

Tussen zorgen en begrenzen

Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen.
Vooronderzoek van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Werkdocument 10

Den Haag, september 2005

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) is de adviesraad van het Kabinet en de Staten-Generaal op het gebied van maatschappelijke participatie en stabiliteit. De RMO adviseert zowel gevraagd als onge-
vraagd over de hoofdlijnen van beleid. De RMO bestaat uit negen onafhankelijke kroonleden: de heer prof. dr. H.P.M. Adriaansens (voorzitter), de heer prof. mr. J.M. Barendrecht, mevrouw prof. dr. T.V. Blokland-Potters, mevrouw prof. dr. J. van Doorne-Huiskes, de heer prof. dr. P.H.A. Frissen, de heer mr. S. Harchaoui, mevrouw Y. Koster-Dreese, mevrouw drs. J.G. Manshanden, MPA en de heer prof. dr. M. de Winter.
De heer dr. K.W.H. van Beek is algemeen secretaris van de Raad.

Parnassusplein 5
Postbus 16139
2500 BC Den Haag
Tel. 070 340 52 94
Fax 070 340 54 46
rmo@adviesorgaan-rmo.nl
www.adviesorgaan-rmo.nl

Auteursrecht voorbehouden
© Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag 2005

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RMO.

Voorwoord

Het Kabinet heeft de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) gevraagd een vooronderzoek te verrichten naar het thema 'criminalisering van psychiatrische patiënten'. Het doel van dit vooronderzoek is aard en omvang van het vraagstuk in kaart te brengen en na te gaan of de RMO hierover zal adviseren.

De RMO doet in dit vooronderzoek verslag van zijn bevindingen. Het onderzoek schetst de maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen rondom de zorg voor en de begrenzing van mensen met psychi(atri)sche problemen die voor ernstige overlast en/of bedreigingen zorgen. De Raad heeft in zijn vergadering van 29 augustus geconcludeerd dat er voldoende aanleiding is voor een advies en heeft zich achter de adviesvraag voor het vervolgtraject geschaard zoals die in hoofdstuk 4 wordt geformuleerd.

De commissie die dit vooronderzoek heeft uitgevoerd bestaat uit:

Prof. mr. J.M. Barendrecht (raad)
Mevr. Y. Koster-Dreese (raad, vanaf 1-5-2005)
Mevr. dr. Th.A.M. Graas (secretariaat, vanaf 1-5-2005)
Dr. R. Janssens (secretariaat)
Dr. S.M. Verhagen (secretariaat, tot 1-5-2005)

De verantwoordelijkheid voor het vooronderzoek berust bij de Raad.

prof. dr. H.P.M. Adriaansens
voorzitter

dr. K.W.H. van Beek
secretaris

Inhoud

1	<i>Inleiding</i>	7
2	<i>Maatschappelijke context</i>	10
2.1	De mazen van de netwerksamenleving	10
2.2	Toenemende en veranderende kennis	11
2.3	Tekortschietende hulpverlening tijdens de detentie	12
2.4	Stijging van zorgvraag in het juridische circuit	14
2.5	Twee werelden	15
2.6	Roep om repressie: preventie of vergelding?	16
2.7	Hoge recidivecijfers	18
2.8	Gebrekkige maatschappelijke opvang	20
2.9	Productgericht zorgaanbod	22
2.10	Vermaatschappelijking van de zorg	23
3	<i>Beleidsmatige context</i>	25
3.1	Justitie gaat zorg inkopen	25
3.2	De Nieuwe Inrichting	26
3.3	Scheiding jeugdigen met strafrechtelijke en civielrechtelijke titel	27
3.4	Aanpak verloedering en overlast	27
3.5	Programma Terugdringen Recidive	28
4	<i>Adviesvraag van de RMO</i>	30
	<i>Geraadpleegde literatuur</i>	34
	<i>Werkprogramma</i>	39
	<i>Geraadpleegde deskundigen</i>	40
	<i>Overzicht van uitgebrachte publicaties van de RMO</i>	42

1 Inleiding

Er is een groep mensen met psychische stoornissen die hulp nodig heeft. Er is een groep mensen die serieuze bedreigingen voor de hof of voor het leven van anderen kan vormen. Beide groepen leveren kopzorgen op. Echt lastig wordt het waar deze beide groepen elkaar overlappen. Want dan rijst de vraag hoe intensieve hulp aan mensen en begrenzing van hun gedrag met elkaar te verenigen zijn. Dit vooronderzoek gaat over de spanningen die dat oplevert: in de maatschappij, in het publieke debat, in de organisaties die deze groep moeten opvangen en in de uitgangspunten van zowel strafrecht als gezondheidszorg. Maar het gaat vooral over de kansen die er liggen om beter met deze moeilijke groep om te gaan.

In Nederlandse gevangenissen is de populatie de afgelopen jaren geleidelijk gewijzigd, stelt de RMO in zijn werkprogramma 2005 bij de passage over het voorgenomen vooronderzoek 'criminalisering van psychiatrische patiënten'. "Steeds vaker worden cellen bezet door mensen met min of meer ernstige psychische stoornissen, verslaafden met psychische problemen en andere personen waarvan men zich kan afvragen of het de bedoeling is dat zij gevangen zitten."

Het werkprogramma suggereert twee ontwikkelingen die deze situatie in de hand werken: ten eerste een groeiend aantal mensen met problemen dat de weg naar de hulpverlening niet weet te vinden (of waarvan de hulpverlening van mening is dat zij toch voor zichzelf kunnen zorgen) en ten tweede de toenemende herkenning van psychische aandoeningen, waardoor criminaliteit steeds vaker kan worden teruggevoerd op een psychische stoornis. Beide ontwikkelingen roepen de vraag op of penitentiaire instellingen de geschiktste plek zijn om de problemen van deze mensen – voor zichzelf en voor de samenleving – op te lossen en recidive te voorkomen. Hieraan zijn overigens eenvoudig andere ontwikkelingen toe te voegen, zoals de tendens om overlast op straat daadkrachtig – desnoods via dwang – aan te pakken en de maatschappelijke druk om een veilige samenleving te creëren.

Het thema dat in dit vooronderzoek aan de orde is, raakt het snijvlak van mensen met psychi(atri)sche problemen en delictplegers. We willen dit voorlopig breed opvatten. De RMO vat de opdracht in het werkprogramma in die zin op dat het gaat om 'mensen met psychi(atri)sche stoornissen waar zowel hulpverlening als begrenzing van gedrag nodig is omdat zij anders serieuze bedreigingen voor zichzelf en anderen opleveren'. Het betreft dus niet de totale groep van kwetsbare mensen die in aanmerking komt voor extra zorg (vergelijk RMO, *Kwetsbaar in kwadraat*, 2001), maar het gaat om die groep kwetsbare burgers bij wie zich het dilemma voor- doet van zorgen en/of begrenzen.

De RMO is zich ervan bewust dat hij daarmee gekozen heeft voor een brede invalshoek en ook een brede doelgroep. Voor wat betreft de patiën- ten- of zorginvalshoek gaat het onder meer om drugs- en alcoholverslaaf- den, om mensen die aan schizofrenie of psychose lijden en om de groep van verstandelijke gehandicapten. Wat betreft de justitiële of strafrechte- lijke invalshoek gaat het om het brede spectrum van vermogensdelicten, geweldsdelicten, zedendelicten en (ernstige) vormen van overlast. Kijken we ten slotte naar begrenzende en zorggerelateerde *aanpak*, dan betreft het zowel de terbeschikking-gestelden (tbs), mensen met psychische stoornissen in het gevangeniswezen (GW) en jongeren in een justitiële jeugdinstelling (JJI) als de mensen in de dak- en thuislozenopvang, in psychiatrische ziekenhuizen en in de klinische dagopvang, en eveneens mensen met psychische stoornissen die uit een begrenzende voorziening komen of het risico lopen daar in terecht te komen.

Dat voor deze brede aanpak is gekozen, is niet zonder reden. Allereerst betreft het een vooronderzoek en willen we ons nog niet bij voorbaat – nog voordat een inventarisatie van knelpunten heeft plaatsgevonden – vastleggen op een specifieke doelgroep. Daarnaast komt de aanpak voort uit een streven om een aantal maatschappelijke ontwikkelingen bloot te leggen dat betekenis heeft voor alle bovengenoemde doelgroepen. Zoals zal blijken, bestaat er redelijk veel inzicht in de problemen en aanpak van de verschillende deelterreinen, maar is er weinig zicht op de meer grens- overstijgende knelpunten en ontwikkelingen. Juist de RMO kan mogelijk – en dat zien we ook bevestigd bij onze gesprekspartners – een rol spelen bij een meer diagonale invalshoek op deze problematiek.

