



Adviescollege Verloftoetsing TBS
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Verslaving in de tbs

Verslag
seminar

28 november 2012

Jaarbeurs Utrecht

Verslaving in de tbs

Verslag
Seminar 28 november 2012

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Hoofdstuk 1	
Voordracht mw. dr. I. Embley , directeur van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en wetenschappelijk adviseur van het Adviescollege Verloftoetsing TBS en dhr. drs. A.J. de Groot , klinisch psycholoog en lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS: <i>Cijfers over verslaving en verlof</i>	9
Hoofdstuk 2	13
Voordracht dhr. prof. dr. G. Dom , psychiater en hoofd geneesheer Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te België: <i>Wat is verslaving, is verslaving een ziekte of niet en wat zijn de dilemma's in de behandeling?</i>	
Hoofdstuk 3	23
Voordracht mw. drs. T. Kersten , GZ psycholoog en supervisor/leertherapeut VGCT en schematherapie, verbonden aan FPC De Rooyse Wissel: <i>Geïntegreerde verslavingsbehandeling in de tbs-kliniek: dilemma's rond behandelen versus beheersen.</i>	
Hoofdstuk 4	29
Voordracht mw. drs. M.J. Trentelman , orthopedagoog/ GZ psycholoog en programmaleider verslavingsbehandeling, verbonden aan FPC Trajectum Noord: <i>Behandelprogramma voor verstandelijk beperkte mensen met risicovol gedrag bij wie verslaving op de voorgrond staat.</i>	
Hoofdstuk 5	35
Voordracht mw. drs. L. Lansink , klinisch psycholoog, verbonden aan FPC De Pompestichting: <i>Community Reinforcement Approach.</i>	
Hoofdstuk 6	39
Voordracht dhr. E. ten Holte , directeur Stichting Verslavingsreclassering GGZ: <i>Verslaving en reclassering</i>	
Hoofdstuk 7	45
Voordracht dhr. mr M. Otte , vicepresident in het gerechtshof te Arnhem: <i>Verslaving gezien vanuit het perspectief van de rechter.</i>	

Hoofdstuk 8	57
Plenair debat onder leiding van de dagvoorzitter	
Bijlage	73
Programma seminar	

Inleiding

Sinds 1 januari 2008 toetst het Adviescollege Verloftoetsing TBS alle door de Forensisch Psychiatrische Centra ingediende aanvragen voor verlof van tbs-gestelden.

Op 28 november 2012 heeft het adviescollege in de Jaarbeurs in Utrecht een seminar georganiseerd over verslaving in de tbs.

Tijdens de bespreking van de verlofaanvragen is het adviescollege opgevallen dat verslavingsproblematiek vaak een dominante rol speelt in de behandeling van tbs-gestelden. Verder is gebleken dat er tussen klinieken verschillen zijn in het beleid rondom verslavingsbehandeling alsmede hoe verslaving wordt geïntegreerd in behandeling en risicomanagement.

Uit onderzoek in de database van het adviescollege blijkt dat bij bijna 70% van de tbs-gestelden met verlof verslavingsproblematiek is gediagnosticeerd. In zijn adviezen neemt het adviescollege regelmatig bijzondere overwegingen op die betrekking hebben op het risicomanagement van de verslavingsproblematiek, de behandeling van de verslaving of de inzet van zuchtremmende medicatie. Voorts wijst intern incidentenonderzoek uit dat tijdens ongeoorloofde afwezigheden relatief vaak sprake is van terugval in middelengebruik.

Onder meer de volgende thema's zijn aan bod gekomen tijdens het seminar:

- Ziekte of niet?
- Behandelen of beheersen?
- Gedogen?
- Einde tbs = einde verslaving?
- Tbs kliniek: drugs altijd voorradig?

Er hebben in totaal 190 personen aan het seminar deelgenomen. De deelnemers waren onder meer afkomstig uit de FPC's, de GGZ, de Dienst Justitiële Inrichtingen, het NIFP, de reclassering, de rechterlijke macht, het openbaar ministerie en de advocatuur.

Het adviescollege kijkt terug op een geslaagd seminar en hoopt met het seminar een bijdrage te hebben geleverd aan de lerende verlofpraktijk.

Hoofdstuk 1

Voordracht dr. I. Embley en drs. A.J. de Groot

Cijfers over verslaving en verlof

Iva Embley: Mijn opdracht vandaag is de cijfers rondom middelenproblematiek te presenteren. Deze onderliggende statistieken zijn al vanaf het eerste seminar van het AVT een vast onderdeel van het programma. Maar statistieken zijn statisch en zoals wij allemaal weten kunnen ze saai zijn en daarom ga ik deze presentatie samen met Arjan de Groot doen. Want Arjan kan als lid van het AVT, het LBHIV en als behandeldirecteur van de Rooyse Wissel deze cijfers naar de praktijk vertalen en deze wat dynamischer en levendiger maken. Voor de duidelijkheid: het AVT heeft alleen gegevens over de patiënten voor wie een verlofmachtiging is aangevraagd, dus onze statistieken gelden alleen voor deze populatie.

Ongeveer 60 procent van de tbs-populatie beschikt over een verlofmachtiging, dat gaat om circa 1200 mensen en dat is al een heel stuk beter dan in 2008, want toen was het 50 procent. We komen er langzaam maar zeker. We gaan ooit de 80 procent halen, maar ik weet niet hoe lang dat gaat duren. Van de patiënten met een verlofmachtiging heeft 70 procent problemen met middelen. Een derde heeft problemen met alcohol, een derde met softdrugs en een derde met harddrugs.

Er zijn ook nog verschillen tussen de verschillende groepen delinquenten. Het hoogste percentage van middelenproblematiek geldt bij de patiënten die gewelds- en vermogensdelicten hebben gepleegd. Dat is ongeveer 80 tot 90 procent. Het laagste percentage is bij zedendelinquenten met kinderen, dat is 40 procent. Maar in de gehele groep is het 70 procent en dat is best veel. Arjan de Groot, wat vinden jullie daarvan in de praktijk?

Arjan de Groot: Ja, dat is natuurlijk veel. Het is wel vergelijkbaar met het gevangeniswezen. Echter, niet met de bevolking. De schatting is dat één miljoen mensen ongeveer verslavingsproblemen zou kunnen hebben op verschillende manieren. Behandeling is moeilijk in de FPC's. Er zijn wel een gemeenschappelijke behandelinterventies die we allemaal hebben, dat zijn de P&L interventie, in een potje plassen en de Liberman module. Iedere kliniek heeft zijn eigen cognitieve benadering of anderszins. Er zijn ook klinieken die zeggen dat ze er niet zo goed in zijn en besteden het uit aan de verslavingszorg, zoals de Piet Roordakliniek of de verslavingsreclassering. Bij het AVT zien we ook verschil tussen risicomangement en behandeling. Soms is de vraag of de verslaving wel wezenlijk is behandeld. Daarnaast zit het hem toch vaak in de controle. Behandeling is moeilijk en dat heeft met allerlei theorieën te maken. Verslaving is hoe dan ook hardnekkig. Verslaving en behandeling doe je buiten tijdens de resocialisatie, maar ga je te veel over de schreef dan wordt het verlof weer ingetrokken en wat dan? Dat blijft allemaal ingewikkeld. In toenemende mate zie je in de literatuur dat verslaving wordt bestempeld als verslavingsziekte. Langdurig gebruik leidt tot een soort geëtsd brein en dus blijven de receptoren op zucht staan. Maar goed, we kunnen inmiddels ook wel wat meer. Daar zullen we vanmiddag nog meer van horen.

Iva Embley: Er zijn allerlei dilemma's omtrent verslaving en het gebruik van middelen. Arjan heeft net gezegd dat bij gebruik het verlof wordt ingetrokken. Het AVT maakt zich zorgen over deze dingen en één van de dilemma's is of mensen

überhaupt alcohol mogen drinken of niet. Ik ga één opmerking van het AVT voorlezen over deze problematiek en dat is: “het adviescollege merkt op dat het toestaan van gecontroleerd drinken bij een alcoholverslaafde man, enige vraagtekens oproept”. Arjan, wat zou je hierover kunnen vertellen?

Arjan de Groot: Dat is een opmerking die misschien meer vragen oproept dan dat het beantwoord. Gedoogbeleid is een ingewikkeld ding. Collectief gedogen als kliniek kan niet meer, dat heeft allerlei redenen. Soms zie je nog wel dat klinieken op individuele basis in de aanvraag pogingen doen om gebruik te gedogen, omdat het weinig effect heeft op het delictgevaar. Een dergelijke aanvraag geeft in het AVT net zoveel discussie als, denk ik, in interne verlof-toetsingscommissies in de klinieken. Daar hebben we eigenlijk niet echt beleid of een antwoord op. Maar het gezonde verstand is natuurlijk wel van “nou ja, soms zou het moeten kunnen”. Maar doe je het wel, dan heb je in de kliniek toch weer allemaal andere patiënten die dan ook weer van alles willen en dat geeft dilemma's.

Iva Embley: Deze vragen hebben natuurlijk ook invloed op de adviezen van het AVT en in ongeveer 30 procent van de verlofaanvragen die door het AVT worden afgewezen, speelt middelengebruik een rol. Het AVT wijst ongeveer 6 procent van alle aanvragen af en 30 procent daarvan heeft iets te maken met middelenproblematiek. Dat is eigenlijk wel indrukwekkend, of niet?

Arjan de Groot: Ja, dat is indrukwekkend. De vraag is of een negatief advies geënt is op de behandelinhoudelijke thema's of het risicomangement. Vaak is het beide. Verschillende thema's spelen daarbij een rol, waarbij controle op gebruik erg belangrijk is. Naast controle zijn ook de volgende thema's van belang:

- Ga je voor “exposure”? De coffeeshop in en kijken hoe ze het doen. Of leg je een verbod op waardoor ze niet in de buurt van een coffeeshop mogen komen?
- Het blijvend voorschrijven van valium aan verslaafde patiënten of niet?
- Het afbouwen van methadon of niet?
- Het inzetten van medicatie bij verslaafde patiënten. Wel of niet doen?

Iva Embley: Jullie doen veel om allerlei problemen te voorkomen. In de laatste tweeënhalve jaar hebben 100 ongeoorloofde afwezigheden plaatsgevonden. Daarvan waren ongeveer een derde mede veroorzaakt door middelengebruik. Dat wil zeggen dat de patiënt zich heeft onttrokken om te gaan gebruiken. Ik kan me voorstellen dat dit een groot probleem is.

Arjan de Groot: Ja, dat lijkt veel, maar wanneer je je beseft dat er ongeveer 50.000 verlofbewegingen per jaar plaatsvinden, lijkt het echter vrij weinig.

Hoofdstuk 2

Voordracht prof. dr. G. Dom

Wat is verslaving? Is verslaving een ziekte of niet en wat zijn de dilemma's in de behandeling?

Een van de dingen die wij tegenwoordig hebben geleerd uit de neurobiologie van verslavingsprocessen, is dat vele van deze mensen te kampen hebben met gebreken in hun executieve functiesystemen, werkgeheugen, planningsvaardigheden en mogelijkheden om cognitief een bepaald patroon voor ogen te zien. Wat wij in behandeling meer en meer leren is dat die mensen nood hebben aan visueel materiaal. En jammer genoeg is er niet zo'n onderscheid tussen patiënten en niet-patiënten. Het gebruik van middelen is zeer wijd verbreid en geldt niet alleen voor onze populatie. Om een link te maken naar het onderwerp van vandaag, moet mij ook van het hart dat er op dit moment een vooronderzoek tegen mij lopende is. De casus is dat een man uit de omgeving van het ziekenhuis waar ik werk, door de politie wordt opgehaald vanwege zeer sterk onregelend en agressief gedrag en wordt, zoals dat in Nederland heet, in bewaring gesteld. Hij wordt naar de kliniek gebracht, waar ik toevallig ook ben en wordt naar de afdeling begeleid door een zestal politieagenten. Er ontstaat een gevecht met deze man, waarbij de politie bijstand moet vragen en uiteindelijk staan er veertien agenten met wapens om de man heen, die erg moeilijk te benaderen is. Ik weiger deze man op te nemen met een open dienst en te weinig verpleging, omdat het te gevaarlijk is voor mijn afdeling. Naar aanleiding daarvan ontstaat er een juridische affaire, waarbij het gerecht mij beveelt de man op te nemen. Ik blijf erbij dat het te gevaarlijk is en na veel wikken en wegen wordt de man afgevoerd naar de cel, waar hij na een zeer hardhandige politie interventie komt te overlijden. De zaak wordt erg serieus genomen en er is dan ook een

procedure gestart om te onderzoeken wie verantwoordelijk is voor het overlijden van deze patiënt. De gezondheidszorg, die de man geweigerd heeft op te nemen, of is het justitie geweest?

Ik wil graag eerst iets over de psychiatrie zeggen en over de problemen daarvan in het algemeen. Ten eerste zijn psychiatrische stoornissen ongelooflijk hoog prevalent in onze bevolking. Ziekteverzuim is sterk gerelateerd aan psychiatrische stoornissen. Maar het probleem is dat de psychiatrie in de laatste 40 jaar heel weinig vooruitgang heeft geboekt. Er is niets fundamenteel nieuws uitgevonden wat betreft behandelingen of behandelinterventies. We werken nog altijd met dezelfde medicamenten waar in de jaren '50 mee begonnen is en met dezelfde neurotransmissiesystemen, waarvan we vermoeden dat die eigenlijk niet zo veel te maken hebben met de aandoeningen. Daarnaast hebben we nog steeds te kampen met hetzelfde probleem, inhoudende dat psychiatrie eigenlijk een vak is met een zeer slechte diagnostiek. Als je vooruitgang wil boeken in het medische vak, moet er een goede diagnose kunnen worden gesteld, want dat leidt tot betere geïndividualiseerde behandelingen. We weten eigenlijk nog maar heel weinig over de onderliggende mechanismen, die psychiatrische stoornissen veroorzaken. Wetenschappelijk evalueert de psychiatrie traag, met als gevolg dat sprake is van zeer beperkte "effect sizes" in behandeling. Behandelingen werken wel, maar overall zijn de "effect sizes" beperkt. Neem als voorbeeld de behandeling van depressiviteit met antidepressiva. De "effect sizes" daarvan blijven beperkt en we werken

daarbij met “*numbers needed to treat*”. Het draait daarbij om de vraag hoeveel patiënten men een bepaald medicament moet geven versus een placebo om een patiënt extra beter te maken dan een placebo zou doen. Concreet betekent dit dat ongeveer zeven personen antidepressiva moeten krijgen versus zeven patiënten die een placebo krijgen, om één extra patiënt te kunnen genezen. Dat is natuurlijk winst, maar het is geen fenomenale winst. Een van de gevolgen daarvan is dat als je bijvoorbeeld gaat vergelijken met de evoluties binnen de oncologie of de cardiovasculaire geneeskunde en men cijfers gaat bekijken, aldaar de laatste twintig jaar zeer beduidende dalingen bestaan van morbiditeit en vooral mortaliteit. Binnen de psychiatrie zijn de cijfers omtrent de algemene morbiditeit en mortaliteit hetzelfde gebleven. Vijfentwintig jaar geleden was het zo dat patiënten met een ernstige psychiatrische ziekte ongeveer vijftien jaar eerder kwamen te overlijden dan hun te verwachten “*normal life expectancy*”. Nu, vijfentwintig jaar later is daar nauwelijks een paar maanden van af gegaan. We zitten dus met een vak dat erg traag in beweging is. Mijn boodschap is dat verslavingszorg in niets verschilt van de psychiatrische zorg en lijdt aan dezelfde beperkingen en dezelfde problematiek van moeilijke diagnoses en dergelijke. Tevens zijn de “*effect sizes*” van de behandeling van verslaving gelijklopend en dus matig beperkt. Er is geen verschil en daarom is er geen reden om verslaving en verslavingszorg te stigmatiseren. Oh contrair, neurobiologisch staat verslaving iets verder dan andere psychiatrische aandoeningen.

Wat is verslaving? Is het nu een ziekte of niet? Dit is een zeer terechte en moeilijke vraag. Als je daarop wilt antwoorden, moet men gaan nadenken over wat nu precies een ziekte is. Daarvoor zijn meerdere definities voorhanden. Naar mijn mening heb je, om iets een ziekte te kunnen noemen, in ieder geval drie zaken nodig. Allereerst moet er een bepaald cluster van symptomen aanwezig zijn en dat cluster van symptomen moet een zekere stabiliteit hebben. Tevens moet dat cluster in de loop der tijd herkenbaar zijn en hetzelfde blijven. Bestaat zo’n cluster van symptomen ook voor verslaving? Ik denk eigenlijk van niet, omdat we daarvoor nog te weinig weten over verslaving. Verslavingsproblemen zijn extreem heterogeen wat betreft symptoomverloop. Een van de belangrijke dingen daarbij is dat we bijvoorbeeld maar heel weinig weten over het verloop van verslavingsproblemen. Dit komt omdat de meeste studies hiernaar zijn uitgevoerd met patiënten die in behandeling zijn. Er is een zeer kleine minderheid van de mensen die verslavingsproblemen heeft, ongeveer twintig procent, die in behandeling is. Dus veel van onze kennis over verslaving is gebaseerd op kennis die vergaard is middels onderzoek onder een kleine groep mensen. Als je gaat kijken naar de studies over mensen die niet in behandeling zijn, dan ziet men dat veel problemen met middelen een relatief goede uitkomst hebben. Veel mensen hebben in hun leven periodes dat ze zelden beantwoorden aan de criteria van de DSM voor middelenmisbruik of – afhankelijkheid. Daarna kunnen ze wel weer terugvallen in hun verslaving. De prognose is in principe niet zo ongunstig als altijd wordt gezegd op basis van cijfers van mensen in behandeling. Dit geldt

ook voor depressieve en stemmingsstoornissen. Daarvan is een bepaalde subpopulatie in behandeling, maar weet men ook redelijk weinig van mensen die ergens in hun leven een depressieve episode doormaken, maar daar zonder behandeling en op eigen kracht weer een stukje uit kunnen komen. Dus één van de handicaps die we onderzoekswijs toch wel hebben, is dat we te weinig de “*natural history of addiction*” bestuderen in grote populaties en te weinig kijken naar de krachten van zelfredzaamheid. Als men gaat kijken naar de groep die in behandeling is, moeten we zeggen dat verslaving de kenmerken heeft van een set symptomen dat aan een bepaalde prognose gelinkt is. Dus kijkend naar deze groep, dan zie je meer kenmerken op het niveau van symptoomsyndroom verloop en zou je kunnen zeggen dat verslaving toch wel een ziekte is. Maar die groep is specifiek, vooral omdat de meeste patiënten die in behandeling zijn ook patiënten zijn met andere comorbiditeit, met andere psychiatrische stoornissen. Dus dikwijls gaat het over comorbiditeitspatiënten, patiënten met verslaving en een verstandelijke handicap en stemmingstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen etcetera. Het is mijn lichte vermoeden dat het feit dat ze op verschillende terreinen gehandicapt zijn of beperkingen hebben, ervoor heeft gezorgd dat ze in behandeling of bij justitie terecht zijn gekomen. Tevens denk ik dat het gaat om een specifieke, zware groep die per definitie een moeilijke prognose heeft en meer beantwoord aan dat ziekteproces.

Als tweede heb je, om een ziekte te kunnen diagnosticeren, een orgaan nodig. Als je een longaandoening hebt, heb je een long nodig. Hebben we een

indicatie dat je bij verslaving ook orgaanlijden hebt? Ja! We hebben ongeveer twintig jaar neurobiologisch onderzoek gedaan naar verslaving en ik denk dat als je grote groepen patiënten met verslavingsproblemen gaat bekijken, dan je zie bij hen een aantal neurologische beperkingen optreden waar men niet om heen kan. Kort samenvattend gaat het om vier tekortkomingen. Ten eerste zijn het gemiddeld gezien mensen met een verstoring in de hedonische hersencircuits. Kort gezegd, het beloningssysteem, een systeem wat we allemaal hebben. Stoornissen in dit systeem komen voor bij patiënten met verslavingsproblemen en vertonen tekortkomingen in hun hedonische regulatie. Ik zelf kijk naar patiënten met verslavingsproblemen als mensen met een handicap. Voor mij is verslaving niet een ziekte van feest en genot, maar een ziekte van het niet kunnen genieten. Het is een handicap. Een van de meest consistente neurologische bevindingen is dat de dopaminaire transmissie en de functionaliteit van hun hedonische regulatiesysteem gestoord is, uiteraard op momenten dat ze abstinēt zijn. Want wat doen drugs en alcohol? Die boosten dat hedonische systeem zeer. Dus als van nature of ten gevolge van verslaving dat systeem slechter werkt, dan ga je eigenlijk relatief meer profiteren van stimulatie van dat systeem. Een tweede systeem dat ernstig verstoord of ontregeld raakt, is wat men noemt “*attentional systems*”, systemen in uw brein, die uw aandacht gaan richten. In dit geval gaan die uw aandacht pathologisch heftig richten op alles wat met gebruik te maken heeft. Dit is voor verslaving niet zo uniek. We zien meer en meer dat aandachtverstoringsproblemen bij heel wat ziekteprocessen

aanwezig zijn. Mensen met ernstige stemmingsstoornissen hebben ook een disfunctie in hun aandachtsfuncties, met name zijn zij veel gevoeliger voor negatieve dingen in hun omgeving. Mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstructuur hebben verstoringen in hun aandachtsfuncties en zijn veel gevoeliger voor mogelijke bedreigende triggers in hun omgeving en pikken dat onbewust veel meer op. Dus die “*attentional bias*” processen zijn duidelijk verstoord bij patiënten met verslavingsproblemen, maar de verstoring op zich is in vele andere ziekte- en gedragsprocessen terug te vinden en is absoluut niet uniek. Een derde mechanisme dat verstoord is, is de zelfcontrole functie. De cerebrale “*top down*” regulatie, zoals men dat noemt. Het gaat om het controlemechanisme, dat we normaal gebruiken als we iets willen doen qua “*drive*” om onszelf tegen te houden of te reguleren. Veel patiënten met verslavingsproblemen scoren in zogenaamde besluitvormingstesten slechter op zelfcontrole en hebben dus een handicap ter hoogte van die hersencircuits. Een vierde systeem dat is ontregeld bij patiënten met verslavingsproblemen is het stressregulatiesysteem. Ook daar zie je veel patiënten die moeilijk met stress om kunnen gaan. Tussen al die systemen zit natuurlijk een grote verwevenheid. Er zijn ook mensen zonder verslavingsproblemen, waarbij deze systemen toch verstoord zijn. Als ik zeer veel stress heb, heeft dat onmiddellijk effect op mijn executief functiesysteem. Dat gaat dan slechter werken, waardoor ik nog meer stress krijg en mijn “*relief*” behoefte zeer groot zal zijn. Bij iedereen hangt het samen. Natuurlijk als je gebreken op dat niveau hebt, ben je daar nog veel gevoeliger voor. Dus, bij mensen

met ernstige verslavingsproblemen zijn er indicaties dat er sprake is van orgaanlijden vooral op neurobiologisch vlak.

