

# Bad or mad? Invloed van psychiatrische problematiek bij verdachten op strafrechtvervolgning

A.J.E. VISSCHER, G.B. VAN DE KRAATS, B. VAN DER GOOT, A.W. BRAAM

**ACHTERGROND** Psychiaters werkzaam op de crisisdienst van de ggz wordt met enige regelmaat verzocht een verdachte met psychiatrische problematiek te beoordelen op het politiebureau. In die verzoeken wordt vaak de term 'detentie(on)geschiktheid' gebruikt. Vaak ontstaat er discussie tussen de (hulp)officier van justitie en de psychiater of de verdachte beter af is in de ggz of in het forensisch circuit. Opname in de ggz met een inbewaringstelling (IBS) betekent in de praktijk vaak ontslag van strafrechtelijke vervolging.

**DOEL** Onderzoeken welke werkwijze voor verdachten met psychiatrische problematiek leidt naar passende zorg (ggz of detentie), nagaan hoe voorkomen kan worden dat overtredingen of misdrijven gepleegd door psychiatrische patiënten ten onrechte worden 'gepsychiatriseerd' met ontslag van rechtsvervolgning als uitkomst en beschrijven of de term 'detentieongeschiktheid' op deze populatie toepasbaar is.

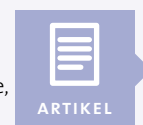
**METHODE** Semigestructureerde interviews met professionals binnen de ggz, het om en de forensische psychiatrie. De gespreksonderwerpen werden gebaseerd op vooraf verricht literatuuronderzoek en bestudering van casuïstiek.

**RESULTATEN** Het stellen van een opname-indicatie door de crisisdienst beïnvloedde het oordeel van de (hulp-)officier van justitie over de strafrechtvervolgning. 'Bad or mad'-denken binnen justitie leidde tot het 'psychiatriseren' van overtredingen of misdrijven gepleegd door psychiatrische patiënten. De interpretatie van goed hulpverlenerschap en het gebrek aan kennis over de zorgmogelijkheden in detentie droegen ertoe bij dat ggz-psychiaters eerder dan hun forensische collega's geneigd waren arrestanten in de ggz op te nemen.

**CONCLUSIE** De taak van de crisisdienst op het politiebureau is niet zich uitspreken over detentie(on)geschiktheid, maar bepalen welke zorg op dat moment noodzakelijk is. Zorg binnen het justitiële kader is daarin een belangrijke optie, die te realiseren is door de (forensische) ketenpartners op structurele wijze te betrekken bij de besluitvorming. Bewustwording van het belang van een tweesporenbeleid, te weten straf én zorg, zal – ook voor de minder ernstige delicten – psychiatrisering voorkomen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)7, 480-488

**TREFWOORDEN** bad or mad, crisisdienst, detentie(on)geschiktheid, forensische psychiatrie, ontslag van strafrechtvervolgning, psychiatriseren, verdachte



ARTIKEL



Bij verdenking op een strafrechtelijk verwijtbare overtreding of een misdrijf kan de politie iemand aanhouden, vastzetten op het politiebureau en verhoren. Als vermoed wordt dat er bij de verdachte sprake is van een psychiatri-

sche stoornis – al dan niet in relatie tot het delict – kan de politie of de (hulp)officier van justitie ((H)Ovj) de crisisdienst verzoeken een psychiatrische beoordeling te doen. (Een hulpofficier van justitie wordt door de minister van

justitie aangewezen. Vaak betreft het politieambtenaren met de rang van inspecteur of hoger. De HOvJ is geen lid van het openbaar ministerie.) In die verzoeken komt regelmatig de term ‘detentie(on)geschiktheid’ aan de orde; een term die officieel niet van toepassing is op verdachten in de aanhoudingsfase. Als uit de beoordeling van de crisisdienst blijkt dat er inderdaad sprake is van een (ernstig) psychiatrisch toestandsbeeld, kan er een discussie ontstaan tussen de (hulp)officier van justitie en de psychiater van de crisisdienst over waar de verdachte het beste af is: in de ggz of (op een behandelafdeling) binnen het forensisch circuit? Deze discussie kan zeer levendig verlopen: dikwijls bestaat er verschil van mening over de vraag of de nadruk van het beleid zou moeten liggen op straf of op zorg.

Het *Handboek spoedeisende psychiatrie* beschrijft dat ‘er geen plaats is voor een Bopz-maatregel zolang de strafrechtelijke vrijheidsbeneming voortduurt’ (Wiewel 2011). In de praktijk is het inderdaad zo dat de verdachte met een psychiatrische stoornis in geval van een ernstig delict op last van de officier van justitie vast blijft zitten. Zo nodig wordt de verdachte in afwachting van voorgeleiding aan de rechter-commissaris (rc) in een penitentiaal psychiatrisch centrum (PFC) geplaatst. Het beleid is ook helder als de ernst van het psychiatrisch toestandsbeeld de ernst van het delict in hoge mate overstijgt en de verdachte voldoet aan de gevaarscriteria volgens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz): de (H)OvJ stemt dan op advies van de psychiater vrijwel altijd in met een gedwongen opname in de ggz. Er is echter ruimte voor tweespraak als de verdachte op basis van het psychiatrisch toestandsbeeld en het delict zowel ‘recht’ heeft op een vorm van zorg als op een vorm van straf, temeer omdat opname in de ggz in de praktijk neerkomt op ontslag van rechtsvervolging.