Directe aanleiding voor het vooronderzoek vormde de motie van het Eerste-Kamerlid R.H. van de Beeten, waarin naar aanleiding van de wetsvoorstellen over veelplegers en het gebruik van één cel door meer personen gepleit werd voor meer "noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen". In een nader gesprek met hem adviseerde hij de RMO om aandacht te besteden aan het decor waarbinnen crimineel gedrag van mensen met psychi(atri)sche problemen ontstaat. Een inbedding in de sociale omgeving zou naar zijn mening een rol kunnen spelen bij zowel het voorkomen van problemen als bij de oplossing ervan. Aangetoond is bijvoorbeeld dat gedragsproblemen bij kinderen in hoge mate antisociaal en delinquent gedrag op volwassen leeftijd kunnen voorspellen (Brezinka 2002). Ook zou er volgens hem – als reactie op de nadruk op de autonomie van de mens – meer aandacht moeten komen voor bemoeizorg. Mede naar aanleiding van dit gesprek heeft de RMO gemeend in zijn onderzoek een onderscheid te moeten maken in een zogenaamde voorfase, een detentiefase en een nazorgfase. Het is met andere woorden niet alleen noodzakelijk inzicht te krijgen in de aansluiting tussen zorg en begrenzing tijdens detentie, maar ook in het voor- en natraject: is er voldoende hulp voor mensen met psychi(atri)sche problemen waardoor het plegen van delicten ontmoedigd wordt? En volstaat de aansluiting op zorg en begeleiding wanneer de detentie is afgelopen? Het zal duidelijk zijn dat knelpunten aan de 'achterkant' op zichzelf weer knelpunten aan de voorkant oproepen.

Samengevat staat in deze notitie de volgende vraag centraal:

Is er sprake van voldoende aansluiting tussen curatieve en begrenzende voorzieningen? Waar doen de knelpunten (maatschappelijk en beleidsmatig) zich in die mate voor dat zij een advisering van de RMO rechtvaardigen?

De notitie is als volgt opgebouwd. Nadat eerst de maatschappelijke context van het vraagstuk wordt beschreven – met daarin aandacht voor een aantal praktische knelpunten – komt vervolgens de beleidsmatige context aan de orde: wat doet de overheid momenteel om de beschreven knelpunten op te lossen? Beide paragrafen worden afgewisseld met citaten van mensen die de RMO de afgelopen maanden over dit thema heeft gesproken. De notitie eindigt met een voorzet voor een adviesvraag.

2 Maatschappelijke context

2.1 De mazen van de netwerksamenleving

In de twintigste eeuw zijn we langzaam van een overzichtelijke buurt-samenleving overgestapt naar een minder overzichtelijke netwerksamenleving. In de eerste waren buurt en sociaal netwerk meer bij elkaar betrokken, met allerlei daarbijbehorende vormen van toezicht, controle en sociale vangnetten. De mensen kenden elkaar, bijvoorbeeld binnen de vertrouwde verzuilde omgeving, en het was eenvoudiger om naar elkaar om te kijken. Je sociaal netwerk was als het ware met je woonplek verweven en hield geen verband met een gerichte inzet die je als individu moest ondernemen. Dat is anders geworden in de huidige netwerksamenleving, waarin de sociale omgeving van mensen niet langer samenvalt met de nabije buurt, maar met allerlei geheel eigen gekozen verbanden, variërend van werk en vrienden tot 'civil society'-achtige organisaties. Over het algemeen is het er in de netwerksamenleving voor de sociaal zwakkeren, waaronder ook mensen met psychische en psychiatrische problemen, niet makkelijker op geworden (Van Beek 2002). Waren ze voorheen opgenomen in het sociale buurtnetwerk, tegenwoordig vallen ze vaak tussen wal en schip. Zelfgemaakte keuzes voor sociale verbanden zijn vanwege de aard van hun situatie lastig, met als gevolg meer kans op maatschappelijk isolement en een toenemende afhankelijkheid van anonieme en goedwillende hulpverleners.

Mijn grootvader was boer en had altijd één of twee knechten in dienst. Een van hen was kleptomaan. Mijn moeder vertelde me dat zij, haar moeder of een van haar zusters iedere dag als deze knecht naar huis fietste op de oprit stond om even in de fietstassen te kijken. Daar zat altijd wat in, soms een zilveren lepeltje, soms geld, soms een handje graan, maar altijd wat. Dat werd er iedere dag uitgehaald, er werd verder niets over gezegd, en dat was dat. Het was verder geloof ik ook wel een goede knecht.

Sytske de Boer, Friesland

2.2 Toenemende en veranderende kennis

Er bestaat steeds meer kennis over de relatie tussen delictpleging en psychi(atri)sche stoornissen. In het verleden was de situatie vrij overzichtelijk. Criminelen waren crimineel en moesten in die hoedanigheid ook terecht en behandeld worden. Er bestonden weliswaar 'gekke criminelen', wat mede reden was voor verminderde toerekeningsvatbaarheid, maar over het algemeen fungeerde deze aanduiding toch vooral als stempel die men voor het leven kreeg. Tegenwoordig bestaat er steeds meer inzicht in de relatie tussen psychiatrische stoornissen en criminaliteit. De meeste onderzoeken leiden tot de conclusie dat 70% tot 80% van de gedetineerden op een of andere wijze psychisch ziek is (Schoemaker en Van Zessen 1997, Bulten 1998).¹

Daarnaast is er ook steeds meer kennis over het effect van behandelmethodes. Er bestaat algemene consensus over het feit dat (hogere) straffen geen effect hebben op de recidive – behalve in die zin dat tijdens de detentiefase delictpleging onmogelijk wordt gemaakt (Cooke en Philip 2000, Wartna et al. 2004). Gedragsinterventies hebben wel enig effect; volgens internationale meta-analyses hebben die een gemiddelde effectgrootte van 10% recidivevermindering (De Ruiter en Veen 2004, Lösel 1996, 1998, Andrews et al. 1990, Antonowicz en Ross 1994, Lipsey 1992). Ook toezicht werkt recidiveverminderend, maar alleen in combinatie met gedragsinterventies. Verder is bekend dat gedragsinterventies die voldoen aan het risico-, behoefte-, responsiviteits- en behandelintegriteitscriterium uiteindelijk in een verhoging van de effectscore van 30% kunnen resulteren (Andrews et al. 1990). Overigens voldoet op dit moment in Nederland (nog) géén van de gedragsinterventieprogramma's volledig aan genoemde vier criteria.

1. Dat betekent overigens niet dat er ook een *causale* relatie bestaat tussen de psychische stoornis en het gepleegde delict. Daarvan wordt het percentage doorgaans veel lager geschat, namelijk zo rond de 10%.

Wetenschappelijk is er steeds meer bekend, maar het lukt nog onvoldoende om dat te vertalen naar de praktijk. Behandeling van delictplegers met psychiatrische problemen moet alleen op basis van evidence-based aanpak plaatsvinden.

Corine de Ruiter, bijzonder hoogleraar forensische psychologie

2.3 Tekortschietende hulpverlening tijdens de detentie

Voor veel psychiatrische patiënten in penitentiaire instellingen schiet het bestaande zorgaanbod te kort. Dat geldt onder andere voor de justitiële jeugdinrichtingen, waarbinnen het aantal jongeren met psychiatrische stoornissen toeneemt. Het ontbreekt volgens onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de groepsleiding vaak aan psychiatrische kennis en scholing (IGZ 2005). In de meeste jeugdinrichtingen is te weinig medisch personeel aanwezig. Zorgelijk is vooral het tekort aan psychiaters: er is één psychiater per ruim 425 jongeren beschikbaar, terwijl er minimaal één psychiater voor 50 jongeren nodig is. Verder is er maar één verpleegkundige voor 90 jongeren, terwijl de adviesnorm één verpleegkundige op 50 jongeren is. In de praktijk ligt de nadruk op behandeling met medicijnen, terwijl men aan andere behandelingsmethoden, zoals psychotherapie, onvoldoende toekomt. Daar komt bij dat jongeren met en zonder strafblad vaak samen in de jeugdgevangenissen zitten, wat in elk geval volgens de jongeren zelf en hun ouders onwenselijk is (Goderie et al. 2004).