Een derde reden om al dan niet van ziekte te spreken, is de oorzaak. Dit is bij verslavingsproblemen erg moeilijk vast te stellen. Maar dat geldt ook voor andere psychiatrische aandoeningen. Wat is oorzaak? Wat is gevolg? Om ons er makkelijk van af te maken, kan men zeggen dat ongeveer zeventig procent van verslavingsgedrag kan worden verklaard door gen-omgevingsinteractie. Genetische zaken spelen duidelijk een rol. Deze zaken moduleren enzymen die dan weer een stapje verder aanleiding geven tot hoe de hersencircuits functioneren. Gen-omgevingsinteracties zijn erg in de mode en worden ook wel epigenetische verhalen genoemd. Hierbij draait het onder meer om de vraag in welke mate vroegkinderlijke stress een rol heeft gespeeld in het tot expressie komen van een aantal kwetsbaarheidgenen of beschermende genen. Het is heel opvallend, wanneer men gaat kijken naar mensen met ernstige verslavingsproblemen en de cormorbiditeitscluster, dat bijna altijd sprake is van een jeugdtrauma. Dit is een tijdje uit de mode geweest, maar in Vlaanderen lijkt het nu weer een beetje terug te komen. Er is meer aandacht voor wat vroegkinderlijke verwaarlozing dan wel vroegkinderlijke traumatisering als motor kan betekenen voor het ontwikkelen van kwetsbaarheden van niet alleen verslaving maar dikwijls van een heel cormorbiditeitscluster. Er is als voorbeeld een mooi onderzoek dat aantoonde dat vroegkinderlijke traumatisering duidelijk negatieve effecten heeft op het ontwikkelen van het executieve functiesysteem, het zelfcon-

trole functiesysteem, tijdens de adolescentie en brengt dit in een soort verlate ontwikkeling, waardoor je op momenten als jongere veel gevoeliger bent om verslavingssignalen op te pikken en controle daarover te verliezen.

Dus ziekte, ja, maar ik denk dat als we kijken naar deze drie zaken, symptomen, orgaanschade en oorzaak-gevolg, dat men van een aantal punten daarvan kan zeggen dat het om een ziekte gaat. Echter, niet volledig en met een aantal haken en ogen, zoals dat geldt voor de meeste psychiatrische stoornissen.

Verslaving en behandeling. Eigenlijk geldt hiervoor identiek hetzelfde verhaal als waar ik mee begonnen ben. Namelijk met globale psychiatrie. Behandeling werkt, maar absoluut niet om over naar huis te schrijven. De “*effect size*” is even bescheiden als voor andere psychiatrische aandoeningen. Er is één type behandeling die er spectaculair uitspringt qua “*effect sizes*” en dat is de methadone substitutie behandeling. Deze behandeling heeft voor een spectaculaire daling gezorgd van infecties bij die populatie en heeft orgaanschade en criminaliteit verminderd. Deze behandeling heeft, in vergelijking met andere behandelingen, behoorlijk wat effect gehad. Maar voor het overige liggen de “*effect sizes*” van onze behandelingen ongeveer, kijkend naar “*numbers needed to treat*” tussen de zeven en de elf en voor het stoppen met roken zelfs een beetje minder. Een van de problemen die we daarbij hebben, is dat we eigenlijk nog veel te weinig zicht hebben op welke mechanismen onderliggend zijn bij individuen die hem of haar in een bepaalde richting van verslaving duwen. Er zijn breed gezien vier grote mechanis-

men die niet bij iedereen dezelfde rol spelen. Dus eigenlijk zijn er, als je nadenkt over hoe we “*effect sizes*” van behandelingen kunnen verhogen, twee manieren. Enerzijds kunnen we op zoek gaan naar nieuwe medicamenten, die veel effectiever zijn. Hier is men druk naar op zoek, maar er wordt weinig gevonden. Een andere manier is, wat men bijvoorbeeld in de oncologie heeft gedaan, kijken naar welke type medicament past bij welk type patiënt. In de oncologie zijn ze hier al veel verder mee en kijkt men ook naar de genetische kenmerken van bepaalde kankercellen en men denkt dan na op welke vorm van behandelingen die beter zouden reageren. Ook hier in de psychiatrie dan wel verslaving zou men veel meer moeten gaan zoeken naar welke subgroepen van patiënten gevoeliger zullen zijn voor bepaalde interventies. Als voorbeeld verwijs ik naar een medicament dat nog niet veel wordt gebruikt, Ondacentron, wat ook tegen misselijkheid wordt gebruikt. Dit middel heeft een beperkte “*effect size*” maar als je dat medicament gaat geven aan mensen met een bepaald genetisch profiel van histonine receptor, dan zie die “*effect size*” boosten. Daarmee slaagt men er in om tachtig procent van die patiënten met dat polyformisme alcoholvrij te krijgen. Dat is spectaculair veel meer dan wanneer je dat medicament aan ons allemaal zou geven. Dus het idee van gepersonaliseerde geneeskunde begint meer en meer in heel de psychiatrie voet aan de grond te krijgen. Deze aanpak, gebaseerd op wetenschappelijke criteria, is beginnende en we hebben dat ook nodig om beter individueel te kunnen kijken. De vraag is of iemand gaat terugvallen of niet. Die inschatting is zeer moeilijk en puur wetenschappelijk zijn er op dit moment

heel weinig harde criteria om voor een individu met verslavingsproblemen te zeggen of en wanneer hij of zij gaat terugvallen. Er zijn weinig variabelen waarvoor we enige wetenschappelijke argumenten hebben. Comorbiditeit is een van die variabelen, waarvan we denken dat patiënten met veel comorbiditeit gemiddeld gezien moeilijker hun abstinentie kunnen behouden. Ik heb zelf net een onderzoek gepubliceerd, waarin we een groep polydruggebruikers hebben genomen, meestal ook een groep met veel psychiatrische en borderline aandoeningen, en hebben we langs de “base-line” gemeten hoe het zit met hun psychiatrische diagnostiek en vooral hun executief functiesysteem. Dit is na drie en zes maanden behandeling opgevolgd. We vonden redelijk overtuigend dat we vooral voor die patiënten die zeer slecht scoorden op besluitvormingstesten (neurocognitief), redelijk goed terugval konden voorspellen. Veel beter dan hun diagnostiek. Wij zijn er dus een beetje van overtuigd dat in het nemen van neurocognitieve maten in de voorspelling van hoe zaken gaan evolueren en mensen stand gaan houden, misschien wat muziek voor de toekomst zit. Andere zaken zijn maatschappelijke context. Een jaar of twee geleden stond er een leuk artikel in de *“American Journal of Psychiatry”* waarin werd gekeken naar patiënten met comorbiditeit in de psychiatrie en verslaving en hoe ze het gingen doen na de behandeling. Ze vonden een fantastisch goede correlatie tussen het goed doen en hoeveel meter men van de eerste AA-bijeenkomst afwoonde. Dit klinkt natuurlijk een beetje simpel, maar tegelijkertijd is hoe je woont, waar je woont en de omgeving erg belangrijk voor mensen.

Er zijn meerdere dilemma’s in de behandeling. Risico-inschatting blijft moeilijk. Het blijft ook moeilijk om subgroepen te vinden op basis van onderliggende mechanismen. Inzicht in “*natural recovery*” is nodig. Het nadenken over dwang versus vrije wil in behandeling is een punt. In de “*outcome*” van behandeling merken we dat daar weinig verschil tussen zit, met enige bedenkingen daarbij omdat bij de meeste studies die ik ken die de effectiviteit van behandeling onder dwang hebben onderzocht, de opvolging van de patiënt stopte zodra de dwang stopte. Dus eigenlijk weten we niet wat het echt verder met zich mee brengt. De vraag is ook; moeten we met deze mensen streven naar abstinentie of naar gecontroleerd dan wel gemengd gebruik? Bijvoorbeeld wel cannabis, maar geen andere middelen. We moeten vooral stoppen te denken dat we de productinteractie kunnen zien. Er zijn mensen die bijvoorbeeld helemaal niet met alcohol over weg kunnen. Een tijd geleden heb ik een studie voorgesteld over de verschillen tussen cannabis, XTC en alcohol, wanneer je deze aan “gewone” mensen geeft. Daar kwam cannabis uit als het meest heftige als je neurocognitief ging meten. XTC deed nauwelijks iets. Een product heeft hele andere effecten bij mensen, ook naar impulsregulatie bijvoorbeeld. Cannabis vermindert impulsiviteit bij heel veel mensen. Het maakt mensen in staat om behoeftebevrediging uit te stellen. Voor alcohol geldt hetzelfde, maar de motorische impulsiviteit wordt wel verstoord. Dus overall heel wat uitdagingen, maar tegelijkertijd wil ik wel positief afsluiten. Ik denk dat verslaving niets anders is dan psychiatrie en psychiatrie is niets anders dan verslaving. We kunnen wel wat met behandeling en

dat moeten we ook zeker doen. Een behandeling die beloftevol is en ook vanmiddag zal worden gepresenteerd is de CRA. Deze is veertig jaar geleden al ontwikkeld. Wanneer men de literatuur gaat bekijken over behandeling denk ik dat zal blijken dat “contingency management” effectief is, zeker bij kwetsbare patiënten met meerdere problemen. “Contingency management” wil zeggen: ik betaal u voor goed gedrag. Los daarvan is geïntegreerde behandeling heel belangrijk en als het goed is, komt volgend jaar een nieuw boek uit over deze stroom. En wat we te weinig doen en meer zouden moeten gaan doen, is inzetten op training. Als er meerdere circuits gestoord zijn bij een patiënt, is het idee dat we die vooral moeten gaan trainen. Als uw “attentional circuits” gestoord zijn, moet men die gaan trainen en dat is hetgeen waar Reinhout Wiers in Amsterdam vooral mee bezig is. Het trainen zou onder meer inhouden dagelijks achter een computer zitten en bepaalde trainingen uitvoeren. Of als uw executieve zelfcontrolesystemen te slecht werken, moeten we die ook gaan trainen. De eerste studies tonen aan dat je zelfs bij ernstige verslavingspatiënten door training die executieve functiesystemen een beetje zou kunnen verbeteren. Trainen kost echter geld, meer dan een pilletje. Tot slot denk ik aan preventie.

Men kan heel veel over neurobiologie zeggen. Tegelijkertijd toont veel onderzoek hierover aan dat het belangrijk is om betalend werk te hebben. Dit zijn factoren die we moeten meepakken. Laatste woorden: is verslaving een ziekte? Het probleem is eigenlijk dat we niet weten wat ziekte is. Hoe meer en hoe verder de wetenschap zich ontwikkelt, hoe moeilijker het wordt om een hele

“clear-cut” definitie van ziekte te vinden. Maar dat is een probleem in de brede zin van de psychiatrie. Hoe meer men weet, hoe gedifferentieerder het wordt en hoe moeilijker een ja of nee antwoord te geven is.

Vragen

Zaal: kunt u iets zeggen over de over de houdbaarheidsdatum van de diagnose middelenafhankelijkheid? Veel tbs-klinieken handhaven die diagnose met de toevoeging “in remissie” eindelijk, terwijl een patiënt al tien jaar clean is.

Geert Dom: de houdbaarheidsdatum van de diagnose middelenafhankelijkheid is april 2013. Dan treedt de nieuwe DSM-V in werking en daarmee vervalt het begrip middelenafhankelijkheid en zal men spreken over stoornissen in het gebruik van middelen matig, ernstig of zeer ernstig. Er is zoiets als middelen in remissie. Ik weet niet wat voor een termijn daarvoor exact nodig is.

Zaal: is de discussie niet meer over wat de factoren zijn die maken dat iemand gebruikt of niet gebruikt? In remissie in gestructureerde omstandigheden in een kliniek en in een beschermde omgeving is toch echt heel wezenlijk voor patiënten die dat niet hebben ten tijde van hun verslaving. Dus is het risico op terugval, als men die omstandigheden allemaal weghaalt, wel degelijk heel groot. Moet je dat niet individualiseren? Een langere periode van clean zijn, zegt niets over terugval wanneer je een patiënt plotse-ling terugplaatst in de maatschappij.

Geert Dom: Dan moet je kijken naar welke kwetsbaarheden zijn er en hoe krijg

je die verstevigd. In het ziekenhuis hebben we jaren geleden een afdeling gehad, waar we gecontroleerd gebruik toelieten voor ernstig verslaafde mensen. Dat was toen erg controversieel. Op zich is in gecontroleerde omstandigheden, gecontroleerd gebruik niet zo moeilijk. Mensen worden beter in dingen waarin je ze traint. Als je mensen traint gecontroleerd iets te doen binnen een bepaalde setting, worden ze daar beter in. Dat zegt echter weinig over hoe ze het zullen doen in een andere setting. We hopen eigenlijk op het verspreidingseffect, inhoudende als je het ene terrein behandelt, andere terreinen ook beter worden. Dit blijkt sterk achterhaald te zijn. Vandaar ook het belang van welke *“outcome”* je voor ogen hebt en welk traject je daarvoor moet doorlopen. Je kunt niet verwachten wanneer je dat doet, dat dat ook effect heeft op andere belangrijke aspecten.

Hoofdstuk 3

Voordracht drs. T. Kersten

Beheersing en behandeling in de tbs-kliniek, een sprookje. . .

Er was eens een tbs-kliniek met veel verslaafde tbs- patiënten. Aan het hoofd van die kliniek stonden twee directeuren: **Beheersing** en **Behandeling**.

Elk had zijn vaste taak. Zo zorgde **Beheersing** voor de veiligheid in de kliniek, via vele regels.

Behandeling zorgde ervoor dat zorg op maat geboden werd.

Zoals in alle tbs-klinieken en gevangenissen werden ook hier soms drugs binnengesmokkeld, verhandeld en gebruikt. Maar zodra er signalen kwamen, hield **Beheersing** urine- en kamercontroles bij patiënten. En telkens werd een enkeling betrapt op gebruik, maar de meerderheid werd niet gepakt. Uiteraard kon iedere regelovertreder een gepaste sanctie tegemoet zien: afdelingsarrest én beperkende maatregelen, totdat zijn urine weer schoon was.

En: Uiteraard werd iedere terugval in middelen ook bespreekbaar gemaakt in het kader van de behandeling.

→ Kortom: Er was een redelijke verstandhouding tussen **Beheersing** en

Behandeling.

Maar op een dag kwam de Regent, **Den Haag I**, en scherpte de regels aan: “Terugval in middelen-gebruik leidt tot intrekken verlof!, en: De tbs-kliniek moet volledig drugsvrij zijn!”, zo dicteerde **Den Haag I**.

“Akkoord, we nemen maatregelen”, reageerde **Beheersing** onderdanig.

“Maar dat is onmogelijk, verslaving is een chronische ziekte”, riep **Behandeling** vol verzet, “Daarvan genezen is een proces van vallen en opstaan en niet altijd mogelijk. En een terugval is van uiterst belang voor de lessen die een patiënt daar uit leert.”

Laten we eerst eens praten over een goede balans tussen beheersing en behandeling!”

Beheersing gaf echter geen gehoor aan de smeebede van **Behandeling** en ging terstond over tot het inzetten van straffe maatregelen: Het beleid in de tbs-kliniek werd aangescherpt:

- Bij alle bezoek en invoer van goederen

kwamen verscherpte toegangscontroles

- en er volgde standaard een fouillering van een patiënt na ieder verlof

En het repressieve beleid ging voort: Plotsklaps kwam een grote schoonmaakactie: drugshonden en alle personeel werden ingezet om drugs op te sporen; de kliniek werd van top tot teen ‘gestript’.

En opnieuw werd een enkeling betrapt op drugsbezit, maar de meerderheid werd niet gepakt. De drugsvangst was minimaal.

Behandeling was razend over de maatregelen, maar kreeg geen invloed. **Beheersing** riep: Ik kan er ook niks aan doen, het is de schuld van **Den Haag I!**

→ Kortom: De verstandhouding tussen

Beheersing, **Behandeling** en **Den Haag I** kwam zwaar onder druk te staan en de onrust in de kliniek nam toe.

“Ja maar: Luister nou eens naar mij, riep **Behandeling!** Jullie zien de gevolgen niet! Laat mij uitleggen wat dit voor onze patiënten betekent”.

Toen besloten **Beheersing** en Den Haag te luisteren. En **Behandeling** begon te vertellen: Luister naar het verhaal van de eerste patiënt: Hans. Nooit verslaafd geweest, geen probleem met middelen. Hij is veroordeeld voor een zedendelict. Hij is ernstig getraumatiseerd na seksueel misbruik door een arts in zijn jeugd. Hans is echt de dupe van dit beleid. Ik ga jullie uitleggen waarom.

Hans volgt een EMDR-behandeling, maar is nog niet van zijn trauma's af. Hij geniet van zijn verloven buiten de kliniek, er zijn nooit problemen. Maar wat nu: hij kan/wil nu niet meer op verlof, omdat hij dan gefouilleerd moet worden. Hans raakt het contact met de werkelijkheid kwijt als hij door een ander wordt aangeraakt, wij behandelaars noemen dat dissociëren, omdat hij dan wordt herinnerd aan zijn misbruik.

Ook de drugs schoonmaakactie laat Hans niet ongedeerd. En hij heeft nog wel zó zijn best gedaan en alle geleerde vaardigheden toegepast!

Toen ook zijn kamer gecontroleerd werd heeft hij aangegeven dat hij naar de isoleercel wilde, omdat hij zich daar veilig voelt in dit soort omstandigheden. Keurig volgens de afspraak is dat verlopen. Maar helaas: de latere fouillering in de isoleercel leidde ertoe dat Hans toch 'verdween van deze wereld', dissocieerde dus, en heeft weken nodig gehad om bij te komen van de schoonmaakactie. Dus: Stagnatie in de behandeling van Hans, terwijl hij niks te maken heeft met drugs.

Behandeling keek verdrietig en moedeloos richting **Beheersing en Den Haag I**. Zij spoorden haar aan om verder te gaan

Behandeling vervolgde:

Luister naar het verhaal van de tweede patiënt: Danny is verslaafd aan cocaïne, heroïne en cannabis. Coke is zijn grootste probleem. Hij heeft ook een borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Hij is veroordeeld voor diefstal met geweld.

Danny heeft in de tbs-kliniek alle verslavingsmodules gevolgd en drie jaar schematherapie, voor zijn persoonlijkheidsproblematiek en verslaving. In deze behandeling zijn de interne uitlokkers van zijn verslaving aangepakt: zich verwaarloosd, verlaten of eenzaam voelen; impulsiviteit en boosheid kunnen bij hem zucht uitlokken.

Samen met sociotherapie heeft hij een vroegsignaleringsplan opgesteld. Iedere dag gaan ze na of Danny zucht ervaart en of er risicofactoren zijn voor middelengebruik. Danny doet erg zijn best, maar onderschat, zoals zo velen, zijn verslavingsprobleem. Hij denkt dat hij na alle behandeling en 6 jaar binnen zitten de verleiding van de cocaïne wel kan

weerstaan. Het wordt dus tijd dat hij blootgesteld wordt aan de verleidingen van de maatschappij. Op een dag gaat Danny op ongebeleid verlof, hij voelt zich eenzaam en heeft zucht. Hij heeft besloten dat niet te vertellen aan sociotherapie, bang om niet weg te mogen gaan. Hij neemt geld mee om een versterker te kopen.

En dan gebeurt het:

hij neemt de trein naar de stad die hij zó goed kent als gebruiker en valt terug in cocaïnegebruik. Hij is meteen verkocht, kan het gebruik niet stoppen, blijft te lang weg en is mobiel niet bereikbaar. 'Ongeoorloofd afwezig' luidt het oordeel van de kliniek. Uiteindelijk reageert hij op belpogingen van sociotherapie, is even helder, en geeft aan waar hij zit. Hij wordt opgehaald en terug gebracht naar de kliniek. De terugval heeft een grote impact. Danny is geschokt en vooral teleurgesteld in zichzelf. Hij leert veel van deze terugval, ziet in dat hij nog niet klaar is met therapie. Hij is nu weer heel gemotiveerd om zijn verslaving aan te pakken en wil naar buiten om het geleerde in de praktijk te brengen, maar helaas:

Zijn verlof wordt voor één heel jaar ingetrokken door **Den Haag I**.