In dit artikel stellen wij ons de volgende onderzoeksvragen:

- Welke factoren compliceren momenteel de afweging of verdachten met psychiatrische problematiek voor de juiste zorg het best af zijn in de setting van de ggz dan wel binnen een behandelafdeling van een penitentiaire inrichting of een PFC?
- Hoe is te voorkomen dat overtredingen of misdrijven gepleegd door psychiatrische patiënten ten onrechte worden ‘gepsychiatriseerd’, met ontslag van rechtsvervolging als uitkomst?
- Wat is de correcte interpretatie en toepassing van de term ‘detentie(on)geschiktheid’ bij verdachten in de aanhoudingsfase?

## AUTEURS

**ANOUCK VISSCHER**, ten tijde van schrijven arts in opleiding tot psychiater, Altrecht, Utrecht; thans: psychiater, Altrecht GGZ.

**GERBEN VAN DE KRAATS**, psychiater, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), locatie Midden-Nederland.

**BRANT VAN DER GOOT**, psychiater Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), locatie Midden-Nederland.

**ARJAN BRAAM**, A-opleider, Altrecht GGZ, psychiater, Crisisdienst, Utrecht, en bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie bij de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

## CORRESPONDENTIEADRES

Anouck Visscher, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.  
E-mail: an.visscher@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-12-2014.

## ACHTERGROND

### Straf(proces)recht en samenwerking betrokkenen regio Utrecht

Voor een goed begrip beschrijven wij eerst het verloop van het straf(proces)recht (**TABEL 1**) en de samenwerking tussen de (forensische) diensten, crisisdienst, politie en het openbaar ministerie (om) in de regio Utrecht.

Als een verdachte een overtreding of misdrijf begaan heeft, hebben politie en om tijd nodig om bewijs te verzamelen over de zaak. De politie kan een verdachte na aanhouding daarom zes uur vasthouden op het politiebureau.

Als het vervolgens in het belang van het onderzoek is en indien het om (ernstige) strafbare feiten gaat, kan de (H)OvJ bevelen tot inverzekeringstelling (ivs). Een ivs duurt drie dagen en kan met eenzelfde periode verlengd worden. Na drie dagen wordt de verdachte voorgeleid aan de rc. De rc toetst dan of de aanhouding en de inverzekeringstelling rechtmatig zijn geweest. De OvJ kan de rc tijdens de voorgeleiding verzoeken om een (strafrechtelijke) inbewaringstelling die maximaal 14 dagen duurt. Als de rc hiertoe besluit, wordt de verdachte meestal overgebracht naar een huis van bewaring. Na deze inbewaringstelling kan gevangenhouding volgen tot aan de (pro-forma)zitting van de verdachte (Stikker 2005).

In Utrecht draagt de crisisdienst zorg voor de arrestanten met psychiatrische problemen in de fase van aanhouding

en de periode van de in verzekeringstelling. In de aanhoudingsfase verzoekt de politie de crisisdienst rechtstreeks om een beoordeling. Is de verdachte eenmaal in verzekering gesteld, dan wordt de crisisdienst in principe ingeschakeld door de forensisch artsen van de Forensische Medische Maatschappij Utrecht (FMMU). De forensisch artsen van de FMMU leveren op indicatie zowel psychiatrische als somatische zorg op het politiebureau, in het cellencomplex, in de huizen van bewaring en de penitentiaire inrichtingen in de regio.

De forensisch psychiaters van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIPP) worden op verzoek van de OvJ dan wel de rc bij een verdachte betrokken in het kader van een 'voorgeleidingsconsult'. Het doel van het voorgeleidingsconsult is te adviseren welke zorg de verdachte nodig heeft binnen detentie en of een pro Justitia-rapportage zinvol wordt geacht. In een pro Justitia-rapportage onderzoekt men onder meer de eventueel verminderde toerekeningsvatbaarheid ten gevolge van psychiatrische problematiek ten tijde van het delict.

