

Wat is forensische zorg?

Jaap A. van Vliet

Inleiding

Als jonge puber is de man gestart met softdruggebruik en hij werd daarom van school gestuurd. Via een aanmelding bij de RIAGG werd hij enkele jaren geplaatst in een kinderkliniek. Vanaf 20-jarige leeftijd nam zijn middelengebruik toe. Dit werd bevorderd doordat zijn vader hierin handelde. Hij had contacten met psychiaters en psychologen van verschillende instellingen en gebruikte een antipsychoticum dat wordt voorgeschreven bij schizofrenie. Hij werd gedurende acht jaar acht maal opgenomen in een psychiatrische ziekenhuizen met diagnoses als: recidiverende paranoïde schizofrenie, recidiverend poly-harddruggebruik en ADHD. Hij nam tijdens zijn opnames geen medicatie, hield zich niet goed aan afspraken en onttrok zich vaak tegen advies vroegtijdig aan de behandeling. Tussen de opnames door werd hij enkele malen veroordeeld voor door hem gepleegde delicten en zat hij een aantal korte gevangenisstraffen uit. Uiteindelijk pleegde hij een levensdelict en belandde hij in de tbs. (Van Vliet & Oei, 2006, p. 311)

In dit boek over het leefklimaat in de – gesloten – forensische zorg kan niet voorbij worden gegaan aan het beantwoorden van de vraag wat forensische zorg is en waar forensische zorg voor staat. Cases waarin een levensloop voorkomt zoals in de bovenstaande zijn er vele. Soms lijkt het er op dat er patiënten of cliënten zijn met ‘forensische problematiek’, maar mede uit de bovenstaande casuïstiek blijkt dat mensen met ernstige stoornissen en gedragsproblematiek soms patiënt of cliënt zijn in de reguliere zorg, soms in de forensische zorg. Dat is niet in eerste instantie het gevolg van hun stoornis of gedrag als zodanig, maar van het gegeven dat zij met politie en justitie in aanraking komen én door de rechter zijn veroordeeld en daarom gedurende een periode in hun leven in een gespecialiseerde behandelsetting moeten verblijven. Uit onderzoek blijkt ook dat veel patiënten die in de forensische zorg terecht komen daaraan voorafgaande veel zorg en behandeling hebben gehad in onder meer de jeugdzorg, de verslavingszorg en algemene geestelijke gezondheidszorg, maar dat die zorg en behandeling uiteindelijk niet het beoogde effect heeft gehad (Van Vliet & Oei, 2006). Over een de levensloop zoals hierboven kort is samengevat zijn vele verhalen en interpretaties mogelijk. Twee daarvan hebben vergaande consequenties. Vanuit het oogpunt van *justitie* wordt de levensgeschiedenis beoordeeld op de mate van schuld c.q. toerekening en geldt primair de noodzaak de samenleving te beveiligen. Vanuit het oogpunt van de *geestelijke volksgezondheid* heeft een psychisch gestoorde persoon als gevolg van zijn ziekte een delict gepleegd en heeft hij hulp nodig. (Justitiële Verkenningen, 1991, p. 5)

In de forensische zorg is geen sprake van ofwel beveiliging ofwel zorg en behandeling, maar wordt dit geïntegreerd aangeboden. Desondanks zijn er wel verschillen in cultuur en in wet- en regelgeving tussen de delen van de forensische zorg die hun oorsprong vinden in het justitiële circuit en delen die onderdeel zijn van de algemene geestelijke gezondheidszorg.

Dwang, drang en beveiliging zijn in alle gevallen onderdeel van de forensische zorg. Maar in de – justitiële – Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) en het gevangeniswezen is de beveiliging van de maatschappij het primaire doel, terwijl in de forensische klinieken binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg (zoals de FPA's, FPK's en forensische poliklinieken) de zorg centraal staat en waar

de beveiliging aan is toegevoegd (zie verder ook M. Ruiter in dit boek). De behandeling en de daarop zo veel mogelijk volgende re-integratie in de vrije samenleving wordt in alle gevallen ingezet om de veiligheid in de samenleving te bevorderen.¹

In de praktijk wordt zowel gesproken over ‘forensische psychiatrie’ als over ‘forensische zorg’. Met beide benamingen wordt ongeveer het zelfde bedoeld. ‘Forensische psychiatrie’ is echter vooral een inhoudelijke benaming, terwijl ‘forensische zorg’ de benaming is van het enkele jaren geleden ingevoerde stelsel waarbij door het Ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) wordt ingekocht en ‘geregisseerd’.

