

De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg

B.C.M. RAES, A.G. MIEDEMA, L.J. PAESEN

SAMENVATTING Ontwikkelingen in de algemene en in de forensische geestelijke gezondheidszorg hebben tegen de achtergrond van een aantal maatschappelijke veranderingen een discussie op gang gebracht over hun onderlinge verhouding. Getracht wordt om deze discussie te voorzien van een inhoudelijke argumentatie om aan te tonen dat beide systemen weliswaar verschillende wettelijke regelingen hebben, maar elkaar ook aanvullen en onderling samenhangen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 575-578]

TREFWOORDEN forensische psychiatrie, geestelijke gezondheidszorg

De publieke beroering die het levensdelict in de Amsterdamse Vrolijkstraat in 1993 teweegbracht, heeft in belangrijke mate de veelal via de media gevoerde discussie over de verhouding tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geïnitieerd. Een 33-jarige psychotische man bracht op zeer gewelddadige wijze een jong meisje om het leven. Op allerlei signalen uit de buurt omtrent zijn verontrustende gedrag is wel gereageerd, maar dit heeft het delict, waarvoor hem de maatregel TBS (terbeschikkingstelling) met dwangverpleging werd opgelegd, niet kunnen voorkomen (Volkskrant 1998). Sindsdien hebben ernstige delicten, gepleegd door een psychisch gestoorde dader, de maatschappelijke discussie telkens doen oplaaien. In deze discussie wordt het beleid in de algemene GGZ gedurende de afgelopen decennia veelal in verband gebracht met het toenemend aantal psychisch gestoorde daklozen en gedetineerden. Ernstig psychisch gestoorde patiënten bij wie het in de algemene GGZ ondanks talrijke pogingen niet gelukte om tot enige vorm van behandeling te komen, blijken in de forensische GGZ evenwel tot gedragsverandering gebracht te kunnen worden.

In dit artikel zal worden ingegaan op de verhouding tussen de algemene en de forensische GGZ. Het gebruik van deze laatste term wordt in dit betoog in hoofdzaak beperkt tot de inrichtingen waar de maatregel terbeschikkingstelling met dwangverpleging ten uitvoer wordt gelegd. Aan de orde komen beleidsontwikkelingen, veranderende opvattingen over behandeling, kenmerken van de patiëntenpopulaties en de gevolgen hiervan voor de verhouding tussen beide systemen.

VERANDERENDE OPVATTINGEN OVER INDIVIDU EN ZORG

In de westerse landen heeft zich sinds de jaren zestig een ontwikkeling voltrokken in de opvattingen over de verhouding tussen individu en samenleving. Met het gewicht dat toegekend wordt aan het recht op zelfbeschikking, zijn de juridische mogelijkheden om iemand onvrijwillig te doen opnemen wegens een psychische stoornis in toenemende mate beperkt tot de toepassing van het gevaarscriterium (Appelbaum 1997).

Tegelijkertijd werd zoveel nadruk gelegd op de nadelige effecten van langdurige hospitalisa-

tie, dat in de GGZ een extramuralisatieproces op gang kwam dat leidde tot een aanzienlijke beddenreductie. Dit laatste ging vooral ten koste van de verblijfsafdelingen. De asiel functie van het psychiatrische ziekenhuis verdween grotendeels; ambulante en deeltijdbehandelingen kwamen daarvoor in de plaats. Dit proces leidde tot logistieke afstemmingsproblemen in de beoogde zorgcircuits (Van Panhuis 1997).

Deze beleidswijzigingen hebben ertoe bijgedragen dat steeds meer mensen met een ernstige psychische stoornis en met een beperkte psychische draagkracht zich met een gedifferentieerd hulpaanbod in de maatschappij moesten zien te handhaven.

Vanaf de jaren tachtig laten de ontwikkelingen in de forensische GGZ een bijna omgekeerde ontwikkeling zien. Een sterk opgevoerde beveiliging van de TBS-klinieken, de vergroting van hun intramurale capaciteit en een steeds langer wordende opnameduur hebben het maatschappelijk isolement van deze sector en daarmee de afstand tot de algemene GGZ zeker niet gunstig beïnvloed.

Meer recent (MGV 1999) is in de algemene GGZ een beleidskentering opgetreden die 'zorg op maat' beoogt. Deze vraaggestuurde zorg houdt in dat zorg vooral gericht dient te worden op die deelaspecten waar sprake is van een tekort dan wel waar herstel of behoud van functies mogelijk is. De vraag van de patiënt wordt meer en meer richtinggevend, ondersteund door patiëntenbelangenorganisaties die een nadrukkelijke stem krijgen in het bepalen van de inhoud van de zorg en van zorgprogramma's.

