

Justitie, handen af van de behandelcontext!

Al sinds het begin van de negentiende eeuw is bekend, via de *moral treatment* beweging van Pinel en de *no restraint* benadering van Conolly (Jongerius, Rylant, 1989) dat de sociale organisatie waarbinnen behandeling plaatsvindt zowel ziekte kan verergeren als gezondheid kan bevorderen.

Uit dat inzicht is milieutherapie voortgekomen als een algemene behandelmethodede, door de setting waarbinnen behandeling plaatsvindt systematisch als behandelmiddel in te zetten (Janzing en Lanssen, 1993). Het gaat dan niet zozeer om behandeling in de setting maar om behandeling *via* de setting. Het betreft de opzet van een stabiele samenhangende sociale organisatie waarbinnen een behandelmodel, attitudes, behandelmethoden, behandelvormen, personele middelen, ruimtelijke middelen en organisatiestructuur zijn afgestemd op en samenhangen met het behandelingsdoel en de te behandelen doelgroep (theoretisch basiskader van de Vereniging voor Klinische Psychotherapie, 2005).

Zo onderscheidt men therapeutische milieus die vooral bedoeld zijn voor de instandhouding van intacte functies en het tegengaan van verergering, ondersteunende milieus vooral gericht op het vergroten van vaardigheden, therapeutische milieus gericht op de verbetering van het persoonlijk functioneren via de bestudering van relationele en

groepsprocessen en tenslotte klinische psychotherapie als een vorm van milieutherapie waarbij een dominant psychotherapeutisch referentiekader centraal staat.

Bij milieutherapie gaat het er in de eerste plaats om pathologisch gedrag te verminderen en ongestoord en aangepast gedrag te bevorderen.

Een milieu is echter nooit neutraal. Het zal een effect ten goede of ten kwade op de patiënt hebben. De socioloog Goffman (1968) heeft in de jaren zestig overtuigend de negatieve effecten van de traditionele psychiatrische ziekenhuizen aangetoond. Deze 'totale instituties' leidden tot hospitalisatie, passiviteit, wanhoop, regressie, verlies van identiteit en vermindering van intacte functies.

De conclusie is dan ook dat geen enkele uitsluitend op het individu gerichte behandeling zoals psychotherapeutische gesprekken, terugvalpreventieplan, sociale vaardigheidstraining of medicatie, effectief genoeg is wanneer men niet tevens het klinische of dagklinische milieu waarbinnen de patiënt verblijft, als behandelmiddel aanwendt.

Ondanks individuele behandelingsactiviteiten was het netto effect van de totale institutie uit de tijd van Goffman dikwijls een verslechtering van de gezondheid van patiënten.

De moraal van dit verhaal is dat de regie over de sociale organisatie van de klinische of dagklinische setting waarbinnen de individuele behandeling plaatsvindt, moet liggen bij behandelaars en bij niemand anders, teneinde gezondheidsschade te voorkomen en gezondheid te bevorderen.

Forensisch psychiatrische gezondheidszorg

Voor TBS-klinieken is de regie echter in twee handen: enerzijds berust deze bij de behandelstaf, anderzijds bij het Ministerie van Justitie. Voor Justitie staat beveiliging centraal, en is de vraag of TBS-patiënten behandelbaar zijn minder relevant.

Behandeling is voor Justitie dan ook een optie, geen primair doel.

Waar in vroegere jaren in het Meijers Instituut in klinisch verband TBS-gestelden op grond van psychopathologie en beschikbare behandelvormen en niveaus van beveiliging (poging tot afstemming tussen vraag en aanbod) aan specifieke TBS-klinieken werden toegewezen, domineert sinds een aantal jaren een a-selecte plaatsing.

Patiënten worden ongeacht psychopathologie, motivatie, behandelbaarheid of beschikbare programma's van een instelling at random toegewezen.

De toewijzing geschiedt dus noch op basis van een zorgaanbod, noch op basis van een zorgvraag en puur op basis van plaatsingsbehoefte. Of behandel pogingen uiteindelijk effect hebben, wordt voorts door Justitie niet afgemeten aan de procestijd, dat wil zeggen de tijd die elke patiënt nodig heeft

om in een behandelproces te geraken en dit met succes af te ronden, maar aan de kloktijd. Een periode van zes jaar, verdeeld in twee periodes van drie jaar per kliniek, bepaalt of iemand als onbehandelbaar wordt getypeerd. Er wordt dus voorbijgegaan aan het gegeven dat sommige patiënten van meet af aan onbehandelbaar blijken te zijn (afgaand op behandel mogelijkheden, *state of the art*, beschikbare behandelkwaliteit en *commitment* van de patiënt) en bij anderen bijvoorbeeld na acht jaar nog sprake kan zijn van zinvol behandelen. Zeer recent is Justitie afgestapt van het strakke tijds criterium.

In meerdere klinieken zitten behandelbare en onbehandelbare patiënten in dezelfde leefgroep. Men stelle zich voor hoe een agressief uitagerende patiënt zonder *commitment* voor behandeling het milieu zowel voor medepatiënten als behandelaars kan ontregelen.

Naast de behandeling van TBS-gestelden en beperkte individuele behandelactiviteiten binnen penitentiaire instellingen ontstonden in de jaren negentig van de vorige eeuw forensisch psychiatrische afdelingen en klinieken onder het departement van Volksgezondheid en ingebed binnen bestaande GGZ-organisaties.