### Penitentiair psychiatrische centra

Als de zorg en de begeleiding binnen de reguliere detentie onvoldoende zijn, kunnen gedetineerden met ernstige psychiatrische problemen vanaf 2009 terecht in een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) (wetsvoorstel Wet Forensische Zorg; Wesselijs 2012). De PPC's zijn ook bedoeld voor in verzekeringgestelde verdachten die in afwachting zijn van hun voorgeleiding. De PPC's vormen een onderdeel van de vernieuwing van de forensische zorg zoals beschreven in het wetsvoorstel Wet Forensische

Zorg. Volgens deze wet moet de geboden psychiatrische zorg in detentie equivalent zijn aan de zorg in de ggz, hierbij rekening houdend met de detentieomgeving. In 2010 werd dit zogenaamde equivalentieprincipe bijgesteld tot het moeten kunnen bieden van 'verantwoorde zorg' (Ministerie van Justitie 2010; Ministerie van vws 2011; Wesselijs 2012).

In de praktijk zijn de PPC's redelijk tot goed geoutilleerd als het gaat om op stabilisatie gerichte behandeling van min of meer acute beelden (Daniels 2011).

### 'Psychiatriseren'

De term 'psychiatrisering' kent geen eenduidige beschrijving. Binnen de context van dit artikel gaan wij uit van de betekenis: aannemen dat strafrechtelijk verwijtbare gedragingen voortvloeien uit een psychiatrische stoornis, zonder dat dit toereikend onderzocht is. Het gevolg hiervan is dat een verdachte met een psychiatrische stoornis niet verantwoordelijk wordt gehouden voor zijn gedragingen en in een prematuur stadium strafrechtelijk ontoerekeningsvatbaar wordt verklaard.

Psychiatriseren is een vorm van medicaliseren en de tegenhanger van het 'criminaliseren' van psychiatrische patiënten. Criminalisering in deze context werd eind jaren negentig van de vorige eeuw als een zorgwekkende ontwikkeling beschreven in de Verenigde Staten (Lamb e.a. 1998; 2002). Het houdt in dat psychiatrische patiënten betrokken bij overtredingen of kleine misdrijven in toenemende mate terecht komen in detentie, terwijl ze thuishoren in de ggz (FIGUUR 1).

**TABEL 1** Procedure bij verdenking van een strafbaar feit

Wat?	Door wie?	Waar?	Tijd?	Psychiatrische zorg?
Aanhouding voor verhoor	Politie	Politiebureau	6 uur (tijd tussen 00:00-09:00 uur geldt niet)	Crisisdienst
Evt. verlenging van verhoor	Politie	Politiebureau	6 uur (tijd tussen 00:00-09:00 uur geldt niet)	Crisisdienst
Inverzekeringstelling	(hulp)officier van justitie	Politiebureau	Maximaal 6 dagen (2 x 3 dagen)	Crisisdienst, Forensisch arts, Forensisch psychiater
Bewaring	Rechter-commissaris	Huis van bewaring of politiebureau	Maximaal 14 dagen	Forensisch arts, Forensisch psychiater
Gevangenhouding	De Rechtbank	Huis van bewaring of gevangenis	Maximaal 90 dagen	Forensisch arts, Forensisch psychiater

In Nederland gaan vanuit het veld stemmen op om psychiatrische patiënten ook juridisch aan te spreken op hun gedrag. Dit geldt niet alleen voor ernstige misdrijven of levensdelicten, maar ook bij lichtere feiten zoals agressie, bedreiging, overlast, vernieling of schade. Tijdens recent overleg over de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg werd onnodige psychiatrisering benoemd: *‘Een bericht als ‘Verwarde man blaast flat op’ is een voorbeeld van psychiatrisering. Daarvoor moet je oppassen. Hij kan verward zijn, maar het kan ook iets anders zijn. Is er tussen de stoornis en het gevaar of de schade sprake van een causaal, oorzakelijk verband? [Deze afweging] vraagt om zorgvuldigheid [...]’* (Hondius 2014).

### Detentieongeschiktheid

De term ‘detentie(on)geschiktheid’ komt uit de Penitentiaire Beginselen Wet (PBW, 1998) en is van toepassing op gedetineerden verblijvend in een penitentiaire instelling. De PBW is niet van toepassing op de fase voor de voorlopige hechtenis. De wet biedt de mogelijkheid gedetineerden uit te plaatsen naar een forensisch psychiatrische afdeling of kliniek als er sprake is van *‘een (dreigende) psychiatrische decompensatie of een absolute ongeschiktheid voor een detentief situatie als gevolg van psychiatrische stoornissen of een psychiatrische aandoening waarvoor klinische behandeling is aangewezen, dan wel een persoonlijkheidsstoornis op grond waarvan een detentie vervangende behandeling in een andere voorziening dan in een Tbs-inrichting is aangewezen’* (Artikel 15, lid 5 en 6 PBW; Art. 30). Ruim tien jaar na ingang van de PBW werden de PRC’s geïntroduceerd.

