

# Onder de loep

Forensische zorg nader bekeken

Martin Tervoort

© 2021, Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht ([www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

NUR	740, 752, 875
ISBN	978 90 232 5820 9
ISBN ebook	978 90 232 5821 6

1e druk, 2021

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen  
Grafische verzorging en ebook: LINE UP boek en media bv, Groningen  
Omslagontwerp: Elbert Niezen  
Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte

 MET TROTS  
GEPRODUCEERD  
IN NEDERLAND

# Inhoud

V

<b>Voorwoord</b> .....	VII
<b>Verantwoording</b> .....	XII
<b>Dankwoord</b> .....	XIV
<b>Deel I Visie op psychiatrie</b> .....	1
Hoe normaal is normaal? .....	2
Psychiatrie als holistische vorm van geneeskunde .....	5
De maatschappelijke functie van psychiatrie .....	9
Maatschappelijk belang van grenzen en zelfcontrole .....	12
Wat verstaat men in dit verband onder een grens? .....	13
Grenzen en zelfcontrole .....	13
Grenzen en gezag .....	14
Grenzen spelen in de opvoeding een belangrijke rol .....	14
<b>Deel II Behandelaspecten</b> .....	17
Pillen, praten of regelen .....	18
Psychose en betekenis .....	21
Mitsen en maren rond medicatie .....	24
Fysiek contact in de hulpverlening, een herwaardering .....	28
Passende behandelomgeving in de kliniek .....	32
‘Dan dwing je ze toch?’ Therapeutische mogelijkheden van dwang .....	36
Dwang volgens de psychologische invalshoek .....	37
Dwang volgens de sociologische invalshoek .....	37
Dwang volgens het biologisch/medicamenteuze model .....	38
Drang: behandeling met een stok achter de deur .....	40
<b>Deel III Behandelaars</b> .....	43
Reflectie in klinische behandelteams .....	44
Het conflict van plichten .....	48
Gebrekkige samenwerking bij gecompliceerde psychiatrische problemen .....	51
De financiering van de psychiatrische zorg kritisch bekeken .....	55
Out of the box .....	59

<b>Deel IV Forensische psychiatrie</b> .....	63
Forensische psychiatrie in het kort .....	64
Delictpreventie begint vóór het eerste delict .....	67
Verband tussen stoornis en delict .....	70
Toerekeningsvatbaarheid en Pro Justitia Rapportage .....	72
Pro Justitia Rapportage en medewerking van de verdachte .....	74
Godsdienstwaan, gedeelde psychose en geweld .....	77
<b>Deel V Behandeling in de forensische kliniek</b> .....	83
Basisregels en morele uitgangspunten voor behandeling .....	84
Beveiligende zorg: behandelen en beveiligen als één proces .....	87
Begrenzen als therapeutische interventie .....	89
Begrenzen en autonomie .....	91
Begrenzen of onderdrukken .....	92
Geweldshantering in de forensische kliniek .....	93
Belang van empathie binnen de forensische hulpverlening .....	96
Resultaatsverplichting of zorgvuldigheidsverplichting? .....	98
<b>Deel VI Zorg in detentie</b> .....	101
Tijdgebonden straf en niet-tijdgebonden tbs .....	102
De gevangenis als sociale gemeenschap .....	104
Behandelgevangenis .....	108
Wat heeft onderzoek opgeleverd? .....	110
Ter afsluiting nog enkele aandachtspunten .....	111
<b>Deel VII Forensisch-psychiatrische behandelaars</b> .....	113
Positie van forensisch-psychiatrische hulpverleners .....	114
Angst voor resocialisatie bij behandelaars .....	117
De-professionalisering .....	120
Een veilige resocialisatie gaat iedereen aan .....	124
<b>Bijlage</b> .....	129
A. Voorstellen ter verbetering van de psychiatrische zorg .....	130
B. Probleemomschrijving .....	130
Plaatsbepaling van de psychiatrie .....	130
De organisatie van de zorg .....	131
De financiering van de zorg .....	132
Overbelasting en leegloop van hulpverleners .....	134
<b>Literatuur</b> .....	135