Dus: Stagnatie in de behandeling van Danny, terwijl hij het geleerde snel 'buiten' in de praktijk had moeten brengen!

Behandeling pauzeerde even en keek gekweld richting **Beheersing en Den Haag I**. Dit is dus wat ik bedoel met dat Verslaving een Chronische ziekte is, met vallen en opstaan.

En terstond vervolgde **Behandeling**: Luister naar het verhaal van de derde patiënt: Kevin is 25 jaar verslaafd geweest

aan heroïne, cocaïne en cannabis, heroïne was zijn hoofdprobleem. Hij heeft een narcistische persoonlijkheidsstoornis met borderline, antisociale en ontwijkende trekken.

Ook Kevin heeft zijn behandeling goed doorlopen, heeft ook een langdurige schematherapie gericht op verslaving en persoonlijkheidsproblematiek en verslavingsmodules achter de rug. In de resocialisatiefase wordt hij in een verslavingskliniek geplaatst. Daarna komt hij in een begeleid wonen voorziening terecht van de verslavingszorg.

Maar ook zijn verslaving is hardnekkig en hij is niet gewend om bloot te staan aan de verleidingen in de maatschappij, de externe uitlokkers: Kevin valt een aantal keer terug in heroïnegebruik. En dan begint het geheel-en-weer: bij iedere terugval, telkens opnieuw, wordt hij teruggeplaatst vanuit de VZ naar de tbs-kliniek. Zo staat het immers in de Verlofvoorwaarden geformuleerd. En telkens heeft dit een enorme impact op Kevin.

Kevin past niet goed in de verslavingskliniek, hij is niet gewend zoveel eigen verantwoordelijkheid te dragen. Ook in de woonvoorziening zit hij niet op zijn plek. En na de zoveelste terugval krijgt hij naltrexon en wordt hij definitief teruggeplaatst naar de tbs-kliniek, de verslavingszorg kan niks meer voor hem doen. Problemen alom. Kevin kan nergens terecht. Uiteindelijk wordt zijn tbs voorwaardelijk beëindigd, met als voorwaarde opname in een FPA, onder toezicht van de verslavingsreclassering. Dus: Stagnatie in de behandeling van Kevin, terwijl ook hij het geleerde snel 'buiten' in de praktijk had moeten brengen in plaats van dat geheel-en-weer tussen VZ en tbs!

Behandeling stopte even en keek naar **Beheersing** en **Den Haag I**. Ze zag dat ze luisterden, maar kon niet van hun gezichten aflezen wat ze dachten.

Toen ging ze verder:

Luister naar het verhaal van de vierde patiënt: Steven zit al 16 jaar 'binnen'. Hij heeft een ellenlange tbs behandeling achter de rug en zit al jaren in de resocialisatiefase. Steven was alcohol- en gokverslaafd (dit zijn ook risicomiddelen/factoren voor agressie) en heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis met borderline trekken.

Steven heeft besloten nooit meer alcohol te gebruiken en niet meer te gokken. Dat lukt hem aardig, op enkele terugvallen na. Ook hij is meerdere keren teruggeplaatst naar tbs-kliniek vanuit de transmurale settings waar hij verbleef. Steven heeft nauwelijks sociale vaardigheden kunnen aanleren, blijft moeite houden met contacten leggen en onderhouden. Hij is gewoon een 'moeilijke man' die veel stress ervaart omdat hij nergens terecht kan. Hij lijkt nooit weg te komen uit de tbs. Hij heeft kalmerende medicatie (met name valium) om de ervaren stress te verminderen. De valium helpt echter niet genoeg. Blown werkt veel beter om spanningen te reguleren. De tbs-kliniek besluit om een pilot gecontroleerd gebruik te houden en Steven mag deelnemen.

Maar: cannabisgebruik is streng verboden! Dat kan niet! onderbrak **Den Haag I** het verhaal van **Behandeling**.

Ja maar: Hij gebruikt niet veel, laat zich controleren, is hier eerlijk en open over, kan dit met hulp goed reguleren, wierp **Behandeling** tegen. Blown werkt stabiliserend bij Steven en voorkomt terugval in gokken en alcohol en dus agressie!!! En bovendien: de reclassering

gaat akkoord met de afspraak dat Steven voor 5 euro per week mag blowen!, dus waarom zou het dan niet mogen! Gecontroleerd gebruik kan een oplossing zijn in sommige gevallen, het kan zelfs risicoverlagend werken! Nogmaals: Verslaving is een chronische ziekte! Dus: Stagnatie in de behandeling van Steven, omdat gecontroleerd gebruik niet mag, zelfs niet als het delicten voorkomt.

Toen **Behandeling** was uitgesproken, nam **Beheersing** het woord Ja, dat kan wel zo zijn, zei **Beheersing**, maar we kunnen toch niet dulden dat er zoveel drugs gebruikt worden en in de kliniek aanwezig zijn. De zwakke broeders, de beïnvloedbaren, zoals verstandelijk beperkte patiënten, die zijn de dupe! Dat is waar, ik ben ook niet tegen controles, reageerde **Behandeling**, maar dat betekent niet dat alle patiënten, ook die niks met middelengebruik te maken hebben, voortdurend gefouilleerd en gecontroleerd moeten worden, als dat hun behandeling zó vertraagt. Door het repressieve beleid komen ze nooit buiten! En we krijgen de kliniek toch nooit drugsvrij, dat is een illusie. Verslaafden zijn ons altijd te slim af. Toen sprak **Den Haag I**, die lang stil was geweest. Ik heb geluisterd, maar ik blijf erbij: De kliniek moet drugsvrij worden, de regels worden verder aangescherpt om het recidiverisico te verkleinen! Het delictisico verklein je niet door aanscherping, sputterde **Behandeling** tegen. Als we één ding weten is dat straf niet werkt, en alle aanscherpingen die onredelijk zijn worden door patiënten als straf ervaren. Behandeling werkt wel! **Behandeling** op maat, zo sprak **Behandeling**. Bij iedere patiënt moet een

grondige analyse gemaakt worden welke middelen ‘risicomiddelen’ zijn en welke relatie deze middelen hebben met de overige psychiatrische problematiek én met het delictgedrag. Dat is de basis voor behandeling én beheersing. Het verslavingsprobleem moet vervolgens geïntegreerd in de totale behandeling aangepakt worden, kan niet als ‘los’ gezien worden.

Ik heb al gesproken over vier patiënten, maar ik heb meer voorbeelden. Een vijfde patiënt, zwakbegaafd, heeft medicatie nodig voor zijn schizofrenie om geen cocaïne en cannabis meer te hoeven gebruiken en dus niet meer gewelddadig te worden. Een zesde moet behandeld worden voor zijn psychopathie en extreme wantrouwen om niet meer vanuit protest tegen de repressie en ‘onredelijke’ regels of acties te gaan blowen (en let wel: dus niet omdat hij zo verslaafd is.....!!). Een zevende patiënt met een complexe PTSS moet eerst zijn trauma’s verwerken om geen heroïne als zelfmedicatie nodig te hebben en dus in de verweringscriminaliteit terecht te komen. Een achtste patiënt met een bipolaire stoornis moet leren spanningen niet meer via brandstichten of alcohol drinken te uiten, maar door gezonde vaardigheden: te praten met een vriend of een hulpverlener in te schakelen. En als ze hiervoor behandeld zijn, moeten ze in de resocialisatiefase kunnen oefenen en af en toe terug kunnen vallen, want dat hoort erbij, zo sprak **Behandeling**. Ja, dat zal allemaal wel, maar hoe moeten we dan omgaan met ongeoorloofde afwezigheid door de patiënten die steeds maar weer terugvallen?, vroeg **Den**

Haag I en Beheersing, 'geef dan eens een oplossing!!
Nou, het belangrijkste is: behandeling én beheersing op maat, passend bij het delict risico van de patiënt!! Hier kan middelen gebruik wél of niet een rol in spelen en sommige middelen vormen een risico voor een patiënt en andere middelen niet. Aldus sprak **Behandeling**. Welnu, zeiden **Den Haag I en Beheersing**, we hebben het gehoord. We denken erover na, maar zeggen niks toe. En: Zij gingen ieder huns weegs.

Het najaar brak aan en de verkiezingen kwamen.

Den Haag I werd vervangen door **Den Haag II**.

En op een dag kwam de nieuwe Regent **Den Haag II** naar de tbs-kliniek en sprak: Laten we in gesprek gaan, het roer moet om: beheersing en behandeling moeten meer in balans komen!

Akkoord, sprak **Behandeling** verheugd. Laten we dan ook de **Verslavingszorg** en de **Reclassering** daarbij betrekken. **Den Haag II** en ook **Beheersing** stemden in met het voorstel voor een vijfpartijen gesprek.

En aldus geschiedde: de partijen werden uitgenodigd, een feestmaal werd bereid en er werd gesproken (en gedronken!!) tot diep in de nacht, totdat alle partijen tevreden waren.

En: ze leefden nog lang en gelukkig!

Hoofdstuk 4

Voordracht drs. M.J. Trentelman

Grote dingen beginnen klein

Deze titel is ontleend aan een rap, die een cliënt maakte over de worsteling met zijn verslaving en paste heel goed bij mijn eigen worsteling om vandaag in twintig minuten een voordracht te houden over (de ontwikkeling van) ons behandelprogramma.

Tot 2002, werd in ons behandelcentrum niet expliciet aandacht besteed aan verslaving. Veel cliënten vielen echter na behandeling terug in gebruik. Een inventariserend onderzoek wees uit dat in het behandelcentrum, toen nog Hoeve Boschoord geheten, 57% van de cliënten een aan middelengebruik gerelateerde stoornis had. Toch besloten we eerst in het klein te beginnen en onze expertise op te bouwen op één gesloten fase 2 behandelafdeling. Een boeiende en ook hectische tijd brak aan van (onder)zoeken (literatuuronderzoek, veldonderzoek, bij collega's in de keuken kijken), kennis verwerven (scholing door CAD), en ook van doen en dus pionieren, want de cliënten waren er en wilden behandeld worden. Zeven mannen en een vrouw, met tbs of andere maatregelen. Cliënten met stuk voor stuk hartverscheurende verhalen. Cliënten met een VB, die vaak door hulpverleners bij wie ze aanklopten, niet opgemerkt werd. Cliënten met bijkomende psychiatrische problematiek. Cliënten waarbij het begrijpelijk is dat ze op een zeker moment in aanraking komen met middelen, om erbij te horen of om pijn niet te voelen. Cliënten met complexe problematiek, waar veel hulpverleners in GGZ, Verslavingszorg (VZ) en Verstandelijk gehandicapten Zorg (VG) zich geen raad mee wisten en, helaas moet ik constateren, weten.

Een van hen was Tom.

Tom wordt als tweede kind geboren in een gezin met drie kinderen. Hij kan niet goed meekomen op de basisschool. Hij spijbelt veel en is de schrik van de buurt. Ook thuis kunnen zijn ouders niets met hem beginnen. Hij zwerft regelmatig dagenlang op straat. Jaren later komt overigens aan het licht dat hij in die tijd gedurende zo'n anderhalf jaar seksueel wordt misbruikt door een buurjongen. Dan wordt Tom ter observatie opgenomen in de kinderpsychiatrie waar men een lichte verstandelijke beperking en ADHD diagnoseert. Hij krijgt medicatie en men adviseert bijzonder onderwijs. Hij volgt Individueel Voorbereidend Beroepsonderwijs, dat hij niet afmaakt. Op 17-jarige leeftijd gaat Tom werken bij de gemeentelijke groenvoorziening. In dezelfde tijd scheiden zijn ouders en gaat Tom bij zijn vader wonen. Nadat hij een collega ernstig bedreigt wordt hij ontslagen. Tom verveelt zich en vindt aansluiting bij een groep hangjongeren. Hij gaat gokken, hij drinkt en zwerft over straat, en is thuis en daarbuiten niet te hanteren vanwege zijn agressieve gedrag. Op zijn achttiende gaat Tom begeleid wonen. Hij gebruikt soft- en harddrugs in combinatie met veel alcohol. Hij wordt door een medebewoonster aangeklaagd, omdat hij haar tegen haar wil gedwongen zou hebben tot seks. Tom herinnert zich daar niets van, maar gaat zes maanden in detentie. Als hij weer vrijkomt, zet hij zijn oude leven voort en verwerft hij het geld voor zijn drugsgebruik door inbraken en berovingen. Tom verblijft in wel twintig verschillende instellingen (verslavingszorg, gehandicaptenzorg, psychiatrie, reclassering). Hij loopt weg, of wordt eruit gezet vanwege zijn drugsgebruik en agressieve gedrag. Hij brengt ongeveer achttien maanden in detentie door voor zo'n 177 zaken, als hij op 35-jarige leeftijd met een voorwaardelijke straf voor klinische behandeling wordt opgenomen bij Trajectum.

Meervoudige complexe problematiek en een beschadigd vertrouwen in hulpverleners. Belangrijke ingrediënten daarom: luisteren, betrokkenheid, zorgen voor veiligheid, een gezonde nieuwsgierigheid, lef, humor en vooral samen opwerken met cliënten. Hoewel we als professionals niet altijd zo gelukkig waren met het pionieren, vooral niet als cliënten ons fijntjes confronteerden met onze tekorten/ naïviteit op het gebied van verslaving, heeft het uiteindelijk wel ons programma gekleurd. Cliënten ontwikkelden zich van proefkonijn tot ervaringsdeskundige en bouwden mee aan het geïntegreerde behandelprogramma voor verslaafde cliënten zoals het er nu tien jaar later staat. Er kwam een tweede open fase drie behandelafdeling voor verslaafde cliënten. We ontwikkelden en beschreven visie, beleid en producten voor cliënten en medewerkers voor heel Trajectum, dat intussen, 'Grote dingen beginnen klein', een hele keten van zorg en behandeling bestrijkt. De visie van waaruit we werken is niet uniek. We zien verslaving als een tot chroniciteit neigende hersenaandoening van biopsychosociale etiologie, wat onder andere betekent dat hergebruik te verwachten is. We willen onze cliënten een veilig drugs- en alcoholvrij leef en behandelklimaat bieden. Of dit lukt? Nee, we streven ernaar. Verbieden en sanctioneren: verbieden wel als het om drugs gaat, sanctioneren nee, maar gebruik heeft wel gevolgen. Een drugshond nee: we zijn niet op jacht! Gedogen: nee onze doelgroep heeft niets aan gedogen. Oogluikend toestaan wordt gezien als vrijbrief en we laten hen daarmee in de steek.

Wat wel: openheid over verslaving, een niet-beheersmatige, uitnodigende begeleiding- en behandelstijl, het ontmoedigen van gebruik en cliënten motiveren om zelf de keuze te maken om te stoppen met gebruik, ook al is er al een opgelegd verbod, toezicht, controle en begrenzing.

Belangrijk dat cliënten leren praten over hun gebruik, durven aan te geven dat ze last hebben van trek of dat ze een terugval hebben gehad. Dit is een lastige opgave voor onze cliënten. Schuld en schaamte, angst voor afwijzing en onbegrip zitten diep. Een terugval kan namelijk wel gevolgen hebben en dat kan ook bijvoorbeeld het beperken van vrijheden zijn en hoewel een dergelijke ingreep ter bescherming van de cliënt bedoeld is, kan het wel als straf ervaren worden.

Toezicht en controle op gebruik en preventieve maatregelen (urine controle, ademanalyse, controle van tassen, kamers), uitstralen dat je meekijkt, begrijpt en ziet, de persoon niet veroordelen, maar gesprek aan gaan, een lange adem en helder maken wat de risico's zijn bij een terugval voor zichzelf en anderen (delictketen). De kunst is voor elke cliënt op maat de balans te vinden. Vertrouwen geven en krijgen, oefenruimte bieden, uiteraard met aanvaardbare risico's en ook niet schromen om in te grijpen en te begrenzen. Dit beleid is uitvoerig beschreven in het zogenaamde protocol omgaan met alcohol en drugs door cliënten en geeft richting en is leidraad voor alle medewerkers van Trajectum in het omgaan met cliënten die alcohol en/of drugs gebruiken en cliënten waarbij sprake is van matige of ernstige vorm van verslaving en vormt de basis van ons programma. Het toerusten van medewerkers door scholing in kennis, houding en

vaardigheden (signaleren van en in gesprek gaan over hun gebruik) maakt onderdeel uit van het programma. De sociotherapeuten van beide verslavingsafdelingen hebben het volledige opleidingstraject gevolgd, o.a. ook een bij onze doelgroep aangepaste training in Motiverende gespreksvoering. Op alle andere locaties van Trajectum heeft elke afdeling een medewerker Aandachtsfunctionaris, die door ons geschoold is in het hanteren van het beleid.

Om cliënten te kunnen steunen in het omgaan met hun verslaving zijn de specialistische verslavingstrainingen ontwikkeld. Deze worden op beide verslavingsafdelingen gegeven, maar inmiddels ook overstijgend aan alle cliënten met risicovol middelengebruik. De trainingen zijn aangepast aan onze doelgroep: eenvoudig taalgebruik, veel herhaling, korte bijeenkomsten, flexibel opgezet, werkvormen die speels maar niet kinderachtig zijn. Voor elke training is een trainershandboek ontwikkeld met een uitvoerige en nauwkeurige beschrijving van elk onderdeel. Niet alleen de leskern maar ook de houding en tekst voor trainers is gedetailleerd uitgeschreven. Daarbij horen ook de werkboeken voor de cliënten. Bij voorkeur geven we de trainingen in groepsverband, omdat cliënten elkaar goed begrijpen en elkaar kunnen steunen (peer education, ervaringsdeskundigheid). Een individueel aanbod behoort natuurlijk ook tot de mogelijkheden.

De trainingen worden gegeven door ervaren trainers, die verbonden zijn als sociotherapeut aan een van de verslavingsafdelingen. Zij zorgen voor de transfer naar de afdelingen en kunnen als

een soort consultant altijd ingeschakeld worden voor ondersteuning, nazorg, advisering bij individuele cliënten.

In de eerste motivatietraining cliënten leren praten over hun gebruik, worden zich bewust van hun probleem en raken gemotiveerd om er actief aan te werken. In de tweede training wordt een uitgebreide analyse gemaakt van de verslavingsproblematiek, wordt de veranderbereidheid van de cliënt verhoogd en wordt geleidelijk toegewerkt naar het nemen van een besluit (bij voorkeur stoppen). In de derde training leren cliënten vaardigheden om van drugs en alcohol af te blijven.

Omdat het voor onze doelgroep lastig is om geleerde vaardigheden in de praktijk toe te passen en zij zichzelf daarin ook nogal eens overschatten:

Is er een instructiefilm ontwikkeld bij de vaardigheidstraining, waarin een aansprekend rolmodel laat zien hoe lastig het toch kan zijn om de verleiding in het dagelijks leven te weerstaan en die laat zien hoe hij het in de training geleerde in praktijk brengt.

En zijn de trainingen gekoppeld non-verbale vaktherapieën Drama- en Psychomotorische Therapie. Daar wordt in concrete hier-en-nu situaties geoefend met het geleerde en copingvaardigheden vergroot. Ook deze therapieën zijn uitgeschreven in handboeken.

De trainers doen als co-trainer mee aan de therapieën en leggen de verbinding met de trainingen en met het dagelijks leven op de afdelingen.

En is er een nazorggroep die 2 wekelijks bij elkaar komt onder begeleiding van de trainers. Als cliënten de trainingen hebben doorlopen vinden zij het prettig om de gelegenheid te hebben te praten

met lotgenoten in een sfeer van vertrouwen die ze met elkaar en trainers hebben opgebouwd. Het stelt ons in staat om cliënten te volgen en eventueel in te kunnen grijpen indien dat nodig blijkt.

En hoe verging het Tom

Tom had het moeilijk in het begin van de behandeling. Hij wilde wel behandeling, maar had geen idee wat dat inhield. Hij had als gevolg van zijn druggebruik veel somatische klachten. Daarnaast was hij rusteloos, geagiteerd en had voortdurend ruzie met zijn groepsgenoten. Dagelijks worstelde hij met de drang om weg te lopen, was agressief en ongelukkig. Heel langzaam wende hij aan gewone dagelijks routines, ging werken, volgde cursussen en kreeg weer wat plezier in het leven. Hij volgde de verslavingstrainingen, ontdekte hoe verslaafd hij eigenlijk was en besloot te stoppen met het gebruik van alle drugs en alcohol. Het herstelde contact met zijn familie was een belangrijke reden en stimulans daarbij. Tom tekent na twee jaar vrijwillig bij voor behandeling. Hij beseft dat hij niet meer terug kan naar zijn oude omgeving. Twee uitplaatsingen naar begeleide kamerprojecten mislukken. Tom valt een aantal keren terug in het gebruik van drugs en alcohol en keert terug naar het behandelcentrum. De laatste uitplaatsing naar een woon-werkboerderij pakt goed uit.

De bedoeling is dat met het doorlopen van het programma cliënten leren omgaan met hun verslaving en dat zij worden toegerust met een nieuwe, gezondere levensstijl (geen probleem- en delictgedrag) om zo hun plaats binnen de samenleving weer te kunnen innemen. Onze cliënten blijven doorgaans binnen de zorg, maar...