In dit hoofdstuk zal eerst worden ingegaan op het ontstaan van de tbs en de forensische psychiatrie in Nederland, het historisch perspectief. Vervolgens zal de forensische psychiatrie, voor zover van toepassing op de inhoud van dit boek, worden gedefinieerd. En ten slotte zal kort worden ingegaan op het beleidsmatige stelsel van de forensische zorg.

Historisch perspectief

De geschiedenis van de forensische psychiatrie in Nederland en de tbs is nog vrij jong. Pas ongeveer honderd jaar geleden, in 1911, werd het eerste wetsontwerp voor de ‘psychopathenwetten’ ingediend in het parlement. Na de indiening van het oorspronkelijke wetsontwerp duurde het nog tot 1928 voor de tbr-wetgeving² kon worden ingevoerd. De reden voor deze lange tussenliggende periode, die meerdere kabinetten omvatte, was dat veel amendementen op het wetsontwerp werden ingediend en discussies tussen de Tweede Kamer en de respectievelijke Ministers van Justitie (Pompe & Kempe, 1962).

De wetgeving, die de mogelijkheid gaf de maatregel tbr op te leggen, was (en is nog steeds) gebonden aan de voorwaarde van een geringere mate van toerekening van het feit of een verminderde mate van toerekeningsvatbaarheid van de dader. Daarmee werd de mogelijkheid geboden niet alleen, zoals voorheen, geheel ‘gek en slecht’ te zijn, maar eveneens de mogelijkheid ‘gek en slecht te zijn in enige mate’. Vooral deze constructie ligt ten grondslag aan de bloei van de forensische psychiatrie in Nederland (Mooij, 1998), die uiteindelijk breder is dan het tbs-stelsel alleen.

De in 1928 ingevoerde psychopatenwetten en de daarbij in het psychopatenreglement opgenomen regelingen zijn tot in de jaren '80 van de twintigste eeuw inhoudelijk nauwelijks gewijzigd.³ De regeling kwam er op neer dat hij die zich schuldig heeft gemaakt aan een misdrijf of aan enkele in de wet genoemde overtredingen en die ten tijde van dat feit psychisch gestoord was, door de rechter voorwaardelijk of onvoorwaardelijk Terbeschikking van de Regering (Tbr) kon worden gesteld “teneinde van harentwege te worden verpleegd”, echter alleen indien het belang van de openbare orde dat bepaaldelijk zou vorderen. De oplegging van de tbr gold voor twee jaar en had de mogelijkheid telkens op vordering van de officier van Justitie, na een geneeskundig advies, door de

¹ Zie ook het hoofdstuk van M.J.F. van der Wolf ‘Het juridisch kader van de TBS’ in dit boek.

² Tbr is de eerdere benaming van de huidige Tbs. Tbr stond voor Ter Beschikking van de Regering. Tbs staat voor Terbeschikkingstelling, gewijzigd in 1988.

³ Pas in 1988 werd de Tbr wet- en regelgeving in belangrijke mate gewijzigd en werd de naam veranderd van Ter beschikkingstelling (Tbs) (zie ook: Van Vliet, 2006, p. 13 - 45). Ook naar aanleiding van het parlementair onderzoek dat plaatsvond in 2005 en 2006 (Commissie Visser, 2006) werd een aantal wijzigingen in de wet- en regelgeving doorgevoerd.

rechter te worden verlengd met één of twee jaar. De tenuitvoerlegging van de tbr, het toezicht op de wijze waarop dit gebeurde in de verschillende inrichtingen en de individuele beslissingen tot plaatsing, overplaatsing, het verlenen van verschillende soorten van verloven (waaronder het proefverlof) en de beslissing tot voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ontslag uit de tbr waren opgedragen aan de Minister van Justitie.

De ‘voorwaardelijke tbr’ was in grote lijnen op dezelfde wijze geregeld als de voorwaardelijke veroordeling. Zo kon onder meer een voorwaardelijke tbr uitsluitend door tussenkomst van de rechter worden omgezet in een onvoorwaardelijke tbr (Haffmans, 1984).