# Voorwoord

**Hjalmar van Marle, psychiater, emeritus hoogleraar forensische psychiatrie**

VII

“Bist du ein Mensch, so fühle meine Not”

Veel mensen, wanneer zij lezen over een ernstig geweldsdelict, krijgen een gevoel van bevreemding: hoe kan dit zomaar gebeuren? Sommige herkennen wel iets van de boosheid of de seksuele opwindning die van zo'n delict afstraalt, maar blijven toch zitten met de vraag of die nu tot zo'n heftige agressie moest leiden. Wat gebeurde zal iedereen een misdaad noemen maar is er nu sprake van een misdadiger of een psychiatrische patiënt? 'Bad, sad or mad?'

De schrijver van dit boek, de psychiater Martin Tervoort, heeft een aantal beschouwingen gebundeld over wat de aanloop is tot een misdrijf, over de persoon van de dader maar bovenal ook wat nu de aanpak moet zijn om een herhalingsdelict te voorkomen. Dat vereist niet alleen een analytisch begrip voor wat er gebeurd is (een delictanalyse) maar ook kennis van de motieven en persoonlijkheid van de dader, waarom die deed zoals hij dat deed (het delictscenario). Of er sprake is van een psychische stoornis tijdens het gebeuren is wezenlijk, zowel voor de rechtspraak over het opzettelijke of het ziekelijke in het gedrag als voor de verdere aanpak – wel of geen verplichte behandeling – om herhaling te voorkomen.

In het geval van een psychisch gestoorde dader komt dan de forensische psychiatrie om de hoek kijken, die voor het vonnis een onderzoeksmodel biedt voor de toerekeningsvatbaarheid van de dader dat aan de strafrechter moeten worden overlegd als advies. Na het vonnis biedt de forensische psychiatrie een forensische diagnose en een multidisciplinair behandelmodel voor de verschillende uitkomsten van het strafrechtelijk vonnis na een eventuele gevangenisstraf: een ambulante behandeling onder voorwaarden met toezicht van de reclassering, gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek, behandeling in de gevangenis of de terbeschikkingstelling (tbs).

Hier schrijft een deskundige met brede ervaring in de geestelijke gezondheidszorg, de forensische psychiatrie en de overlap tussen beide. Hij vraagt aandacht voor het thema: over wat er allemaal bij komt kijken als er aan een delinquent een behandeling wordt opgelegd. Zo'n behandeling heeft een wetenschappelijke basis nodig in de vorm van succes in verschillende gepubliceerde onderzoeken, zodat er

# Verantwoording

XII

Wij worden bijna dagelijks geïnformeerd over ernstige delicten, zoals moorden, aanslagen en verkrachtingen. Een deel van de plegers zijn psychiatrisch gestoorde personen, in een enkel geval een tbs-gestelde tijdens verlof. Het is begrijpelijk dat de samenleving hierdoor geschokt wordt en dat men vragen stelt over verlofbeleid en zorgvuldigheid van behandelaars. Vaak bleek forensisch-psychiatrische behandeling minder succes te hebben dan de samenleving wenst, maar soms ook meer dan men dacht. In dit boek bespreek ik kwesties die de algemene psychiatrie, de forensische psychiatrie en het gevangeniswezen betreffen. Bijvoorbeeld resocialisatie, behandel-effecten, de kans op delicttherhaling en financiering van de zorg. Daarnaast komen ook daaraan gerelateerde onderwerpen aan de orde, zoals de omgang met geweld en het gebruik van drugs in klinieken, onvoldoende en overbelast personeel en de grote aantallen psychiatrisch gestoorde daklozen in de samenleving. De onderwerpen kwamen tot stand naar aanleiding van berichten in de media en zijn daar ook vaak een reactie op. Ik hoop bij te dragen aan een ruimer inzicht en beter beeld van het vakgebied, met name waar het de bijdrage aan de maatschappelijke veiligheid betreft. Het boek is interessant voor de direct en indirect betrokkenen bij de forensische psychiatrie zoals medewerkers van de reclassering, penitentiaire medewerkers, juristen, managers, journalisten en politici. Het is echter ook geschreven voor de geïnteresseerde niet-professionaal en voor opleidingsdoeleinden.