Niet alleen justitiële jeugdinrichtingen echter, ook 'gewone' gevangenissen kennen een beperkt zorgaanbod. Er bestaan weliswaar bijzondere zorgafdelingen als de FOBA – Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling – en de (B)IBA – (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdeling –, maar in principe stopt de psychische behandeling na binnenkomst in een gevangenis of een huis van bewaring. De voornaamste oorzaak hiervan lijkt gelegen te zijn in een historisch gegroeide verschillende taakopvatting. Nader onderzocht zou moeten worden in hoeverre ook dieperliggende kwesties als geld, organisatorische onmacht of het bewust onthouden van hulp aan mensen die dit niet (langer) zouden verdienen,

een rol spelen. De regel is dat alleen de medicamenteuze en de fysiekmedische behandeling wordt voortgezet. Wel is sinds een aantal jaren sprake van een omslag in het denken over behandeling in detentie en worden er steeds meer afspraken met bijvoorbeeld het RIAGG of Forensisch Psychiatrische Poliklinieken gemaakt voor ambulante psychische zorgverlening.²

We beschouwen de stadsgevangenis als een resocialisatie-inrichting: uitgangspunt is dat de fysiekmedische zorg wel wordt verleend, maar niet de psychische zorg. We behandelen niet (dat is onze taak niet) en er is ook geen echte zorgafdeling. Wel is er een huisarts, en tandarts, een psycholoog en vier uur per week een psychiater. Na binnenkomst proberen we de medicatie zoveel mogelijk af te bouwen en te stabiliseren via methadonverstrekking. De ervaring is overigens dat door het aanbieden van 'rust, reinheid en regelmaat' de mensen gedurende de twee jaar dat ze in de ISD-afdeling³ zitten, een stuk opknappen.

Nisargo van de Meent, Stadsgevangenis Rotterdam

-
2. Keerpunt in het denken over behandeling in detentie vormde de zogeheten 'motie 38', aangenomen door de Tweede Kamer op 16 december 1999. In deze motie werd erop aangedrongen "om de mogelijkheid van behandeling in detentie te bespreken met de betrokken instellingen". Als reactie hierop kondigde de toenmalige minister van Justitie een aantal beleidsintensiveringen aan, waaronder het starten van een aantal voorbeeldprojecten met betrekking tot ambulante zorg in detentie (Ministerie van Justitie 2003).
 3. ISD staat voor Inrichting Stelselmatige Daders en is een nieuwe wettelijke regeling per 1 oktober 2004. Met de ISD-maatregel wil Justitie stelselmatige plegers van misdrijven effectiever aanpakken door hen gedurende langere tijd, maximaal twee jaar, te laten opsluiten in een speciaal voor hen bestemde inrichting. De al langer bestaande SOV-maatregel (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden), bedoeld voor aan harddrugs verslaafde stelselmatige daders, is opgegaan in de nieuwe ISD-maatregel.

2.4 Stijging van zorgvraag in het juridische circuit

Er is sprake van een stijgende zorgvraag binnen het justitiële circuit, ook al zijn exacte cijfers niet altijd beschikbaar. De meeste gegevens zijn er over de tbs-inrichtingen. Jaarlijks legt de rechtbank ongeveer 200 maal een tbs-maatregel op, terwijl er circa 80 maatregelen worden beëindigd. In 2008 zal naar verwachting de benodigde intramurale capaciteit binnen de TBS 1700 plaatsen bedragen (Wartna et al. 2005c), rond 2010 meer dan 2000. Voor de rest ontbreekt het aan exact zicht op de empirische relatie tussen psychiatrische stoornissen en justitieel contact. Opvallend is dat binnen justitieorganisaties zorggebruik en zorgbehoefte – bijvoorbeeld binnen gevangenissen – niet volledig worden geregistreerd.⁴ Dat houdt verband met de hierboven beschreven opvatting dat gevangenissen naar hun aard geen behandelcentra zijn. Ook met betrekking tot de instroom van mensen met psychi(atri)sche problemen in het justitiële circuit ontbreekt het aan voldoende inzicht. Er zijn weliswaar cijfers van zogeheten ‘zorgmijders’ – mensen die overlast veroorzaken en die de weg naar de hulpverlening niet of niet voldoende weten te vinden (Nederland kent bijvoorbeeld ongeveer 10.000 á 12.000 daklozen met ernstige psychiatrische problemen), maar onduidelijk is welk empirisch verband er is tussen mensen met verslavingsproblemen en dakloosheid enerzijds en criminaliteit anderzijds. Datzelfde geldt voor de ongeveer 8.000 mensen met chronisch psychiatrische problemen die moeite hebben om zelfstandig een plek in de samenleving op te bouwen en bij wie er geregeld sprake is van acute nood (Michon en Kroon 2002, Gezondheidsraad 2004). Kijken we naar de justitiële invalshoek, dan is bijvoorbeeld onduidelijk welk percentage van de groep veelplegers een psychiatrische achtergrond heeft (vergelijk Ministerie VWS 2004).

4. Wel is bekend hoeveel mensen met welke zorg- en behandelbehoefte in de bijzondere zorgafdelingen zitten.

Pas er voor om de groep chronisch psychiatrische patiënten neer te zetten als het voorportaal van de groep gedetineerden met een psychiatrische stoornis. Daar kan een ernstig stigmatiserend effect van uitgaan, terwijl onderzoek laat zien dat stigmatisering van mensen met psychische handicaps een van de belangrijkste barrières is voor hun maatschappelijke participatie. Het is feitelijk ook onbekend hoeveel mensen in de gevangenissen exact met (welke) psychische problemen kampen en wat hun eventuele psychiatrische verleden is. Het is ook niet ondenkbaar dat de causale keten nogal eens de andere kant op loopt: een leven in de criminaliteit, contacten met het justitiële circuit, andere sociale problemen, maatschappelijk en sociaal isolement; dat kunnen op zich al voldoende triggers zijn voor psychische problemen.

Frank van Hoof, Trimbos-instituut

2.5 Twee werelden

De zorgverlening aan delictplegers vindt van oudsher plaats vanuit twee verschillende invalshoeken: die van Justitie (straf) en die van VWS (zorg). De sturingssystemen vanuit beide ministeries verschillen fundamenteel van elkaar (Interdepartementale werkgroep 2005). Dat van Justitie is primair ingericht op het uitvoeren van vonnissen en heeft vanuit een centrale aansturing een op het individu gericht karakter. In principe – en in werkelijkheid gebeurt dat ook regelmatig: vergelijk de recente tbs-discussies – kan de minister voor elk incident door de Kamer ter verantwoording worden geroepen. Het sturingssysteem van VWS heeft veel meer een decentraal karakter en legt de verantwoordelijkheid bij de cliënt, de zorgaanbieder en het zorgkantoor. In plaats van op individuele behandeling is de focus gericht op het beheer van het stelsel als geheel. Deze twee verschillende sturingssystemen leiden tot spanningen of in elk geval eenzijdige benaderingen. Doordat het strafrecht alleen het (incidentele) gepleegde delict in ogenschouw neemt en op basis daarvan de te nemen strafmaat bepaalt, is er mogelijk te weinig oog voor iemands criminele of hulpbehoevende carrière. De strafrechter telt als het ware alleen het aantal opgelegde jaren (of maanden) en schenkt onvoldoende aandacht aan de mogelijkheden tot (hernieuwde) maatschappelijke participatie, bijvoor-

beeld via een goed zorgprogramma. Justitiële inrichtingen die hieraan wel aandacht willen besteden, hebben daarvoor de hulp van de gezondheidszorg nodig, maar hier doet zich het probleem voor dat de zorgverlening aan psychiatrische delictplegers zich qua aansturing (hoofdzakelijk door de AWBZ) niet onderscheidt van andere meer reguliere typen van zorgverlening. In de praktijk betekent dit dat de patiënt/delictpleger een hulpbehoefte heeft, maar dat hij of de hulpverlenende instantie daar onvoldoende gevolg aan kan geven vanwege de strafrechtelijke executiefase waarin de persoon in kwestie zich bevindt.

Onze ervaring is dat er vaak geen sprake is van een op de persoonlijke situatie aansluitende strafmaat. We zouden een afspraak willen maken met Justitie over de te behappen strafmaat voor de cliënt/patiënt. Ook zou je voor sommige groepen een soort rugzakje moeten krijgen (geld plus bevoegdheid) om direct voor de persoon de zorg te verlenen die hij of zij nodig heeft. Dat voorkomt de weg langs allerlei 'verstoppingskanalen'. Als Leger ervaren we sterk de negatieve effecten van de decentralisatie. Door het ontstaan van een nieuwe verantwoordingslaag moeten zorginstanties voortdurend rekenschap afleggen van hun acties. Dit komt ten nadele van de directe hulpverlening. Daar komt bij dat de stoere taal van politici een klimaat schept dat niet ten goede komt aan de daadwerkelijke hulpverlening.