Hun bestaansrecht wordt ontleend aan enerzijds het belang psychiatrisch gestoorde delinquenten op te vangen en door te geleiden naar de algemene psychiatrische zorgvoorzieningen, anderzijds een eigensoortige behandelbaarheid te bieden die noch door de algemene GGZ, noch door justitiële TBS-klinieken geboden wordt.

In onderscheid van de algemene GGZ ligt het focus van de forensisch psychiatrische behandeling van FPA's, FPK's, forensische poliklinieken en TBS-klinieken bij de vermindering van delictgevaarlijkheid.

In onderscheid van de TBS-klinieken gaat het bij de FPA's en FPK's om forensisch psychiatrische patiënten met allerlei soorten strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregelen naast de TBS-maatregel, zware en minder zware delicten en langdurige of kortdurende zorgbehoeften zoals crisisinterventie. Het betreft dus een uiterst heterogene groep forensisch psychiatrische patiënten die noch door TBS-klinieken, noch door de algemene GGZ in zorg genomen worden. Daarnaast ligt het primaat van forensisch psychiatrische afdelingen en forensisch psychiatrische klinieken niet bij de directe maatschappelijke beveiliging zondermeer, maar bij wat men beveiligende zorg kan noemen:

beveiliging in het hier en nu binnen de context van de zorgverlening en daarnaast toekomstige beveiliging als gevolg van succesvolle zorgverlening.

Binnen deze afdelingen en klinieken staat de beveiliging dus niet op zichzelf, dus niet los van psychopathologie, behandelbaarheid en delictgevaarlijkheid, maar juist in onderlinge samenhang en afstemming.

In het geval van FPA's en FPK's wordt de sociale organisatie – de context – uitsluitend ontworpen en bewaakt door behandelaars, teneinde de therapeutische meerwaarde van het milieu te kunnen waarborgen.

In het geval van justitiële TBS-klinieken staat de regievoering van de behandelaars

over de behandelcontext voortdurend onder druk van Justitie via van buiten opgelegde richtlijnen en maatregelen en andere bemoeienissen die dikwijls tot stand komen naar aanleiding van een media gevoelig incident.

Justitie tast de organisatie van de forensisch psychiatrische zorg aan

Zeker in zoverre forensisch psychiatrische instellingen TBS-gestelden opnemen, komen deze organisaties in een dynamiek tussen Justitie en Volksgezondheid bekneld, waarbij de behandelaars regelmatig onvoldoende greep hebben op de sociale organisatie waarbinnen de behandeling plaatsvindt als gevolg van regelgeving van Justitie.

Drie voorbeelden:

1. Vragen aan de kliniekleiding om groepsgewijs namen en data van buiten de kliniek verblijvende TBS-gestelden aan Justitie door te geven wanneer er sprake was van een niet opgelost delict. Dit gaat voorbij aan de verplichting geneeskundigen de ruimte voor een conflict van plichten te laten waarbinnen een eigen professionele afweging gemaakt wordt tussen het belang van de maatschappelijke veiligheid en het recht op privacy van de patiënt.
2. Naar aanleiding van een gerucht makend delict door een TBS-gestelde werden door de minister van Justitie alle verlopen van in behandeling zijnde TBS-gestelden in een bepaalde kliniek ingetrokken met voorbijgaan aan toegestane

vrijheden die tevoren op basis van veiligheid en behandelingsoverwegingen waren ingegaan. Aangezien verlof een noodzakelijk onderdeel is van behandeling, werd daarmee de kliniek op dat moment primair een gevangenis en lag de behandeling dus grotendeels stil.

3. Plannen om de financiering van de gehele forensisch psychiatrische gezondheidszorg onder Justitie te brengen. Dit zal een zorgafkalvend effect hebben richting pure detentie en zal de kloof met de algemene psychiatrie vergroten.

Wie betaalt, bepaalt.

De afgelopen jaren hebben laten zien dat er sprake is van een toenemende regie van Justitie over forensisch psychiatrische behandelorganisaties. Hierdoor wordt de milieutherapeutische kracht van het behandelstelsel verzwakt.

Conclusie

Wettelijke, financiële en beveiligingskaders zijn uiteraard gegeven kaders waarbinnen behandelaars hun werk dienen te doen. Wanneer deze kaders echter te veel interfereren met de regie over de behandelcontext, worden behandelplanningen futiel. Conditie waaronder forensisch psychiatrische patiënten behandeld worden en die de behandelorganisatie raken zoals indicatiestelling, afstemming tussen zorg- en beveiligingsvraag en -aanbod, zorgvuldig hulpverlenerschap, behandelbaarheid, behandelduur en de instandhouding van de behandelorganisatie in het algemeen dienen niet door Justitie maar door VWS bepaald

te worden. Justitie gaat over de straftoewijzing, de justitiële maatregelen en het beveiligingskader.

Geen context voor behandeling is behandelneutraal. Zij werkt bevorderend of is schadelijk voor de gezondheid en in het geval van forensisch psychiatrische behandeling kan zij zowel delictpreventief als delict bevorderend uitwerken.

Justitie heeft haar eigen specifieke verantwoordelijkheden en dient zich daartoe te beperken.

M.G.A. Tervoort, psychiater
Divisiedirecteur forensische
psychiatrie GGZ Drenthe

Literatuur

Goffman, E. (1968) *Asylms : Essays on the social situation of mental patients and other inmates* Harmondsworth, Penguin.

Janzing, C. Lanssen, J. (1993) *Milieutherapie*, blz. 5-17, Van Gorcum Assen

Jongerius P.J., Rylant R.F.A. (1989) *Milieu en methode*, blz 19-35, Boom Meppel