

ARTIKELEN

Reclassering op een kruispunt(?)

Rol en positie van de reclassering bij Forensisch Psychiatrisch Toezicht*

Jaap van Vliet

Inleiding

Als jonge puber is de man gestart met softdrugsgebruik en daarom van school gestuurd. Via een aanmelding bij de Riagg is hij enkele jaren in een kinderrechtsgeestelijke instelling geplaatst. Vanaf 20-jarige leeftijd gebruikte hij veel middelen. Hij kwam hiermee in aanraking doordat zijn vader er in handelde. Hij had contacten met psychiaters en psychologen en gebruikte een antipsychoticum dat wordt voorgeschreven bij schizofrenie. Hij werd gedurende acht jaar acht maal opgenomen in een APZ met diagnoses als: recidiverende paranoïde schizofrenie, recidiverend poly-harddrugsgebruik en ADHD. Hij nam tijdens zijn opnames geen medicatie, hield zich niet goed aan afspraken en onttrok zich vaak – tegen advies in – vroegtijdig aan de behandeling. Uiteindelijk belandde hij in de tbs.¹

In de inleiding van een themanummer over geestelijke volksgezondheid en justitie van *Justitiële Verkenningen* uit 1991 werd over een dergelijke levensloop gesteld dat daar vele verhalen over mogelijk zijn. ‘Twee daarvan hebben vergaande consequenties. Vanuit het oogpunt van *justitie* wordt de levensgeschiedenis beoordeeld op de mate van schuld c.q. toerekening en de noodzaak van beveiliging van de samenleving. Vanuit het oogpunt van de *geestelijke volksgezondheid* heeft een psychisch gestoorde persoon als gevolg van zijn ziekte een delict gepleegd en heeft hij hulp nodig.’² Gevaarlijk of gek, dat is de indeling die sectoraal wordt gemaakt.

Forensisch Psychiatrisch Toezicht

Naar aanleiding van de aanbevelingen die de parlementaire commissie-Visser³ in 2006 deed over verbetering van het tbs-stelsel heeft de reclassering, samen met

* Dr. Jaap A. van Vliet is beleidsadviseur bij Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering, onderzoeker bij het lectoraat ‘Werken in justitieel kader’ van de Hogeschool Utrecht en redactielid van PROCES.

1 Zie: J.A. van Vliet & T.I. Oei, ‘Van stoornis naar delict. De verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenissen van Tbs-gestelden’, *Pedagogiek* 2006, 3, p. 311.

2 *Justitiële verkenningen* 8/91, p. 5.

3 Tijdelijke commissie onderzoek Tbs, ‘Vandaag over gisteren en morgen’, *Kamerstukken II* 2005/06, 30 250, nrs. 4-5.

Jaap van Vliet

het ministerie van Justitie en de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's), de taak om de reclasseringswerkzaamheden binnen het tbs-kader te verbeteren opgepakt. Naast interne kwaliteitsverbeteringen, zoals opleidingen, opzet casuïstiekoverleggen en het verbeteren van de samenwerking met de afzonderlijke klinieken, werd vooral de samenwerking gezocht in de uitstroombfase. Hieruit voortgekomen is het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT), een samenwerkingsmodel waarbij de expertise van reclassering én klinieken voor individuele ter beschikking gestelden (tbs'ers) in de eindfase van hun behandeling zo veel mogelijk wordt benut. Dit om de veilige uitstroom van tbs'ers uit klinieken te bevorderen en tegelijkertijd de veiligheid nog verder te verhogen. Later werd gestart met een soortgelijk samenwerkingsmodel voor de tbs met voorwaarden, waarbij met name verbetering van de aansluiting tussen het justitiële circuit en de algemene geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een speerpunt werd. Een belangrijk onderwerp daarbij is de informatieoverdracht van GGZ-behandelaars, vaak gedragsdeskundigen, naar het justitiële circuit.

Inmiddels is met het FPT de nodige ervaring opgedaan; er werd een onderzoek verricht door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)⁴ en een inspectierapport uitgebracht door de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt).⁵ Deze rapporten geven een hoopvol beeld van de ontwikkelingen, en de doorontwikkeling is in volle gang. De expertise van de reclassering ontwikkelt zich tot een herkenbare professie in het forensische veld, waardoor mogelijkheden tot samenwerking met andere professies worden bevorderd.⁶ Een onafhankelijke en heldere positionering van de reclassering maakt het mogelijk continuïteit te bevorderen in de behandeling en begeleiding van en het toezicht op cliënten/patiënten met een justitiële titel.