Ine Voorham, Stichting Leger des Heils

2.6 Roep om repressie: preventie of vergelding?

De werkelijkheid van twee verschillende systeembenaderingen krijgt extra lading nu veiligheid en repressie meer politieke en maatschappelijke aandacht krijgen. De politiek-maatschappelijke tendens is om overlast op straat daadkrachtiger – desnoods via dwang – aan te pakken. Het 'Plan van aanpak verloedering en overlast' is hier een voorbeeld van (Ministerie VWS 2004). Ook lijkt de rechterlijke macht geneigd om, mogelijk mede onder druk van de maatschappelijke opinie, overlastveroorzakers en (lichte) criminelen strenger te straffen (Swaaningen 2004). De aanscherping van het strafklimaat is ontstaan na de Wet herijking strafmaxima, een

uitvloeisel van een motie van D66 en PvdA in 1997. De wet voorziet in een verhoging van de strafmaxima, vooral bij geweldsdelicten. Op de achtergrond speelt een verandering in het denken over strafrecht, waarbij de belangen van de dader minder zwaar en de belangen van het slachtoffer en van de maatschappij zwaarder worden gewogen. Dit leidde bijvoorbeeld tot de introductie van het slachtofferspreekrecht tijdens strafzaken, en de indruk bestaat dat het ook leidt tot het opleggen van meer onvoorwaardelijke gevangenisstraffen en minder geldboetes.⁵

Sinds 2002, met de moord op Pim Fortuyn en later in 2004 de moord op Theo van Gogh, lijkt het klimaat repressiever geworden. Dat uit zich vooral op politiek terrein, waar de roep van politici om krachtadig optreden bij overtredingen en incidenten groot is. Pregnant kwam dit naar voren na een aantal tbs-ontsnappingen, waar een aantal incidenten aanleiding gaf om de huidige vorm van resocialisatie ter discussie te stellen. De kortetermijnveiligheid van de samenleving staat in de discussie dikwijls voorop, wat vanuit de positie van slachtoffers begrijpelijk is. Maar het is de vraag of de samenleving op de lange termijn ook baat heeft bij een repressief optreden.

In dit verband is in het publieke debat nog niet helder wat de achterliggende doelstellingen van 'repressie' zijn. Gaat het vooral om veiligheid, dat wil zeggen, het voorkomen dat mensen delicten plegen? Of en in hoeverre zitten er ook andere motieven achter, zoals vergelding? Als bijvoorbeeld preventie de doelstelling is, dan ligt het in de rede om meer ruimte te maken voor zorg die recidive vermindert. Of betekent een vergeldingsmotief dat men mensen zorg wil (of mag) onthouden?

5. Het is nog onduidelijk in hoeverre er rechters nu ook daadwerkelijk strenger zijn gaan straffen, in die zin dat in een gelijk dossier ook hogere straffen worden gegeven. De stijging van het aantal celstraffen kan immers ook voortkomen uit een hogere instroom vanuit het Openbaar Ministerie. Momenteel wordt door het college van procureurs-generaal onderzocht of officieren van justitie de laatste jaren ook strengere eisen zijn gaan stellen. NRC, 18-7-2005.

Justitie kiest vaak voor de veilige weg, terwijl je juist beter in de strafrechtelijke fase kunt experimenteren in plaats van de betrokken persoon pas daarna in het diepe te gooien. Het Openbaar Ministerie is, mede door de maatschappelijke druk, te huiverig voor het toekennen van verloven.

Herman Veerbeek, Polikliniek De Waag, Den Haag

2.7 Hoge recidivecijfers

Recidivecijfers zijn over het algemeen zorgwekkend. Jaarlijks verlaten circa 30.000 mensen in Nederland een penitentiaire inrichting (Van den Braak et al. 2003). Vier jaar na ontslag uit de penitentiaire inrichting is ongeveer 66% opnieuw vervolgd wegens het plegen van een misdrijf (deze cijfers gelden zowel voor gewone als voor psychiatrisch ex-gedetineerden). Na acht jaar heeft zelfs driekwart van de ex-gedetineerden een nieuw justitiecontact (Wartna et al. 2005a). Wel is bij de tbs'ers de recidive de laatste decennia sterk afgenomen. Zorgden tussen 1974 en 1978 honderd ex-terbeschikkinggestelden in vijf jaar tijd nog voor 344 nieuwe strafzaken, tussen 1994 en 1998 bedraagt het aantal zaken 125. Ook in vergelijking met 'gewone' ex-gedetineerden is de recidive van de ex-tbs'ers relatief laag: het percentage dat ernstig recidiveert na zes jaar bedraagt 28%; voor een middelzwaar of een zwaar delict is dit na tien jaar 34% (Wartna et al. 2005c). Vanzelfsprekend zijn dit nog behoorlijke percentages, mede gelet op de aard van de delicten en de psychische problematiek van de betrokken personen.

Voor wat de ex-pupillen van justitiële jeugdinrichtingen betreft blijkt de recidive tot slot ook (zeer) hoog te zijn (Wartna et al. 2005b). Binnen vier jaar na uitstroom is 70% van de jongeren opnieuw met Justitie in aanraking gekomen vanwege het plegen van een delict; na zes jaar is de recidive 78%.

<i>Algemene recidive na zes jaar</i>	
Tbs	37%
GW	71%
JJI	78%

<i>Ernstige recidive na zes jaar</i>	
Tbs	28%
GW	58%

Vergelijken we bovenstaande recidivecijfers met de maatschappelijke druk op repressie, dan is het merkwaardig dat de recidive van tbs-ers als zware verantwoordelijkheid van Justitie wordt beschouwd, terwijl recidive van alle andere mensen die ooit aan Justitie zijn toevertrouwd, politiek veel minder zwaar lijkt te tellen, hoewel die maatschappelijk een veel groter probleem is.

Een groot probleem is het opheffen van RM (Rechterlijke Machtiging). Te vaak gebeurt het dat iemand vanwege complex gevaarlijk gedrag wordt opgenomen, daar vervolgens onhandelbaar blijkt te zijn en om precies dezelfde reden (namelijk complex gevaarlijk gedrag) weer op straat belandt. Ik pleit er daarom voor om de opheffing van een RM door een geneeskundig directeur voortaan te toetsen en speciale plaatsen te creëren met voldoende en goed opgeleid personeel. Er zijn te weinig geschikte plaatsen/afdelingen voor mensen met complex gevaarlijk gedrag. Op een gewone gesloten afdeling hebben andere cliënten last van dit gedrag en het personeel lijdt onder deze ongewenste omstandigheden.

Tilly van den Bogaard, Stadsmariniers Rotterdam

2.8 Gebrekkige maatschappelijke opvang

Een belangrijke factor bij de bestrijding van recidive betreft de nazorg aan gedetineerden, in het algemeen en die van mensen met psychische problemen in het bijzonder. De maatschappelijke opvang voor ex-gedetineerden schiet echter te kort. Een rapport van het Ministerie van Justitie uit 2004 somt talloze knelpunten op: geen tijdige overdracht van activiteiten en begeleiding van Gevangeniswezen (GW) naar Reclassering, onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen Justitie en lokale overheden, ontbreken van inkomen en woonruimte van ex-gedetineerden waardoor ze al gauw op straat terecht komen, onvoldoende capaciteit van maatschappelijke opvang als gevolg van verstopping, onvoldoende voorlichting tijdens de detentie ten aanzien van het verkrijgen van huisvesting, onduidelijkheid over de precieze omvang van de zorgbehoefte van ex-gedetineerden, gebrekkige aansluiting tussen GW en verslavingszorg, onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van reïntegratie (Ministerie van Justitie 2004, zie ook IBO Maatschappelijke opvang 2003). Deze situatie wordt bevestigd door bijna alle gesprekspartners. Volgens het Leger des Heils in Rotterdam en in Maastricht gebeurt het stelselmatig dat gedetineerden vrijkomen op een onmogelijk tijdstip (bijvoorbeeld vrijdagavond om 19.00 uur) en zonder identiteitskaart, uitkering of verblijfplaats. Ook tijdens een georganiseerde expertmeeting werd deze praktijk door alle aanwezigen (van Justitie tot GGZ-vertegenwoordigers) bevestigd. Dit houdt mogelijk verband met de ontwikkeling die de Reclassering doormaakt, waarbij de oude taak om (ex-)gedetineerden praktisch te begeleiden bij de terugkeer naar de maatschappij onder druk komt te staan. De Reclassering beperkt zich tot veroordeelden met een straf van minimaal vier maanden, heeft te maken gehad met diverse bezuinigingen en ziet haar activiteiten begrensd door een vanuit het Ministerie van Justitie vormgegeven productfinanciering. In de loop van de tijd zijn haar taken aanzienlijk uitgewaaierd, van het stellen van diagnoses en het geven van 'vroeghulp' tot het organiseren van werkstraffen, het opstellen van voorlichtings- en adviesrapporten voor de Rechterlijke Macht en het geven van trainingen. Daardoor moet haar core-business – het regelen van woonruimte, een uitkering en een ID – het wel eens ontgelden. Daar komt bij dat op een gegeven moment de reikwijdte van de Reclassering ook gewoon ophoudt, omdat zij afhankelijk is van andere partijen als gemeenten en woningcorporaties. Ondanks allerlei verbeterplannen (zie Programma

