,4	5,9	5	5,3	5,8

(Bron: Mulder, 2005)

Het risico op suïcide scoort verreweg het hoogst (ruim éénderde van de lbs-en), gevolgd door het criterium 'Geweld naar anderen' dat in ongeveer een kwart van de situaties als belangrijkste argument gold.

### Beschikkingen

De volgende vier tabellen bevatten informatie over de rechterlijke beslissingen in het kader van de Wet Bopz. Eerst volgt een algemene, samenvattende tabel en vervolgens twee tabellen waarin specifiek voor de voorlopige machtiging en de machtiging voortgezet verblijf gegevens worden uitgesplitst naar arrondissement. Uit de onderstaande tabel blijkt dat deze beschikkingen verreweg het grootste deel van alle beschikkingen uitmaken, alhoewel ook de voorwaardelijke machtiging de laatste jaren een substantieel aandeel binnen het aantal beschikkingen vormt.

**Tabel 51:** Rechterlijke beschikkingen, 2000-2005

Soort beschikking	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Machtiging eigen verzoek	68	79	89	85	98	68
Machtiging eigen verzoek, afwijzing	4	6	11	16	7	3
Machtiging voortgezet verblijf	2.014	2.323	2.691	3.141	2.990	3.039
Machtiging voortgezet verblijf, afwijzing	68	89	115	121	119	148
Paraplumachtiging				2	26	
Paraplumachtiging, afwijzing					5	
Voorlopige machtiging	2.558	2.874	3.179	3.436	3.681	3.749
Voorlopige machtiging, afwijzing	272	273	287	325	400	448
Voorwaardelijke machtiging		4	30	57	878	1.269
Voorwaardelijke machtiging, afwijzing		1	2	2	70	111
Onbekend	5	8	4		2	
Eindtotaal	4.989	5.657	6.408	7.185	8.276	8.835

(Bron: IGZ, Bopzis; bewerking Prismant)

Ter toelichting: de beschikkingen zijn hier afzonderlijk geteld. In 2005 bijvoorbeeld zijn 68 aanvragen machtiging eigen verzoek toegekend en drie afgewezen. In tabel 54 is voor de belangrijkste machtigingsverzoeken per arrondissement het afwijzingspercentage aangegeven.

**Tabel 52:** Aantal toegewezen voorlopige machtigingen naar arrondissement en groei in procenten in de periode 2000-2005

Arrondissement	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Groei
	N	N	N	N	N	N	in%.
Alkmaar	88	107	156	160	222	196	123
Almelo	96	115	113	108	101	113	18
Amsterdam	261	325	336	373	389	402	54
Arnhem	176	189	194	211	229	231	31
Assen	80	67	83	87	100	120	50
Breda	139	122	154	170	164	203	46
Den Haag	354	324	404	463	463	445	26
Dordrecht	57	54	69	72	71	50	-12
Groningen	70	83	105	97	95	99	41
Haarlem	135	148	100	105	119	100	-26
Leeuwarden	70	81	79	84	105	91	30
Lelystad				10	14	1	
Maastricht	147	141	188	198	227	205	39
Middelburg	44	59	68	74	83	75	70
Roermond	131	163	145	127	131	155	18
Rotterdam	161	242	302	329	383	410	155
's-Hertogenbosch	166	194	181	215	229	248	49
Utrecht	179	207	290	272	300	317	77
Zutphen	125	151	107	173	155	163	30
Zwolle	79	102	105	108	101	125	58
Totaal	2.558	2.874	3.179	3.436	3.681	3.749	47

(Bron: IGZ, Bopzis; bewerking Prismant)

Bovenstaande tabel geeft de ontwikkeling weer van het aantal toegewezen voorlopige machtigingen in de periode 2000-2005. Over het algemeen is sprake van een toename. Uitschieters daarbij zijn Rotterdam (155%) en Alkmaar (123%). In Dordrecht en Haarlem, is sprake van een daling. Landelijk stijgt het aantal toegewezen voorlopige machtigingen in de beschouwde periode met 47%.