Het grensgebied tussen justitie en algemene zorg

De ontwikkeling van het FPT heeft een lange voorgeschiedenis. Het is goed om dit in het oog te houden wanneer het lijkt alsof oplossingen voor vraagstukken op het grensgebied tussen justitie en zorg niet snel genoeg lijken te worden gevonden.⁷ Veel van de aansluitingsproblemen zijn verklaarbaar, omdat handelwijzen in verschillende sectoren te maken hebben met specifieke wet- en regelgeving, met verschillen in werkcultuur en professionaliteit en niet in de laatste plaats met de vraag welke maatschappelijke opdracht men per sector heeft uit te voeren.

4 J.M. Harte, W.D. van Kalmthout & J.J.M.C. Knüppe, *Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op Tbs-gestelden* (reeks Criminologie nr. 7), Amsterdam: Vrije Universiteit 2010.

5 Inspectie voor de Sanctietoepassing, *Reclasseringstoezicht bij proefverlof en voorwaardelijke beëindiging van de Tbs-maatregel*, Themaonderzoek, augustus 2010.

6 Zie ook: D. Heij & A. Trapman, 'Forensisch Psychiatrisch Toezicht, een gouden vondst?', in: J.A. van Vliet, A. Andreas, B. Keuning & W.E. Zandbergen (red.), *Verbinden in de keten. Forensisch Psychiatrisch Toezicht bekeken*, Amsterdam: SWP 2012.

7 Zie: J.A. van Vliet, 'Verbinden in de keten, Forensisch Psychiatrisch Toezicht in breder perspectief', in: J.A. van Vliet, A. Andreas, B. Keuning & W.E. Zandbergen (red.), *Verbinden in de keten. Forensisch Psychiatrisch Toezicht bekeken*, Amsterdam: SWP 2012.

Toch is het de vraag hoe het mogelijk is dat tegenstellingen op dit gebied zo lang konden of kunnen blijven bestaan terwijl er zoveel maatschappelijke en persoonlijke schade uit leek voort te komen en er legio studies en adviezen op dit terrein zijn verschenen die in begaanbare richtingen wezen. En, behalve de noodzakelijk verbetering van het tbs-stelsel, behoeft het grote aandacht om de zorg- en hulpverlening aan de 'grensgangers' tussen justitie en de algemene zorg- en hulpverlening te verbeteren; zo lang de algemene geestelijke gezondheidszorg deze groep mensen niet aan zich kan binden, zal het moeilijk zijn tbs'ers met voorwaarden of tbs'ers na behandeling in een FPC de voor hen noodzakelijke GGZ-zorg te bieden. In 1991 werd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) een belangrijk advies uitgebracht over de 'forensische psychiatrie en haar raakvlakken'.⁸ Hierin werd onder meer uitgebreid onderzoek en verslag gedaan over de eerdergenoemde tegenstelling tussen het *oogpunt van justitie* en het *oogpunt van de geestelijke volksgezondheid*, die in het beleid leidt tot dilemma's en in de praktijk tot wrange situaties. De NRV stelde onder meer vast dat de doelgroep van de forensische psychiatrie voor een groot deel bestaat uit 'grensgangers': mensen die bij veel hulpverlenings- en GGZ-organisaties niet op hun plaats lijken te zijn. 'Deze "grensgangers" zijn net geen justitie (te ziek voor de gevangenis), net geen volksgezondheid (te gezond voor het psychiatrisch ziekenhuis); net geen FPK (niet psychotisch), of net geen tbs (geen delictgevaar); net geen RIAGG (te verslaafd), of net geen CAD (te psychiatrisch)', werd in het advies gesteld.

De NRV adviseerde onder meer tot samenwerking en aansluiting tussen algemene voorzieningen, de GGZ en de justitiële hulpverlening, zoals de tbs-sector en de reclassering. Verder werd aanbevolen te komen tot een programmatische aanpak en tot de ontwikkeling van regionaal georiënteerde forensisch psychiatrische circuits. De wijze waarop deze circuits zich her en der al dan niet hebben ontwikkeld, is onderzocht, maar zal hier verder buiten beschouwing blijven.⁹

Al meerdere malen werden vanuit de rechterlijke macht, onder meer de Penitentiare Kamer, soortgelijke signalen afgegeven. In strafzittingen kwam men met regelmaat mensen tegen die al eerder waren behandeld in de GGZ maar daarna buiten beeld waren geraakt: draaideurpatiënten, zorgmijders en anderen waarmee de GGZ zich geen raad bleek te weten. Zo stelde de vicevoorzitter van het gerechtshof in Arnhem, Van Kuijck, in 2003 dat ernstige misdrijven en tbs-opleggingen te voorkómen waren geweest als de desbetreffende daders in het verleden beter ofwel consistentere waren begeleid en minder lang hadden moeten doorlopen met hun problemen.¹⁰ Van Kuijck en Vegter meenden al eerder dat het 'van algemene bekendheid is dat onder wetsovertreders het aantal personen met een

8 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Forensische Psychiatrie en haar Raakvlakken deel 1* (Publicatie 6/91), Zoetermeer 1991.