## METHODE

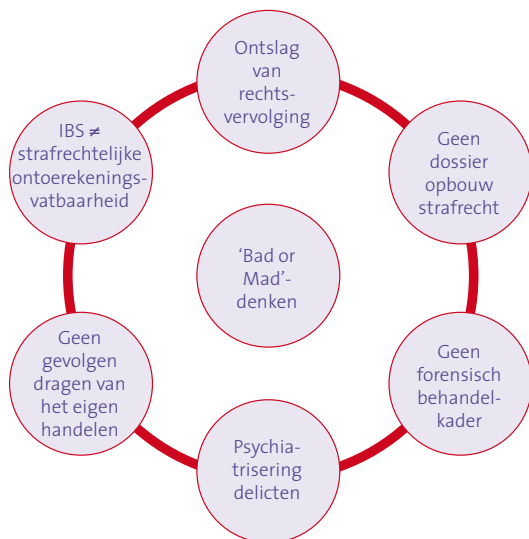
### Onderzoeksopzet

Het onderzoek werd geïnitieerd vanuit de crisisdienst van Altrecht GGZ te Utrecht in connectie met de onderzoekslijn van Altrecht ‘Ernstige Psychiatrische Aandoeningen & Cultuur’. Het betreft een open, exploratief, kwalitatief onderzoek waarbij de data verkregen werden middels semigestructureerde interviews. Geïnterviewd werden experts binnen respectievelijk het forensisch veld, te weten NIPP-psychiaters (n = 6); forensisch artsen (n = 2), PRC-psychiater (n = 1) en forensisch jurist (n = 1), binnen de ggz, te weten crisisdienstpsychiaters (n = 6) en binnen het justitiële veld, te weten officieren van justitie (n = 2) en politiebeambte (n = 1).

De interviews werden mondeling, face to face afgenomen door de eerste auteur. De gesprekken vonden plaats tussen januari 2013 en februari 2014. De gespreksitems waren gebaseerd op vooraf verricht dossieronderzoek bij de crisisdienst en een beknopt literatuuronderzoek. De bestudeerde dossiers betroffen 17 casussen. Deze werden geselecteerd op de reden van aanmelding (een verzoek tot beoordeling van detentiegeschiktheid van een verdachte op het politiebureau of in het cellencomplex) en/of het bestaan van discussie tussen de crisisdienst, politie en/of de (H)OvJ over de vraag of de ggz dan wel een justitieel traject het meest passend was voor verdachte. De gespreksitems zijn onderverdeeld in hoofdthema’s:

- Gebrek aan kennis bij ggz-psychiaters over de zorgmogelijkheden in detentie;

FIGUUR 1 Gevolgen van de ‘bad or mad’-denkwijze



- ‘Bad or mad’-denken bij ggz en justitie (met de term ‘justitie’ wordt hier bedoeld: het om en de rechterlijke macht (de rechters van de rechtbank);
- Een suboptimale samenwerking tussen de ketenpartners rondom de zorg voor verdachten met een psychiatrische stoornis;
- De interpretatie en de toepassing van de term ‘detentie(on)geschiktheid’ bij verdachten in de aanhoudingsfase.

Alle partijen gaven vanuit hun expertise een oordeel over de genoemde hoofdthema’s en droegen zo mogelijk oplossingen aan. Na afronding van de interviews vond opnieuw literatuuronderzoek plaats.

### Analyse

De geluidsregistraties van de interviews werden verbatim getranscribeerd. Analyse vond plaats door de fragmenten uit de interviews die verband hielden met een van de hoofdthema’s handmatig te coderen als ‘complicerende factoren’. Vervolgens werd aan deze factoren gewicht toegekend door ze te scoren: indien meer dan 50% van de respondenten binnen de groep van de crisisdienst of het NIFF een factor als complicerend benoemde, werd deze meegenomen naar de overallanalyse.

In de overallanalyse werden de fragmenten uit de interviews met de overige experts waar mogelijk gekoppeld aan de genoemde complicerende factoren. Wij zochten naar oplossingen voor de complicerende factoren en de hoofdthema’s in de interviews zelf, evenals tijdens een tweetal consensusbijeenkomsten die na afronding van de interviews georganiseerd werden voor alle geïnterviewde experts.

## RESULTATEN

### Gebrek aan kennis bij ggz-psychiaters over zorgmogelijkheden binnen detentie

Voor ggz-psychiaters oogt de cel op het politiebureau niet als een geschikte verblijfplaats voor een psychiatrische patiënt. De ggz-psychiaters bleken daarnaast onvoldoende op de hoogte van de zorgmogelijkheden voor psychiatrische problematiek in detentie of in de PRC’s. Sommigen hadden er een uitgesproken negatief beeld over: ‘Een tijd geleden was er een documentaire op tv over de FOBA en dat vond ik verschrikkelijk. Als mensen daar terechtkomen is het vreselijk als hun behandeling er zo uit ziet. Een plek die ik niemand toe zou wensen.’ De meerderheid van de ggz-psychiaters geloofde niet dat binnen detentie dezelfde kwaliteit van zorg geboden kan worden als op een gesloten opname-unit van een ggz-instelling. Goed hulpverlenerschap, waarbij de hulpverlener moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende

uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (WGBO 1995), hield voor hen daarom uitplaatsing naar de ggz in.