**Tabel 53:** Aantal toegewezen machtigingen voortgezet verblijf naar arrondissement en groei in procenten in de periode 2000-2005

Arrondissement	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Groei
	N	N	N	N	N	N	in %
Alkmaar	54	50	198	183	185	153	183
Almelo	55	45	72	75	50	55	0
Amsterdam	252	308	365	417	438	461	83
Arnhem	96	153	159	166	170	169	76
Assen	70	57	63	86	106	113	61
Breda	110	124	128	136	100	119	8
Den Haag	433	424	440	464	489	437	1
Dordrecht	45	38	45	48	33	26	-42
Groningen	23	45	56	67	30	30	30
Haarlem	137	146	50	65	74	97	-29
Leeuwarden	28	51	74	76	56	70	150
Lelystad		1	1	6	9		
Maastricht	82	103	95	105	123	133	62
Middelburg	27	32	64	69	89	77	185
Roermond	83	146	132	149	120	113	36
Rotterdam	17	26	117	255	233	266	1465
's-Hertogenbosch	130	162	176	214	172	170	31
Utrecht	235	238	299	374	337	373	59
Zutphen	82	104	90	119	118	108	32
Zwolle	55	70	67	67	58	69	25
Totaal	2.014	2.323	2.691	3.141	2.990	3.039	51

(Bron: Bopzis, bewerking Prismant)

Landelijk stijgt het aantal toegewezen machtigingen voortgezet verblijf in deze periode met 51%. Ten opzichte van dit gemiddelde is echter een grote spreiding aan te geven. Extreem is de procentuele groei in Rotterdam, maar daar ligt wellicht een registratieaspect aan ten grondslag. Los daarvan zijn de grootste stijgingen te zien in Middelburg (185%), Alkmaar (183%) en Leeuwarden (150%). Daar staan echter ook 'dalers' tegenover: Dordrecht (42% afname) en Haarlem (29% afname).

**Tabel 54:** Aantal aangevraagde machtigingen naar arrondissement in 2005 (voorlopige machtiging, machtiging voortgezet verblijf, voorwaardelijke machtiging en afgewezen aanvragen in procenten).

Arrondissement	Voorlopige machtiging		Machtiging voortgezet verblijf		Voorwaardelijke machtiging	
	Aanvragen	Afwijzing	Aanvragen	Afwijzing	Aanvragen	Afwijzing
	N	%	N	%	N	%
Alkmaar	207	5	165	7	91	8
Almelo	126	10	56	2	53	8
Amsterdam	447	10	477	3	136	2
Arnhem	252	8	175	3	111	9
Assen	134	10	118	4	27	11
Breda	217	6	123	3	49	10
Den Haag	528	16	443	1	134	10
Dordrecht	55	9	29	10	21	14
Groningen	110	10	33	9	46	11
Haarlem	115	13	100	3	50	4
Leeuwarden	108	16	75	7	44	16
Lelystad						
Maastricht	213	4	136	2	23	0
Middelburg	85	12	84	8	13	15
Roermond	165	6	125	10	38	8
Rotterdam	463	11	287	7	280	7
's-Hertogenbosch	280	11	176	3	126	6
Utrecht	353	10	394	5	53	11
Zutphen	194	16	118	8	50	8
Zwolle	144	13	73	5	35	14
Totaal	4.196	11	3.187	5	1.380	8

(Bron: IGZ, Bopzis; bewerking Prismant)

Voor de voorlopige machtiging geldt dat in 2005 gemiddeld 11% van de aanvragen worden afgewezen. Tussen de arrondissementen is daarbij sprake van een spreiding van 4% (Maastricht) tot 16% (Den Haag, Leeuwarden en Zutphen). Voor de aanvraag machtiging voortgezet verblijf geldt dat in 2005 gemiddeld 5% van de aanvragen wordt afgewezen. Hierbij is sprake van een spreiding van 1% (Den Haag) tot 10% (Dordrecht en Roermond). Voor de voorwaardelijke machtiging geldt dat in 2005 gemiddeld 8% van de aanvragen werden afgewezen. Hier was sprake van een spreiding van 0% (Maastricht) tot 16% (Leeuwarden). Bij deze tabel moet worden opgemerkt dat het een momentopname betreft. Uit tabel 55 valt af te leiden dat door de tijd heen de afwijzingspercentages voor de verschillende typen machtigingen kunnen fluctueren. Voor de aanvragen 'Voorlopige machtiging' en de aanvragen

'Machtiging voortgezet verblijf' kan het verloop over de gehele periode 2000-2005 worden weergegeven.