Terugdringen Recidive) blijft de aansluiting tussen de verschillende partners gebrekkig. In theorie is de Reclassering bij uitstek een instantie op het grensgebied van zorg en Justitie; in de praktijk kan ze dit niet altijd waarmaken.

De ontwikkeling die de Reclassering doormaakt, zien we met lede ogen aan. De Reclassering is zijn aloude functie van begeleidingsinstituut langzaam aan het inruilen voor die van trainingsinstituut. Ze missen de kennis en de vaardigheden om gedetineerden te behandelen, terwijl men steeds meer een monopoliepositie daarop bezit. Laat de behandeling aan gespecialiseerde instellingen als De Waag over en beperk je als Reclassering tot de broodnodige taak van begeleiding.

Herman Veerbeek, Polikliniek De Waag, Den Haag

Het is funest dat de Reclassering alleen nog maar in producten wordt gefinancierd. Omdat de trajectbegeleiding niet als product staat omschreven 'loont' het niet meer om mensen te begeleiden in het verkrijgen van bijvoorbeeld een ID.

Cocky Ruitenbergh, Verslavingsreclassering Delta Bouman GGZ

Als Reclassering lopen we er steeds meer tegenaan dat we pas in actie kunnen komen als er een strafrechtelijke titel is. Dat zou doorbroken moeten worden, zodat ook een civielrechtelijke titel zou volstaan. Ook kan de Reclassering alleen aan de slag met gedetineerden die minimaal vier maanden straf hebben. Veel mensen weten we zo niet te bereiken, terwijl de Reclassering bij uitstek in staat is tot een brugfunctie tussen straf en zorg. Verder constateren we dat de financiële stromen te verkord zijn. Binnen VWS zou je een aantal indicaties moeten oormerken om die vervolgens bij Justitie te leggen. Tot slot is de aansluiting op onderwijs en arbeid te vrijblijvend. Op een gegeven moment houdt onze reikwijdte op en moeten andere organisaties, zoals de woningcorporaties, hun verantwoordelijkheid nemen. Dat schiet vaak te kort.

Jan Henk Stegeman, Reclassering Nederland

2.9 Productgericht zorgaanbod

Naast gebrekkige aansluiting op hulp en opvang aan de 'achterkant' (na de detentiefase) zijn er ook signalen dat er aan de voorkant – bij de primaire zorgverlening aan kwetsbare burgers met psychi(atri)sche problemen – veel gaten vallen. De RMO heeft dit voor een deel al beschreven in zijn advies *Kwetsbaar in kwadraat* (2001). Kort gezegd komt het neer op een zorginfrastructuur die zich kenmerkt door versnippering, verkokering, bureaucratiesering en een aanbodgerichte in plaats van een vraaggerichte houding. Specialisatie van voorzieningen en van professionals levert weliswaar meer kennis, maatwerk, efficiency en kwaliteit op, maar kan er tevens toe leiden dat organisaties langs elkaar heen werken, er primair op gericht zijn om als organisatie te overleven en zich fixeren op het specifieke zorgonderdeel dat zij kunnen leveren en niet op de totale hulpbehoefte van hun cliënt. De rationalisering van de werkwijze betekent bovendien weliswaar meer transparantie en evidence-based zorgprogramma's, maar leidt eveneens tot een verlies van de menselijke kwaliteit van het zorgaanbod. "De primaire ethische impuls (Bauman 2000), het gevoel voor het mens-zijn van anderen, is vervangen door een handelen in termen van gedepersonificeerde eenheden die passen in de mallen van een gestandaardiseerde aanpak, en die tellen in een verantwoording op meetbare resultaten" (RMO 2001). Tekenend is dat sommige instellingen aan cliënten de voorwaarde stellen dat bepaalde problemen zijn opgelost voordat zij zelf in actie komen. Ze gaan zozeer uit van hun eigen bestaande aanbod dat ze de cliënt daarin proberen in te passen. Niet zelden wordt aan mensen – bewust of onbewust – de toegang ontzegd, omdat ze niet in het aanbod passen en daarmee te weinig kansrijk zijn voor meetbare resultaten.

De zorginstellingen gaan momenteel gebukt onder grootschaligheid, bureaucratie en technocratie. Hierdoor dreigt de mens achter de patiënt te verdwijnen. Er zouden veel meer laagdrempelige opvangmogelijkheden moeten komen, zonder de dwang tot behandeling. Een indicatiestelling mag geen voorwaarde zijn tot behandeling. Er moet meer oog komen voor de 'vrije ruimte' van de professional. Die moet minder rigide gebonden zijn aan allerlei van bovenaf opgelegde protocollen.

Marijke Knuttel, Stichting Pandora

2.10 Vermaatschappelijking van de zorg

Als ontwikkeling op de achtergrond speelt de vermaatschappelijking van de zorg: het doorbreken van het sociaal isolement van mensen met psychische handicaps door het aanbieden van een meer maatschappelijk georiënteerd ondersteuningsaanbod. Hoe ideëel ook in haar doelstellingen – psychiatrische patiënten horen evengoed bij de samenleving en niet 'tussen vier muren' – in de praktijk zijn er nog veel belemmeringen voor de maatschappelijke participatie van mensen met psychische handicaps (Van Hoof et al. 2004, Van Hoof 2005). Medewerkers van de geestelijke gezondheidszorg blijken weliswaar goed in staat te zijn om rust en stabiliteit in het leven van hun cliënten te brengen, maar de stap naar feitelijke maatschappelijke participatie is nog moeilijk te maken. De cliënten leiden over het algemeen nog een geïsoleerd bestaan en maken weinig deel uit van sociale en arbeidsgelateerde netwerken. Oorzaken hiervan zijn onder andere een onvoldoende specifieke deskundigheid binnen de hulpverleningsteams ten aanzien van de begeleiding naar onderwijs en arbeid, gebrekkige ondersteuning vanuit andere maatschappelijke sectoren (zoals arbeid en onderwijs) en een nog overwegend negatieve beeldvorming binnen de samenleving over de mogelijkheden van mensen met psychische handicaps. Een dieperliggende verklaring voor de problemen rond de vermaatschappelijking lijkt gelegen in het feit dat de ideële doelstelling in de loop van de tijd gepaard is gegaan met een outputfinanciering, waardoor mensen om andere dan ideële motieven buiten de zorgstellingen zijn terechtgekomen.

Niet alleen de zorginstellingen zijn verkokerd, ook de onderzoek- en informatiestromen. Het zou aardig zijn als de RMO een bijdrage kan leveren om een aantal muren te slechten. In zijn algemeenheid: kies de invalshoek van de patiëntencarrière en pas daar je hulpverlenings-systemen op aan.

Joan Meyer, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

Bij veel mensen in psychiatrische instellingen kun je je afvragen wat er nu precies psychiatrisch is. Mensen zitten daar vanwege jeugdverwaarlozing, trauma's en geweldsdelicten, maar krijgen vaak een psychiatrische behandeling omdat daar nu eenmaal aanbod voor is. De oplossing ligt mijns inziens meer in resocialisatie-inrichtingen dan in psychiatrische inrichtingen. Maar ja, resocialisatieklinieken kennen we niet. In feite vindt er niet alleen criminalisering van psychiatrische patiënten plaats maar ook psychiatrisering van ontspoorde mensen, onder wie ook criminelen.