In de praktijk werd de tbr over het algemeen opgelegd aan daders die *niet geheel* ontoerekeningsvatbaar werden geacht. Dit betekende, dat er naast de tbr nog een straf moest worden opgelegd. De tenuitvoerlegging – verpleging én behandeling – vond geheel plaats in het justitiële circuit: particuliere tbs-klinieken en zogenaamde rijksasiels of rijks tbs-klinieken. Bij deze patiënten kon nooit sprake zijn van tussentijds ontslag door de directeur van de inrichting, zoals dat wel gold bij volledig ontoerekeningsvatbaar verklaarde daders, die krachtens artikel 37 Sr. werden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Er werd daarbij een vrij scherpe grens getrokken tussen deze twee groepen daders en de daarbij behorende zorgcircuits. Enerzijds de 'psychotische' daders die naar het GGZ-circuit werden verwezen waar ze, samen met niet-delinquente gestoorde volgens de regels van de – civielrechtelijke – Krankzinnigenwet werden verpleegd en behandeld. Anderzijds de persoonlijkheidsgestoorde daders ('psychopaten') die in het kader van de – strafrechtelijke – Psychopathenwetten ter verpleging binnen het justitiële circuit werden gehouden (Krul-Steketee, 1996).

Over het ontstaan en de geschiedenis van de forensische psychiatrie in Nederland is veel literatuur voorhanden. Deze is veelal geschreven vanuit een juridische of psychiatrische invalshoek. Daarnaast zijn er veel beleidsnota's over de forensische psychiatrie en de tbs geschreven.

De tbs is nog steeds 'een bijzondere maatregel' in het strafrecht, zoals onder meer helder wordt uiteengezet in een destijds richtinggevende beleidsnota van het Ministerie van Justitie (1991). Tot tbs veroordeelden hebben meestal ernstige en tot de verbeelding sprekende delicten gepleegd en de verwachting in de samenleving en binnen de politiek bestaat dat zij voor lange tijd veilig zijn opgeborgen in een FPC totdat zij, zo mogelijk, delictvrij in de samenleving kunnen terugkeren. Daarnaast is de uitvoering van de maatregel kostbaar. Wanneer dan blijkt dat de verwachtingen die bestaan rondom de maatregel niet lijken te worden waargemaakt, bijvoorbeeld doordat een tbs-gestelde zich aan een verlof onttrekt en tijdens deze onttrekking ook nog eens een ernstig delict pleegt, geeft de (uitvoering van) de maatregel regelmatig aanleiding tot commotie en tot maatschappelijk en politiek debat. Zo werd in 2005 en 2006 de tbs naar aanleiding van enkele ernstige incidenten door een parlementaire onderzoekscommissie, de 'Commissie Visser', uitgebreid onderzocht. Dit leidde in 2006 tot een rapport dat een groot aantal aanbevelingen bevatte voor verbetering (Commissie Visser, 2006). Onder meer de instelling van het Adviescollege Verloftoetsing Tbs (AVT)⁴ en de ontwikkeling van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) (Van Vliet, Andreas, Keuning & Zandbergen, 2012) zijn gevolgen van deze aanbevelingen.

⁴ Het Adviescollege Verloftoetsing Tbs toetst verlofaanvragen van Tbs-gestelden en brengt daarover onafhankelijk advies uit aan de minister. Het beoordeelt verlofaanvragen primair vanuit veiligheidsoogpunt voor de samenleving. Zie verder: <http://www.adviescollegeverloftoetsingtbs.nl/>

Forensische psychiatrie

Forensische psychiatrie – met de tbs als een te onderscheiden onderdeel daarvan – wordt in de praktijk op verschillende manieren gedefinieerd. Voor een goed begrip hiervan en voor de leesbaarheid van dit boek is het verhelderend de terminologie af te grenzen.