**Tabel 55:** *Afwijzingspercentages aanvragen Voorlopige machtiging en Machtiging voortgezet verblijf, 2000-2005 (in procenten)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Voorlopige machtiging	9,6	8,7	8,3	8,6	9,8	10,7
Machtiging voortgezet verblijf	3,3	3,7	4,1	3,7	3,8	4,6

(Bron: IGZ, Bopzis, Bewerking Prismant)

Het percentage afwijzingen van aanvragen voor een voorlopige machtiging lijkt na een daling vanaf 2002 gestaag toe te nemen. Voor de machtiging voortgezet verblijf lijkt het percentage afwijzingen te fluctueren rond de 3,7% à 3,8%, maar het laatste jaar stijgt het percentage relatief sterk naar 4,6%.

### Bijlage 3: de leidende vragen voor dit onderzoek

Met de evaluatiecommissie is overeengekomen de volgende vragen als leidraad voor dit onderzoek aan te houden:

1. Op welke grensgebieden van de Wet Bopz met andere wettelijke systemen doen zich knelpunten voor, vallen personen terecht of onterecht buiten het systeem van de Wet Bopz en kunnen aanbevelingen ter verbetering van het functioneren van de Wet Bopz worden gegeven?
2. Welke knelpunten ervaren actoren op het grensgebied van GGZ-Justitie?
3. Hoe worden de gesignaleerde knelpunten opgevangen in de praktijk?
4. In hoeverre is de Wet Bopz toereikend c.q. levert de wet een probleem op voor de doelgroepen 'verslaafden' en 'mensen met een persoonlijkheidsstoornis' die vaak niet voldoen aan het gevaarscriterium? Gaat over het toepassingsbereik van de Wet Bopz. Ook grensgebied met kinder- en jeugdpsychiatrie is hier relevant. Gaat steeds om de aansluiting tussen justitie en de GGZ.
5. In hoeverre gaan er zaken mis bij de toepassing van de voorwaardelijke veroordeling, bijvoorbeeld tot TBS, met als bijzondere voorwaarde plaatsing in een inrichting?

#### Aanvullende onderzoeksvragen – kwalitatieve analyse:

6. Is het onvoldoende functioneren van de Wet Bopz in de reguliere GGZ een oorzaak dat mensen met een psychiatrische stoornis in het Gevangeniswezen belanden? Of ligt de oorzaak ruimer in het algemene GGZ-circuit?
7. Zo ja, waar in het Bopz-traject in de reguliere GGZ is het dan misgegaan? Zijn dit fouten in de criteria voor opneming en/of behandelmogelijkheden van de Wet Bopz of in de toepassing van de Wet Bopz?
8. Biedt de in de PI's en TBS vigerende wetgeving voldoende ruimte voor dwangbehandeling en kan in die settingen voldoende (dwang)behandeling worden geboden?
9. Leveren de verschillende wettelijke regelingen stimulansen/bezwaren in het terugverwijzen van patiënten uit Gevangeniswezen en TBS naar de reguliere GGZ?
10. In hoeverre speelt de interne rechtspositie een rol bij het overnemen van gedetineerden in de reguliere GGZ?
11. Is er een relatie tussen bepaalde ziektebeelden en landen van herkomst? Ofwel is er sprake van etniciteit van bepaalde stoornissen?
12. Waar liggen volgens de personen in het werkveld van de grensgebieden oplossingen om te voorkomen dat personen die het Bopz-traject hadden moeten volgen, nu in het Gevangeniswezen belanden?