De bevroagde PRC- en forensisch psychiaters betreurden deze denkwijze en vonden deze een onderschatting van de behandelmogelijkheden van psychiatrische problematiek binnen detentie. Daarnaast wezen zij erop dat de detentiestelling van waarde kan zijn bij de besproken populatie. Een forensisch psychiater: ‘De forensische setting kan meer dwingend in behandeling zijn, waar buiten de muren ambivalentie heerst. Daarnaast zij er veel diagnostische mogelijkheden in de vorm van een pro Justitia-rapportage, inclusief intelligentie- of (neuro)psychologisch onderzoek, wat bij zorgmijdende patiënten die buiten de muren slecht in beeld komen van grote waarde is.’

Naast het negatieve beeld dat de ggz-psychiaters hadden van de mogelijkheden tot stabilisatie, diagnostiek en behandeling in detentie, was voor hen ook de (acute) route hiernaartoe onduidelijk. Geen van de geïnterviewde ggz-psychiaters zei op de hoogte te zijn van de mogelijkheid tot spoedplaatsing in enkele van de vier PRC’s die 24 uur per dag en 7 dagen per week personen kunnen opnemen. Mits de verdachte van rechtswege in verzekering gesteld is, kan deze binnen enkele uren terecht op de crisisafdeling van PRC Amsterdam.

### ‘Bad or mad’-denken bij ggz en justitie

‘We hebben het idee dat justitie haar strafrechtelijke beleid bijstuurt op het moment dat wij psychiatrie signaleren en dan de zaak seponeren omdat -niet geheel op de feiten gebaseerd- een delict wordt toegeschreven aan een psychiatrisch toestandsbeeld,’ aldus een ggz-psychiater. ‘Daarbij lijkt justitie een IBS of een RM als een vervangende straf te zien. Als we een verdachte gedwongen opnemen in de ggz vervalt justitiële vervolging.’ De wet Bopz neemt in die gevallen de rol van het strafrecht – te weten bescherming van de maatschappij – op ontrechte gronden over.

Het voeren van een ‘of/of-beleid’ (óf straf óf behandeling) door justitie stuitte op weerstand bij de ggz-psychiaters. ‘De gemiddelde patiënt met schizofrenie weet namelijk ook wel dat je geen fiets mag stelen’, merkt een van hen op, ‘en het is cognitief gedragsmatig belangrijk dat je naar psychiatrisch patiënten dezelfde grenzen stelt als naar niet-psychiatrisch patiënten.’

De geïnterviewden werkzaam binnen de politie en het om herkennen het ‘bad or mad’-denken in hun organisatie: een persoon is of gestoord (‘zielig’) en hoort in de ggz thuis, of is ‘slecht’ en moet naar de gevangenis. Het belang van een tweesporenbeleid, zodat een verdachte zowel zorg ontvangt als strafrechtelijke consequenties van zijn gedrag ondervindt, zag men ook in.

Een van de geïnterviewden beschreef dit in een casus van

een persoon die meermaals dreigde zich te suicideren door van grote hoogte te springen: *‘bij het afwenden van dat gevaar waren meerdere hulpdiensten verschillende keren urenlang betrokken en moest telkens een deel van de weg afgezet worden, wat leidde tot forse verkeershinder. Er is lang gediscussieerd over het doen toekomen van een boete voor de overlast aan deze persoon, omdat het onjuist voelde een persoon met een psychiatrische stoornis te straffen. Toen hier uiteindelijk toch toe besloten werd, stopten de pogingen na twee boetes.’*

De geïnterviewde OvJ's zeiden: *‘Elk strafbaar feit zou strafrechtelijk moeten worden afgedaan, hoe ernstig de psychiatrische stoornis ook is. Hierbij uiteraard rekening houdend met de persoon van de verdachte en diens problematiek. De realiteit is echter dat er in deze situaties op grote schaal een ‘sepot gezondheidstoestand’ afgegeven wordt, wat inhoudt dat er niet overgegaan wordt tot vervolging vanuit justitie.’* Overigens werkten sommige ggz-psychiaters onbedoeld mee aan een dergelijk beleid, als zij vanuit hun goed hulpverlenerschap in hun terugkoppeling aan de (H)OvJ de nadruk legden op de psychiatrische problematiek.