Tom laat zien hoe kwetsbaar cliënten blijven, ook na een intensieve behandeling en dat cliënten risico's lopen op terugval door falende hulpverlening:

gebrek aan visie, te weinig toezicht en er niet over praten kan een overvraging betekenen voor cliënten. Ernstige terugval in middelengebruik kan weer de eerste stap zijn naar probleem- of delictgedrag.

Het is goed om te merken dat er landelijk steeds meer oog komt voor deze kwetsbare doelgroep en wij werken samen en delen graag onze expertise met andere organisaties. Zo kunnen kleine dingen nog groter worden. In 2009 werd het behandelprogramma geïmplementeerd binnen de vier instellingen, die deel uitmaken van het landelijke Expertisecentrum de Borg. Op dit moment zijn we binnen de Borg een nazorgmodule aan het ontwikkelen met de voorlopige titel "Op eigen benen". De module biedt zowel cliënt, zijn netwerk en professionals gereedschap om ernstige terugval te voorkomen. In samenwerking met VNN en Hogeschool Windesheim is een training Motiverende gespreksvoering aangepast voor medewerkers die werken met LVB ontwikkeld. Ook werken we mee aan verbeterproject LVB en verslaving dat Het Trimbos Instituut in opdracht van de VGN doet. Doel hiervan is samenwerking vz en vg te verbeteren en kennis van medewerkers te vergroten, visie en beleid ontwikkelen met het doel mensen met een vb beter te kunnen ondersteunen in het omgaan met middelengebruik. Vanaf 2010 loopt een promotieonderzoek in samenwerking met Radboud Universiteit en KC Trajectum waarin de ontwikkeling en validering van een eye-tracking instrument wordt onderzocht voor onze doelgroep waarmee we verslavingsgedrag op een 'impliciete' manier kunnen meten. In de toekomst hopen wij zodoende over een

instrument te beschikken waarmee we bijvoorbeeld craving en risico op misbruik van alcohol/drugs kunnen schatten.

Natuurlijk doen we ook aan onderzoek, effectiviteit van onze behandeling in zijn totaliteit maar speciaal ook onderzoek naar de effectiviteit van het verslavingsprogramma. Eerste resultaten: wel gebruik, maar korter durend en minder zware middelen, toegenomen probleem-besef en transparantie. In 2013 zal ons programma geïmplementeerd worden bij Duurzaam verblijf in Beilen, onderdeel van GGZ Drenthe, een behandelcentrum voor dak en thuislozen uit Amsterdam en Rotterdam met psychiatrische problematiek, verslaving en veel vb. Tot slot spreek ik de wens uit dat wij met ons programma, onze producten en onze pioniersgeest een bijdrage kunnen leveren aan het ondersteunen van mensen met een vb en verslaving in de andere FPC's.

Hoofdstuk 5

Voordracht drs. L. Lansink

Community Reinforcement Approach bij forensisch psychiatrische
patienten

Community Reinforcement Approach bij forensisch psychiatrische patiënten

Dr. Marja A. Abbenhuis, Drs. Linda Lansink
Klinisch Psycholoog,
Pompestichting Nijmegen

Presentatie AVT
28 november 2012



Achtergrond

- TAU bij patiënten met een enkele diagnose van middelenmisbruik => 15 % positief behandel-effect (abstinentie).
- 70 % van de forensische patiënten: bijkomende diagnose van persoonlijkheidsstoornis => hoge mate van terugval en drop-out.
- Hoge correlatie tussen middelenmisbruik en crimineel gedrag => terugval in middelen leidt tot verhoogd delict risico.
- Dwangverpleging => verminderde motivatie.
- Beperkte tolerantie ten aanzien van middelenmisbruik door Ministerie van Justitie => behandelbeleid is gericht op beheersing.



Onderzoek

Meta-analyses:

- redelijk tot sterk bewijs dat CRA effectief is in vergelijking met 12-stappen programma.
- combinatie van CRA en voucher management is effectiever dan standaardbehandeling voor het bereiken van cocaïneabstinentie (beide: Roozen, e.a., 2004; Meyers, Villanueva & Smith, 2005)
- CRA hoort bij de beste van de 30-50 interventies die bewezen effectief zijn, inclusief farmacologie (Finney & Monahan, 1996; Holder e.a., 1991; Miller e.a., 1995, 2003).



Onderzoek

Meta-analyses:

- CRA is - al dan niet in aangepaste vorm - ook toegepast en effectief bevonden bij speciale groepen als methadonpopulatie (Abbott e.a., 1998), cocaïnegebruikers (Higgins e.a., 2003), DD dak-en thuislozen (Smith e.a., 1998) en adolescenten met middelen problemen (Godley e.a., 2001).
- Conclusies: CRA is zeer effectief en werkt beter dan meeste andere behandelvormen. Daarnaast blijkt CRA als gemiddeld beoordeeld te zijn qua kosteneffectiviteit. (Finney & Monahan, 1996).



Irreversibele Effecten op het Functioneren van het Brein

- Verhoogde activiteit van de Amygdala



Verhoogd bekrachtigend effect van middelen en geassocieerde prikkels in de omgeving.

- Verlaagde activiteit van de Prefrontale Cortex =>



Verlaagde remmende werking van hogere cognitieve functies op impulscontrole.



Focus van de CRA

- Versterken van alternatief, pro-sociaal gedrag.
- Benadrukken van de negatieve consequenties van het middelenmisbruik.
- Grenzen stellen aan (geassocieerd) verslavingsgedrag.



Werkwijze

1. Pharmacotherapie
 - > HIV/AIDS preventie
 - > Medication Assurance
 - > Substitutie therapie
2. System Therapie
 - > Partner/relatie therapie
 - > Significante Ander
3. Cognitieve Gedrags Therapie
 - > Functie analyses
 - > Contingency Management
 - > Sobriety Sampling
 - > Middelen Weigeren
 - > Motivationale Gespreks Therapie



Bekrachtigers

- > Wat is een bekrachtiger?
- > Heeft iedereen bekrachtigers?
- > Hoe vind ik ze?



Wat is een bekrachtiger?

- Er is een verschil tussen bekrachtiging en beloning!
- Er is pas sprake van bekrachtiging als de persoon voor wie het bedoeld is deze bekrachtiger wenst!
- Je vangt meer vliegen met een druppel honing dan met een vat azijn!



Tevredenheid met het Levenschaal

Middelengebruik | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relaties | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



CRA: Behandeldoelen

- > Kies in eerste instantie doelen die op relatief kortetermijn (binnen een maand) kunnen worden gerealiseerd.
- > Stel een (wekelijks) stap-voor-stap strategie op om subdoelen te realiseren.
- > Besteedt veel aandacht aan "beren op de weg"
- > De strategie is het huiswerk voor de komende week.



Toepasbaarheid binnen TBS

- > Sluit aan bij wat hij wil → motivatie
- > Patiënt aan het werk
- > Werken met weekdoelen
- > Vooruitgang inzichtelijk voor BT en Pt.
- > Samen met patiënt doelen bepalen



Conclusie

- * CRA sluit aan bij de individuele behoeften van patiënten
- * CRA biedt praktische handvatten/modules aan professionals
- * De focus van CRA ligt op het behalen van succes
- * CRA vermindert de valkuilen van beperkte motivatie.
- * CRA is een *veelbelovende* methodiek om (middelenmisbruik) te behandelen in een forensische setting



**Dank u
voor uw aandacht!**

m.abbenhuis@pompestichting.nl
l.lansink@pompestichting.nl



Hoofdstuk 6

Voordracht dhr. E. ten Holte

Verslaving en reclassering

Ik ervaar een enorme kloof tussen wat hier vandaag gebeurt, de presentaties die hier vandaag zijn gehouden, het gesprek waar het over gaat en wat er op dit moment in de Tweede Kamer wordt besproken tijdens het debat over de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Als Kamerlid heeft de heer Teeven vaak aangegeven dat een kliniek of penitentiaire inrichting geheel drugvrij moet kunnen functioneren. Nu, in zijn positie als staatssecretaris, houdt hij er een wat gematigde mening op na. Ik heb vandaag gemerkt dat de mensen hier elkaar oproepen om meer lef te hebben. Ik weet niet of u het interview hebt gelezen in de Volkskrant met PvdA woordvoerders Markouch en Recourt, die vragen om een nieuwe balans in het beleid van Justitie tussen behandelen en vergelden. In het vorige kabinet lag de nadruk namelijk op vergelding. Tevens vragen ze om een nieuwe balans tussen aandacht voor het slachtoffer en de dader, want Teeven stelt het slachtoffer voorop.

Er wordt de komende jaren fors bezuinigd op DJI, het Openbaar Ministerie, maar ook op de Reclassering. Er is van de week een afspraak gemaakt tussen GGZ Nederland en het ministerie van Veiligheid en Justitie over de forensische zorg, de capaciteit en de prestatiebekostiging. De capaciteit zou een stukje teruggebracht moeten worden en dan met name de reservecapaciteit, de bedden die wij juist zo nodig hebben tijdens de verlofperiode. Als je voor een patiënt een time-out wilt, wil je hem of haar een bed kunnen aanbieden. Wanneer de capaciteit wordt afgebouwd, krijgen we daar problemen. Daar krijgen we allemaal mee te maken de komende periode.

Dan hebben we ook nog de beeldvorming, vanochtend ook al een aantal keer aan de orde geweest. Beeldvorming in de Kamer, maar ook in het publiek. En morgenavond is er bij de NCRV, op Nederland 3, een documentaire over de tbs en die heeft ook weer zo'n heerlijke titel meegekregen: "Zes jaar zonder behandeling in een tbs-kliniek". Hierdoor wordt ook weer de kloof duidelijk tussen wat er om ons heen gebeurt en waar wij mee bezig zijn binnen een tbs setting.

Nu even wat goede nieuws berichten. Ik vind dat er de afgelopen jaren heel veel is gebeurd in de samenwerking tussen de klinieken, dus de tbs-sector en de reclassering. Wij hebben al veel langer met elkaar het thema 'Bruggen bouwen'. Ver voor kabinet Rutte 2, die deze titel heeft eigenlijk heeft gestolen, deden wij dat al vanuit de FPC's naar de reclassering, van binnen naar buiten. Bruggen bouwen en zorgen dat je daarmee uiteindelijk de effectiviteit versterkt. En het is terecht dat er veel aandacht is voor die brug van binnen naar buiten en ik vond vanmorgen de discussie nog heel fors op binnen gericht, wat daar gebeurt. Want de resocialisatiefase is de belangrijkste fase in de tbs behandeling en dat is niet mijn eigen oordeel. U heeft in uw map allemaal een kopie van een hoofdstuk uit het handboek voor forensische verslavingszorg, geschreven door Truus Kersten en Sanne Verwaaijen, en die geven daarin het volgende aan: u kunt van alles doen met uw kliniek, maar uiteindelijk gaat het om de resocialisatiefase, daarin moet je echt aan de bak. Vandaag zijn er veel verhalen over wat we in die kliniek doen, zoals terugvalmanagement. Hoe ga je daarmee om? De praktijk is hard en daar ga je uiteindelijk kijken of het ook werkt.

Hoe ga je om met zucht? Hoe ga je om met de sociale druk, terwijl alle zekerheden binnen de kliniek vervallen? Er werd vanmorgen gezegd: 'we moeten misschien een kroeg in die kliniek plaatsen'. Volgens mij moet je vooral heel veel naar kroegen toe vanuit de kliniek om het daar te ervaren. Wat ervaren patiënten nog meer als ze naar buiten gaan? Een stukje eenzaamheid, want sociaal gaat het natuurlijk niet sterk met deze mensen. Ze hebben een stigma, ze hebben een probleem met wonen en met werk. Vanochtend zei professor Dom nog dat hij vindt dat de nadruk op dat werkaspect moet liggen. Het niet hebben van werk is een groot probleem met betrekking tot verslavingsproblematiek. In de re-integratie fase van verlof vindt een paradox plaats, want je geeft patiënten meer vrijheden terwijl je tegelijkertijd de controle en de verantwoording vergroot. Dat is een paradox waar een tbs'er, die naar buiten mag, mee te maken krijgt. Mijn stelling naar aanleiding van vanochtend zou dan ook vooral zijn dat we moeten kijken naar risicomangement en om dat flexibel en als maatwerk in te vullen. Gelukkig zijn er een aantal sprekers, die dat zo hebben neergezet vanochtend. Maar dat vraagt om experimenteerruimte, wat we nodig hebben om iemand goed te kunnen re-integreren, ook als reclassering. Direct sanctioneren bij overtreding van de voorwaarden of een terugval, lijkt mij een hele slechte zaak. We praten altijd over discretionaire ruimte voor reclassering, voor de officier van justitie, maar ook voor een behandelaar. Ik heb pas de term "discretionaire ruimte" opgezocht op het internet en toen kwam bovenaan te staan de combinatie discretionaire ruimte en reclassering. Ik was hier verbaasd over,

maar ook trots. Trots op het feit dat we als reclassering een eigen visie durven te hebben en niet enkel onze oren laten hangen naar wat er in Den Haag wordt gezegd.

Een andere kloof die bestaat tussen Den Haag en de reclassering kwam naar voren tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van de justitiële voorwaarden. De heer Teeven pleitte ervoor om bij overtreding van de algemene en bijzondere voorwaarden, onmiddellijk over te gaan tot tenuitvoerlegging. Dat is de visie van onze staatssecretaris en wij moeten tegenwicht bieden met elkaar. Dat moeten we niet alleen hierbinnen doen, maar we moeten vooral naar buiten met ons verhaal. Bij terugval direct terugplaatsen in de kliniek, is wat mij betreft een achterhaalde visie. Een voorbeeld van de nieuwe visie is wat we het afgelopen jaar hebben gedaan samen met de tbs-sector in het kader van het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT). Een soort dakpanconstructie waar mensen vanuit de kliniek meegaan naar het extramurale deel, naar het deel van de re-integratie waar de reclassering verantwoordelijk voor is, en je gezamenlijk een stuk verantwoordelijkheid blijft dragen voor het proces. Wij komen eerder binnen bij een kliniek om te kijken hoe we transmurale fase het beste kunnen inkleden. Samen nemen we de verantwoordelijkheid voor het totaal, maar wel vanuit je eigen deskundigheid. Ik vind die dakpanconstructie, die we daarbij hebben gerealiseerd, echt een voorbeeld voor alle ketensamenwerking binnen de strafketen, tussen zorg en tussen de partners. Ik vind dat we wat dat betreft een constructie hebben gecreëerd, wat veel navolging zou verdienen. Je behoudt namelijk je

eigen verantwoordelijkheid, maar je bent samen verantwoordelijk voor het geheel. Het mooie is bij het FPT, dat je ook binnen de kliniek terugvalvoorzieningen hebt. Patiënten weten dat er een bed voor ze klaarstaat als het mis gaat. Ze kunnen even terug naar een vertrouwde omgeving met behandelaars die ze jarenlang hebben begeleid. Het belangrijkste in die constructie is, dat het proces door kan gaan, ook als iemand terugvalt. Op die manier hoeven wij als reclassering niet elke keer opnieuw te beginnen.

Wat ook mooi is binnen dat FPT, is dat we met elkaar een drie-partijen overeenkomst hebben gemaakt. GGZ Nederland en de reclassering hebben onlangs een convenant getekend, waarin we zeggen dat we met een partijenovereenkomst willen werken, waarbij zowel de behandelaar, de reclassering als de cliënt tekenen voor gegevensuitwisseling binnen het proces van behandelen en toezicht wat we als reclassering houden. Dat is heel belangrijk, want privacy wetgeving staat ons heel vaak in de weg. Zeker merken we dat met behandelaren, die hebben ontzettend veel moeite hebben om met ons als reclassering informatie te delen. En dat hebben we wel nodig om ons werk goed te kunnen doen en om het systeem effectief te kunnen laten zijn. Dus ik ben heel blij met het convenant en er zijn nu ook al tientallen soortgelijke overeenkomsten getekend, wat ons helpt om met elkaar het systeem effectiever te maken en te zorgen voor de informatie tussen behandelaar en reclassering. Als je samen de verantwoordelijkheid draagt, moet je ook samen informatie kunnen delen. Dit systeem is in eerste instantie gemaakt voor tbs met voorwaarden, maar we willen het natuurlijk in de tbs-setting en

ander forensische settings met elkaar gaan gebruiken. Het is een behoorlijke stok achter de deur. Als een cliënt niet tekent voor die overeenkomst, voor het uitwisselen van cliëntgegevens tussen de beide betrokkenen, dan zien we dat als een overtreding van de voorwaarden. En dat betekent dat je terugmoet naar de officier van justitie. Een dergelijke situatie heeft zich echter nog nooit voorgedaan.

Aandacht voor verslavingsproblematiek in tbs is mooi. Ik ben heel blij met deze dag, die is georganiseerd om met elkaar informatie uit te wisselen. Want het is te lang een toevallige bijvangst geweest, het verslavingsgebeuren. Er is enorm op de harde psychiatrie ingezet. Vanochtend hoorden we al: psychiatrie of verslavingszorg is hetzelfde, het hoort bij elkaar. Ik ben blij dat dit niet meer als bijvangst wordt gezien. Dat is de kern ook van het resocialisatieproces, want het belangrijkste recidivefactor als we naar buiten gaan met zo'n cliënt, is toch het middelengebruik. Dus het is mooi dat daar veel meer aandacht, integrale aandacht, binnen de kliniek voor is. We hebben het ook al gehad vanmorgen over abstineren of niet. Ik ben niet zo'n voorstander van abstineren, omdat het volgens mij het re-integreren niet echt helpt. Terugvalpreventie in de kliniek is eigenlijk hetzelfde als uw kind van vijf thuis op het vloerkleed leren zwemmen. Dat kan, maar bij de tewaterlating, krijgt uw kind nieuwe prikkels en dan is de kans groot dat het niet goed gaat als uw kind de eerste duik neemt. De kern van de behandeling, ik kom er maar weer op terug, is volgens mij in de re-integratiefase. Daar moet het met elkaar gebeuren. Intensieve begeleiding in de praktijk is belangrijk. Daarna moeten we de

zwembandjes nog omdoen en ook daar helpt het FPT weer mee om met elkaar goede zwembanden te bieden aan iedereen die buiten moet leren zwemmen. Mijn laatste punt voor het debat van vandaag is dan ook dat we de terugval moeten zien als een leerpunt. Het is geen stap terug in het proces. Iedere terugval helpt ons in het verdere proces van re-integratie te komen en dat vraagt lef, het vraagt durf, maar het vraagt ook een gezamenlijk geluid naar Den Haag. Morgen is de tweede dag van de behandeling van de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie en het zou mooi zijn als een manifest kunnen maken van deze bijeenkomst. Een manifest waarin we zeggen: 'vertrouw de sector, geef ons onze discretionaire ruimte en wij zullen u beter laten zien wat het oplevert'.

Hoofdstuk 7

Voordracht mr M. Otte

Verslaving: een forensisch, maatschappelijk of particulier probleem?

Vanmiddag ga ik met u spreken over de zonde en het verderf, de gevolgen, de heelmeeesters en de bekeringsmethoden. U had vermoedelijk gedacht bij een congres te zitten om te congresseren op het snijvlak van het recht en de psychiatrie, maar dan heeft u zich mooi vergist. Ik ga u onderhouden, entertainen heet dat tegenwoordig, over onze zonden van de drank en de drugs, over de ongelukkige zondaren en het verderf waarin ze zichzelf en hun omgeving storten en van ijdele hoop en mistige idealen. Het recht komt voort uit de theologie, dus ik stip voor de heidenen onder ons kort het historisch perspectief, waarna ik langs lijnen van geleidelijkheid uitkom bij de toekomst van de verslavingszorg en het strafrecht.

In de hof van Eden verleidde de slang de vrouw en de vrouw de man en de man at van de appel en met beide geliefden zijn wij sindsdien gevallen mensen, voor altijd verbonden aan de zonde waar we niet zonder kunnen. Verslaafd aan de zonde komen we niet toe aan een waarlijk vrij leven waarin we elkaar respecteren, het licht in de ogen gunnen en vult u verder maar in. Die verslaving heeft ons inquisities en kruistochten, biechtvaders en aflaten opgeleverd en tot op heden is er een bloeiende markt van zielzorgers die wil helpen de zonde weerstand te bieden. Vergist u zich niet, het ging niet alleen om het labellen van zonde, de definitie van wat zonde is heeft tot op heden een ware industrie ingeluid van predikers, kwakzalvers, kerkers en een goegemeente die op de markt zag en ziet wat er met verstokte kettters werd en wordt gedaan.

Nu het strafrecht. De misdadiger wordt gestraft waarbij de straf in de eerste plaats berust op de ernst van het feit. De laatste decennia zijn er veel onderzoeken geweest die de relevante factoren in beeld brengen. Na vele proefschriften, artikelen en discussies voelen sommigen teleurstelling dat het causale verband tussen de strafsoort en strafduur enerzijds en de ernst van het misdrijf niet redengevend in kaart gebracht kan worden. Om die reden wordt sinds een tiental jaren gekoerst op landelijke afspraken tussen bestuurders om bij bepaalde misdrijven en bij bepaalde omstandigheden en gevolgen tot een oriëntatiepunt voor de op te leggen straf te komen. Ook de politiek laat zich niet onbetuigd. De queeste naar een gelijkmatiger strafoplegging door de pakweg 1000 Nederlandse strafrechters zal nog wel even duren. Hopelijk keert het tij nog eens en wordt de gedachte gemeengoed dat de ongelijkheid in straffen minder ernstig is dan nu met veel retoriek wordt beklemtoond.