Vanaf 1975 heb ik als psychiater en psychotherapeut gewerkt binnen de algemene psychiatrie, klinische psychotherapie en verslavingszorg. Vervolgens werkte ik jarenlang enthousiast en betrokken, maar soms ook met de nodige ambivalentie, binnen de forensische psychiatrie. Als ggz-directeur behandelzaken gaf ik leiding aan een forensisch-psychiatrische kliniek. Als raad/deskundige bij de bijzondere kamer van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, nam ik deel aan de behandeling van beroepskwesties inzake de verlenging of beëindiging van de tbs-maatregel. Ik heb zitting in diverse klachtencommissies van de ggz en ben als coach/begeleider van psychiaters betrokken bij de praktijk in behandelklinieken. Mijn ervaring ligt dus zowel op het gebied van behandelpraktijk en beleid als op de raakvlakken tussen volksgezondheid en justitie.

Het boek bestaat uit een veertigtal onderwerpen en vertoont een losse opbouw. Ik heb overzicht aangebracht door de verschillende onderwerpen onder te brengen in zeven delen. Allereerst geef ik mijn visie op de plaats van psychiatrie in de maatschappij. In deel twee laat ik enkele behandelaspecten de revue passeren. In deel

drie bespreek ik onderwerpen die de hulpverleners betreffen. Deze stukken gaan weliswaar over de algemene psychiatrie, maar gelden evenzeer voor de forensische psychiatrie. De daarop volgende delen gaan specifiek over de forensische zorg. Deel vier gaat over wat forensische psychiatrie inhoudt, het verband tussen stoornis en delict, toerekeningsvatbaarheid en de rapportage in opdracht van de rechter. Het vijfde deel betreft onderwerpen die van belang zijn tijdens de behandeling in de forensisch-psychiatrische kliniek. Deel zes gaat in op de zorg gerelateerd aan detentie. In het zevende en laatste deel komen nog enkele onderwerpen aan de orde die specifiek zijn voor de situatie van forensische behandelaars. Het boek sluit af met een bijlage, waarin een brief is opgenomen gericht aan de woordvoerders van politieke partijen in de Tweede Kamer. De brief is mogelijk voor de lezer interessant omdat de onderwerpen ook in dit boek aan de orde komen en niets aan actualiteit hebben ingeboet.

# Dankwoord

## XIV

Voor het kritisch nalezen van het manuscript en hun deskundige reacties ben ik verschillende personen dank verschuldigd. Klaas van Tuinen, jurist en psychoanalyticus, mijn mededirecteur van de FPK Assen, voor zijn gedetailleerde aanvullingen op juridisch gebied en het klinische behandelgebeuren. Jacob Hartman, psychiater, voormalige behandeldirecteur GGZ Drenthe en Raad van Bestuur Verslavingszorg Noord Nederland, voor zijn inhoudelijke reacties en het advies de overlap tussen de verschillende onderwerpen te beperken. Hans Perik, oud-bestuurder van de voormalige tbs-kliniek Veldzicht in Balkbrug, gaf aanvullende informatie over de bekostigingsstructuur van de zorg en benadrukte het nut van dit boek voor opleidingsdoeleinden. Plaatsvervangend directeur Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring (Ministerie van Justitie en Veiligheid) Erik Nijman dank ik voor zijn up-to-date informatie over de organisatie van de zorg in detentie. Angèle Geerts, docent Sociale Studies Avans Hogeschool, benadrukte het belang van de herstelgerichte zorg tijdens en na detentie, en Frits Netten, docent Sociaal Werk aan de Hogeschool Leiden, deed suggesties om de leesbaarheid met het oog op opleidingsdoeleinden te optimaliseren. Hjalmar van Marle, psychiater en emeritus hoogleraar forensische psychiatrie dank ik voor zijn positieve voorwoord en zijn samenvattende beschrijving van het forensisch- psychiatrische zorgveld. Ten slotte dank ik Tienke Verheijen, uitgever bij Van Gorcum, voor haar enthousiasme voor dit project en voor onze uiterst constructieve contacten.