Het was de bevraagde OvJ's bekend dat een dergelijke handelwijze tot gevolg heeft dat een (recidiverende) verdachte geen strafdossier opbouwt en ook geen zorg in een forensisch kader opgelegd kan krijgen. In de gevallen dat zij echter wel besloten tot vervolging interfereerde de aanwezige psychiatrische problematiek alsnog in de berechting: *‘Vervolging leidt vaak tot een zogenaamd ovarvonnis (Ontslagen Van Alle Rechtsvervolging) of een artikel 9A (schuldig zonder oplegging van straf), juist omdat de advocaat van de verdachte verwijst naar de bopz-maatregel die zijn cliënt opgelegd is op de dag van het delict. Als OvJ kun je het tegendeel niet bewijzen zonder pro Justitia-rapportage, waarvan de kosten niet in verhouding staan tot deze vaak minder ernstige delicten.’* Wellicht op voorhand ontmoedigd bij het vooruitzicht een zaak voor de rechter te brengen, gaven de bevraagde OvJ's aan dat zij (lichte) delicten begaan door psychiatrische patiënten daarom vaak verontschuldigen op basis van de psychiatrische stoornis; zeker als de verdachte met een IBS voor ‘even van de straat is’. De persoonlijke zienswijze van (hulp)officieren in kwestie, werk- en tijdsdruk en administratieve aangelegenheden leken te bepalen hoeveel moeite er gedaan werd een verdachte na zijn verblijf in de ggz alsnog te vervolgen.

### Suboptimale samenwerking tussen de ketenpartners

Er heerste bij vrijwel alle geïnterviewden ontevredenheid over (aspecten van) de samenwerking met de ketenpartners bij deze doelgroep. Bij de ggz-psychiaters was het voornaamste ongenoegen terug te voeren op het verloop van de communicatie met politie en om: *‘Politie, HOvJ en OvJ zitten vaak niet op een lijn ten aanzien van het strafrechtelijke*

*beleid, wat verwarrend is. Daarnaast voegen ze hun beleid naar het onze als ze nog niet weten wat ze strafrechtelijk willen doen met een verdachte en wij al wel tot een psychiatrisch oordeel zijn gekomen’,* aldus een ggz-psychiater. Dat werd als onprettig ervaren, omdat het psychiatrisch oordeel het strafrechtelijk beleid niet zou moeten beïnvloeden. Daarbij kreeg de meerderheid van de ggz-psychiaters de indruk dat er eigenlijk maar één gewenste uitkomst is bij een beoordeling op het politiebureau: *‘De politie ziet ons het liefst als een ‘IBS-service’.*

Uit de vraaggesprekken bleek dat geen van de geïnterviewde ggz-psychiaters het overleg zoekt met de forensisch psychiaters van het NRP, die als deskundigen zouden kunnen adviseren over de zorgmogelijkheden in detentie en de route hiernaartoe. Als reden hiervoor werd onbekendheid met hun taakomschrijving en onbereikbaarheid genoemd.

De forensisch psychiaters en artsen misten op hun beurt een degelijke overdracht met bevindingen, medicatiebeleid en eventuele voorgeschiedenis van de verdachten die door de crisisdienst waren beoordeeld. Naar hun mening kwam het ontbreken hiervan de zorg voor de verdachte in detentie en de kwaliteit van het voorleidsingsconsult niet ten goede.

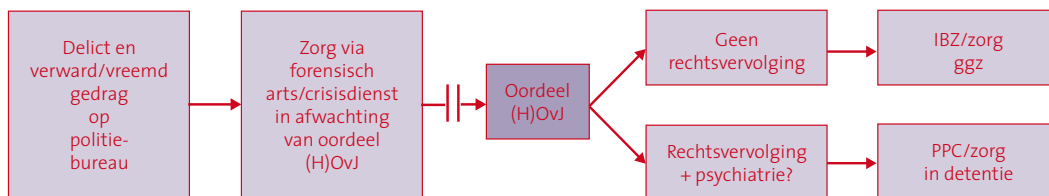
### Interpretatie en toepassing van de term ‘detentieongeschiktheid’

Uit ons onderzoek bleek er een verschil in interpretatie en toepassing van de term ‘detentieongeschiktheid’ te bestaan tussen ggz-psychiaters en hun forensische collega's. Bijna alle geïnterviewde forensisch psychiaters meenden dat de term ‘detentieongeschiktheid’ op grond van ernstige psychiatrische problematiek haast niet meer van toepassing is sinds deze groep vanaf 2009 terecht kan in één van de vier landelijke PRC's: *‘Een [patiënt met een] ‘gewoon’ psychotisch, manisch of depressief beeld kan uitstekend terecht op een PRC. Daarnaast zijn de PRC's buitengewoon bekwaam agressie en geweld het hoofd te bieden.’* Alleen in uitzonderlijke, acute psychiatrische en/of somatische gevallen adviseerden ook zij iemand te plaatsen in een ggz-instelling of algemeen ziekenhuis.

(Ernstige) psychiatrische stoornissen en/of somatische aandoeningen waren voor de ggz-psychiaters echter reden om de verdachte (gedwongen) op te nemen in de ggz of in een algemeen ziekenhuis. Indirect verklaarden ze de verdachte hiermee detentieongeschikt.