Vanmiddag staat de tweede pijler voor strafoplegging centraal: de straf wordt behalve op de ernst van het gepleegde feit gebaseerd op de persoon van de verdachte. Deze kan aanleiding geven tot een lagere of hogere straf maar ook tot een maatregel van strafrechtelijke zorg en behandeling die de straf geheel of volledig terzijde stelt. De terbeschikkingstelling in verschillende varianten is daarvan een goed voorbeeld. Deze tweedeling in sancties is mondiaal uniek en stoelt op de gedachte dat wanneer de verdachte zijn vrije wil niet optimaal heeft kunnen bepalen, hij ook niet ten volle verantwoordelijk kan worden gesteld voor het misdrijf, maar de veiligheid van de samenleving kan meebrengen dat de veroordeelde

behandeld wordt voor de stoornis die zijn vrije wil heeft vertroebeld.

De meeste deelnemers aan het huidige bestaan rekenen zich verlichte ideeën aan, zoals al onze voorgangers uit vorige era dat ook deden. De deelnemers aan het strafrechtelijk debat stipuleren sinds het ontstaan van ons Wetboek van Strafrecht in 1886 dat het strafrecht slechts in het uiterste geval mag worden toegepast, *ultimum remedium* zegt men dan gewichtig. Meestal wordt dit argument ingezet tegen uitdijende strafbepalingen en criminalisering van maatschappelijk onwenselijk gedrag. Deze weerstand is sleets geworden en wordt door de beleidsmaker minder serieus genomen. Desondanks probeer ik vanmiddag dit klassieke uitgangspunt te verlevendigen met een nieuwe uitleg: ik zal me richten op de vraag hoe het in toenemende mate de verslaving als stoornis definiëren zich verhoudt tot de ontwikkelingen rond de TBS. De vraag die ik mezelf en daarmee ook aan u stel is of de medicalisering en de psychologisering van verslaafden wel de goede ontwikkeling is. Vanmiddag zoek ik de argumentatie om de verslaving niet als zelfstandige stoornis of vermindering van de toerekeningsvatbaarheid aan te merken voordat ik mijn pleidooi voor de gevangenisstraf houd. Ik eindig met enkele kanttekeningen bij de verslavingszorg binnen en buiten de gevangenis.

1. De vrije wil is bij verslaafden groter dan vaak wordt aangenomen

Er zijn nogal wat gedragsdeskundigen die menen dat verslaafde mensen niet vrij zijn in hun gedragskeuze. Dat is nogal een statement. Zonder keuzevrijheid geen strafrechtelijke schuld. Het recht tot straffen hangt dus af van zelfinzicht en

beschikkingsmacht over het eigen gedrag. Als jurist ben ik echter nog niet zo overtuigd van de verminderde toerekeningsvatbaarheid als gevolg van verslaving. Ik heb daarvoor twee samenhangende argumenten.

Mijn eerste argument voor meer toerekenbaarheid van verantwoordelijkheid aan verslaafden berust op de moeizame causaliteit tussen opeenvolgende gedragingen en misdragingen. Bij meer kennis, bijvoorbeeld van de eigen gemaakte fouten, wordt de morele verantwoordelijkheid voor een andere gedragskeuze groter. Repeterende kennis van wat slecht is voor de ander en voor het eigen bestaan genereert een grotere morele verantwoordelijkheid om te veranderen. Opeenvolgende gedragingen kunnen evenzo vele keuzemomenten behelzen die al een kwade afloop in zich meedragen. Wanneer vervolgens het kwaad zich in de vorm van een misdrijf voltrekt, worden door de doorsnee mens en verdachte vaak persoonlijkheidskenmerken en ingrijpende gebeurtenissen aangevoerd die aan de vrije wil in de weg zouden staan. Maar elke repeterende gedragskeuze, zoals het opnieuw grijpen naar de dope, drank of het opzoeken van dezelfde verkeerde vrienden, houdt een vrije en hernieuwde keuze in tot omkeer of tot voortzetting van het gedrag. De determinanten, het keer op keer niet doorbreken van de criminogene keten maar het continueren van het oude gedrag, maken de opeenvolgende gedragskeuzen en bijbehorende vrijheid moreel gewichtiger en groter. De mens ontstijgt immers aan andere creaturen door met moraal begiftigd te zijn. Deze klassieke gedachte staat haaks op neurologische modellen die de mens

devalueren tot volger in plaats van tot leider over zijn constitutie. Morele vrijheid zou hier in kunnen bestaan dat de mens in staat is een morele orde te handhaven zowel tegenover de ‘lagere’ impulsen in hemzelf als tegenover de belastende handicaps die in het leven zijn opgebouwd. Vanuit juridisch perspectief is de wilsvrijheid dus gekoppeld aan waarden. Bij meer kennis, bijvoorbeeld van de eigen, eerder gemaakte, fouten, wordt de druk van een morele verantwoordelijkheid voor een andere gedragskeuze groter.

Mijn tweede argument voor meer toerekenen aan verslaafden berust op de culpa- en dolus in causa constructie. De drank of de dope wordt niet onder dwang het lichaam ingebracht, maar als een soort repeteergeweerd fles na fles, spuit na spuit ter hand genomen. Juristen noemen dit culpa in causa, de betrokkene heeft zich in de situatie gebracht dat het gevolg niet meer te vermijden viel. De fout ligt dan niet – als we dat als voorbeeld nemen – in het verkeersongeval zelf maar in het gedrag dat tot de uiteindelijke verkeersmisdrijving leidde. Bij misdrijven moeten we eigenlijk spreken over dolus in causa. De vrije wil, in ieder geval de verwijtbaarheid, van de dief, mishandelaar, doder en verkrachter wordt niet vertroebeld door de laatste fles drank of spuit met dope, maar door eenmalig of meermalen, de drank of dope te gebruiken, zeker nu het algemeen bekend feit is dat dit soort middelen het bewustzijn ernstig kunnen beïnvloeden. Met die reden wordt ook juist de drank of dope genuttigd.

Ik vat mijn aanval op de verslaving als zelfstandige stoornis samen. Deterministische verbanden in het menselijk bestaan, zoals verslavingsgevoelige omgevingsfactoren, verminderen niet de toegedeelde verantwoordelijkheid en bijbehorende aansprakelijkheid voor strafwaardig gedrag. Er is zelfs sprake van een grotere vrije wil dan regelmatig wordt aangenomen. En, mocht men moeite hebben met het begrip “vrije wil”, dan mag toch in beginsel worden aangenomen dat er, voordat echt sprake was van verslavingsgedrag, voor de dader de nodige keuzemogelijkheden waren om erger te voorkomen.

2. De positie van de verslaving in ons sanctiestelsel

Hoe zit het nu met de verslaving in ons sanctiestelsel? Wie een ernstig verslaafd mens aanschouwt en probeert te doorschouwen, ziet vaak een ernstig gekweld mens die als een repeterende breuk steeds weer opnieuw grijpt naar fles of dope. En dat niet alleen. De verslaafde maakt zich regelmatig schuldig aan verwervingscriminaliteit. De cijfers lijken voor zich te spreken. De gevangenen worden bevolkt door gedetineerden die voor meer dan de helft kampen met verslavingsproblemen. De meest gebruikelijke opvatting is dat het oplossen van de verslaving zowel generaal als speciaal preventief uitpakt. Daarom is het opleggen van vrijheidsstraf aan verslaafden arbitrair. Waarom straffen als iemand het niet kan helpen? De hulpeloze moet geholpen worden en dan wordt de samenleving gevrijwaard van nieuwe misdrijven. Het klinkt zo simpel, maar het is het niet.

Terzijde merk ik op dat het sterftepercentage van verslaafden laag is in vergelijking met andere landen, hetgeen verklaard wordt door het lage percentage intraveneus drugsgebruik en de verstrekking van methadon als vervangend middel voor heroïne. De verslaafden daarmee als groot probleem voor de volksgezondheid aanmerken is dan ook niet goed cijfermatig te onderbouwen. De aan verslaafden toegerekende verwervingscriminaliteit wordt moeilijker te relateren aan een vermeende verslavingsstoornis als we niet de verslaving centraal stellen maar de persoonlijkheidsproblemen die eronder schuil gaan. Er zijn verslaafden die geen misdrijven plegen en er zijn verslaafden die zonder verslaving andere misdrijven zouden plegen. Uit onderzoek komt ook wel naar voren dat verslaafden de verslaving moeilijker loslaten, niet zozeer vanwege het lastige afkicken, maar vanwege het gemis aan het vertrouwde netwerk en de hele, soms vertrouwde en soms spannende, scene die hiermee van doen heeft. Meningingen hierover zijn echter nauwelijks onderbouwd. Gelukkig zijn er ook onderzoeken die criminaliteit niet als een onvermijdelijk gevolg van verslaving zien.¹ Tot slot merk ik op dat het afkicken geen enkele garantie vormt voor een criminaliteitsvrij bestaan. De terugval wordt vaak veroorzaakt door de niet veranderde leefomgeving. Dan is de lokroep van het oude leven begrijpelijk.

Het juridisch probleem terugbrengen naar het begin betekent ook teruggaan naar de tweedeling tussen straf en maatregel in het strafrecht. Dat iemand onder invloed van een acute psychose zijn

¹ Ed. Leuw, Verslaving tussen ziekte en criminaliteit, in: Verslaving, cahiers bio-wetenschappen en maatschappij, 2002.

wil niet heeft kunnen bepalen en daarom geen straf verdient, maar mogelijk wel behandeling voor de stoornis, wil er bij iedereen nog wel in. Die tweedeling tussen straf en maatregel is dan ook begrijpelijk en is ook ingebed in andere rechtsstelsels. Het probleem ligt besloten in de gedeeltelijke toerekeningsvatbaarheid op grond waarvan straf en maatregel gelijktijdig kunnen worden opgelegd. De mate van toerekenbaarheid leidt in verschillende rapportages tot een kippenhok aan meningen. Wie zes rapporteurs naast elkaar plaatst en hun verschillende rapportages beziet, krijgt een indruk van grote verdeeldheid. Deze verdeeldheid heeft geleid tot het register van gedragsdeskundigen, tot het toetsen van elkaars werk en kwaliteiten. We moeten durven vaststellen dat het toerekenen van schuld en het vertalen van schuld in een passende sanctie is voorbehouden aan de rechter en niet aan de deskundige met zijn particuliere mening. Ik chargeer natuurlijk, maar het debat over de risicotaxatiemethoden, waarbij de voorvechters claimen dat het om een life time score gaat, terwijl de relativisten menen dat de dynamiek van de behandeling een hoge risicoscore (PCL-R) een andere kleuring kan geven, leert dat de rechter zijn eigen inschatting moet maken. Ik citeer uit de afscheidsreden van Antoine Mooij:

“Het is niet de taak van de forensische psychiatrie en psychologie om alle toekomstige risico’s uitgaand van personen voor de samenleving te keren – waarin men zich zou kunnen laten leiden door eigen gedragskundige of morele opvattingen – maar primair om, vanuit de eigen discipline van psychopathologie en de daar verworven expertise,

een bijdrage te leveren aan een goede rechtsgang. We moeten daarbij niet vergeten dat de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid met het daarin besloten liggende betekenisveld (wilsvrijheid, verantwoordelijkheid, vergelding) een begrenzen werking heeft, omdat zij strafrechtelijk afdwingbare psychiatrische interventie bindt aan de duidelijk omschreven eis van een in een psychische stoornis gegrond gevaar. Als men dat vereiste loslaat, kiest men voor een instrumentele criminele politiek, die gedragsinterventies veel ruimer zal legitimeren – wat trouwens door de voorstanders als een humaan perspectief kan worden gebracht”.²

Bij die inschatting van toerekenbaarheid, schuld, herhalingsgevaar en zo verder dienen zich twee scenario’s aan. De medische, forensisch gedragskundige, invalshoek is dat verslaving een ernstig probleem is met sterke medische, neurologisch-cognitieve en psychiatrische kenmerken, dat hoe dan ook behandeling behoeft om de verslaafde veroordeelde mens minder recidivegevoelig te maken. Het andere verhaal is meer juridisch van aard en krijgt vanmiddag mijn belangstelling. De verslaafde heeft zichzelf in zijn verslaving gebracht en dient daarvoor niet direct minder toerekeningsvatbaar te worden verklaard.

Eerder stelde ik dat de culpa in causa of dolus in causa niet de vrije wil of de verwijtbaarheid aan de verslaafde dader ontnemt. Integendeel, op grond van deze juridische constructie is de verslaafde dader voluit aanspreekbaar en verwijtbaar

voor zijn criminele handel en wandel bij het misdrijf. Hij komt ten volle voor straf in aanmerking. Dit klemt temeer vanuit een andere optiek. In het strafrecht wordt sterk gehecht aan het zogeheten legaliteitsbeginsel. Over dit beginsel van voorzienbaarheid en afpaling van strafbaarheid door een precieze delictomschrijving is veel onzin geschreven, maar ik wil wijzen op een onderbelicht punt. Het Wetboek van Strafrecht en de Memorie van Toelichting visualiseren louter het onderscheid tussen straf en maatregel. Over de gedeeltelijke ontoerekeningsvatbaarheid zwijgt de wet en heeft de rechter een parallel strafrechtelijk universum geschapen. Die schepping wordt in hoge mate bevolkt door gedragsdeskundigen en wanneer hun oordelen niet innerlijk tegenstrijdig ogen en zelfs overtuigingskracht bezitten, neemt de rechter die adviezen over. Maar zoals ik eerder opmerkte, de forensisch psychiatrische oordelen zijn regelmatig innerlijk tegenstrijdig, terwijl die verdeeldheid, terug te voeren op de verschillende scholen die men in die disciplines aanhangt, niet eenvoudig te harmoniseren valt. Mijn punt is dat de wetgever de rechter veel ruimte laat op het vlak van de gedeeltelijke ontoerekeningsvatbaarheid en de rechter op zijn beurt niet heel kritisch is naar de gedragsdeskundigen. Zolang de gedragsdeskundige niet narekenbaar tot een stoornis komt die de wilsvrijheid ten tijde van het misdrijf heeft verminderd – en misschien zelfs: zolang volgens gedragskundige inzichten de verdachte niet evident ontoerekeningsvatbaar is –, zou de verdachte in beginsel onderhorig moeten zijn aan de reguliere sanctie van de gevangenisstraf.

² Antoine Mooij, Prudentie en evidentie, afscheidscollege RUU, Boom juridische uitgevers, Den Haag 2009, blz. 25.

Zoals u merkt hecht ik noch veel betekenis aan de “wereldorganisatie van psychiaters en psychologen”, jarenlang werkend aan de nieuwe DSM-5, die verslaving als stoornis aanmerkt noch aan de vele deskundigen die verslaving als medisch probleem kwalificeren. Voor mij telt de normatieve constructie dat de verslaafde door zijn hang naar middelen is afgeleden naar een situatie waarin hij makkelijker misdrijven pleegt en zijn weerstand daartegen heeft laten eroderen. Ik zie wel dat er onder een verslaving veelvuldig een dieperliggende persoonlijkheidsproblematiek ligt verborgen. Die diepere laag zien we ook vaak bij de zedendelinquenten, door libidoremmers of zelfs chemische castratie is de dieperliggende agressieproblematiek niet opgelost, maar ontpopt de agressie zich op andere wijze.³ Ik voel me hierin gesteund door een groeiende minderheid van psychiaters en psychologen die het keurslijf van DSM-IV en het komende DSM V willen relativeren. Zie Anton Loonen in het NRC van zaterdag jl. (24 november 2012) onder de titel “Handboek is dwangbuis”, maar ook door de zeer gezaghebbende Gentse hoogleraar in de psychodiagnostiek Paul Verhaeghe die in zijn recente boek *Identiteit* opmerkt dat in de hedendaagse psychiatrie het ziektemodel domineert, maar zelfs bij de definitie van stoornissen is er naar zijn

³ Terzijde merk ik op dat nog geen dertig jaar geleden homoseksualiteit als zonde en ziekte werd aangemerkt. Tot op heden zijn er zelfs organisaties die menen dat genezing hiervan denkbaar is. We hebben in de forensische psychiatrie de kleptomanie gehad die soms zelfs grond voor oplegging van de tbs vormde en denkt u maar aan recent promotieonderzoek waarin scherp stelling wordt genomen tegen ADHD als ziektebeeld of stoornis. In de forensische wereld wordt er te snel en te lang geëtiketteerd.

inzicht weinig valide onderbouwing en is veeleer sprake van een sociale stoornis. De voorbeelden zijn aansprekend. ADHD is pas sinds korte tijd een stoornis, de neurosen waarvan zo lang sprake was, zijn nu uit het algemene beeld verdwenen. Intrigerend is ook dat het DSM-model grote verschillen in aantal stoornissen laat zien dan het ICD-model (International Classification of Diseases), waarmee Verhaeghe de relativiteit van deze classificatiemethodes illustreren. In zekere zin is er sprake van wisselende morele opvattingen over maatschappelijk gedrag die maken dat de ene last wordt benoemd tot medische stoornis en de andere tot sociale stoornis.

Samenvattend, de gedeeltelijke ontoerekeningsvatbaarheid van verslaafden is nog niet zo makkelijk te onderbouwen. We hoeven bij een niet goed onderbouwd advies niet te kiezen voor zelfstandige forensische zorg waar de gevangenis ook anders in beeld gebracht kan worden.

3. Een pleidooi voor de gevangenisstraf en een vooruitblik op de komende magere jaren

Sinds de Verlichting wordt door vooruitgangsgelovigen gemeend dat we de werkelijkheid kennen. Dit fenomeen raakt ook het doorkijken van de menselijke geest. Hoeveel desillusies moeten we echter nog verdragen voor we aanvaarden dat de mens geen recht heeft op geluk, maar het recht om in vrijheid zijn eigen ongeluk te dragen? Als dat besef nog eens doorbreekt bij zielzorgers en bij rechters, dan is er tijd voor een terugtred van de overheid. Wat houdt die terugtred in?

Bij de afbouw van forensische klinieken dient vaker behandeling van psychisch

belaste veroordeelden binnen de gevangensmuren plaats te vinden. Bij het minder vaak opleggen van de TBS kunnen de muren tussen de penitentiaire inrichting en de behandelinrichting worden verlaagd of geslecht. De gevangenis kent een dagstructuur en er wordt gestuurd op een basale vorm van samenleven. Bovendien functioneren sinds jaren zorgafdelingen voor psychisch gestoorde gevangenen die in de kern niet zouden hoeven af te wijken van het zorgklimaat in de tbs-klinieken en waar in verschillende opzichten een leefklimaat kan worden geschapen dat niet sterk hoeft af te wijken van de doorsnee vrijheidsbeneming binnen de gevangenis. Bij de keuze voor een toereikend behandel aanbod binnen de gevangenis staat niets in de weg aan het uitbreiden van het voorzieningenniveau. Daarmee wordt het normale sanctiepatroon geschikt(er) gemaakt voor gevangenen met een psychisch defect of handicap, met inachtneming van mijn kanttekening dat we defecten niet te snel als stoornis moeten aanmerken.

We dienen de gedragsstructurende voordelen van de vrijheidsstraf beter voor het voetlicht te brengen.

Strafrechtsjuristen en gedragsdeskundigen betogen regelmatig dat de vrijheidsstraf funest uitpakt voor de persoonlijkheid van de veroordeelde. Ik heb die lijn ook lang aangehangen, maar ik ben van gedachten veranderd. Als de strafrechter van minder stoornissen hoeft uit te gaan, wordt hij geconfronteerd met een verdachte die in veel opzichten een gekneusde mens is. Het strafrechtstelsel wordt bevolkt door veel verslaafde en minder begaafde verdachten die een structuurloos bestaan leiden en rondob-

beren in een even ongestructureerd netwerk van soortgenoten, vaak zonder huis, werk of relatie. Indien de vrijheidsstraf wordt gedefinieerd als het ontnemen van de vrijheid om het (criminele) leven in een reguliere samenleving door te brengen, kan de gevangenis ook de structuur bieden die veel veroordeelden zo node missen.

Mijn groeiende voorkeur voor straffen en mijn groeiende afkeer van behandelen heeft ook van doen met het besef dat beperkte overheidsmiddelen beter besteed zijn aan een iets meer uitgebouwd gevangenisregiem dan aan de vele forensische ambulante kostbare programma's die stoelen op een behandel- en conditioneringaanbod dat teveel bijstelling van het reguliere leefpatroon van veel veroordeelden pretendeert. De structuur van een gevangenisbestand hoeft de dagstructuur van een klinische opname niet per definitie te ontlopen. In de meeste forensische klinieken spreekt een terbeschikkinggestelde nauwelijks een psychiater. In dat opzicht kan beter het goedkope gevangenis-klimaat met gevangenispsychiaters worden aangekleed.

Misschien is mijn belangrijkste punt wel dat we een sociaal probleem niet direct moeten medicaliseren en een medisch probleem niet te snel moeten psychologiseren. Er zijn velen met niet-aangeboren hersenafwijkingen die geen strafbare feiten plegen, we moeten die categorie met een hersenafwijking onder invloed van verslaving niet in de psychiatrie trekken, maar hulp en steun scheppen om mensen 'in hun eigen kracht te zetten', zoals dat in deze mooie stad Utrecht gebeurt met buurtteams.