Harrie van Haaster, onderzoeksbureau IGPB

3 Beleidsmatige context

De beschreven (politiek)maatschappelijke context maakt duidelijk dat er sprake is van een complexe problematiek met ook een complexe verantwoordelijkheidsverdeling. Het gaat om ontwikkelingen in het strafrecht en de zorgsector, maar ook om een veranderende publieke opinie met betrekking tot overlastgevers, criminelen en mensen met psychi(atri)sche problemen. Dat de maatschappelijke stemming van invloed is op het voeren beleid blijkt uit het voorgenomen parlementair onderzoek naar het tbs-systeem (gepland in het najaar van 2006⁶). Daarnaast is het goed te beseffen dat er al lange tijd discussie bestaat over de verschillende verantwoordelijkheden (van Justitie en VWS) met betrekking tot de in dit vooronderzoek beschreven doelgroep. Dat neemt niet weg dat er een aantal beleidsinitiatieven op stapel staat, dat direct van invloed is op de genoemde knelpunten. We zetten de belangrijkste op een rij.

3.1 Justitie gaat zorg inkopen

Naar aanleiding van de motie-Van de Beeten en als reactie op de gespannen verantwoordelijkheidsverdeling tussen Justitie en VWS met betrekking tot de zorgverlening aan psychiatrische delinquenten heeft de commissie-Houtman, bestaande uit vertegenwoordigers van VWS, Justitie en Financiën, geadviseerd het geld dat nu voor zorg in een strafrechtelijk kader in de AWBZ zit op de justitiebegroting te plaatsen (Interdepartementale werkgroep 2005). Justitie zou aan moeten sluiten bij de systematiek van de GGZ om met dat geld zorg te kunnen inkopen. Het advies betreft meerderjarigen die geestelijke gezondheidszorg en/of forensische verslavingszorg nodig hebben in het kader van een strafrechtelijk vonnis (zoals tbs of een voorwaardelijke gevangenisstraf) en gedetineer-

6. In september 2005 heeft Donner een brief naar de Kamer laten sturen over de contouren van het tbs-systeem. Voordat het parlementair onderzoek plaatsvindt, zal tevens een internationale systeemvergelijking forensische psychiatrie zijn afgerond.

den die meer zorg nodig hebben dan in het basisregime geboden kan worden. Inhoudelijk blijft de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening bij de zorginstellingen; het betreft alleen een wijziging in de bekostigings-systematiek. Het doel van de wijziging – waarmee vanuit justitieel oogpunt voor het eerst formeel erkend wordt dat gevangenen ook een zorgverle-nende taak hebben – is een sluitende keten te organiseren van strafrechte-lijk ingrijpen, zorg en maatschappelijke veiligheid. Het advies is in september 2005 aan de Kamer verzonden. De minister heeft de voorge-stelde maatregelen overgenomen (Ministerie van Justitie 2005c).

Het probleem is dat de trajectbegeleiding van psychische gedetineerden bij justitie terecht komt. Deze heeft een totaal andere inzet en ook andere kennis en vaardigheden dan de verslavingsreclassering. Wij zouden graag zelf in de detentiefase actief willen zijn, en niet onder de voorwaar-den van Justitie. Justitie kijkt voornamelijk vanuit oogpunt van recidi-vermindering en stelt zijn programma vast op basis van criminogene factoren en niet op basis van welzijns- en gezondheidsfactoren. Teke-nend is dat bij de ISD de psychiatrische contra-indicatie eruit is gehaald.
Cocky Ruitenber, Verslavingsreclassering Delta Bouman GGZ

3.2 De Nieuwe Inrichting

Naar aanleiding van capaciteitsproblemen binnen penitentiaire instellin-gen heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Justitie begin 2005 het visiedocument 'De Nieuwe Inrichting' geschreven. Kern hiervan is om bij de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen voortaan op basis van een grove indicatiestelling twee groepen justitiabelen te onder-scheiden. De eerste en grootste groep betreft de 'gewone gevangenen' die het in de executiefase moeten doen met een (sobere) standaardaanpak met betrekking tot zorg en beveiliging. De tweede en beperktere groep betreft justitiabelen met een complexe problematiek waardoor ze extra zorg en beveiliging nodig hebben. Voor deze 'bijzondere groepen' volstaat de standaardaanpak niet en is maatwerk nodig met het oog op de speci-fieke psychische stoornis, de aard van het gepleegde delict en het (hoge) vluchtrisico (DJI 2005). Opvallend is wel dat De Nieuwe Inrichting hoofd-

zakelijk gemotiveerd wordt vanuit het perspectief van “beveiliging van de maatschappij”, “financiële taakstelling” en “veranderde maatschappelijke opvattingen” en minder vanuit resocialisatieoverwegingen.

De ontwikkeling naar De Nieuwe Inrichting, waar delinquenten met lichte straffen geen hulpaanbod meer krijgen, baart mij grote zorgen. De kans bestaat dat er toch hulpbehoevende criminelen tussen wal en schip geraken, waarvoor zijzelf maar uiteindelijk ook de maatschappij een prijs moeten betalen. Verder zijn wij absoluut geen voorstander van een betalingsystematiek waarin Justitie de zorg bij GGZ kan inkopen. De zorgverlening is dan tijdens de strafrechtelijke titel wel gewaarborgd (hoewel onder de paraplu van Justitie), maar daarna valt ze weg. Het is beter dat de zorgverlening onder de AWBZ blijft vallen.

Herman Veerbeek, Polikliniek De Waag, Den Haag

3.3 Scheiding jeugdigen met strafrechtelijke en civielrechtelijke titel

Naar aanleiding van de problemen rond het bij elkaar plaatsen van jeugdigen met een civielrechtelijke titel en jeugdigen met een strafrechtelijke titel is besloten om vanaf 2007 jeugdigen met ernstige gedragsproblemen (de civielrechtelijk geplaatsten) aan VWS over te dragen en dus uit de justitiële inrichtingen te halen. Voor deze groep wordt nieuw zorgaanbod in de jeugdzorg gecreëerd. Dit zal gepaard gaan met een budgetoverheveling van Justitie naar VWS van 12 miljoen euro in 2005 en 14 miljoen euro structureel vanaf 2006 (Ministerie van Justitie en VWS 2005).

3.4 Aanpak verloedering en overlast

Naar aanleiding van de overlast op straat is in december 2004 het ‘Plan van aanpak van verloedering en overlast 2005-2007’ aanvaard, dat zich richt op mensen die onevenredig veel aandacht van politie en andere instanties vragen (onder meer mensen met psychiatrische en verslavings-

problemen die op straat leven). Het plan streeft naar een betere zorg voor deze groep, zodat de kwaliteit van leven toeneemt en de overlast vermindert (Ministerie VWS 2004). Een belangrijk instrument daartoe is de bevoegdheden over instellingen voor geestelijke gezondheidszorg vanaf 2006 meer bij de gemeenten te leggen. Ook beoogt het plan een beter gebruik van de wet BOPZ die verplichte opsluiting regelt bij psychische stoornissen. Momenteel ligt er een wetsvoorstel voor ruimere mogelijkheden tot dwangbehandeling bij gedwongen opname (Ministerie VWS 2005).

Er zijn twee grote, met elkaar samenhangende problemen. De eerste is het politiek-maatschappelijke klimaat om alles via de veiligheidsboom aan te pakken. Het tweede is wat ik maar noem de 'patiëntmijdende zorginstellingen'. Laten de zorginstellingen maar eerst weer eens gewoon hun werk doen.

Dilia van der Heem, Openbaar Ministerie, Rotterdam

3.5 Programma Terugdringen Recidive

Naar aanleiding van de hoge recidivecijfers is Justitie in 2002 het programma Terugdringen Recidive (TR) gestart met als doel het verminderen van recidive bij volwassenen na detentie. Analoog aan ervaringen in Angelsaksische landen is het TR-programma opgezet volgens de zogeheten 'What Works-benadering': een werkwijze voor behandeling die op "aantoonbare resultaten" gegrond moet zijn (Ministerie van justitie 2005b). De inzet is om te werken aan een betere diagnose van criminogene en risicofactoren van gedetineerden, aan de toepassing van effectievere interventies (vooral gericht op cognitieve vaardigheden), aan een betere en transparantere samenwerking tussen Gevangeniswezen en reclasseringsorganisaties en aan een betere aansluiting op maatschappelijke vervolgvoorzieningen. Het programma TR is een samenwerkingsverband tussen DJI/Gevangeniswezen, de verschillende reclasseringsorganisaties en het bestuursdepartement van Justitie.