Binnen de forensische GGZ heeft zich een vergelijkbare ontwikkeling ingezet. Vanaf de jaren vijftig werd met de behandeling in de TBS-klinieken optimistisch naar structurele persoonlijkheidsveranderingen gestreefd. Tegenwoordig ligt het accent meer en meer op een beleid dat, veelal via gedragsgeoriënteerde terugvalpreventie en rehabilitatie, gericht is op vermindering van de delictgevaarlijkheid. De aard van de maatregel TBS maakt een vraaggestuurde zorg, bezien

vanuit de TBS-gestelde zelf, slechts in beperkte mate mogelijk. Het is immers de rechter die 'vraagt' om bescherming van de samenleving. Wel wordt er toenemend gebruikgemaakt van zorgprogramma's voor onderscheiden doelgroepen (seksueel delinquenten, verslaafden).

VERANDERENDE POPULATIES

Als indicatie voor veranderingen in de populatie binnen de intramurale GGZ moge dienen het onderzoek door het Trimbos-instituut naar de stijging van het aantal onvrijwillige opnames krachtens een inbewaringstelling (IBS) in Amsterdam. Tussen 1992 en 1997 steeg dit aantal van 152 naar 532 per jaar (Janssen 1998). Er worden dus steeds meer gevaarlijke mensen opgenomen. Het zou in het kader van dit betoog interessant zijn te weten hoe het verdere (klinische) beloop geweest is, zowel bij deze patiënten als bij diegenen bij wie afgezien werd van een IBS, dit met het oog op eventuele latere contacten met het strafrecht.

De penitentiaire inrichtingen worden geconfronteerd met een stijgend aantal ernstig psychisch gestoorde gedetineerden (Bulten 1998). Het gevangeniswezen tracht door differentiatie in detentieregimes enigszins tegemoet te komen aan de beheersings- en bejegeningproblemen die psychisch gestoorde gedetineerden met zich meebrengen. Er wordt gepleit voor psychiatrische behandeling tijdens detentie (Vegter 1999).

De populatie TBS-gestelden is onder invloed van wetswijzigingen, sinds het begin van de jaren tachtig, aanzienlijk verzaamd in strafrechtelijk opzicht. De TBS met dwangverpleging kan, enkele uitzonderingen daargelaten, slechts opgelegd worden aan plegers van ernstige agressieve en seksuele delicten, mits uiteraard verminderd of geheel ontoerekeningsvatbaar.

Ook in psychopathologisch opzicht is de samenstelling van de TBS-populatie aanzienlijk gewijzigd. Het aantal TBS-gestelden met een psychotische stoornis is toegenomen van 10% in

1979 tot ongeveer 30% in 1995 (Van Panhuis 1997). In de meeste gevallen is er tegenwoordig bovendien sprake van een combinatie van psychotische en persoonlijkheidsstoornissen met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen. Negenzig procent van de TBS-populatie heeft in de voorgeschiedenis ambulante of intramurale contacten met de algemene geestelijke gezondheidszorg gehad, waarvan bijna een derde in de vorm van een onvrijwillige (civielrechtelijke) opname. De gemiddelde leeftijd bij oplegging van de TBS bedraagt amper 30 jaar. Ruim 10% werd noch eerder veroordeeld, noch onvrijwillig opgenomen (Van Emmerik 1999).

Patiënten met een (ernstige) psychische stoornis gecombineerd met excessief gebruik of afhankelijkheid van psychoactieve stoffen stellen zowel de algemene als de forensische GGZ voor lastige bejegening- en behandelingsproblemen.

DE TBS ALS ULTIMUM REMEDIUM?

De TBS-maatregel is bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen de herhaling van ernstige agressieve en seksueel-agressieve delicten. In het licht van het boven besprokene is de TBS tevens te beschouwen als een ultimum remedium bij (potentieel) gevaarlijke patiënten als andere interventies onvoldoende resultaat gehad hebben (Van Emmerik 1999). De ervaringen in de TBS-sector sterken het vermoeden dat het veelal gaat om stoornissen waarvoor door de aard van de stoornis, geen hulp wordt gezocht. Men mag veronderstellen dat vroege hechtingsproblemen deze patiënten predisponeren tot 'zorgwekkende zorgvermijders'. Hetzelfde is mogelijk het geval bij een aantal van de psychisch gestoorde delinquenten zonder TBS.

BESCHOUWING

De behandeling van (potentieel) gevaarlijke patiënten vindt grotendeels plaats in twee afzonderlijke systemen, de algemene en de forensische GGZ, ondanks de overlap in de kenmerken van

hun patiëntenpopulaties en de aard van de benodigde zorg. Historisch gezien is dit begrijpelijk omdat beide in ieder geval wat betreft de onvrijwillige opnemingen hun oorsprong vinden in twee verschillende rechtssystemen: het civielrechtelijke en het strafrechtelijke systeem. Het voorzieningenbeleid is gebaseerd op de ontwikkelingen in deze twee afzonderlijke systemen, met als gevolg een vermaatschappelijking van de algemene GGZ enerzijds en een steeds toenevend beveiligend en gesloten karakter van de voorzieningen in de forensische GGZ.