Is dat de volledige oplossing? Helaas, ik vrees van niet. Ik meen dat net als Joop den Uyl dat zei ten tijde van de oliecrisis, het vroegere Nederland met een groeiend zorgbudget komt niet meer terug. De welvaart zal voor lange tijd niet meer zijn zoals we dat hopen of pretenderen. We groeien in de richting van de Amerikaanse samenleving waarin meer mensen aan hun lot moeten worden overgelaten.

De Rijksoverheid heeft meer publieke taken overgeheveld naar de gemeentelijke overheid, maar zonder de budgettaire middelen om die taken waar te maken. Mijn inschatting is daarom dat het over enkele decennia weer meer gebruikelijk zal zijn om zwervers in ons straatbeeld te zien die ons minder schuldgevoel opleveren dan het mischien nu doet en wat we moeten aanvaarden. We zullen dan niet langer een publiek vangnet kunnen pretenderen en financieren. En als er dan geen particuliere en familiale zorg is, moeten we ook aanvaarden dat slechts het strafrecht als laatste corrigerend vangnet zal functioneren om verslaafde misdadigers tijdelijk te corrigeren door ze hun vrijheid te ontnemen, hetgeen een zeker structurerend dagpatroon oplevert, een structuur die ze nu vaak moeten missen. Bovenal moeten we de grote woorden vanuit de zorg mijden, dat bevordert een zakelijker debat.

Enkele maanden terug (dinsdag 8 mei 2012) zag ik op het journaal de directeur van De Waag vertellen dat de eigen bijdrage tot leegstand in de behandeling leidt en daardoor tot zeer gevaarzettende situaties in de samenleving. Tsja. Ik weet het niet. Zodra een product, of dit nu de forensische zorg, de rechtspraak of het

onderwijs betreft, enige financiële korting oploopt, is het land volgens de belanghebbenden altijd in gevaar. Ik denk daar wat relativerender over.

Mijn belangrijkste punt is dat ons maatschappij-, mens- en straatbeeld meer moet worden toegesneden op de beperkte maakbaarheid van mens en samenleving en een voor zeer lange tijd beperkt overheidsbudget. Ik bepleit een revival van de klassieke celstraf die niet pretendeert mensen te helpen. Mensen kunnen alleen zichzelf helpen en als dit niet lukt, moeten we treuren om het afglijden van een medemens, maar niet meer dan dat.

Uitsmijter. De inzet van de verslavingszorg binnen of na de gevangenisstraf Als verslaving niet direct als zelfstandige ziekte of stoornis overtuigt, dan resteert natuurlijk wel het probleem van de maatschappelijke overlast en (verwerings)criminaliteit.

Vele rapporten en visies uit de gezondheidszorg ademen de volgende sfeer: aan de verslaafde moet levenslange zorg worden geboden, de vrije wil is verstoord door de aantasting van de wilscentra in de hersenen. Mogelijk spreekt u aan dat het Centrum Maliebaan ter gelegenheid van de nieuwe naamgeving Victas per 1 januari 2013 de nieuwe doelen van de verslavingszorg formuleert: het gaat om Willen, werken en winnen. Victorie en winnen worden als het belangrijkste aangemerkt en het nieuwe motto luidt: Win jezelf terug. Klinkt op het eerste en op het tweede gezicht aanstekelijk, nietwaar? De verslaafde die zich terugvecht naar een normaal gedragsrepertoire met een normaal werk- en leefritme, onder levenslange begeleiding van de

zorginstelling, wie kan tegen zijn?⁴ Deze inzet is van belang omdat daarmee wordt gepoogd de verslaafde crimineel buiten de gevangenis te houden. Laat ik geen misverstand laten ontstaan: ik ben positief over de verslavingszorg in het algemeen, er wordt veel goed werk verzet. Het gaat mij echter om de vraag hoe de hoge inzet van de verslavingszorg zich verhoudt tot de doorsnee capaciteit van de verslaafde mens.

⁴ Enkele maanden geleden hebben twee rapporten het licht gezien. Het eerste rapport is de achtergrondstudie van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, getiteld "Zorg aan delinquent, Opsluiten van patiënt. Cultuurverschillen Justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ". In dit rapport wordt onder anderen gepleit voor gezamenlijke wetgeving voor forensische doelgroepen om recidive te verminderen. Ik citeer blz. 67: "Behandeling en veiligheid, gezondheid/welzijn en criminaliteit/misdaad staan dicht bij elkaar dan er op departementaal (macro) niveau wordt gedacht. Veiligheid en vooral je veilig voelen (als mens, individu, burger), is een van de voorwaarden voor een gezonde geest, zoals een gezonde geest een van de voorwaarden is voor een veilige samenleving". Einde citaat. Het uiteindelijke advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, getiteld "Stoornis en delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten" behelst over de komende forensische zorg de volgende conclusie (blz. 48): "Gemeenten moeten een prominenter rol gaan spelen in de keten van forensische zorg. Die rol ligt op het terrein van de voor- en de doorzorg: in de keten dus voor en na de detentie. Zij moeten medeverantwoordelijk worden voor de uitkomsten van het nieuwe stelsel. Dit maakt hen partner in en cofinancier van het nieuwe stelsel. Maatschappelijke ondersteuning en opvang zal een expliciete indicatieparameter moeten zijn in de Wfz en WvGGZ. Dit is een onmisbaar element van de ambulantisering van een tot nu toe klinische asiel functie. Realisatie van die beleidsdoelstelling kan niet zonder de gemeente." Einde tweede citaat.

Ik zie niet de brede vergezichten van Victas voor me maar een smallere weg naar herstel van een normaler verwachtingspatroon. Een inzet als van Victas lijkt humaan maar vergt een enorme financiële investering, waarbij we de huidige en komende realiteit niet moeten wegmoffelen, alleen al niet het feit dat de gemeenten steeds meer taken van de Rijksoverheid op hun bord geschoven krijgen zonder de bijbehorende budgetten. Los van financiële luchtfietserij is het ook gevaarlijk te menen dat we grote categorieën verslaafden in de zorg opgesloten (moeten) laten. Ik ga niet zo ver als vroeger Ivan Illich en in zijn kielzorg Hans Achterhuis in "De markt van welzijn en geluk" (1979) deden, maar een excessieve medicalisering en de daaropvolgende psychologisering van verslavingen is niet alleen aanmatigend maar vooral goed voor de forensische werkgelegenheid. Die markt scheidt tegelijkertijd een leger van patiënten die niet verantwoordelijk gesteld worden voor hun misdrijven, "zieke" burgers die zich kunnen opsluiten in hun 'ziekte' en, onmondig en afhankelijk gemaakt, verder leven buiten de samenleving of onder de strikte hoede van de hulpverlening.

Mede in het licht van de bij sommige klinieken jarenlange en soms zelfs stagnerende behandelingen, waarbij tussentijds de diagnose en stoornis nog wel eens willen wijzigen, vraag ik me af of we niet meer moeten koersen op andere onderzoeken en discussies waarin wordt gepoogd om de definities van gezond en ziek bij te stellen. Is de oude definitie van de World Health Organisation uit 1948, waar deze rept van "een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal

welbevinden”, nog wel actueel? Zou die definitie niet moeten worden ingewisseld voor een definitie die meer de dynamiek van het bestaan tot uitgangspunt neemt? Een dynamiek waarin mensen gebrekkig blijven, niet vrij van drugs hoeven te komen en waarin de behandelaars en de juristen niet langer menen dat de verslaafde veroordeelde en terbeschikkinggestelde een verslavingsvrij bestaan moet bezitten voor hij weer deelneemt aan het maatschappelijk bestaan?

Vanuit een grotere realiteitszin is de focus van de verslavingszorg op winnen, hoe goed bedoeld ook, onbarmhartig omdat de maatstaf te streng en de meetlat te hoog wordt gelegd. Omdat het de ogen sluit voor de gebroken mens die wij allen zijn. En omdat die insteek niet leidt tot de broodnodige steun in de rug maar tot een focus op een inzet die niet waargemaakt kan worden en juist een averechts effect heeft. Win jezelf terug, wat een nieuw gebakken lucht! Los van het feit dat u en ik al nauwelijks de krochten van onze eigen ziel kunnen doorgronden zal het bij de criminogene leefomgeving van veel verslaafden zo zijn dat het terugvinden van zichzelf meestal een cumulatieve verloren hoop en gebroken beloften inhoudt. Waarom toch deze hoogdravende en verwachtingen wekkende verslavingszorg?

Ik geef toe: mijn woorden staan haaks op het maatschappelijk verlangen naar een veiliger samenleving te krijgen. Maar vergis u niet, mijn woorden over de gebroken mens leveren solidariteit en troost. Dat zijn realistischer vergezichten dan de utopische verlangens naar veiligheid die niet alleen politiek en burgerij maar ook rechtspraak en

psychiatrie steeds meer beheersen. Ik meen dus dat er een realistischer perspectief wenkt. We moeten aanvaarden dat er niet altijd zorg in een strafrechtelijk kader mogelijk is, dat bekommerden en verloederden niet altijd in een strafrechtelijke zorginstelling kunnen zitten en dat we domweg minder naïeve maar uiterst kostbare forensische hoop moeten ontwikkelen. We moeten aanvaarden dat we bij wijze van spreken weer meer zwervers krijgen, die bij recidive van strafbare feiten klassiek worden opgesloten in een gevangenis. De menselijke handelingsvrijheid is groter dan we soms als jurist of als hulpverlener willen aanvaarden. Als mijn optiek betekent dat juristen het handboek met stoornissen nader relativeren, vaker een eigenstandig oordeel over toerekenbaarheid vellen, zich minder afhankelijk maken van de forensisch adviseur, de definitie van ziektebeelden meer arbitrair achten, minder persoonlijkheidsstoornissen aanvaarden, minder TBS opleggen, dan is de ultieme consequentie dat we mensen meer aan hun eigen keuze en lot moeten overlaten. Ook als dit een schuldig gevoel bij het voorbijgaan van zwervers oplevert. De gevangenis is dan het kader waarbinnen aan de grensoverschrijdende gevallen structuur moet worden geboden, hetgeen regelmatig hulp inhoudt, maar dan wel hulp in het kader van detentie. Deze volgorde is van belang omdat de vergelding en de vrijheidsstraf voorop staan en de forensische hulp een onderdeel van de straf kan vormen.

Mijn waarschuwing geldt de hoge pretenties van de verslavingszorg die tot grote teleurstellingen zal leiden omdat we niet op aarde zijn om de werkgelegen-

heid van de verslavingszorg op peil te houden, maar nog belangrijker omdat de mens in het algemeen en de verslaafde mens in het bijzonder maar beperkt maakbaar zijn. Bij een lagere inzet wordt de verslaafde niet genekt, maar wordt de gevangenisstraf draaglijker en het leven buiten de gevangenis niet een continue hordeloop. Mijn oproep aan u en aan de juristen luidt dat we niet moeten meegaan in de huidige hype van streng en restrictief terugvalbeleid. We moeten juist aanvaarden dat veel veroordeelde verslaafden in een criminogene leefomgeving terugkomen en zolang we ze geen nieuwe baan, nieuwe woonwijk, nieuwe familie en vrienden kunnen geven, geen geluk of zinvol geloof of kerkgang, moeten we de normen lager stellen. Juristen en gedragsdeskundigen kunnen geen nieuwe hemel en aarde scheppen, daarvoor hebben we de theologen nodig. We moeten een aarde scheppen met alle schepsels die al sinds mensenheugenis een mensengemeenschap uitmaken: mensen die elkaar last bezorgen en schade berokkenen. In exceptionele omstandigheden verdienen deze mensen geen straf maar behandeling. In vele situaties verdienen zij straf met een zorgcomponent. In de overige gevallen is louter straf op zijn plaats en daarvan moeten we niet afkerig zijn. Straffen is niet verkeerd, mensen eigen, en voorbehouden aan juristen, die het normatieve domein van oordelen en toerekenen niet teveel moeten overlaten aan de psychiater en psycholoog.

Hoofdstuk 8

Plenair debat

Tijdens het plenaire debat worden drie stellingen behandeld, elk toegelicht en verdedigd door P.J.A. van Panhuis of W.J. Canton.

Stelling 1: tbs klinieken kiezen niet, met desastreuze gevolgen

Verdedigd door P.J.A. van Panhuis

Peter van Panhuis: deze stelling kan ik het beste toelichten aan de hand van twee kernwoorden. Als eerste; kiezen. Daarmee wordt bedoeld dat op basis van wat er aan gevaarlijkheid wordt vastgesteld, dus welke component het recidive-risico en het gevaar bepaalt, een keuze moet worden gemaakt bij behandelingen of interventietrajecten. Het andere woord is behandeling. Misschien moeten we het woord behandeling, wat veel te pretentius is, loslaten als het gaat om verslavingsinvloeden aan de ene kant en psychopathologie in engere zin aan de andere kant. Ingaande op die verslaving. Als bij onderzoek uit een goede functionele analyse blijkt dat het vooral verslavingsinvloeden zijn geweest die het agressieve of het delictgedrag verklaard hebben, dan moet de focus van een poging om recidive binnen de perken te houden daarop gericht zijn. Een traject van één of twee jaar binnen, eindelijk onderzoek doen en het aanbieden van allerlei therapieën gericht op persoonlijkheidsaspecten, zijn dan relatief zinloos. Wetenschap laat ook zien dat vaak een traject van langer dan een jaar niet veel zin heeft. Wat je dan het beste zou kunnen doen, is dat ene jaar gebruiken voor wat “evidence based” wel te onderbouwen is, zoals motivatietechnieken, Liberman modules en de programma’s die vandaag aan de orde zijn geweest. Het gaat daarbij om vrij korte en

simpele programma’s, maar wel om met empirisch onderzoek onderbouwde trajecten. Uit een recent verslavingscongres is naar voren gekomen dat men zich niet altijd op abstinentie, maar vaak op beperkt gebruik moet richten. Daarna kan zo snel mogelijk een realistisch traject naar buiten toe worden ingezet, maar wel gecontroleerd. Misschien is een eindelijk gecontroleerd traject wel noodzakelijk. Wat dat betreft heeft Duitsland een aparte maatregel voor de verslaafden die eigenlijk levenslang, of heel lang in ieder geval, ambulant kan worden opgerekt.

De desastreuze gevolgen krijgen relevantie doordat het niet kiezen, het niet scherp een eerste behandeldoel stellen, veel tijdsverlies veroorzaakt. Daardoor verlies je als behandelaar. Je verliest namelijk de motivatie van patiënten en het meest belangrijke moment wordt gemist. Namelijk het moment dat patiënten binnenkomen in de kliniek. Wanneer niet meteen wordt gehandeld, vervaagt de motivatie. Daar komt bij dat er vaak van behandelaar wordt gewisseld, wat ook leidt tot het verlies van de effecten van een behandeling, wat weer leidt tot verlies van motivatie van de maatschappij om dit soort maatregelen intact te houden.

Zaal: Het is volkomen duidelijk dat niet alle verslaafden delicten plegen, in tegendeel, het is maar een hele kleine groep. En het blijkt uit onderzoek dat het vooral die verslaafden zijn die delicten plegen die, als ik het even heel kort moet zeggen, gekenmerkt worden door antisocialiteit en dat betekent naar mijn idee ook het volgende: je kunt op een gegeven moment wel de verslaving aanpakken en daar misschien ook iets

goeds in betekenen, maar dat wil nog niet zeggen dat je de antisocialiteit oplost die ook heel duidelijk samenhangt met het plegen van delicten. Dus als je alleen kiest voor verslaving, dan vraag ik me af of je toch niet een belangrijk deel mist.

Peter van Panhuis: Ja, we praten in het kader van tbs en antisocialiteit en het merendeel van de verslavingsdelicten zijn inderdaad verwervingsdelicten. Dus als het gaat om mensen in de tbs, dan zijn ze vrijwel altijd voor een geweldsdelict, een seksueel geweldsdelict of een brandstichting veroordeeld. Vaak zie je in de resocialisatiefase die antisocialiteit weer naar boven komen. Voor die mensen is de dure, ongelimiteerde tbs eigenlijk niet bedoeld.

Zaal: Waarom zouden ze wel kleinere criminaliteit plegen en geen geweldsdelicten meer? Moet je dan toch niet meer zicht hebben op wat precies de rol van het middelengebruik geweest is bij het plegen van die delicten?

Peter van Panhuis: Ja, maar dat is het eerste wat ik heb gezegd. Er moet een analyse worden gemaakt van welke factoren een rol hebben gespeeld bij het plegen van het geweldsdelict. In heel veel gevallen zal dat eerder de toxische invloed van middelen zijn dan de onderliggende pathologie. Er wordt vaak veel te veel toegeschreven aan pathologie, die misschien een veel minder grote rol heeft gespeeld.

Zaal: Er is heel weinig bewijs voor de toxische invloed van middelen, die bestaat eigenlijk alleen voor alcohol en in kleine mate voor cocaïne, maar verder is er voor geen enkel middel een aanwijzing voor echte toxische effecten van invloed

op agressie en geweld.

Peter van Panhuis: Klopt, maar dit zijn ook de mensen die voor geweldsdelicten zijn veroordeeld. Bij hen is het probleem ook inderdaad alcohol (dat is het leeuwenaandeel) en verder cocaïne, dus dat klopt helemaal.

Zaal: Ik heb toevallig net onderzoek heb gedaan naar risicotaxatie bij verslaafde justitiabelen. Het blijkt dat polydruggebruik eigenlijk de grootste relatie heeft met het opnieuw plegen van geweld en gek genoeg niet alcohol.

Karin ten Brinck: Ik wilde toch graag tegen de vorige sprekers in, een pleidooi doen voor alle ontwikkelingen die er ook in de tbs zijn geweest en dat is echt van de laatste vijftien jaar. Het is thans veel beter en er is misschien niet helemaal een eenduidige risicotaxatie, maar er is veel meer onderzoek er is veel meer eenduidigheid. Klinieken kijken veel meer naar wat de risicofactoren zijn, onderscheiden veel beter wat statische en dynamische factoren zijn en proberen daar echt en ook "evidence based" behandeltechnieken op los te laten.

Karel van de Graaf: U bent lid van de directie van een grote tbs instelling en het gaat over u. U kiest niet met desastreuze gevolgen. Zou u dat aan de beide heren willen uitleggen?

Karin ten Brinck: Ja, dat wil ik wel uitleggen. Ik nodig u van harte uit om een aantal behandelbesprekingen in de klinieken mee te komen maken en het is echt niet zo dat klinieken daar niets in doen. Onderzoekers hebben een samenwerkingsverband, klinieken

hebben een samenwerkingsverband en veel beter dan twintig jaar geleden wordt er naar onderzoek gekeken, wordt er op gefocust en de behandelmethodieken van klinieken en hele trajecten zijn veel meer ingericht. Het kan altijd beter, daar ben ik helemaal mee eens, maar we zijn veel beter ingericht op risicofactoren en op het behandelen daarvan.

Wim Canton: Maar die klinieken brengen dan, daar doen ze dan vaak overigens een jaar over, eerst alle risicofactoren in beeld en gaan die dan successievelijk allemaal behandelen. Dat is volgens mij bijna onmogelijk. Vaak zijn er zes of acht risicofactoren en daar moet dan allemaal aan gewerkt worden en daar blijf je dan eindeloos mee bezig. Ik zou veel meer voor willen pleiten voor, wat Peter ook zegt, te kijken naar wat is nou de “core factor” waar het om gaat. De mensen hebben een persoonlijkheidsstoornis en een psychose en dan per patiënt geïndividualiseerd. Waar flipt die nou op, waar wordt hij nou gewelddadig op en dat zijn vaak of middelen of het is de psychose, maar pak die ene factor die doorslaggevend is. Richt je op een goede controle op middelen en daar hoeft iemand niet zes jaar voor binnen te zitten.

Karin ten Brinck: Nee, maar het is toch wel vaak iets complexer dan u schetst en ik hoop dat de behandelaren die hier allemaal zitten, hier tegenin durven gaan. Want een psychoticus die niet gebruikt, kan dat misschien doen omdat hij in de omstandigheid is dat hij geholpen wordt. Hij heeft een plek om te wonen, hij werkt. Het zijn complexe zaken waar meerdere dingen voor nodig zijn.

Wim Canton: Maar daar kom je in een kliniek niet achter. Als je in het begin duidelijk gemaakt hebt dat die middelen hebben geleid tot het geweld en je weet dat het een psychoticus is, dan zie je pas in de resocialisatiefase waar het mis gaat. Waar wij vooral voor willen pleiten is: maak snel een keuze voor waar je de behandeling op richt en probeer daarna mensen zo snel mogelijk naar buiten te krijgen. Dat is ook wat de Canadese onderzoekers zeggen: langer dan een jaar klinisch binnen zitten, heeft gewoon geen meerwaarde.

Karin ten Brink: Klinieken zijn hier al mee aan de gang gegaan en hebben een notitie geschreven: “Forensische zorg in perspectief”. We streven ernaar om die klinische tijd steeds korter te maken,, ook op grond van onderzoek. Helemaal achterlijk zijn we niet in de klinieken, maar waar we vanochtend over spraken, is een belangrijk punt. De politiek moet mee, een vijf partijen overleg willen we heel graag. Om sneller te kunnen beginnen met resocialisatie zit er nogal wat in de weg. Het is niet alleen maar onwil van de klinieken, en ook niet alleen maar onkunde.