9 J.A. van Vliet & J.P. Wilken, *Ons kent ons... de praktijk van samenwerking in de forensische zorg*, Amsterdam: SWP 2001; J.A. van Vliet, *De Tbs in zijn maatschappelijke context. De relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006, p. 85-101.

10 'Door falende zorg met Tbs-ers', *De Gelderlander* 24 december 2003.

Jaap van Vliet

geestelijke stoornis aanzienlijk is. Wellicht is er een verband te leggen met het (dis)functioneren van de geestelijke gezondheidszorg.¹¹

Lastig was en is dat de rechterlijke macht geen registraties bijhoudt die dergelijke uitspraken kunnen onderbouwen; veelal wordt afgegaan op indrukken en niet systematisch vastgelegde ervaringen uit de praktijk. En als er een verband is tussen het (dis)functioneren van de GGZ en de toename van tbs-opleggingen, hoe ziet dat verband er dan uit, is het mogelijk dit te beïnvloeden, welke invloeden spelen nog meer een rol?¹²

Maar ook onder meer onderzoeken van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)¹³ en de Gezondheidsraad¹⁴ ondersteunen de door Van Kuijk en Vegter genoemde conclusies.

Het in 2007 door de RMO uitgebrachte rapport *Straf en zorg: een paar apart* komt met een uitgebreide analyse en gesteld wordt dat mensen met psychische en psychiatrische problemen die delictgevaarlijk zijn, klem zitten in 'systemen' die niet goed bij hun situatie passen. Zorginstellingen komen pas in actie als er een duidelijke hulpvraag is, maar we hebben nu juist vaak te maken met personen die (nog) geen hulpvraag kunnen formuleren.

Uit eigen uitgebreider literatuuronderzoek en dossieronderzoek bij de Penitentiare Kamer kwam ten aanzien van mensen die later tbs kregen opgelegd (en van wie tijdens de behandeling al de justitiële voorgeschiedenis bekend was) naar voren dat hun zorg en behandeling in de algemene zorg plotseling door de behandelaars of door de patiënt zelf konden worden beëindigd zonder dat er een verwijzing plaatsvond naar een instelling die *wel* de nodige hulp kon bieden, en zonder dat er meer of minder gedwongen zorg of nazorg werd geboden. Wanneer deze patiënten buiten het blikveld van de zorg terechtkwamen en een ernstig geweldsdelict begingen, hadden zij een verhoogde kans in de tbs terecht te komen. Een conclusie was dat de verbrokkelde wijze waarop zorg en hulpverlening zijn georganiseerd, vanuit dit gezichtspunt bijdraagt aan een toename van uitingen van gevaarlijke gestoordheid en uiteindelijk aan de groei van het aantal tbs'ers. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt werd wel erg ruim naar de patiënt toegerekend, terwijl weinig rekening werd gehouden met de mogelijkheden van schade voor de omgeving.¹⁵

Staat de reclassering op een kruispunt?

Op een symposium naar aanleiding van het eerdergenoemde advies van de NRV, onder de titel *Forensische psychiatrie: ver van huis*, stelde ik twintig jaar geleden

11 Y.A.J.M. van Kuijk & P.C. Vegter, 'De Tbs in de rechtspraktijk', *Justitiële verkenningen* 1999, 4, p. 54-66.

12 Zie: Van Vliet 2006.

13 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Den Haag 2007.

14 Gezondheidsraad, *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (publicatienummer 07), Den Haag 2006.

15 Van Vliet & Oei 2006, p. 301-316.

onder meer: 'Sociaal-psychiatrisch reclasseringswerk functioneert op een kruispunt van justitie, forensische psychiatrie en diverse algemene voorzieningen, zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg. Daardoor is het naar mijn mening wellicht een voorziening die de mogelijkheid heeft centraal te functioneren in een netwerk van zorgcoördinatie, die voor de hier bedoelde cliëntgroep noodzakelijk is.'¹⁶ Destijds was de animo binnen beleid en management van de reclassering echter niet groot om een dergelijke rol te gaan vervullen. In de reorganisatie van de reclassering die enkele jaren later plaatsvond, werd zelfs 'uit het oogpunt van een flexibele inzet van medewerkers, in de organisatie één functiegroep reclasseringswerker ingevoerd', waarmee inhoudelijke specialismen, zoals op het terrein van sociaalpsychiatrisch werk, penitentiair reclasseringswerk en uitvoering van taakstraffen, zouden verdwijnen. Men meende dat reclasseringswerkers een breed en diepgaand inzicht dienden te krijgen in de (on)mogelijkheden van het totale reclasseringsaanbod en daarom ervaring moesten opdoen in meerdere taakspecialismen. Daartoe werd taakroulatie in iedere arbeidsovereenkomst vastgelegd als uniforme regeling voor alle reclasseringswerkers, waarbij een reclasseringswerker een taakopdracht zou krijgen voor maximaal drie jaar, waarna jobrotation zou plaatsvinden.¹⁷