### Aanvullende onderzoeksvragen –kwantitatieve analyse:

13. Hoeveel personen met een psychiatrische stoornis zitten er in de penitentiaire inrichtingen in het algemeen, TBS, ISD (Inrichtingen voor stelselmatige daders) en de forensische psychiatrie?
14. In hoeveel gevallen is er een relatie tussen de stoornis en het gepleegde delict? (bij TBS is dit namelijk een eis voor oplegging)
15. In welke mate komen de psychiatrische ziektebeelden op DSM-As 1 voor in de genoemde populatie uit vraag 1?
16. In welke mate komen de persoonlijkheidsstoornissen op DSM-As 2 en zwakbegaafdheid voor in de genoemde populatie uit vraag 1?
17. In hoeveel gevallen speelt de verslavingsproblematiek een rol bij de populatie uit vraag 1 met een psychiatrisch ziektebeeld (As I) en/of persoonlijkheidsstoornissen (As II) en/of zwakbegaafdheid? (Is een vraag naar de zogenaamde 'double trouble', 'triple cripel' waarbij verslavingsproblematiek een rol speelt)
18. Is er een correlatie tussen bepaalde ziektebeelden en landen van herkomst? Ofwel is er sprake van etniciteit van bepaalde stoornissen?
19. Is bij vragen 1 t/m 6 een trend waarneembaar?

## Bijlage 4: lijst van geraadpleegde personen

### Geïnterviewden

Mw M.Y. van der Bijl	Bopz-advocaat, Den Haag
H. Bijlsma	Bopz-advocaat, Rotterdam
A.T.J. de Boer	Ministerie van Justitie, DJI, Den Haag
R.M. Bouritius	Bopz-rechter, Den Haag
N. Duits	FPD Amsterdam
Mw. M. van Eykelen	Officier van Justitie, Rotterdam
A.A. van Gemmert	Ministerie van Justitie, DJI
J.K. de Hooge	Ouderenpsychiater, Delta Ziekenhuis, Poortugaal
T.M.J. Huygen	FOBA Amsterdam
F. Janssens	Officier van Justitie, Groningen
P. Klaphake	GGZ-psycholoog, Penitentiaire Inrichting Utrecht
R.G. Kok	Bopz-rechter, Den Haag
Mw. A.S.W. Kroon	Bopz-rechter, Arnhem
H.P. Lohmann	Ministerie van Justitie, DJI, Den Haag
J. Lucieer	Psychiater, De Kijvelanden, Poortugaal
M. Meijer	Kinder- en jeugdpsychiater, Curium, Leiden
Mw. I. van Mil	Verpleegkundige, GGZ Eindhoven
E.M.M. Mol	FPD Amsterdam
Mw. E.A. Noorlander	Hoofd Afdeling Dubbele Diagnoses, Delta Ziekenhuis, Poortugaal
P. van Panhuis	FPD Den Bosch
Mw. M.E. Roozendaal	GGZ Eindhoven
J.J.G. Salet	Politie Noord-Brabant-Noord, Cuijk
V. Sasburg	FPD Utrecht
R.B.J. Smit	Arts, GG & GD Utrecht
Mw. T.E. Stikker	GGZ Nederland, Amersfoort
J. Struik	GGZ Eindhoven
J. van Veen	Politie Amsterdam-Amstelland
M. Tervoort	FPK GGZ Drenthe
W. Wiersma	Arts, GGD Utrecht
H.L. Wiertsema	Dr Henri van der Hoevenkliniek, Utrecht

### Meelezers integrale concepttekst rapport

R. van Beest	Voorheen geneesheer-directeur Parnassia, Den Haag
H. J. Dalewijk	Voorheen Raad van Bestuur Symfora

### Meelezers concepttekst hoofdstuk 2 en 3

FG. Dreef	OGGZ-psychiater, Altrecht.
D. Schols	OGGZ-psychiater, Parnassia

### **Meelezers concepttekst hoofdstuk 6 (Jeugd)**

Mw. M. Broekman	Directeur Zorg, Brijderstichting, Alkmaar
A. Kolman	Kinder- en jeugdpsychiater, GGZ Buiten-Amstel, Amsterdam
Mw. W.J. Vos	Kinder- en jeugdpsychiater, Symfora
mw. J. Vreugdenhil	Kinder- en jeugdpsychiater, Meerkanten
mw.M.R. de Vries-Schot	Kinder- en jeugdpsychiater, Eleos

### **Meelezer concepttekst hoofdstuk 7 (Etniciteit)**

F. Kortmann	Hoogleraar psychiatrie Universiteit Nijmegen
-------------	--

### **Overige geraadpleegden per e-mail en telefoon**

A.J.K. Hondius	Geneesheer-directeur, Meerkanten
L.Th. Horsman	GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar
P.A. Jochems	Kinder- en jeugdpsychiater, Stichting Karakter
Mw. A.C. van Reekum	Altrecht
Mw. M.A.W. Rinne-Albers	Curium, Oegstgeest
T. Rinne	Pieter Baan Centrum, Utrecht
J.P. Selten	Universitair Medisch Centrum, Utrecht

### **Discussianten**

Intervisiegroep psychiaters ex-cursisten van de Leergang Beleidspsychiatrie, jaargroep 10, 1996-1997.