Peter van Panhuis: Wij hebben niet gezegd dat het onwil of onkunde van de klinieken is, maar je ziet ook dat risicotaxatie en risicomangement, schemata en opstelling een belangrijke rol spelen. Wat je aan de andere kant ziet, is dat als je kijkt naar het totaal van de casussen die voor zesjaarsverlenging in aanmerking komt, er maar zelden gevallen zijn die in een korte tijd ook op ambulant verlof zijn, bij wie het risico niet zo groot is dat je zegt er is onmiddellijk gevaar dat hij een vrouw de struiken in trekt of

onmiddellijk met een pistool gaat lopen schieten. Maar je ziet heel veel gevallen waar er ontzettend lang over wordt gedaan. Ik wil niet zeggen dat dat allemaal aan de klinieken ligt. Ik denk ook niet dat het allemaal aan het AVT of aan Den Haag ligt, maar het is een totale keten waarbij patiënten eerst wel snel naar buiten konden. Daarna is echter een periode gekomen, waarin ze verwonderlijk lang binnen bleven. En daar lijkt de wal het schip te keren, doordat advocaten allemaal gaan roepen geen tbs, want daar kom je nooit meer uit. Dat is nog steeds het geval, maar ik zeg niet dat dat enkel aan de kliniek is te wijten.

Zaal: Ik had nog een opmerking over de verslaving. U heeft het over een bepaalde groep verslaafden, die op verslaving behandeld zou kunnen worden. Nou, die bestaat niet. Want die groep waar u het over heeft, dat zijn mensen die komen niet in de tbs terecht. De groep waar u het over heeft, dat zijn mensen die in de verslavingszorg zitten en die hebben al tientallen keren geprobeerd om van hun verslaving af te komen. Vervolgens gaan ze delicten plegen en komen dan in de tbs terecht komen vanwege die combinatie aan problematiek. Omdat ze niet puur en alleen verslaafd zijn. Dus mijn pleidooi blijft: de combi behandelen, is heel essentieel. Het betekent dat je meerdere risicofactoren in combinatie met elkaar moet behandelen en niet puur op de verslaving kunt focussen.

Wim Canton: Natuurlijk moet je alles in kaart brengen, maar ik blijf toch zeggen: je moet je richten op datgene wat leidt tot het onmiddellijke gevaar en als je de lat te hoog legt – en dat is ook wat de laatste spreker vanochtend zei – en op al die

factoren succes wilt bereiken, terwijl het allemaal nog maar beginnende behandelmethodes zijn, met een “numbers to treat” van 7 om er 1 beter te maken, en als je dat iemand gedwongen oplegt, dat vind ik nogal wat.

Rinus Otte: Ik voel wel veel voor de opmerking van Wim Canton op een congres twee jaar terug, dat er voor 45 % van de patiënten die binnen de klinieken verblijven, geen verlof wordt aangevraagd. Die afwezigheid van verlofaanvragen heeft naar mijn stellige overtuiging ook te maken met de publieke zorg die er leeft, de politieke zorg, dat er iets fout kan gaan met een tbs'er die te vroeg met verlof gaat. Dan duurt de behandeling langer dan de rechter welgevallig is en dan, denk ik, goed is voor de terbeschikkinggestelde.

Peter van Panhuis: Ja, daar sluit bij aan dat als je op verlengingszittingen komt, dat je dan een ongemakkelijkheid ziet bij de deskundigen en bij de rechter. Deze laatste heeft een probleem met het feit dat het allemaal zo lang duurt en er weinig gebeurt. Daarnaast is er bijvoorbeeld weer net een nieuwe behandelaar gekomen, die het weer allemaal opnieuw gaat bekijken, en dan gebeurt er alsmaar niets.

Zaal: Ik wil als behandelaar nog wel iets zeggen over de snelheid in de behandeling. Waar ik als behandelaar regelmatig tegen aan loop, is dat we het idee hebben dat we de risicofactoren heel helder hebben, dat we ook het idee hebben dat we het risicomanagement zeer sluitend en adequaat hebben aangepast op de casus van de patiënt, maar dat we toch regelmatig aanlopen tegen weerstand vanuit het AVT, waardoor we ook geen snelheid kunnen maken.

Jan Verheugt: Wij wijzen ongeveer 6% van de verlofaanvragen af. Dat is dus maar een heel gering percentage en vaak is het dan nog zo dat het afwijzingen zijn die voor herstel in aanmerking komen als men gelezen heeft waarom de verlofaanvraag is afgewezen. Dus in feite zitten we nog op een lager percentage en er is geen sprake van enige substantiële boycot of iets dergelijks.

Zaal: Het heeft niet zozeer met een boycot te maken. Het is ook niet de afwijzing van verlof, maar het is ook vaak de uitbreiding van het verlof. En ik ben benieuwd wat het percentage is van kleine wijzigingen in verlofmarges die worden afgewezen.

Jan Verheugt: Die vallen binnen die 6%.

Zaal: Dan verbaast me dat percentage, omdat wij het binnen onze kliniek wel vaker meemaken. Ik wilde daar nog aan toevoegen dat als wij van iemand, die na een verkrachting het slachtoffer ook heeft vermoord, een winkeldief maken, dat wij het als behandelaars best goed hebben gedaan. Daar zullen de meningen over verdeeld zijn en dat mag ook, maar dat is in ieder geval acceptabel. Als we het moeten verdragen dat er een aantal mensen in de maatschappij leeft, die het iets minder goed doen, dan moeten we dat ook kunnen verdragen, maar dat kan niet want daardoor stopt iemands resocialisatie en zit hij nog heel lang in de tbs.

Wim Canton: Maar dat is ook iets waar we het, denk ik, over moeten hebben. Wanneer moet je een resocialisatietraject stoppen? De regel die er nu is, is dat

resocialisatie stopt op het moment dat iemand alcohol of drugs gebruikt. Persoonlijk vind ik dat onzinnig. Ik denk wel, om toch even de bal terug te spelen naar de klinieken, dat heel veel aanvragen voor verlof, en dat weet ik uit ervaring, al in de kliniek door de interne commissies worden tegengehouden. We zijn bij verschillende klinieken wezen praten en toen bleek uiteindelijk dat die interne verlofcommissies strenger waren dan het AVT.

Peter Braun: Ik denk dat dat heel veel te maken heeft met een zekere tendens. Mensen willen garanties hebben. Dit is een hele garantie maatschappij geworden en vooral de politiek wil garanties hebben dat het goed gaat. Het mag absoluut niet fout gaan. En daar word je op afgerekend, op je budget, je tarieven en de capaciteit.

Karel van de Graaf

Kunt u daar voorbeelden van geven?

Peter Braun: Nou, ik persoonlijk niet omdat ik niet in die onderhandelingen zit, maar ik zie die tendens wel. Ik praat natuurlijk ook wel eens met mijn directie. Als er iets fout gaat met een verlof, dan kun je er de donder op zeggen dat je heel lang heel erg onder de loep ligt. En dat is voor iedereen die daar mee te maken heeft ontzettend onplezierig, want dan weet je dat een heleboel patiënten er ontzettend veel last van heeft. We hebben een tijdje geleden een incident gehad vanuit de inrichting en dan zitten alle patiënten met samengeknepen billen van 'oh als het maar niet heel erg is, want dan zijn we allemaal de dupe'. En het was erg en ze waren allemaal de dupe.

Karel van de Graaf:

Is hier iemand uit Den Haag die hier commentaar op wil geven? Dat wanneer er iets misgaat, een kliniek onder de loep wordt gelegd, onder curatele wordt gesteld, bang wordt gemaakt, bedreigd wordt en zich bedreigd voelt.

Bert de Boer: Wat zeker klopt is dat het incident waar de heer Braun het over heeft, heeft geleid tot verscherping van het longstay beleid. Dus het klopt dat één incident ertoe kan leiden dat een generieke maatregel wordt genomen die er vervolgens toe leidt dat het hele verlofbeleid wordt ingeperkt. Dat is een tendens die natuurlijk heel sterk is in de huidige politiek. Ik ben van de Verlofunit en voer het beleid uit. Je probeert dat zo netjes mogelijk te doen uiteraard.

Karel van de Graaf: Zou u ons kunnen vertellen hoe zoiets in zijn werk gaat. Hoe krijg je nou zo'n seintje uit het parlement, want er zitten toch nog wel wat schakels tussen lijkt mij.

Bert de Boer: We hebben natuurlijk een staatssecretaris die daar op een bepaalde manier in zit en die wil dan dat bepaalde dingen ook geregeld worden, waardoor het gevoel van veiligheid in zijn optiek toeneemt. Dus dat betekent inderdaad dat in het longstay verhaal het verlof zo veel mogelijk wordt beperkt. De staatssecretaris wil dat de regels worden aangepast en ik voer de regels uit.

Karel van de Graaf: Ik denk dat de hele zaal het met me eens is als ik zeg dat ze daar niet op zitten te wachten, op die regelgeving. Als er morgen één ontsnapt en het staat op de voorpagina van de Telegraaf, dan zijn overmorgen alle

verloven ingetrokken. Dat hebben we heel vaak meegemaakt. Ik kan mij herinneren dat er een patiënt op een woonboot in Amsterdam een man op een verschrikkelijke manier om het leven heeft gebracht. Daarna zijn alle verloven in alle klinieken van Nederland terstond ingetrokken.

Bert de Boer: Dat gebeurde wel eens en dat is ook gebeurd in het verleden. Het gaat dan om een tijdelijke maatregel. Dat doet de kliniek zelf in het algemeen ook, om te kijken of er structureel iets mis is in de kliniek, waardoor het verlof niet veilig is. De intrekking waar u het over heeft, heeft geleid tot veel beroepen tegen die intrekkingen. Daarvan zijn ook een zeer groot aantal gegrond verklaard en sindsdien wordt daar ook veel genuanceerder mee omgesprongen.

Zaal: Ik werk voor de verslavingsreclassering en ik wil eigenlijk naar aanleiding van de stelling zeggen dat er misschien wat vaker voor gekozen kan worden om de reclassering of de verslavingsreclassering eerder te betrekken in het proces en mee te laten kijken om die resocialisatie in te zetten. Want we hebben natuurlijk heel vaak een idee waar we wel of geen toezicht op kunnen houden en misschien biedt dat een andere visie op hoe er in de kliniek tot dat moment gedacht en gekeken werd.

Wim Canton: Het lijkt mij een heel goed plan, maar het lijkt mij dat de klinieken daar vooral op moeten reageren.

Zaal: Volgens mij is het Forensisch Psychiatrisch Toezicht daar ook voor bedoeld.

Peter van Panhuis: Een oplossing zou zijn om de tbs met voorwaarden te herzien naar wat hij vroeger was. Dat deze maatregel gewoon opgelegd kan worden en dat die dwaze toestemming van de patiënt niet nodig is. Je zou een tbs met voorwaarden veel dwingender moeten kunnen opleggen met daarachter het middel van 'als het allemaal misgaat, trekken we je naar binnen'. Daarmee kun je veel sneller direct richting verslavingsreclassering, met op de achtergrond het idee van: gaat het niet goed, nou dan ga je naar binnen.

Zaal: In principe heb je gelijk en wij zien dat heel veel klinieken bereid zijn daaraan mee te werken. Ik werk veel met tbs met voorwaarden, vanuit de reclassering, en bij alle klanten maken we in principe een afspraak dat er bij terugval, teruggevallen kan worden op een kliniek. En dat gaat steeds beter, dus dat is ook kennis voor de tbs klinieken. Wij kunnen die afspraak steeds beter maken, dat er back up is bij terugval in recidive.

Stelling 2: Het streven naar abstinentie van drank en drugs voor alle verlofgangers is onzinnig.

Verdedigd door W.J. Canton

Wim Canton: Daar ben ik het van harte mee eens. Ik zal proberen uit te leggen waarom ik dat vind. Allereerst ga je er natuurlijk vanuit dat de tbs gericht is op het verminderen van gevaar en moet je op de eerste plaats al zeggen dat het vaak helemaal niet over verslaving gaat maar over middelenmisbruik. Dat vind ik toch iets anders. En dat speelt lang niet altijd een rol bij het delictgevaar bij mensen die in de tbs zitten. Bij een aantal mensen wel en misschien zelfs wel bij een groot deel,

maar lang niet bij iedereen. Dan zou je verder nog kunnen zeggen dat in ieder geval alcohol en cannabis maatschappelijk aanvaarde genotsmiddelen zijn, die niet zijn verboden. Tien miljoen mensen drinken alcohol en een half miljoen mensen gebruikt cannabis. Het is niet verboden, het mag. De resocialisatiefase waar we het over hebben, is natuurlijk ook belangrijk om te zien hoe iemand met middelen kan omgaan, los van de problematiek. Het is ook zo dat volledige abstinentie niet voor iedereen haalbaar is. En het is ook niet altijd nodig in het kader van risicomanagement. Dus het moment dat in de verlofvoorwaarden standaard staat dat er geen sprake mag zijn van drank- en geen drugsgebruik, dan is dat voor veel mensen onzin. Wat bovendien leidt tot een onnodige vertraging van de resocialisatie. Terugvallen is een leermoment, dus het feit dat iedereen abtinent moet zijn tijdens verlof is onzinnig.

Zaal: Ik zou graag willen weten in welke gevallen u het wel zinvol vindt. Dan kan ik mijn gedachten ook beter bepalen, want u praat in termen van iedereen en overal. Dus ik wil graag weten in welke gevallen u het wel noodzakelijk vindt dat tbs patiënten abtinent blijven.

Wim Canton: Ik denk dat je in ieder geval moet kijken of middelenmisbruik speelt en of dat leidt tot onmiddellijk gevaarzettend gedrag of dat het met meer tussenstappen gevaarzettend is.

Zaal: Tegenwoordig kunnen we best bij het adviescollege een verlofaanvraag indienen waarin wij zeggen 'we denken dat hij terug gaat vallen, maar we denken niet dat dat onmiddellijk tot delicten

leidt, dus willen we toch verlov aanvragen' en heel vaak lukt het als je het goed uitlegt. Dus het is niet zo dat één borreltje of één jointje het einde van je resocialisatie is.

Wim Canton: Daar ben ik heel blij om als u dat zegt, maar ik maak toch ook heel vaak mee dat dat het wel het einde van de resocialisatie is.

Zaal: Maar gaat het dan om één keer gebruik of om meerdere keren, of om drugsgebruik in combinatie met ander delictgedrag, of gaat het alleen maar om één keer een jointje?

Wim Canton: Ik vind cannabisgebruik een heel mooi voorbeeld. Volgens mij, maar ik ben geen groot deskundige op dat gebied, is er geen relatie tussen cannabis en geweld. Er zijn zelfs aanwijzingen voor dat het de impulsiviteit vermindert en dat mensen er rustiger van worden. Ik kan me nog voorstellen dat psychotici, als ze cannabis gebruiken, ze wat psychotischer worden en achterdochtig en van daaruit gewelddadig kunnen zijn, maar daar zit dan wel een tussenstap tussen. Een rechtstreekse relatie tussen cannabis en geweld is er in ieder geval, voor de meeste individuen, niet. Toch mag niemand cannabis gebruiken. Ik vind dat dwaas.

Zaal: In de resocialisatiefase zou je daar inderdaad in kunnen differentiëren. Dat sommige mensen die dat wel kunnen, mogen gebruiken. Overigens is er voor sommige mensen wel een wat indirecter verband in die zin dat als ze cannabis gaan gebruiken, ze hun dag en nachtritme gaan omdraaien en dat er dan risico's gaan ontstaan. Wat ik wil zeggen,

is dat de praktijk genuanceerder ligt dan u doet voorkomen.

Zaal: Ik begrijp één ding niet zo goed want u neemt een soort van standpunt in waarvan ik vind dat deze in principe bij de uitvoerend behandelaar hoort te liggen. Die doet een aanvraag voor verlov en die heeft als het goed is de meeste kennis van die klant, van terugvalpreventie etcetera. Als ik u zo hoor, heeft u eigenlijk weinig vertrouwen in die behandelaar, want u zegt van 'flauwekul, een beetje gebruik moet kunnen' en die behandelaar zegt er inhoudelijk wat over in een gemotiveerde aanvraag bij u. Dus ik begrijp die tegenstrijdigheid niet.

Wim Canton: Wat ik wil zeggen is dat als er een algemene regel is, en die wordt over het algemeen volgens mij gehanteerd, dat door niemand gedurende de resocialisatiefase alcohol of softdrugs mag worden gebruikt, dat ik die regel onzinnig vind. Ik vind dat een behandelaar daar gemotiveerd van zou mogen afwijken.

Zaal: Oké, dan kan ik u volgen. Want er is volgens mij geen algemene regel. Het heeft te maken met de persoonlijke omstandigheden van de cliënt en die is altijd in beeld gebracht.

Wim Canton: Volgens mij is het toch zo dat de meeste klinieken het standaard in hun verlovvoorwaarden hebben staan. Als het niet zo is corrigeer mij alstublieft, maar ik zie er altijd in staan: geen alcohol, geen drugs. En maar heel af en toe wordt daar van afgeweken. Ik heb duizenden verlofaanvragen zo voorbij zien komen.

Karel van de Graaf: De heer van Panhuis, is dat ook wat u altijd ziet?

Peter van Panhuis: Dat ik het altijd zie, zal ik niet zeggen, maar ik zie bij toetsingen van zesjaars-verlengingen of in zaken waarin de verpleging al is opgeheven, er toch vrij standaard in staan; ‘geen alcohol, geen drugs’. En als het dan toch een keer gebeurt dan worden mensen niet meteen naar binnen gehaald, maar als het herhaaldelijk gebeurt dan zie je iedereen zenuwachtig worden. Ik heb herhaaldelijk mensen gehad waarvan de verpleging weer was ingesteld en waarvan je zegt ‘ja maar, wat is nou de relatie met een eventueel delictgevaar’ en in die gevallen is het nogal eens voorgekomen dat een rechtbank dan daarna die hele tbs maar opgeheven heeft. Dan ontstaat er iets van ‘ja maar het staat in de voorwaarden’. Het lijkt ook of de reclassering dan niet meer zelf de vrijheid heeft om te zeggen ‘ja het staat er wel in, maar we zien zelf het gevaar niet’. Iedereen wordt dan eigenlijk heel angstig en dat verwijst ook een beetje terug naar de eerste stelling. Er moet misschien wat meer gedurfd worden.

Arjan de Groot: Worden we wel geholpen met het wegen van risico's? De nieuwe HCR komt er binnenkort aan. En daarin kun je een onderscheid maken bij verslaving tussen “presence” en “relevance”. Dus dan kan je eindelijk zeggen ‘er zit verslaving in, maar bij deze persoon is het niet zo relevant voor het risico’. Dus als je het lijstje afloopt, wordt dwingend in discussie gebracht of het gezien de persoon wel of niet een risicofactor is waar we iets mee moeten of wat we moeten behandelen. Dat geldt overigens ook voor de overige risicofactoren, waardoor je minder risicofactoren een

groter gewicht gaat geven. En dan kun je dus vocaal behandelen en dan kan je wat gericht op de risicofactoren gaan behandelen die ertoe doen. Dus dan heb je eigenlijk een gestructureerd iets dat ook iedere keer terugkomt, waardoor je jezelf dwingt om over die relevantie na te denken en dat zit dan in de risicotaxatie. De interne verloftoetsingscommissie heeft ook zo zijn eigen dynamiek, nog los van het adviescollege. Je hebt in de klinieken altijd wel mensen die drugs blijven gebruiken, die komen al niet door die interne commissie heen en dat is best lastig. Als je een goed verhaal opschrijft, en dat zie ik ook bij het adviescollege, dan komt het ook best wel eens door als je uitlegt dat het risicomangement goed te doen ondanks dat iemand weer zal terugvallen, dat het er wel doorheen komt. Dus het begint al in de kliniek met het goed op te schrijven, maar ook bij interne commissies door bijvoorbeeld het adviescollege als second opinion te gebruiken. Je kunt het AVT ook moeilijke cases voorleggen. Het alternatief is voorwaardelijk beëindigen terwijl het niet helemaal veilig is of longstay plaatsing terwijl het niet nodig is. Binnen de kliniek kan de interne verloftoetsingscommissie ook zeggen; ‘misschien is het goed om het een keer door te laten gaan, want dan kunnen ze op zijn minst meedenken’.

Hendrik Jan van der Lugt: Ik ben eigenlijk gewoon heel erg benieuwd naar het standpunt van het adviescollege. Want ik zit me eigenlijk een beetje te irriteren. Ik zie namelijk in de kliniek ontzettend veel dilemma's die we hebben met het AVT die zegt ‘het is eigenlijk nog niet veilig’, en die inderdaad het verlof wel toekent, maar slechts tot een

bepaalde stap. Wij willen dan eigenlijk door. De rechtbank geeft ons de opdracht om versneld te resocialiseren, waardoor we helemaal klem komen te zitten. Een van de vragen is; 'hoe gaan we om met die verslavingsproblematiek'. Wij denken daar met elkaar heel veel hetzelfde over, alhoewel ik wel verschillende inzichten hoor. Maar ik ben vooral benieuwd wat het AVT vindt, want als het AVT bereid is om daar ook haar nek voor uit te steken, dan kunnen wij de gemiddelde behandelduur in de tbs flink gaan bekorten als het gaat om de intramurale behandeling. Jan Verheugt: Waar moeten we iets van vinden als AVT?