Dit leidde niet tot een centrale functie in het tbs-werkveld, bleek een paar jaar later. Integendeel, de rol van de reclassering in de tbs was, ondanks de functie die door de 'contactfunctionaris tbs' van de reclassering werd vervuld, juist onduidelijker geworden. Vanuit het tbs-veld werd onder meer gesproken over de onbekendheid met de positie die de reclassering in de forensische psychiatrie innam na de reorganisatie van 1995, en over onzichtbaarheid van een centrale aansturing in de werkpraktijk, onduidelijkheid over de organisatievorm en een verminderde kennis- en netwerkvorming.¹⁸ Maar naar aanleiding van adviezen uit het rapport van de commissie-Visser in 2006 werden binnen de reclassering de nodige ontwikkelingen in gang gezet, waaronder de ontwikkeling van het FPT, zoals eerder beschreven.

Hoe dan ook, de reclassering functioneert door de aard van het reclasseringswerk op een kruispunt¹⁹ van justitie, forensische psychiatrie en diverse algemene voorzieningen, zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg. De instrumenten die de reclassering ter beschikking staan, zijn beperkt; er zijn geen fysieke middelen voorhanden om cliënten iets te verplichten of om hen vast te houden als er risico's dreigen. Om beoogde doelen te bereiken moet de reclasseringswer-

16 J.A. van Vliet, 'Sociaal psychiatrisch reclasseringswerk op een kruispunt', *Justitiële Verkenningen* 1991, 8, p. 77-85.

17 *De reclassering in breder perspectief. Blauwdruk*, NFR 1992, p. 15.

18 J.A. van Vliet, *Morgen gaat het beter, beter, beter...*, Den Haag: Ministerie van Justitie 1998.

19 Ik gebruik, evenals in 1991, bewust 'kruispunt' in plaats van het op dit moment in deze sector populaire 'keten'. 'Keten' suggereert dat er sprake is van opeenvolgende acties en processen, maar het gecompliceerde van dit werk is dat er meerdere acties en processen *na, naast en door* elkaar plaatsvinden. Deze ketens van processen en gebeurtenissen moeten met elkaar verbonden worden. Zie bijv.: L. Casteleijn, L. de Croes, D. Heij, R. Butter, A. Menger & J.A. van Vliet, *Naar continuïteit en samenhang in de begeleiding tijdens het justitietraject. Tussenrapportage van een verkennend onderzoek naar de bruikbaarheid van (principes van) wraparound care binnen Centrum Maliebaan*, Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie 2012.

Jaap van Vliet

ker eerst en vooral gebruikmaken van zijn eigen mogelijkheden om een relatie met de cliënt aan te gaan, en van zijn mogelijkheden om medewerking en samenwerking te verkrijgen van andere beroepsbeoefenaren, professionals, GGZ-instellingen en dergelijke. Daarna en daarnaast zijn er werkwijzen, protocollen en instrumenten die de professionele uitvoering en verantwoording van het werk versterken.

In het FPT is samenwerking tussen FPC en reclassering niet vrijblijvend, maar juist in afspraken vastgelegd, terwijl tegelijkertijd de mogelijkheden voor maatwerk en ontwikkeling van bedachte samenwerkingsconcepten niet zijn 'dichtgetimmerd'. De reclassering kan hierin de specialist zijn in alles wat buiten de klinische fase gebeurt, terwijl het FPC zijn expertise op het terrein van forensische psychiatrie en behandeling gedurende lange tijd blijft inzetten na de klinische fase. De reclassering werkt samen in de klinische fase en brengt daar deskundigheid in over de mogelijkheden buiten de kliniek.