## Bijlage 5: lijst van gebruikte afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
Awbz	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIBA	Beveiligde Individuele BeveiligingsAfdeling
BJJI	Beginselenwet Justitiële Jeugdinstellingen
Bopz	(Wet) Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
DJI	Dienst Justitiële Instellingen van het Ministerie van Justitie
EVRM	Europees Verdrag voor de bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden
FOBA	Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling (van APZ)
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FRIS	Forensisch Registratie- en Informatiesysteem
FSU	Forensische Schakelunit
GAF	Global Assessment of Functioning
GGD	Gemeentelijke (of: Gewestelijke of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GW	Gevangeniswezen
IBA	Individuele begeleidingsafdeling
lbs	Inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
JJI	Justitiële Jeugdinstelling
LAA	Landelijke Afzonderings Afdeling
LABG	Landelijke Afzondering Beperkt Gemeenschapsgeschikten
LIZ	Langdurige Intensieve Zorg
MMD	Medewerkers Maatschappelijke Dienstverlening
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OM	Openbaar Ministerie
Ots	Ondertoezichtstelling
OvJ	Officier van justitie
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PI	Penitentiaire instelling

PIJ	Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen
RM	Rechterlijke Machtiging
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
SPOR	Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeksruimte
Sr.	Wetboek van Strafrecht
TBS	Terbeschikkingstelling
VWM	Voorwaardelijke (rechterlijke) machtiging
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (Ministerie van Justitie)







**Uitgave:**

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Postadres:**

Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

**Bezoekadres:**

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Telefoon (070) 340 79 11

**Informatie:**

Voor informatie en vragen  
over bestellingen kunt u  
terecht bij de medewerkers  
van Postbus 51.  
Zij zijn op werkdagen  
bereikbaar van 9.00 tot  
21.00 uur onder telefoon-  
nummer 0800-8051 (gratis).

**Internetadres:**

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Maart 2007

Dit rapport beschrijft de problematiek van de zogeheten 'grensgebieden van de Wet Bopz'. Twee aspecten daarvan staan centraal. Het eerste betreft de groep sociaal kwetsbare mensen met psychische problemen die naar de mening van hulpverleners en naasten hulp nodig hebben, maar deze niet gedwongen kunnen krijgen, omdat ze niet voldoen aan de strikte criteria van Wet Bopz. Als tweede wordt uitgebreid aandacht besteed aan de mogelijkheden en belemmeringen van de doorstroom over en weer tussen het gevangeniswezen, de forensisch psychiatrische voorzieningen en de algemeen psychiatrische voorzieningen. In het bijzonder blijkt het verschil in rechtspositie tussen opnemingen onder een strafrechtelijke titel dan wel onder de Wet Bopz een belangrijke belemmering voor deze doorstroom te zijn. Voor kinderen en jeugdigen wordt deze problematiek in een apart hoofdstuk belicht. Naast deze hoofdthema's wordt kort aandacht besteed aan de vraag of er een verband bestaat tussen etnische achtergrond en het vóórkomen van psychiatrische problematiek. Ook worden de verschillende wensen geïnventariseerd die leven onder betrokkenen bij de strafrechtspraak, gevangeniswezen en de forensische geestelijke gezondheidszorg op het gebied van wetsvernieuwingen en wetsaanpassingen. Dit rapport bevat ten slotte een bijlage met kwantitatieve informatie over het grensvlak tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg.

**Onderzoeksconsortium**

De onderzoeken ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz zijn in opdracht van de ministeries van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgevoerd door een onderzoeksconsortium bestaande uit Prismant, de Vrije Universiteit Amsterdam (VU medisch centrum/EMGO en juridische faculteit) en de Universiteit Maastricht (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Onderzoeksinstituut Caphri).