In het spraakgebruik wordt forensische psychiatrie bijna altijd gepositioneerd in het strafrecht. De forensische psychiatrie bestaat echter uit de psychiatrische bemoeienissen met justitiabelen in de verschillende vormen van rechtspraak met als doel het geven van voorlichting aan en het adviseren van rechtsprekende instanties. Dit betekent dat, strikt genomen, forensische psychiatrie zich beweegt op zowel strafrechtelijk als civielrechtelijk gebied en dat dus ook die activiteiten die zijn gericht op de BOPZ en de sociale verzekeringswetgeving tot de forensische psychiatrie worden gerekend. Naast het geven van voorlichting en advies maakt specialistische hulpverlening en behandeling expliciet deel uit van forensische psychiatrie (Smilde, 1993). Een belangrijk kenmerk van forensisch psychiatrische bemoeienis, dat voortkomt uit het voorlichtende en adviserende karakter, is dat besluiten op cruciale momenten niet door een psychiater, behandelaar of reclasseringswerker zullen worden genomen, maar door een andere instantie, in de meeste gevallen de rechterlijke macht (zowel de zittende als de staande magistratuur). Daarnaast is de vrijwilligheid tot deelname van de te onderzoeken en te behandelen personen in het algemeen maar beperkt. Ook staan er voor hem of haar meestal grote belangen op het spel, zoals het al dan niet verkrijgen van een uitkering of een (tijdelijke) vrijheidsbeneming. Het is, juist in verband met de onvrijwilligheid en de grote belangen die voor individuen in het geding zijn, noodzakelijk dat over oplegging en verlenging van een tbs of een reclasseringstoezicht door een onafhankelijke en onpartijdige partij, in het algemeen de rechter, wordt beslist. In het kader van dit boek over de forensische zorg en de tbs kan een beperkte definitie worden gebruikt, zoals door Smilde (1991) is gegeven:

“dat deelgebied van de psychiatrie, dat zich bezighoudt met de rapportage ten behoeve van de rechterlijke macht, onderzoek en behandeling van personen en hun daarbij behorende sociale en relationele netwerken in samenhang met de strafwetgeving”.

Het spreekt dan vanzelf dat daaronder behalve behandeling in FPC's ook behandelingen binnen het gevangeniswezen en door het Ministerie van Veiligheid en Justitie elders ingekochte behandeling en zorg is te scharen. Ten slotte betreft het ook de reclassering waar het gaat om toezicht op reclasseringscliënten aan wie bij een bijzondere voorwaarde een behandeling in de forensische zorg is opgelegd en bij de begeleiding van tbs-gestelden in het kader van (ambulant) FPT (Van Vliet, Andreas, Keuning & Zandbergen, 2012).

Forensische zorg

Per 1 januari 2008 ligt de verantwoordelijkheid voor de plaatsing ter behandeling van mensen in de forensische zorg bij de Minister van V&J. Het doel van forensische zorg is het verminderen van strafrechtelijke recidive door patiënten en cliënten de nodige zorg en behandeling aan te bieden. Dit gebeurt binnen een zo veel mogelijk op het individu aangepaste beveiligde setting. Wanneer behandeling in een gesloten of besloten setting plaatsvindt zal de patiënt stapsgewijs worden begeleid bij de re-integratie, zodat hij na beëindiging van de maatregel of straf en de daarbij behorende behandeling weer zo zelfstandig mogelijk kan functioneren in de maatschappij. De forensische zorg is er op die manier op gericht de maatschappelijke veiligheid te vergroten. Bij het

werken aan recidivevermindering hebben alle partijen in de keten hun eigen rol, taken en verantwoordelijkheden. Het Ministerie van V&J omschrijft forensische zorg als volgt:

“Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van twee werelden. Die van het strafrecht en die van de zorg. Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel aan iemand met een psychische of psychiatrische stoornis die een strafbaar feit heeft gepleegd. Centraal staat de benodigde combinatie van behandeling en beveiliging. De behandeling vindt plaats tijdens of na de straf, maar kan ook de straf vervangen. Het doel van forensische zorg is dat patiënten na hun straf en hun behandeling geen strafbare feiten meer zullen plegen en normaal kunnen functioneren in de maatschappij. Dit wordt ook wel het ‘verminderen van recidive’ genoemd. De forensische zorg is erop gericht de maatschappelijke veiligheid te vergroten.”⁵

Deze omschrijving komt in grote lijnen overeen met de eerder genoemde definitie van forensische psychiatrie, maar beschrijft meer een organisatorisch stelsel. Opmerkelijk is dan ook, dat in deze omschrijving de componenten ‘rapportage’ en ‘onderzoek’ uit de definitie van Forensische psychiatrie ontbreken terwijl deze toch ook deel uitmaken van het stelsel van forensische zorg. Wellicht betekent dit volgens het Ministerie van V&J dat deze niet onder de noemer ‘zorg’ kunnen worden gevat.

De afdeling Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ) van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), het Psycho Medisch Overleg (PMO; voor het gevangeniswezen) en de drie reclasseringsorganisaties (3RO; voor reclasseringscliënten die ambulante en lichte [zoals RIBW] forensische zorg behoeven) nemen wanneer dat nodig is plaatsingsbeslissingen *namens* de Minister van V&J.