Verdere ontwikkeling van de rol van de reclassering

Van groot belang in de samenwerking tussen reclassering, GGZ en tbs is de uitwisseling van informatie over de cliënt die in het kader van klinisch of ambulante FPT onder toezicht staat van de reclassering en binnen dat kader van zorg of behandeling krijgt in een GGZ-voorziening. Deze uitwisseling van informatie stuitte vaak (en stuit bij verschillende professionals in de GGZ nog steeds) op bezwaren. Een door de GGZ-Nederland en de drie reclasseringsorganisaties inmiddels ontwikkeld 'Voorstel voor een drie-partijenovereenkomst bij een toezicht met zorgvoorwaarde Samenwerking Reclassering – GGZ – Justitiabele'²⁰ is een mogelijke oplossing voor een deel van de vraagstukken op het grensgebied van justitie en zorg die hiervoor zijn geschetst. De bedoeling van dit voorstel is enerzijds dat de (GGZ-)zorgverlener of behandelaar vanuit diens eigen professionaliteit en binnen de grenzen van diens beroepscode kan werken en dat tegelijkertijd de reclassering voldoende relevante informatie over de zorg en behandeling ontvangt om het verloop van het toezicht én de inschatting van het recidivegevaar aan de opdrachtgever te kunnen verantwoorden. Het toezichtkader dat de zorg en/of behandeling mogelijk maakt, kan alleen maar bestaan en eventueel worden verlengd wanneer de opdrachtgever door de reclassering voldoende argumenten krijgt aangereikt om hierover te besluiten. Ondanks de genoemde driepartijenovereenkomst blijft dit gecompliceerd, omdat professionele zorg en behandeling vraagt om voldoende vertrouwen tussen behandelaar en patiënt om de behandeling zinvol te laten zijn, ook als er sprake is van een gedwongen kader. Deze gecompliceerdheid hangt ook samen met de eerdergenoemde verschillende perspectieven van justitie en GGZ: hebben we primair te maken met een gevaarlijke óf met een gestoorde persoon? De discussie is daarbij meestal niet of er informatie moet worden uitgewisseld, maar vooral welke informatie dat moet zijn en in welke mate de privacy van de patiënt, in de beleving van de behandelaar, moet worden aangetast.

20 Als bijlage opgenomen in: Van Vliet, Andreas, Keuning & Zandbergen 2012.

Het is van belang het voorgaande in het oog te houden, omdat veel behandelaars in de algemene GGZ, maar soms ook reclasseringswerkers, geneigd zijn om alleen uit te gaan van wat in het kader van behandeling en begeleiding van de cliënt én met het oog op de veiligheid van de omgeving door *hen* wenselijk wordt geacht. Dat kan leiden tot teleurstelling of onbegrip wanneer de rechter tegen hun advies een besluit neemt, bijvoorbeeld om een tbs voorwaardelijk te beëindigen. De rechter wordt nogal eens gezien als een noodzakelijke tussenstop die eigenlijk faciliterend zou moeten zijn aan het door behandelaar en begeleider beoogde traject. Het is vanuit dat oogpunt ook goed om stil te staan bij het gegeven dat de rechter bij diens oordeel het advies van behandelaars en begeleiders zwaar zal laten wegen, maar dat hij ook andere overwegingen in zijn besluitvorming mee zal wegen. Proportionaliteit²¹ kan zo'n overweging zijn, maar ook de (onvoldoende) onderbouwing van het recidiverisico kan daarin meewegen. Want wanneer de tbs met dwangverpleging niet in duur is gemaximeerd, kan deze telkens in elk stadium met één of twee jaar worden verlengd. Maar zodra het recidivegevaar tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht, moet de tbs worden beëindigd, ook als de behandeling in psychiatrische zin nog niet voltooid zou zijn.²² Een daarmee samenhangend punt is dat het de rechter vrijstaat het advies van deskundigen om de tbs-maatregel te verlengen te negeren en bijvoorbeeld de reclassering de opdracht te geven voorwaarden te formuleren in het kader van de voorwaardelijke beëindiging van de maatregel. Deze opdracht werd regelmatig niet uitgevoerd door de reclassering.²³ Lange tijd was bij de reclassering niet algemeen bekend dat het Gerechtshof Arnhem in 2001 in een verlengingszitting besliste dat het de reclassering niet vrijstaat een opdracht van het gerechtshof tot het formuleren van voorwaarden in het kader van (voorwaardelijke) beëindiging van tbs, niet uit te voeren. In deze casus werd aan de reclassering opdracht gegeven tot zo'n onderzoek, maar dit werd door de reclassering geweigerd.²⁴ De conclusie is nu dat het de reclassering als uitvoeringsorganisatie weliswaar vrijstaat om bedenkingen te formuleren tegen een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging, maar dat de reclassering moet rapporteren over mogelijk te stellen voorwaarden en de uitvoering daarvan. Deze uitspraak van het gerechtshof heeft kracht van wet.²⁵