Een aanzienlijk deel van de forensische GGZ-populatie blijkt relatief kort voordat het tot strafrechtelijke bemoeienis kwam, meer of minder intensieve contacten gehad te hebben met de algemene GGZ. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of andere interventiemogelijkheden dan de huidige dergelijke 'patiëntencarrières' kunnen voorkomen en zo ja, welke rol de forensische GGZ met haar outillage en ervaring hierbij zou kunnen spelen. De ervaring leert dat voorzieningen in algemene psychiatrische ziekenhuizen (lang) niet altijd toereikend zijn om patiënten met ernstig impulsief of acting-out-gedrag te kunnen behandelen.

Meer dan 67% van de TBS-gestelden blijkt aangewezen op een intramurale voorziening van de algemene GGZ als voortgezet verblijf binnen het hoge TBS-beveiligingsniveau niet langer noodzakelijk is (Van Emmerik 1999). Deze overplaatsingen blijken op weerstanden te stuiten (Van Vliet 1998). Een gevolg hiervan is verlenging van de intramurale verblijfsduur en nog meer druk op het capaciteitsprobleem in de TBS-sector.

Nieuwe ontwikkelingen zijn in gang gezet om de kloof tussen de algemene en forensische GGZ te overbruggen: het opzetten van forensisch-psychiatrische afdelingen bij algemene psychiatrische ziekenhuizen en van forensisch-psychiatrische poliklinieken en deeltijdbehandeling onder de hoede van TBS-klinieken, en de aanzet tot het ontwikkelen van procedures voor indicatiestelling en plaatsing van forensisch-psychiatrische patiënten, conform het model van

het Indicatie Overleg GGZ.

Professionele indicatiestelling voor opname en behandeling van (forensisch-)psychiatrische patiënten in de meest geëigende voorziening lijkt voorlopig nog ondergeschikt aan de opdeling in twee systemen en stuit bovendien op juridische obstakels. Bovendien bestaat er een grijze zone en daarmee een zekere mate van toeval tussen een civielrechtelijke dan wel een strafrechtelijke afdoening van met name dreigdelicten, gepleegd door psychiatrische patiënten.

Het is wenselijk een vorm van onafhankelijke indicatiestelling te ontwikkelen die door beide systemen gedragen wordt en die bovendien zou bijdragen aan het vestigen en benutten van een samenhangend, gedifferentieerd systeem van voorzieningen. Deze differentiatie zou tegemoet moeten komen aan de noodzaak van beveiliging van de samenleving, personeel en patiënten en van voldoende variatie in behandelingsaanbod. De samenhang tussen de voorzieningen dient voldoende waarborgen te bieden voor behandelingscontinuïteit.

LITERATUUR

- Appelbaum, P.S. (1997). Almost a Revolution. An International Perspective on the Law of involuntary Commitment. *Journal of the American Academy on Psychiatry and Law*, 25, 135-147.
- Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Emmerik, J.L. van (1999). De last van het getal, een overzicht in cijfers

van de maatregel TBS. *Justitiële Verkenningen*, 4, 9-31.

- Janssen, M. (1998). *Dwang in Amsterdam*. Eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen opnemingen in Amsterdam'. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid (1999). Themanummer Behandelprogramma's, 4.
- Panhuis, P.J.A. van (1997). *De psychotische patiënt in de TBS*. Deventer: Gouda Quint.
- Vegter, P.C. (1999). *Behandelen in de gevangenis*. Oratie KU. Nijmegen, Deventer: Gouda Quint.
- Vliet, J.A. van (1998). *Verslag van het project 'Actie-plan uitstroom TBS'*. Interne publicatie Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag.
- Volkskrant (1998). *Dwangopnamen in Amsterdam verdrievoudigd*. 10 september 1998.

AUTEURS

B.C.M. RAES is hoogleraar forensische psychiatrie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

A.G. MIEDEMA, GZ-psycholoog, is verbonden aan de forensisch-psychiatrische afdeling van de Gelderse Roos, Wolfheze.

L.J. PAESEN, klinisch psycholoog, is werkzaam bij de GGZ, Forensisch Psychiatrisch Circuit, Eindhoven.

Correspondentieadres: B.C.M. Raes, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Vrije Universiteit Amsterdam, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-10-2000.

SUMMARY

The borders between general and forensic mental health care systems – B.C.M. Raes, A.G. Miedema, L.J. Paesen –

Developments in general mental health care and forensic psychiatric care gave rise to a discussion about the relationship between the two systems, against the background of changes in society. This article tries to provide a more comprehensive view on this relationship. Both systems, although based on different legal regulations, should provide a more complementary and cohesive care.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 575-578]

KEYWORDS forensic psychiatry, mental health care