Omdat de Minister eindverantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen, moet het Ministerie waarborgen dat de forensische zorg die aan justitiabelen is opgelegd, ook daadwerkelijk beschikbaar is. Forensische zorg wordt vrijwel uitsluitend geïndiceerd voor mensen op wie een strafrechtelijke kader van toepassing is. Het betreft 22 verschillende strafrechtelijke titels die als volgt zijn te onderscheiden: zorg zonder strafoplegging, tbs met dwangverpleging en pro-justitia rapportage, zorg als voorwaarde bij een beslissing van de rechter, het openbaar ministerie of de Kroon en zorg in detentie, tijdens tenuitvoerlegging vrijheidsstraf of ISD-maatregel.⁶

Het Ministerie van V&J heeft de uitvoering van de forensische zorg belegd bij de Directie Forensische Zorg (DForzo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). DForzo ‘regisseert’ de keten van de forensische zorg en is verantwoordelijk voor de inkoop en de financiering hiervan. Beoogd wordt dan daarmee capaciteitsplanning, (regie op) plaatsing en financiering in één hand zijn. De aanbieders van de (ingekochte) forensische zorg zijn verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg. Zij zorgen ervoor dat de justitiabelen de behandeling en de beveiliging krijgen zoals die hen door de rechter is opgelegd en die door de indicerende instantie is geïndiceerd.

⁵ <http://www.forensischezorg.nl/balans-tussen-straf-en-zorg>

⁶ In uitzonderlijke gevallen kunnen de 3RO zorg indiceren, terwijl er nog geen sprake is van een strafrechtelijke titel. In dat geval is er sprake van een voorgenomen indicatiestelling. Dit is dan de bekostigingsgrondslag voor de indicatiestelling. Zie: <http://www.forensischezorg.nl/balans-tussen-straf-en-zorg/zonder-zorgtitel-geen-forensische-zorg>

Aangehaalde literatuur

Commissie Visser (2006). Tijdelijke commissie onderzoek Tbs. *Vandaag over gisteren en morgen*. Kamerstuk II, vergaderjaar 2005 – 2006, 30 250, nrs 4-5. Den Haag: SDU.

Haffmans, Ch. (1984). *Terbeschikking gesteld. Geschiedenis, oplegging en executie van een strafrechtelijke maatregel*, Arnhem: Gouda Quint.

Justitiële verkenningen (1991). Nr. 8.

Krul-Steketee, J. (1996). Ontwikkelingen in de Tbr/Tbs in de afgelopen vijf en twintig jaar, *Trema* nr. 9.

Ministerie van Justitie (1991). *Tbs, een bijzondere maatregel*, Den Haag: DJI.

Mooij, A. (1998). *Psychiatrie, recht en de menselijke maat. Over verantwoordelijkheid*, Amsterdam/Meppel: Boom.

Pompe, W.P.J. & G.Th. Kempe (1962), Ontstaan, ontwikkeling en toepassing der psychopatenwetten, *Klinisch-psychiatrisch onderzoek van delinquenten*, p. 11 – 49, Assen.

Smilde, J. (1993). Enige opmerkingen over de relevantie van de forensische psychiatrie. *Overheid en patiënt. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*. Arnhem: Gouda Quint, P. 15 – 20.

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

Vliet, J.A. van & T.I. Oei. (2006). Van stoornis naar delict. De verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenissen van Tbs-gestelden. *Pedagogiek* 26^e jaargang nr. 3.

Van Vliet, J.A., A. Andreas, B. Keuning & W. Zandbergen (2012). *Verbinden in de keten. Forensisch Psychiatrisch Toezicht bekeken*. Amsterdam: SWP.

Auteur

Dr. Jaap A. van Vliet werkt als senior-onderzoeker bij het lectoraat 'Werken in justitieel kader', Kenniscentrum voor Sociale Innovatie, van de Hogeschool Utrecht en als beleidsadviseur bij Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering. Hij had eerder leidinggevende functies in enkele Forensisch Psychiatrische Centra en verrichtte onder meer onderzoek over de relatie tussen tbs en algemene geestelijke gezondheidszorg voor het WODC en de Ministeries van Justitie en VWS. Op dit moment is hij onder meer lid van de Raad van Toezicht van FPC Oldenkotte, de Commissie van Toezicht van de Pompestichting en de Commissie Ethiek in de Forensische Psychiatrie.