- 21 Het gaat bij proportionaliteit om de duur van de tbs-maatregel in een specifiek geval ten opzichte van de duur van de maatregel of een gevangenisstraf bij een overeenkomstig delict.
- 22 E.J. Hofstee, in: C.P.M. Cleiren & J.F. Nijboer (red.), *Tekst en Commentaar Strafrecht*, Deventer: Kluwer, 2004, geciteerd in: C.H. de Kogel & V.E. den Hartogh, *Contraire beëindiging van de TBS-maatregel. Aantal, aard en verband met recidive*, Den Haag: WODC 2005.
- 23 Of dat [nog] gebeurt, is niet bekend; het wordt bij mijn weten niet centraal geregistreerd.
- 24 Uitspraak 28 mei, TBS 2001/041, LJN AB1827; zie: *Sancties* 2002, 1, p. 49-56.
- 25 Zie: J.A. van Vliet & L.M. Oldenburg, *Risico's of kansen? Knelpunten en oplossingen bij de voorwaardelijke beëindiging verpleging van de TBS, opgemerkt vanuit reclassering en advocatuur*, *Sancties* 2009, 4, p. 230-231.

Jaap van Vliet

Risicotaxatie en risicobeheersing

De reclassering heeft, onder meer in het kader van de voorbereiding van het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging van de tbs, hard gewerkt aan beleid hieromtrent. Gehanteerde diagnose- en risicotaxatie-instrumenten zijn niet alleen gericht op het doorgronden van de situatie van de cliënt, maar ook op het in kaart brengen van de mogelijke risico's met het oog op het 'risicomangement' of 'risicobeheersing'. Onder meer incidenten rondom tbs'ers en reclasseringscliënten en de publieke en politieke reacties hierop hebben een nieuwe impuls gegeven aan het belang van risicomangement en risicobeheersing, maar dit leidt soms tot vergaande risicomijdende besluitvorming, ook bij de reclassering. In deze tijd wordt er door politici, wetenschappers en beleidsmakers nogal eens van uitgegaan dat het werken vanuit risicobeheersing een nieuwe ontwikkeling is binnen het justitiële domein. Ten onrechte; wie al langer ervaring heeft in de reclassering en de forensische psychiatrie weet dat naar de standaarden van de betreffende tijd re-integratie was verbonden met het beheersen van recidive-risico's. Ter illustratie hiervan beschrijf ik in het navolgende een casus uit mijn eigen praktijk.

Als puber is Wim met zijn ouders vanuit Amsterdam geëmigreerd naar Australië. Hij kan daar zijn draai niet vinden en komt al snel in aanraking met politie en justitie. Hij wordt zelfs veroordeeld tot gevangenisstraf voor het beklimmen van een gevangensmuur: let wel, niet van binnen naar buiten, maar van buiten naar binnen. Als ik het niet in de officiële stukken had gelezen, zou ik het nauwelijks hebben geloofd. Hij had een paar dagen gereisd, gelift, om een maat op te zoeken in de bajes, maar was net te laat voor het wekelijkse bezoeken, en nog een week wachten was voor hem geen optie. 'Impulsief' is een van de kenmerken van zijn gedrag die hem later in het Pieter Baan Centrum wordt toegeschreven. Maar ook: een meeloper; hij laat zich gemakkelijk meeslepen door anderen.

Na een aantal jaren keert Wim met zijn ouders terug naar Nederland en komt hij terecht in een opvanghuis in Amsterdam. Hij sluit daar vriendschap met een man die evenals hij niet genoeg geld heeft om van rond te komen. Ze plegen diefstallen en overvallen mensen op straat om aan geld te komen. In een park, laat op de avond, wordt een oude vrouw overvallen. Zij wil haar geld niet afgeven. Er wordt op de vrouw ingeslagen tot ze levenloos op de grond ligt. De portemonnee wordt meegenomen, het geld wordt gedeeld. Wim zal later zeggen dat hij niet heeft geslagen, alleen maar heeft toegekeken. Hij vond het heel erg wat er gebeurde en zeker toen hij begreep dat de vrouw dood was. En ja, toen heeft hij het geld maar genomen, want het was toch al gebeurd en er moesten aankopen worden gedaan.

Ik leer Wim kennen als hij in een tbs-kliniek zit en met proefverlof kan. Hij is boos dat hij nog steeds in de tbs zit en dat zijn maat alleen maar een gevangenisstraf heeft gekregen en al lang en breed weer vrij is. Hij voelt zich zwaarder gestraft. Ik zeg tegen Wim dat zijn maat misschien beter wist wat hij deed en

dat hij, Wim, had te leren om zijn eigen beslissingen te nemen en zich niet te laten meeslepen.