De forensisch psychiaters raadden hun ggz-collega's aan zich vooral niet te laten verleiden een uitspraak te doen over detentiegeschiktheid. *‘Dat is hun taak niet’,* zo verwoordt een forensisch psychiater, *‘herformuleer de vraag in: ‘welke zorg is nodig na aanhouding of gedurende inverzekeringstelling?’*

**FIGUUR 2** Beslisboom ter voorkoming ‘bad or mad’-denken zoals in de consensusbijeenkomst voorgesteld



## DISCUSSIE

### Voorstel

Gedurende een tweetal consensusbijeenkomsten met alle partijen werd getracht de betekenis van dit onderzoek voor de Utrechtse praktijk vast te stellen. Hierbij stelden wij een beslisboom voor die uitging van een strikte scheiding tussen het juridisch oordeel door de (H)OvJ en het psychiatrisch oordeel door de crisisdienst (FIGUUR 2). Met andere woorden: pas als het strafrechtelijk beleid vast ligt, specificeert de crisisdienst de zorgvraag naar de juiste setting. Dit is wezenlijk anders dan de huidige praktijk, waarin de crisisdienst het oordeel en beleid vaak eerder rond heeft dan de (H)OvJ en daarmee diens besluitvorming kan kleuren.

In de praktijk zou dit het volgende betekenen voor de taakomschrijving van de crisisdienst: mocht de (H)OvJ niet besluiten tot rechtsvervolgving, dan weegt de crisisdienst de noodzaak tot IBS af. Mocht de (H)OvJ wel tot vervolging overgaan, dan bekijkt de crisisdienst idealiter of zorg op het niveau van een PPC een vereiste is of dat men met andere interventies de zorg binnen detentie kan waarborgen. De crisisdienst zou in aanvulling op de eigen beperkte kennis over de forensische zorgmogelijkheden het NIFF binnen kantooruren consulteren; buiten kantoor-tijden kan eventueel overlegd worden met de psychiater-achterwacht van PPC Amsterdam. Discussies tussen psychiater en (H)OvJ over de vraag waar de verdachte met psychiatrische problematiek thuishoort, zouden middels het aanhouden van een dergelijke nauwgezette volgorde gro-tendeels van de baan zijn.

### Bezwaren

Dit voorstel stuitte op enkele bezwaren. Het blijkt in de praktijk vrijwel onmogelijk de (H)OvJ en de politie te onthouden van beïnvloeding van hun oordeel door het aanwezige psychiatrisch toestandsbeeld. Zij nemen ten-slotte ook zonder de bevestiging van de crisisdienst waar hoe vreemd een verdachte zich gedraagt, of trekken hun conclusies uit de mutaties in het strafdossier. De aanwezigen gaven aan dat niet een rigide beslisboom, maar een

cultuuromslag zal moeten leiden tot een zuiverder afwe-ging.

De voortekenen zijn positief: de respondenten uit het jus-titiële veld zeiden zich toenemend bewust te worden van het belang psychiatrische patiënten ook de juridische gevolgen van hun gedrag te laten ondervinden. Het zal nog enige tijd duren voordat deze denkwijze tot alle lagen van de organisatie is doorgedrongen. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of deze ontwikkeling daadwerkelijk voet aan de grond krijgt en of daarmee de (juridische) mogelijkheden toenemen om parallel aan een Bopz-traject ook de strafrechtvervolgging voort te zetten.

## CONCLUSIE

Bij de beoordeling van een verdachte met psychiatrische problematiek kan verschil van mening ontstaan tussen de (H)OvJ en de psychiater van de crisisdienst of de nadruk van het beleid op straf of op zorg moet liggen. Het indiceren van een IBS voorafgaand aan een strafrechtelijk oordeel betekent in de praktijk vrijwel altijd dat de zaak gesepo-neerd wordt. Dat kan leiden tot verontwaardiging over mogelijke rechtsongelijkheid, omdat de overtreding of het misdrijf de psychiatrische patiënt in dat geval niet wordt toegerekend. Dergelijke ‘psychiatrisering’ wordt in stand gehouden door ‘bad or mad’-denken binnen justitie, maar ook door het willen handelen vanuit goed hulpverlener-schap door de beoordelende ggz-psychiaters. Idealiter wacht de beoordelende psychiater het besluit betreffende de strafrechtsvervolgving af, voordat deze een uitspraak doet over de zorgbehoefte en (eventueel) een Bopz-proce-dure opstart. Helaas is een dergelijk strikte volgorde in de praktijk onmogelijk.

Om wederzijdse beïnvloeding zoveel mogelijk te voorko-men is het raadzaam dat zowel de crisisdienst als politie en justitie zich bij hun eigen expertise en verantwoordelijk-heden houden. De formele taak van de crisisdienst is te bepalen welke psychiatrische of somatische zorg de ver-dachte nodig heeft. Niet de IBS, maar de zorgbehoefte staat centraal. Stabilisatie, diagnostiek en behandeling moeten waar mogelijk geboden worden binnen het justitieel sys-teem, zodat zorg en straf *parallel* aan elkaar doorgang vin-

den. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid een inverzekeringgestelde verdachte met spoed over te plaatsen naar een PPC. Gezien het gebrek aan kennis bij de ggz-psychiaters over de zorgmogelijkheden in detentie en de route hiernaartoe, is het wenselijk laagdrempelig te kunnen overleggen met de forensische collega's van het NIFP of het PPC.