Dit boek zou niet tot stand zijn gekomen zonder de bijzondere inbreng van mijn echtgenote Annemarie Timmer. Zij heeft gepubliceerd over kunsthistorische onderwerpen en werkte onder meer als docent kunstgeschiedenis en methoden van onderzoek aan de Rijksuniversiteit Groningen en de School voor de Journalistiek Windesheim in Zwolle. Als gevolg van mijn voortdurende commentaar op het nieuws over weer een geruchtmakende kwestie daagde zij mij uit mijn ideeën op te schrijven als ik vond dat ik wat te melden had. Naast de vele gesprekken over de inhoud die al tijdens het ontbijt begonnen, heeft zij een onmisbare bijdrage geleverd door de eindredactie op zich te nemen. Want toen ik uiteindelijk dacht dat de stukken aardig op papier stonden, bleek er toch weer het nodige werk aan de winkel te zijn om het boek echt leesbaar te maken. Taal is dan ook haar ding.

Groningen-Amsterdam, december 2020



# **Visie op psychiatrie**

## Hoe normaal is normaal?

2

Het is voor 'normale' mensen wellicht moeilijk om zich voor te stellen dat de dader van een ernstig gewelds- of seksueel delict voordien een normaal leven heeft geleid en noch met justitie, noch met de psychiatrie in contact is geweest. Vaak blijkt uit de forensisch-psychiatrische rapportage over zo'n verdachte dat er toch al het een en ander op het gebied van justitie of de geestelijke gezondheidszorg aan de orde is geweest. Maar dat is lang niet altijd het geval. Is uiteindelijk iedereen tot een ernstige misdaad in staat, afhankelijk van de omstandigheden? Dan is een delinquent wellicht minder 'de griezelige ander' dan ons lief is.

Mensen zijn geen onveranderlijke objecten want ze zijn beïnvloedbaar. Een persoon leeft niet in een vacuüm en is altijd ingebed in een sociale omgeving, zoals een gezin, een klas, een klasse, een werkverband, een groep vrienden, een politieke partij, een geloofsgemeenschap, een natie en een bepaalde cultuur. Als deel van een bepaalde groep staat een persoon onder invloed van die groep, maar hij kan in principe op zijn beurt ook enige invloed uitoefenen op de groep. Als individu kan hij voor zijn gedrag verantwoordelijk gesteld worden, maar als onderdeel van een groep moet men ook oog hebben voor de invloed van die groep op de persoon. Bij een delict in groepsverband moet de rechter beoordelen hoe het zit met de individuele strafwaardigheid. Deze kwestie speelt bijvoorbeeld bij deelname aan een motorclub die door justitie als criminele organisatie is beoordeeld, en dit speelt ook een rol bij de eventuele strafbaarheid van teruggekeerde IS-gangers.

Hannah Arendt, een joodse politiek filosofe, heeft het begrip 'banaliteit van het kwaad' gemunt naar aanleiding van de berechting van de SS-misdadiger Eichmann in 1961 in Jeruzalem. Zij zag in Eichmann geen gruwelijk monster maar een onbetekenende persoon die als radertje in een vernietigingssysteem in staat was miljoenen joden om te brengen. Dit betekent dat goed georganiseerde totalitaire systemen, zoals dat van de nazi's, hun onderdanen dusdanig kunnen beroven van de mogelijkheid moreel te handelen dat ze in staat zijn kritikloos gehoorzaam en opportunistisch daden uit te voeren die tegen de wetten van elke ethiek ingaan. In het geval van Eichmann heeft Arendt overigens behalve lof ook stevige kritiek op haar analyse gehad. Achteraf is namelijk gebleken dat Eichmann zich tijdens zijn jarenlange verblijf in Zuid-Amerika als een overtuigde nazi bleef uiten. Hij bleek dus minder een onverschillige meeloper te zijn dan Arendt meende. Dit neemt echter niet weg dat normaal geachte mensen tot crimineel gedrag in staat zijn in abnormale omstandigheden. Hiervan zijn voorbeelden te over, zoals de moordpartijen tussen Hutu's en Tutsi's in Rwanda in de vorige eeuw, het verkrachten van vrouwen in oorlogssituaties, de marteling en mishandeling van Irakese gevangenen door Amerikanen in de Abu Ghraib-gevangenis tijdens de oorlog in Irak, maar ook het oppakken en uitleveren van joden aan de nazi's door Nederlandse gezagsdra-