Wij proberen de drempel om mensen te bereiken zo laag mogelijk te houden. We kijken in eerste instantie niet of iemand verslaafd is of een psychisch probleem heeft. Vaak is de entree gewoon het ontbreken van huisvesting. Pas daarna gaan we differentiëren en mensen in verschillende 'pijpleidingen' onderbrengen. Verslaafden proberen we bijvoorbeeld een plek te geven in het Domus in Heerlen, waar nu negentien mensen bij elkaar en onder begeleiding wonen. Het verblijf staat hier centraal. Als de cliënten wat veiligheid voelen, niet opgejaagd worden en tot rust zijn gekomen gaan we over hulptrajecten praten. Mensen die tussen wal en schip dreigen te raken kunnen terecht in ons Sociaal Pension in Maastricht. In de kelder hebben we zelfs twee noodslaapvertrekken voor mensen die tijdelijk een toevluchtsoord nodig hebben. Buiten staan vier containerwoningen of 'woonunits', voor mensen die elk vorm van autoriteit verwerpen en met wie weinig meer valt aan te vangen. Door hen hier een veilig onderdak te bieden kunnen ze toch een redelijk bestaan leiden, zonder overlast voor derden. Uiteindelijk proberen we zo voor iedereen, in zijn eigen situatie, iets passends aan te bieden. De mens staat daarbij centraal.

Hans-Martin Don, Leger des Heils Maastricht/Heerlen

4 Adviesvraag van de RMO

Uit het bovenstaande constateert de RMO – en anderen hebben dat met ons gedaan – dat er een gebrekkige aansluiting is tussen de curatieve en penitentiaire ‘aanpak’ van psychiatrische patiënten/delinquenten. Een voorlopige werkdefinitie van een adequate aanpak luidt als volgt:

Adequaat is een aanpak als deze het gedrag van de betrokken persoon zo begrenst dat zo min mogelijk intolerabele schade voor derden ontstaat (veiligheid, bescherming en begrenzing) en als deze tegelijk de betrokken persoon zoveel mogelijk helpt om volwaardig terug te keren naar de maatschappij. Zijn deze twee aspecten met elkaar in strijd, dan zal een adequate aanpak een goede afweging van baten voor het individu, kosten en risico's moeten inhouden, die ook inzichtelijk en zo veel mogelijk aanvaardbaar moet kunnen zijn voor het publiek.

De oorzaken van de gebrekkige aansluiting zijn divers: veranderende kennis omtrent psychische stoornissen, verkokering en versnippering van het zorgaanbod, een gebrekkige afstemming tussen zorg- en justitiële instellingen vanwege twee fundamenteel verschillende werelden, onvoldoende professionalisering op uitvoeringsniveau mede als gevolg van gebrekkige opleidingen, een veranderend politiek-maatschappelijk klimaat waarin de roep om repressie belangrijker is geworden, en veranderende taakopvattingen van bijvoorbeeld de Reclassering. Een probleem dat daar doorheen speelt is het gebrek aan cijfermatige kennis over de instroom van psychiatrische patiënten in het justitiële traject.

De RMO constateert dat zich tussen een aantal ontwikkelingen een opmerkelijke discrepantie voordoet. Terwijl er aan de ene kant steeds meer kennis is over de relatie tussen criminaliteit en psychische stoornissen (criminele activiteiten en de behandeling van delinquenten worden steeds meer ontrafeld op basis van psychologische en psychiatrische factoren), bestaat er aan de andere kant een klimaat van repressie, meer onvoorwaardelijke celstraffen en minder tolerantie. Je zou verwachten – en veel

gesprekspartners beamen dit – dat op basis van nieuwe inzichten er veel meer ingezet wordt op interventies in iemands ‘criminele’ of ‘hulpbehoevende carrière’: wat zijn sleutelmomenten om te voorkomen dat iemand met psychi(atri)sche problemen in de fout gaat? Hoe kan het strafrecht meer aansluiten bij de nood en de behoefte van de desbetreffende persoon? Op welke manier kunnen zorginstellingen zich weer meer gaan richten op de totale mens, in plaats van op een specifiek zorgaanbod? De wenselijkheid van deze persoonsgerichte interventies wordt door professionals weliswaar onderkend, maar het lijkt alsof de systemen – mede als gevolg van een politiekmaatschappelijke tegenstroom van repressie, outputfinanciering en protocollenwerkelijkheid – daarop nog niet zijn aangepast.

Eén van de achterliggende oorzaken lijkt gelegen te zijn in de verschillende perspectieven van waaruit naar de problematiek wordt gekeken. Grofweg zijn er drie perspectieven: die van justitie (vooral gericht op recidivevermindering en leedtoevoeging), die van de zorg (gericht op de medische behandeling en resocialisatie van de dader) en die van de samenleving (gericht op veiligheid en de positie van het slachtoffer). In algemene termen zou je kunnen zeggen dat de standpuntbepaling omtrent de juiste aanpak voortkomt uit de invalshoek van waaruit men de problematiek benadert.

Dit alles neemt niet weg dat er beleidsmatig tevens gewerkt wordt aan een verbetering van de afstemming tussen curatieve en penitentiaire instellingen. Zo wil de commissie-Houtman de hulpverlening aan psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke titel verbeteren door middel van een andere bekostigingssystematiek waarbij Justitie de zorg bij de GGZ instellingen kan inkopen. Het is nog te vroeg om hierover een oordeel te vormen – wel lijkt de GGZ vooralsnog forse bezwaren te hebben – maar op het eerste gezicht lijkt deze systeemwijziging tegemoet te komen aan een betere zorgverlening binnen het justitiële traject.

Maar de integratie tussen hulp en recht lijkt op meer plaatsen een impuls te verdienen. De commissie-Houtman spreekt zich alleen uit over de zorgverlening aan meerderjarigen met een strafrechtelijke titel en zegt niets over de fase daarna of daarvoor. Verschillende gesprekspartners wijzen

erop dat er juist in het 'justitiële schemergebied' veel gaten vallen. Reclasering kan niets meer doen wanneer de strafrechtelijke titel is afgelopen, het Leger des Heils zou best met Justitie willen onderhandelen over een voor de patiënt te behappen en te begrijpen strafmaat, en Eerste-Kamerlid Van de Beeten wijst op de noodzaak van een duidelijkere vorm van bemoeizorg als reactie op de doorgesloten zelfbeschikking van de burger. Met andere woorden: *hoe kunnen mensen die vanwege psychiatrische problemen gevoelig zijn voor het plegen van delicten al in een vroeg stadium zowel geholpen als begrensd worden in hun gedrag?* Maar ook voor de fase na afloop van de strafrechtelijke titel zou die zorg op zijn plaats zijn: *hoe kunnen psychiatrische ex-delinquenten meer hulp en eventueel begrenzing krijgen om recidive te voorkomen en de aansluiting naar maatschappelijke participatie te vergroten?* Daarnaast is het denkbaar dat ook nog tijdens de fase van een strafrechtelijke titel er andere impulsen denkbaar zijn dan de bekostigingswijziging die door de commissie-Houtman wordt bepleit: *welke vorm van bestraffing en begrenzing is voor deze groep het meest effectief en aanvaardbaar?*

Tot slot moet bij dit alles ook het perspectief van de samenleving een plek krijgen: *hoe kunnen bestraffing en zorgverlening aansluiten bij de gevoelens van slachtoffers en maatschappij om recht te verschaffen om uiteindelijk op enigerlei wijze weer samen verder te gaan: herstel van recht, participatie en gemeenschap?*

In zijn advisering zou de RMO – anders dan het meer financiële en bestuurlijke advies van de commissie Houtman – vooral deze maatschappelijke invalshoek willen kiezen. Dat wil zeggen dat de Raad op zoek wil gaan naar mogelijkheden om de perspectieven van justitie en zorg opnieuw te doordenken vanuit de maatschappelijke opdracht (en verlegenheid!) om 'adequaat' om te gaan met delictplegers met psychi(atr)ische problemen. Daarbij wil de Raad onder andere nagaan welke principiële noties achter de begrippen 'straf' (zoals repressie, vergelding, preventie) en 'zorg' (zoals behandeling, bescherming, kwaliteit van leven en het op eigen benen leren staan) in de praktijk dominant zijn en in hoeverre ze onderling en met de heersende publieke opinie verenigbaar zijn. De verwachting daarbij is dat veel concrete knelpunten die in dit vooronderzoek staan beschreven, voortkomen uit een fundamentele 'mismatch' tussen de verschillende perspectieven.