De crisisdienst Altrecht, het NIFP Midden-Nederland, de Forensisch Medische Maatschappij Utrecht (FMMU) en het Openbaar Ministerie Midden-Nederland verleenden hun medewerking aan de interviews. De heer T. Evenhuis droeg bij aan de literatuurverzameling.

## LITERATUUR

- Artikel 30. Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden. Besluit gelet op artikel 15 lid 6 van de Penitentiaire Beginselenwet, 18 juni 1998. [http://wetten.overheid.nl/BWBR0011558/geldigheidsdatum\\_10-09-2014#HoofdstukVII](http://wetten.overheid.nl/BWBR0011558/geldigheidsdatum_10-09-2014#HoofdstukVII)
- Daniels D. Het PPC, hart van de penitentiaire psychiatrie? *Sancties*. 2011; 5: 271-277.
- Hondius A. In: Verslag van een rondetafelgesprek, 5 maart 2014. Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/32399>
- Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 483-92.
- Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ Jr. The police and mental health. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1266-71.
- Ministerie van Justitie. Kaderdocument Forensische Zorg aan Gedetineerden. Opdracht aan de PPC's is het bieden van verantwoorde zorg binnen detentie. Den Haag: DJI; januari 2010.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg. Utrecht; 2011.
- Penitentiaire Beginselenwet, 18 juni 1998. [http://wetten.overheid.nl/BWBR0009709/geldigheidsdatum\\_10-09-2014#HoofdstukIV](http://wetten.overheid.nl/BWBR0009709/geldigheidsdatum_10-09-2014#HoofdstukIV)
- Stikker, TE. In: Handboek wetgeving forensische psychiatrie. Den Haag: Sdu; 2005.
- Wesselius, J. Het penitentiair psychiatrische centrum: een volwaardige psychiatrische kliniek in de gevangenis? *Ontmoetingen. Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap* 2012; 17: 9-20.
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. 1 april 1995. Boek 7, titel 7, afdeling 5.
- Wet forensische zorg: de behandeling van deze wet is door de Tweede Kamer uitgesteld in verband met een technisch mankement, 10 april 2014.
- Wiewel PG. Psychiatrische bijstand in het strafrecht. In: Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk van WM, red. *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*. Amsterdam: Benecke; 2011.



## SUMMARY

# Bad or mad? Thinking in terms of 'bad or mad' and the (possible) prosecution of offenses committed by the mentally ill

A.J.E. VISSCHER, G.B. VAN DE KRAATS, B. VAN DER GOOT, A.W.BRAAM

**BACKGROUND** Psychiatrists working for the outreach emergency services of mental health institutions are regularly asked to assess whether a suspect being held at a police station should be charged and later prosecuted or be admitted to a mental institution. In other words, is the suspect 'suited for detention'. Often the representative of the judicial system and the psychiatrist from the emergency services then discuss whether the suspect would be better served by care under the mental healthcare system or under the criminal judicial system. Compulsorily admission to a mental health institution often leads to exemption from prosecution.

**AIM** To determine what procedure (prison or clinic) will provide the suspect with appropriate care; to find out how to ensure that mentally-ill perpetrators of offences are not assigned erroneously to psychiatric care (i.e. they are 'psychiatricised') and thereby exempted from prosecution, and to determine whether the term 'suited for detention' is applicable to such a person.

**METHOD** Data were derived from semi-structured interviews with experts from the acute mental health services, the forensic psychiatric services and the criminal justice system. All topics were based on a literature review and on study of case histories.

**RESULTS** A decision by the emergency services to admit a suspect to a mental health institution influences the views of the representative of a criminal judicial system with regards to the possible imprisonment of the suspect. Thinking in terms of 'bad or mad' can influence the judicial system to give a psychiatric slant to offences or crimes committed by psychiatric patients. Psychiatrists' interpretation of proper care and often their lack of knowledge about the current care facilities available in prisons meant that psychiatrists were more likely than their forensic colleagues to assign suspects to mental health care. According to forensic psychiatrists, their colleagues from mental health care services should not be concerned about whether a suspect is 'suited' or 'unsuited' for detention; their main concern should be what kind of care and treatment the suspect urgently requires.

**CONCLUSION** The role of the representative of the emergency services present at the police station is to decide what type of care is required at that particular moment. Care within the judicial system is an important option; that type of care can be obtained by involving forensic colleagues in the decision. Awareness of the importance of a dual track policy (conviction/punishment or care) should help to prevent unjustified 'psychiatrisation', of both minor and serious offenses.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)7, 480-488

**KEY WORDS** acute psychiatry, bad or mad, exemption from prosecution, forensic psychiatry, 'psychiatrisation', suspect, unsuited for detention