Als Wim met proefverlof is – hij woont op een kamer, niet ver van ons kantoor – blijkt hij nog weinig vaardigheden te hebben. Soms vermijdt hij het contact met mij, soms komt hij op hoge poten met eisen, dan weer gedeprimeerd omdat hij het allemaal niet alleen denkt te redden. Kort na de start van het proefverlof stuur ik Wim terug naar de kliniek om gezamenlijk orde op zaken te stellen. Het proefverlof start kort daarna weer en zo iets doet zich meerdere keren voor. In totaal zal het proefverlof in drie jaar vier keer worden ingetrokken en opnieuw beginnen, omdat de situatie voor mij te onoverzichtelijk is geworden om er verantwoording voor te kunnen nemen. Maar steeds blijf ik er aan vasthouden en het vertrouwen uitspreken dat we zo snel als mogelijk weer door kunnen gaan met het proefverlof.

Wim woont in een eigen flat op het moment dat de tbs wordt beëindigd. Ik heb hem gezegd dat een jaartje extra niet verkeerd zou zijn en dat ook geadviseerd, maar de rechter denkt er kennelijk anders over; er is ook nog zo iets als 'proportionaliteit' en er is, hoe dan ook, al jaren geen sprake meer van het plegen van strafbare feiten. Nou ja, Wim kwam een keer op kantoor aan met een bij de bibliotheek meegenomen en in een papiertje ingepakt boek dat hij mij als dank voor bewezen diensten wilde geven. Ik heb hem bedankt voor het gebaar, maar ben met hem samen naar de bibliotheek gelopen, waar hij het boek met excuses heeft terug gegeven. En zo waren er meerdere zaken geweest in de afgelopen jaren waarin de algemene voorwaarde 'dat de veroordeelde zich voor het einde van de proeftijd niet schuldig maakt aan een strafbaar feit' niet volop werd nageleefd; anno 2012 zouden dit wellicht meerdere redenen zijn geweest om dit aan het Openbaar Ministerie te melden en het toezicht te beëindigen. Maar belangrijker dan hem af te straffen voor deze strafbare handelingen leek het mij (ik moet eigenlijk zeggen 'ons': de leden van mijn team, de bureaupsychiater, de kliniek en uiteindelijk ook de rechter) beter dat ik een pro sociaal rolmodel voor hem zou kunnen zijn om te laten zien dat je een conflict kunt aangaan, je eigen keuzes kunt maken, je eigen grenzen kunt aangeven, zonder dat dit ertoe leidt dat de ander je afwijst. En als de ander je afwijst, heb je in elk geval je zelfrespect behouden. Als de tbs is beëindigd, belt Wim mij triomfantelijk op om te zeggen dat hij mij nu niet meer hoeft te zien. Ik bevestig dat dat niet meer hoeft, maar dat ik graag binnenkort nog even bij hem langs kom om afscheid te nemen en te bedanken voor de samenwerking in de afgelopen jaren. Maar nog voordat ik hem kan opzoeken, zit Wim alweer in de wachtkamer op kantoor. Hij heeft wat te vertellen over een moeilijke situatie die hij heeft meegemaakt, hoe moeilijk hij dat vond en hoe hij dat toch heeft opgelost. Een andere keer komt hij mij een vleesmes en een klauwhamer brengen: 'Beter dat jij die even voor mij bewaart Jaap, ik moet voorzichtig zijn', zegt hij daarbij.

Tot ik bij de reclassering vertrek, jaren later, komt hij soms dagelijks en dan weer weken niet even binnenlopen en als het mij te lang duurde, bel ik hem op om te vragen hoe het gaat. Na alle sindsdien verstreken jaren weet ik dat

Jaap van Vliet

Wim geen ernstige recidive meer heeft gepleegd tot op de dag van vandaag; regelmatig zie ik hem nog door de stad lopen.

In een artikel uit 1989 beschreef ik de ervaringen van mijn reclasseringsteam nadat wij ongeveer vijftig proefverloven hadden begeleid in de periode 1983-1989:

‘Bij controle gaat het niet om “het onder controle houden, het kort houden” van de tbs-gestelde, maar om een kader te scheppen waarbinnen een verantwoord experiment door de tbs-gestelde mogelijk is: noch de tbs-gestelde, noch “de maatschappij” (meestal: het slachtoffer) is namelijk gediend met een eventuele recidive. Om een proefverlof goed te kunnen begeleiden en verantwoord is een concreet proefverlofplan nodig, dat voldoende elementen bevat waarop het verloop van het proefverlof kan worden verantwoord en op basis waarvan, wanneer dat aan de orde is, een advies kan worden gegeven over de wenselijkheid de maatregel al dan niet te beëindigen. Wordt het proefverlof ingetrokken dan gaat de tbs-gestelde meestal op advies van de Reclassering, voor enige tijd weer terug naar de kliniek. (...) De praktijkervaring wijst uit, dat het intrekken van proefverloven de relatie tussen de reclasseringswerker en de tbs-gestelde meestal niet verstoort. De tbs-gestelde wordt in zo’n geval geconfronteerd met de realiteit (er worden grenzen gesteld) en voelt zich uiteindelijk meer serieus genomen dan wanneer voor een vrijblijvende, alles accepterende aanpak zou zijn gekozen. Dit blijkt onder meer uit het gegeven, dat veel tbs-gestelden na beëindiging van de maatregel een hulpverleningscontact blijven houden met de Reclassering, zeker indien de periode van proefverlof conflictmatig is verlopen.’²⁶

Gestructureerde risicotaxatie bestond nog niet, maar risico’s natuurlijk wel. Gecombineerd met een beleid dat is gericht op een ‘harde aanpak’ leidt risicotaxatie sterk tot het benadrukken van risico’s. De kans bestaat dat hierdoor steeds meer ‘veranderingsgedrag’, waaronder uitingen van *reactance* en weerstand van cliënten, alleen nog als risico wordt geïnterpreteerd, waardoor dus ook steeds meer risico’s worden waargenomen en er minder oog is voor toezichtdoelen in termen van perspectieven en kansen. Een trend dus naar een statisch mensbeeld met minder oog voor de veranderingsmogelijkheden. Niet risicotaxatie als zodanig, maar risicotaxatie, gecombineerd met een beleid dat is gericht op een ‘harde aanpak’, leidt tot deze nadruk op risico’s. Deze tendens wordt ook genoemd door Gelsthorpe e.a. in het kader van voorlichtingsrapportages van de reclassering in Engeland. Zij stellen dat risicotaxatie onder meer leidt tot een kwalitatief vollediger onderzoek, maar dat een gevaar schuilt in het benadrukken van negatieve punten en tekortkomingen.²⁷ Als deze trend zich doorzet, kan bij de voorberei-

26 J.A. van Vliet, ‘Tbs, proefverlof en recidive. Een reclasseringsvisie’, *Proces* 1989/11, p. 304-308.

27 L. Gelsthorpe, P. Raynor & G. Robinson, ‘Pre-sentence Reports in England and Wales: Changing Discourses of Need, Risk and Quality’, in: F. McNeill, P. Raynor & C. Trotter (Eds.), *Offender Supervision: New Directions in Theory, Research and Practice*, Cullompton: Willan 2010.

ding van de voorwaardelijke beëindiging van de tbs zó goed worden geprobeerd om alle mogelijke toekomstige risico's uit te sluiten, dat er handelingsverlamming ontstaat. Het eigenaardige doet zich dan voor dat aan de tbs'er van wie de behandeling volgens gedragsdeskundigen én de rechter zover is gevorderd dat de delictgevaarlijkheid substantieel is verminderd, de daarbij behorende terugkeer in de samenleving wordt onthouden. Het is van groot belang dat de rechter hierbij een van de strafrechtsketen en de reclassering onafhankelijke positie blijft innemen om te voorkómen dat de tbs'er door de op zichzelf goede beleidsuitgangspunten langdurig aan het systeem wordt 'geketend'.

Conclusie

Het voorgaande benadrukt ook de noodzaak voor de reclassering om adviezen in het kader van tbs en FPT goed, met feiten, te onderbouwen. De reclassering moet zich in haar advies aan kliniek of rechter uitspreken over zowel de risico's als de mogelijkheden. Het is van belang dat de juiste informatie vanuit de GGZ aan de reclassering wordt verstrekt, zonder dat hiermee het hulpverlenings- of behandelproces wordt verstoord. Het 'Voorstel voor een drie-partijenovereenkomst bij een toezicht met zorgvoorwaarde Samenwerking Reclassering – GGZ – Justitiabele' biedt experimenteerruimte om inhoud te geven aan deze voorwaarde.

Professionaliteit vereist dat het advies wordt onderbouwd met argumenten en in een taal die voor de ontvanger van het advies begrijpelijk én overtuigend is. Daarbij kan informatie vanuit de eventuele zorg- of behandelsetting niet ontbreken. Dat geeft de reclassering en reclasseringswerker het gezag dat bij de aard van hun werkzaamheden behoort en een volwaardige, eigenstandige professionele plaats in de tenuitvoerlegging van de tbs.