## **|| Behandelaspecten**

## Pillen, praten of regelen

Psychiatrie is een medisch specialisme. De begrippen ziekte en stoornis staan centraal. Erfelijke of aangeboren kwetsbaarheid maakt de kans op stoornissen groter. De mate van weerbaarheid speelt een beschermende rol. 'Nature en nurture', aanleg en omgeving, staan in wisselwerking met elkaar. Belastende factoren zoals het verbreken van een relatie, ontslag uit werk, mishandeling, oorlogservaringen en natuurrampen, kunnen tot ziekteverschijnselen leiden, maar dit gebeurt niet automatisch. Het zijn dus niet alleen de objectieve omstandigheden die een rol spelen bij het ontstaan van een stoornis, maar ook hoe een persoon deze beleeft en ermee omgaat.

Voor de behandeling kan men, zeer globaal gezien, kiezen uit somatische middelen zoals medicatie en daarnaast psychotherapie, regelingen op sociaal-maatschappelijk gebied of combinaties daarvan. De keus die men maakt hangt niet alleen af van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook van de beschikbaarheid van het therapeutische middel en de bekwaamheid en overtuigingskracht van de behandelaar. Verder is het van belang of de patiënt bereid en in staat is hiervan gebruik te maken.

Dikwijls moet de eerste keus die voor medicatie zijn. De klacht of het symptoom kan zo heftig zijn en zo invaliderend werken dat er snel gehandeld moet worden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij mensen met een bipolaire stoornis, schizofrenie en forse symptomen zoals heftige angst, ernstige depressies of hallucinaties. Bij ernstige depressies is aangetoond dat medicatie in combinatie met psychotherapie de beste resultaten geeft. Bij patiënten met een lichte depressie daarentegen heeft psychotherapie de voorkeur.

Voor medicatiegebruik zijn uitgebreide richtlijnen en beslisbomen opgesteld. Deze worden periodiek herzien op grond van de actuele wetenschappelijke stand van zaken en consensus van gezaghebbende behandelaars. Deze richtlijnen en beslisbomen geven behandelaars houvast, maken uniformiteit in de behandeling mogelijk, maar bieden ook ruimte hiervan gemotiveerd af te wijken. Bijvoorbeeld om al in eerste instantie een medicijn voor te schrijven dat niet met voorkeur beschreven staat, maar in het verleden wel een aantoonbaar effect heeft gehad. Een richtlijn is geen bindend voorschrift, en wat voor de gemiddelde patiënt geldt is niet van toepassing op iedereen.

Medicatie is erop gericht direct de klachten, symptomen of de stoornis via een biochemische ingreep te verbeteren. In zekere zin is dit de gemakkelijkste weg. De patiënt neemt de pil in en deze werkt of werkt niet. Echter, ook hier speelt het belang van een goede therapeutische relatie een rol. Zo is het geven van hoop van grote betekenis voor het genezingsproces. Vertrouwen in het effect van het voorgeschreven medicament blijkt het resultaat te bevorderen. Betrouwbaarheid bij de inname speelt uiteraard ook een rol. Goede voorlichting over de werking en bijwerkingen van medicatie is belangrijk, zodat de patiënt zelf een keus kan maken en de medicatie vervolgens ook volgens het voorschrift inneemt.