Hendrik Jan van der Lugt: Het gaat volgens mij om het punt dat we eigenlijk met elkaar moeten zeggen dat verslaving vallen en opstaan is en dat dit betekent dat er in het resocialisatietraject dingen misgaan en dat we dat moeten accepteren. En dat dit betekent dat we niet weer terug naar de kliniek gaan, dat we buiten blijven ondanks het feit dat iemand overlast veroorzaakt in de samenleving. Het AVT moet dan zeggen tegen de minister; 'dit is een goede verlofaanvraag, stemt u maar in'

Jan Verheugt: Het is zo dat het uitgangspunt van het AVT is dat wij meewerken in het systeem van de tbs en dat we dus van harte meewerken aan het toekennen van verloven. Positief adviseren aan de minister inzake verloven is het uitgangspunt. En als het op enig moment niet doorgaat, om een of andere reden, dan is dat een afwijking van de trend en het criterium is daarbij buitengewoon eenvoudig, namelijk veiligheid. Als we als college op enig moment in een bepaalde zaak vinden we dat er iets niet op orde is

en dat er toch een veiligheidsprobleem is, dan wijzen we af. Zo simpel is het.

Hendrik Jan van der Lugt: Ik begrijp het aan de ene kant, maar het stelt de kliniek voor een groot dilemma, want de rechtbank zegt wat anders. De rechtbank zegt; 'dit heeft lang genoeg geduurd, beste directeur u moet sneller gaan' en dan zegt het AVT tegen mij 'ik stem niet in met deze verlofaanvraag want het is nog niet veilig genoeg'.

Peter van Panhuis: Maar dat is helemaal niet de competentie van de rechtbank. Dat zijn goed bedoelde lekenadviezen. Als de rechtbank het er niet mee eens is, dan heffen ze maar op. Maar ze gaan niet over de behandeling.

Hendrik Jan van der Lugt: Maar dan heb je feitelijk wel een risicovolle situatie gecreëerd. Dan wordt het voor de maatschappij wel heel erg spannend. Het voordeel van de tbs is dat we binnen een dwangkader heel lang buiten kunnen behandelen en op het moment dat het misgaat, kunnen we ingrijpen. Een voorwaardelijke beëindiging heeft zeker voordelen, maar het dwangkader geeft het voordeel dat je altijd op elk moment, als het nodig is voor de samenleving, kan ingrijpen.

Jan Verheugt: De blik van het AVT is; 'is deze verlofaanvraag veilig ja of nee' of deels veilig want dat is kennelijk in deze zaak gebeurd. Dan keuren we het goed voor de eerste paar stappen en daarna willen we de zaak een keer terugzien. Degene die het overzicht heeft over de hele problematiek is de directeur van de kliniek en niet het AVT.

Tom Deenen: Ik wilde Hendrik Jan vooral bijvallen maar hij vergeet één ding te zeggen. Hij zei dat verslaving vallen en opstaan is, maar resocialiseren is met vallen en opstaan. En wat lastig is, is dat je wel mag opstaan, maar je mag niet vallen. En als je wel valt en je hebt dan toevallig een machtiging dan krijg ik toch nog wel eens te horen dat nog niet alle risicofactoren goed in kaart zijn gebracht. En ik wil natuurlijk niets lelijks tegen de voorzitter van het AVT zeggen, maar als ik iemand buiten heb zitten en die is een keer terugggevallen, niet in delict maar in zijn pathologie door een jointje of een paar jointjes te roken, en mijn verlof is ingetrokken dan moet ik een nieuwe aanvraag doen. Dan moet het vervolgens wel een aangescherpt risicomangement hebben en dan denk ik toch 'oh', ze willen horen geen drugs en alcohol'. En ik heb evenveel last van die interne verfloetsingscommissie, daar heeft Wim helemaal gelijk in, die zijn heel streng. Ik heb ook last van mijn directieleden, ook al zijn ze hier wat milder dan ze soms zijn, maar ik heb zeker ook last van het AVT. En de superoplossing heb ik ook en die zit namelijk bij de rechtbank. Want wil ik het AVT en de verlofunit omzeilen, dan moet ik gebruik maken van de voorwaardelijke beëindiging want dan kan ik zaken doen.

Zaal: Wat ik een beetje mis in deze discussie is de rol en de verantwoordelijkheid van de verlengingsrechters, en ik zou hen twee vragen willen voorleggen. Zijn de verlengingsrechters ook niet heel goed in staat om te beoordelen of middelengebruik een relevante risicofactor is en zijn de verlengingsrechters ook niet prima in staat om te zeggen; 'laat de kliniek ophouden met dat gemekker over dat

cannabisgebruik, wij beëindigen de tbs onvoorwaardelijk'. En een andere vraag is: als iemand al jarenlang clean is en de persoonlijkheidspathologie is goed behandeld, komt er dan niet een moment voor de verlengingsrechters waarop ze zeggen; 'wij beëindigen de tbs onvoorwaardelijk, want als deze persoon opnieuw middelen gaat gebruiken en opnieuw delicten gaat plegen, dan is hij gewoon stom, dan is hij niet ziek, maar gewoon stom en daar kan hij gewoon voor afgestraft worden'. En dat betekent dan niet het falen van een tbs kliniek, want dan heeft de kliniek er eigenlijk voor gezorgd dat iemand de vrijheid terugkrijgt om ervoor te kiezen om al dan niet middelen te gebruiken en delicten te plegen.

Karel van de Graaf: Ik hoorde laatst van een zaak waarbij een patiënt op de crisisafdeling van een kliniek verbleef. Die man werd gevraagd: 'hoeveel rook je' en die man vatte dat op als joints, en die zei 25 per week en die zat nog wel op een crisisafdeling. Dus als u het aan mij als leek vraagt, begrijp ik helemaal niet waar jullie het over hebben, als iemand in beperkingen zit en 25 joints mag roken waar iedereen bij staat, en ik kan me niet voorstellen dat je dat geheim kan houden. En als zo iemand ooit zover komt dat hij naar buiten mag, mag hij niets roken.

Stelling 3: Rinus heeft gelijk. Verdedigd door W.J. Canton

Wim Canton: We weten eigenlijk niets over het natuurlijk verloop van verslaving. Dat is iets wat meneer Dom vanmorgen ook zei. En ik denk dat als je als dokter het natuurlijk beloop niet kent, je eigenlijk ook niets kan zeggen over behandeling. De groep die je dan behandelt, is maar een kleine groep, een geselecteerde groep. Dus zolang je iets niet weet van het natuurlijk beloop, moet je dan gedwongen gaan behandelen, waarvan je eigenlijk niet weet hoe het natuurlijk zal verlopen? Dat is toch vreemd, of niet? Behandeling heeft ook niet zo heel veel resultaat. Dan heb je het over “numbers needed to treat” van tussen zeven en de elf. Dat wil zeggen dat je zeven of acht mensen moet behandelen tegenover acht mensen die je niet behandelt en dan heb je één keer resultaat. Dat wil zeggen dat acht mensen in de tbs zitten voor verslavingsbehandeling, waarbij het bij één resultaat heeft en de andere zeven zitten er voor niets. Dus dat is ook niet echt ethisch. Je gaat mensen iets aandoen, je zet ze in een systeem waar ze eigenlijk nauwelijks uitkomen, dat is ook iets wat steeds duidelijker wordt. Het duurt vaak eeuwig die tbs, je doet ze een behandeling aan voor iets waarvan je eigenlijk niet weet of het ook niet vanzelf over gaat en bovendien weet je niet of die behandeling wel helemaal werkt. Nou, als mensen dan toch een delict begaan, moeten ze daarvoor gewoon de gevangenis in en dat lijkt me dan eigenlijk heel logisch. Dus eigenlijk kan ik wel zeggen dat Rinus Otte in dit stuk van zijn betoog in ieder geval wel gelijk heeft.

Zaal: Volgens mij geldt wat meneer Otte zei niet alleen voor de verslaving. Ik herinner me in de jaren, ik dacht ruim tien jaar geleden, dat meneer Merkelbach heel veel heeft gepubliceerd over het onmogelijke begrip ‘ontoerekeningsvatbaarheid’. Ontoerekeningsvatbaarheid is eigenlijk een niet te hanteren begrip, omdat ook de correlatie met recidivegevaar uiterst arbitrair is. Helaas is die discussie toen weer gestopt, want daar zit het hem dan eigenlijk in. Dat geldt dus niet alleen voor verslaving, maar dat geldt evenzeer voor andere psychiatrische stoornissen, zoals de heer Dom vanmorgen ook zei. Dus dat is probleem nummer één. Dat is het voornaamste denk ik. Daar moeten we denk ik vanaf, want dat is niet te hanteren, dat is een veel te raar begrip. Bovendien doen wij bij de DSM categorieën altijd alsof een persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld te vergelijken is met een stoornis in een orgaan welke je op een röntgenfoto kan zien en de DSM is niet meer dan een stelsel van afspraken welke wij hebben gedefinieerd als een persoonlijkheidsstoornis en daarmee wordt het dus al arbitrair, want dat verandert dus om de haverklap. En zo krijg je dus een eindeloze discussie. Iemand had een antisociale persoonlijkheidsstoornis, in de kliniek doet hij het netjes, heeft hij het nu nog of niet? Dat is dus al een heel probleem.

Peter van Panhuis: Ik ben het voor een groot deel met de uitwerking van het verhaal eens. Wat ik me afvraag is of je dan niet gewoon met die gevangenis, waar van alles gebeurt, uiteindelijk toch weer terugkomt bij wat nu de klinieken zijn. Je zou je kunnen afvragen of je er dan niet verstandiger aan doet om die klinieken om te bouwen, te versoberen

en te rationaliseren, want ik zou niet veel vertrouwen hebben in het gevangeniswezen, wat straks nog verder gestript gaat worden. Er wordt altijd net gedaan alsof er bij psychoses wel een direct verband met toerekenbaarheid zou zijn en dat iemand dan volledig ontoerekeningsvatbaar zou zijn. Ik denk dat we het hele begrip misschien moeten loslaten.

Zaal: Ik ben het grotendeels met meneer Otte eens ten aanzien van de beperkte maakbaarheid van de mens. Het zou fijn zijn als we dat weer eens mochten zeggen. Het de-medicaliseren zou ook een heleboel waard zijn. Het zou de rechtelijke macht sieren als zij de verantwoordelijkheid voor de toerekeningsvatbaarheidsstelling gewoon weer op zichzelf nemen. Dat dwingt ons om ons te beperken tot het opleggen van een beperkte classificatie, maar wel weer met een heel verhaal daaromheen die de beperkingen van betrokkene laat zien, zodat de rechter zijn toerekeningsvatbaarheid zelf kan bepalen. Daar zou ik een sterk voorstander van zijn.

Karin ten Brinck: Ik zou graag willen zeggen dat meneer Otte wat mij betreft niet helemaal gelijk heeft. Omdat als je heel simpel de recidivecijfers bekijkt, de tbs nog steeds heel gunstig is. En om nu te zeggen 'laten we ons er allemaal niet meer mee bemoeien, op grond van te weinig geld wat we hebben in de samenleving gaan we alles maar overboord gooien', zou zonde zijn. Zeker voor de goed ingerichte zorg en behandeling en management die er in klinieken is.

Wim Canton: Maar dan richt je je dus op een hele kleine groep mensen. Ik heb tien jaar als psychiater in de gevangenis

gewerkt en daar zaten mensen die vaak net zo gek en net zo gevaarlijk waren als patiënten in de tbs en die waren er toevallig niet in terecht gekomen. Voor die mensen was, zeker toen, ook heel veel zorg voor. Dus ik vind het een nadeel van het hele tbs-systeem dat voor een kleine groep mensen ongelooflijk veel wordt ingezet, ongelooflijk minutieus gewerkt wordt, waarover pietluttig gedaan wordt voordat ze weer een keer vrijkomen. En dat er voor de grote groep mensen die soortgelijk in elkaar zitten, er eigenlijk niets van dat alles is. En als dat wat dichter naar elkaar toe zou komen, dan zou mij dat een lief ding waard zijn.

Hendrik Jan van der Lugt: Ik wil toch een pleidooi houden voor het handhaven van het begrip toerekeningsvatbaarheid. Ik ben van mening dat het sinds de Franse revolutie een vooruitgang geweest is dat we mensen met een ziekte uitzonderen van strafverantwoordelijkheid en dat daarbij dokters iets over ziekte te zeggen hebben, vind ik niet zo vreemd. Ik ben het wel voor een groot gedeelte eens met de heer Otte, in de zin dat zowel de toerekeningsvatbaarheid enorm uitgebreid is op een terrein waar we misschien al lang niet meer over ziekte kunnen spreken, maar tevens dat wij de neiging hebben om dat andere kernpunt, de DSM, op een verkeerde manier te gebruiken en met name het begrip stoornis gelijk te stellen aan het begrip ziekte. Want dat zijn twee hele verschillende dingen. En degene die de moeite neemt om het dikke boek te lezen in plaats van de vrije vertaling, die kunnen er vanzelf achter komen dat het een heel ander verhaal is.

Zaal: Wat ik me afvraag is of het niet

eigenlijk moet gaan, ook bij de strafoplegging, over de vraag wat is nou eigenlijk goed qua vergelding, maar ook wat is goed qua recidivebeperking. Dus even los van ‘wat heeft iemand nou precies gedaan’. Ik zie veel rapportages die verschillend zijn in DSM en dergelijke, dat is natuurlijk uiterst storend, maar dat is nou eenmaal zo. Maar volgens mij moet het er om gaan ‘wat heeft iemand nodig’. Zoals meneer Otte zegt, een verslaafde heeft het nodig dat hij in een hele gestructureerde omgeving verblijft, in het gevangeniswezen. Prima, dan moet hij daar ook inderdaad verblijven, als dat is wat hij nodig heeft. Maar dan moeten we ook die vraag beantwoorden na het einde van de detentie. Wat gaat er dan gebeuren? Want dat vind ik nou juist de kracht van het tbs-stelsel, dat je iemand lang kan volgen. Dus als we iets kunnen ontwikkelen met elkaar, waarbij we die twee dingen kunnen combineren, dan denk ik dat we iets heel waardevols bedacht hebben.

Rinus Otte: Rechters moeten meer durf hebben, dat is de kern van het betoog. Dat geldt voor de verlengingsrechter en voor het overige ook denk ik. Wanneer we niet uitgaan van een complete stoornis die de volledige toerekenbaarheid weghaalt, dat zou een categorie zijn waarmee ik heel goed kan leven. Het gaat om de categorie die een stukje straf en een stukje maatregel mogelijk maakt en daar geloof ik steeds minder in. Dat is ongelukkig, omdat het een glijdende schaal is die we nauwelijks precies kunnen definiëren. Dan zullen we moeten erkennen dat in de straf die gelimiteerd is en niet een oneindig aantal jaren kan duren, zoals zo vaak nog steeds in enkele klinieken het geval is, dat in een

gevangenisstraf er ook programma's nodig zijn en de reclassering onontbeerlijk is, omdat na tweederde iemand voorwaardelijk in vrijheid kan worden gesteld en er is nog een hele lange periode mogelijk van begeleiding. Als allerlaatste punt wil ik aan de orde stellen, dat in Noorwegen, Engeland en Duitsland wanneer na ommekomst van de vrijheidsstraf iemand nog steeds gevaarlijk is, deze in bewaring wordt genomen, behandeld kan worden of vast blijft zitten en dat wordt getoetst om de twee jaar door een commissie. Dat kennen we in Nederland niet.

Zaal: Dat is dan heel jammer, want dat zou een oplossing zijn voor dit vraagstuk. Want het gaat mij erom dat we ervoor zorgen dat we uiteindelijk de samenleving veiliger maken. Dus we moeten kijken waar iemand het beste thuis hoort en ik kan u volgen dat bij bepaalde groepen je misschien moet zeggen; die heeft eigenlijk wat meer behoefte aan een wat meer repressief milieu en wat minder een supportief milieu wat we met name in de tbs kennen. Overigens kennen we binnen de tbs ook het repressieve milieu, maar goed. Dan kan je kiezen voor wat meer lijkt op een omgeving zoals het in de PPC's van het gevangeniswezen gebeurt. Maar we zitten met het vraagstuk “wat nou na de afloop van de detentie”, want er is op dit moment geen enkel optie behalve vrijlaten.

Rinus Otte: Als gevolg daarvan moet je aanvaarden dat iemand in een samenleving terugkomt en de samenleving, hoe hard dat ook klinkt, moet die veiligheidsrisico's dragen. Zo simpel ligt het. En ik geef toe, dat is niet populair in deze tijd.

Zaal: In Duitsland hebben ze de “Sicherungsverwahrung”, waarvan het Hoog Gerechtshof net heeft bepaald dat dit dus niet kan. Behandeling dient in klinieken te gebeuren, dus ik weet niet of het een oplossing is. Ik denk het niet.

Karel van de Graaf: U zegt dus dat het niet uitmaakt of wij het ermee eens zijn. In Duitsland mag het niet en u verwacht dat in Nederland ook zo zou worden gereageerd?

Zaal: In Duitsland mag het niet en binnenkort wordt het in Engeland waarschijnlijk ook aangepakt. Dan moeten de regels ook weer aangepast worden. In het Engelse systeem kan het verblijf in principe oneindig duren en daar verzet het Europese rechtssysteem zich tegen.

Zaal: Ik denk dat we het veel te veel over meningen en interpretatie hebben. Ik vond het juridische en literaire betoog van de heer Otte natuurlijk geweldig, maar ik denk dat we veel te weinig feiten in handen hebben over recidive, op lange termijn, en ook over de kosten. Dus ik denk dat we nu eerst even moeten kijken naar de recidive percentages. We moeten kijken naar de echte kosten, zowel in de gevangenis als in de tbs, en we moeten daaraan misschien toevoegen kwaliteit van leven. Als we dat empirisch hebben onderbouwd en structureel de hele setting van klinieken en detentie-inrichtingen in kaart hebben, dan kunnen we hele goede beslissingen nemen over welke kant we uit moeten. Ik verwacht dat er aan alle kanten, zowel binnen detentie als ook binnen de tbs, ontzettend veel mogelijkheden zijn om te verbeteren. Om zowel het recidive

percentage naar beneden te halen als ook de kosten. Dus de oplossing voor mij zou zijn: stoel al de veranderingen op feiten en niet alleen maar op meningen.

Zaal: Ik wil aanhaken bij wat meneer Otte zei. We kunnen wel steeds meer op Amerika gaan lijken, maar het is hoe wij als samenleving met onze gedetineerden om willen gaan. Haal ik toch maar even simpel een feit aan; na gevangenisstraf is er sprake van zeventig procent recidive. Na een tbs-maatregel is er sprake van minder dan twintig procent recidive.

Peter van Panhuis: Is dat ondanks of dankzij de tbs?

Bijlage

Programma seminar

Dagvoorzitter: Karel van de Graaf, journalist en tv-presentator

09.30 - 10.00 uur **Ontvangst**

10.00 - 10.05 uur Welkomstwoord **dhr. mr J.W.P. Verheugt**, voorzitter van het Adviescollege Verloftoetsing TBS

10.05 - 10.20 uur Voordracht **mw. dr. I. Embley**, directeur van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en wetenschappelijk adviseur van het Adviescollege Verloftoetsing TBS en **dhr. drs. A.J. de Groot**, klinisch psycholoog en lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS:
Cijfers over verslaving en verlof

10.20 - 11.00 uur Voordracht **dhr. prof. dr. G. Dom**, psychiater en hoofd geneesheer Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te België:
Wat is verslaving, is verslaving een ziekte of niet en wat zijn de dilemma's in de behandeling?

11.00 - 11.30 uur **Pauze**


11.30 - 12.45 uur Voordracht **mw. drs. T. Kersten**, GZ psycholoog en supervisor/leertherapeut VGCT en schematherapie, verbonden aan FPC De Rooyse Wissel:
Geïntegreerde verslavingsbehandeling in de tbs-kliniek: dilemma's rond behandelen versus beheersen.

Voordracht **mw. drs. M.J. Trentelman**, orthopedagoog/ GZ psycholoog en programmaleider verslavingsbehandeling, verbonden aan FPC Trajectum Noord:
Behandelprogramma voor verstandelijk beperkte mensen met risicovol gedrag bij wie verslaving op de voorgrond staat.

Voordracht **mw. drs. L. Lansink**, klinisch psycholoog, verbonden aan FPC De Pompestichting:
Community Reinforcement Approach, een nieuwe vorm van behandeling van verslavingsproblematiek.

12.45 - 13.45 uur **Lunch**

- 13.45 – 14.00 uur Voordracht **dhr. E. ten Holte**, directeur Stichting Verslavingsreclassering GGZ:
Verslaving en reclassering
- 14.00 - 14.30 uur Voordracht **dhr. mr M. Otte**, vicepresident in het gerechtshof te Arnhem:
Verslaving gezien vanuit het perspectief van de rechter.
- 14.30 - 15.45 uur Plenair debat onder leiding van de dagvoorzitter.
Inleiders:
• **dhr. P.J.A. van Panhuis**, forensisch psychiater
• **dhr. dr. W.J. Canton**, psychiater en lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS
- 15.45 - 16.30 uur **Borrel**



Het Adviescollege Verloftoetsing TBS
toetst verlofaanvragen van tbs-gestel-
den en brengt daarover onafhankelijk
advies uit aan de minister.
Het beoordeelt verlofaanvragen
primair vanuit veiligheidsoogpunt
voor de samenleving.

Colofon

Dit verslag is een uitgave van:
Adviescollege Verloftoetsing TBS
Postbus 24019 | 3502 MA Utrecht
T 0880 713 900
secretariaat@avt.minjus.nl
www.verlofadviescollege.nl

© Rijksoverheid | Januari 2013
Publicatie-nr. J-17200 1302