De uiteindelijke adviesvraag luidt als volgt:

Hoe kunnen verschillen in het medische, socialiserende, justitiële en maatschappelijke perspectief overbrugd worden waar het gaat om de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen? Het is hierbij belangrijk om ook te kijken naar mensen met psychi(atri)sche problemen die ontslagen zijn van rechtsvervolging en vanuit preventief oogpunt naar mensen die een risico vormen. Het advies zal vooral ook handvatten moeten geven voor de praktijk.

Geraadpleegde literatuur

Andrews, D.A. (1989), Recidivism is predictable and can be influenced: using risk assessments to reduce recidivism.
Forum on Corrections Research, (1), 11-18

Andrews, D.A. et al (1990), Does correctional treatment work? A clinical relevant and psychologically informed meta-analysis.
Criminology, (28), 369-404

Antonowicz, D.H. en R.R. Ross (1994), Essential components of successful rehabilitation programs for offenders.
International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, (38), 97-104

Beek, K.W.H. van (2002), *De mazen van de netwerksamenleving: nieuwjaarsessay 2003 van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling*. Den Haag: RMO

Braak J. van den et al (2003), *Opvang ex-gedetineerden: verslag van een onderzoek naar de maatschappelijke opvang van ex-gedetineerden*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort

Brezinka, V. (2002), Effectonderzoek naar preventieprogramma's voor kinderen met gedragsproblemen.
Kind en Adolescent, 23 (1), 4-23

Broers, P.J.M. (2002), *Eindverslag Project: 'Indicatiestelling in de forensische psychiatrie'*. Utrecht: Trimbos-instituut

Bulten, B.H. (1998), *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*. Amsterdam: Vrije Universiteit

Cooke, D.J. en L. Philip (2000), To treat or not to treat? An empirical perspective. In: C.R. Hollin (red.), *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: Wiley

Gezondheidsraad (2004), *Noodgedwongen: zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad

Goderie, M. et al (2004), *Samenplaatsing van jongeren in justitiële inrichtingen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Graaf, W. van de en H.P.M. van Haaster (2001), *Zolang kleur kleur heeft. Ervaringen van klanten met de forensische psychiatrie*. Amsterdam: IGPB

Hoof, F. van et al (2004), *Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Monitorrapportage vermaatschappelijking. Utrecht: Trimbos-instituut

Hoof, F. (2005), Verhalen over vermaatschappelijking. *Passage, tijdschrift voor psychosociale rehabilitatie*, april

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005), *Jongeren in justitiële jeugdinrichtingen: met betere zorg nog veel te winnen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg

IBO Maatschappelijke opvang (2003), *De opvang verstoort. Interdepartementaal Beleidsonderzoek 2002-2003*. Den Haag

Interdepartementale werkgroep (2005), *Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*. Commissie Houtman. Den Haag

Kogel, C.H. de, C. Verwers en V.E. den Hartogh (2005), *'Blijvend delictgevaarlijk' - empirische schattingen en conceptuele verheldering*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers

Kuiper, H. et al (1998), *Gekte in het gevang, De doorstroom van gevangeniswezen naar geestelijke gezondheidszorg*: lezingenbundel van najaarsconferentie 1997. Utrecht: Trimbos-instituut

Lipsey, M.W. (1992), Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: T.D. Cooke et al, *Meta-analysis for explanation: A casebook*. New York: Russell Sage

Lösel, F. (1996), Effective correctional programming: What empirical research tells us and what it doesn't. *Forum on Corrections Research*, (6), 33-37

Lösel, F. (1998), Treatment and management of psychopaths. In: D.J. Cooke et al (red.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society*. Dordrecht: Kluwer Academic

Michon, H. en H. Kroon (2002), *In de samenleving en ernstige psychische problematiek: op zoek naar één getal*. Notitie voor de Taskforce Vermaatschappelijking, 2 januari 2002. Utrecht: Trimbos-instituut

Ministerie van Justitie (2001a), *Veilig en wel, een beleidsvisie op de tbs*. Commissie beleidsvisie Tbs. Den Haag

Ministerie van Justitie (2001b), *Zorg om Zorg, een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen

Ministerie van Justitie (2003), *Zorgen voor Behandeling (deel 1). Over samenwerking tussen de GGz, de Reclassering en het Gevangeniswezen bij de behandeling van gedetineerden die lijden aan een psychische stoornis*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen

Ministerie van Justitie (2004), *Verbeterplan "aansluiting nazorg" Programma Terugdringen Recidive*. Den Haag: Directie Sanctie- en preventiebeleid

Ministerie van Justitie (2005a), *Detentie en behandeling op maat: bijzondere groepen, een eindperspectief*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen

Ministerie van Justitie (2005b), *Gedraginterventies*. Programma Terugdringen Recidive. Den Haag

Ministerie van Justitie (2005c), Brief aan Eerste Kamer n.a.v. motie Van de Beeten, 25 augustus 2005. Den Haag: Directie-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties. Directie Preventiebeleid

Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS (2005), *Aanpak optimalisering zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen*. Brief aan Tweede Kamer, 18 april 2005. Den Haag

Ministerie van VWS (2004), *Plan van aanpak verloedering en overlast*. Den Haag

Ministerie van VWS (2005), *Consultatie Wetsvoorstel Bopz*. Brief aan Tweede Kamer, 31 mei 2005. Den Haag

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001), *Kwetsbaar in kwadraat: krachtige steun aan kwetsbare mensen*. Advies 16. Den Haag: SDU

Ruiter, C. de (2004), Forensisch gedragsonderzoek in strafzaken. *Forensische expertise*, 30(1), 50-61

Ruiter, C. de en V. Veen (2004), *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut

Savornin Lohman, J. de en H. de Raaff, (2003), *In de frontlinie tussen hulp en recht*. Bussum: Coutinho

Schoemaker, C. en G. van Zessen (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut

Swaaningen, R. van (2004), Veiligheid in Nederland en Europa: een sociologische beschouwing aan de hand van David Garland. *Justitiële verkenningen*, (7), 9-23.

Wartna, B.S.J., N. Tollenaar en A.A.M Essers (2005a). *Door na de gevangenis: een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers

Wartna, B.S.J., S. el Harbachi en A.M. van der Laan (2005b), *Jong vast: een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-pupillen van justitiële jeugdinrichtingen*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers

Wartna, B.S.J., S. el Harbachi en L.M. van der Knaap (2005c), *Buiten behandeling: een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers

Wartna, B.S.J., N.J. Baas en E.M.Th. Beenackers (2004), *Beter, anders en goedkoper: een literatuurverkenning ten behoeve van het traject Modernisering Sanctietoepassing*. Meppel/Den Haag: WODC/Boom Juridische Uitgevers

Werkprogramma

In Nederlandse gevangenissen is de populatie de afgelopen jaren geleidelijk veranderd. Steeds vaker worden cellen bezet door mensen met min of meer ernstige psychische stoornissen, verslaafden met psychische problemen en andere personen waarvan men zich kan afvragen of het de bedoeling is dat zij gevangen zitten.

Er is een aantal ontwikkelingen dat deze situatie in de hand werken. Het gaat dan bijvoorbeeld om een groeiend aantal mensen met problemen die de weg naar de hulpverlening niet weten te vinden of van wie de hulpverlening van mening is dat zij toch voor zichzelf kunnen zorgen. Het gaat bijvoorbeeld om een toename van alcohol- en druggebruik, waardoor de incidentie van psychische problemen toeneemt. Maar het gaat bijvoorbeeld ook om de toenemende herkenning van psychische aandoeningen, waardoor criminaliteit steeds vaker kan worden teruggevoerd op een psychische stoornis. Ten slotte kan de vraag gesteld worden of de allochtone herkomst van een aantal betrokkenen op de een of andere manier een factor is die aandacht verdient.

Deze ontwikkelingen roepen de vraag op of penitentiaire instellingen de meest geschikte plek zijn om de problemen die deze mensen de samenleving (en zichzelf) bezorgen op te lossen of recidive te helpen voorkomen. Zeker waar het jeugdige delinquenten met psychische problemen betreft, zal het antwoord op deze vraag al snel ontkennend zijn. Maar wat dan wel te doen? En tegen welke prijs?

De Raad zal in overleg met de betrokken beleidsafdelingen bezien op welke wijze een relevante adviesvraag voor dit thema kan worden geformuleerd.

Planning:

- afronding vooronderzoek: zomer 2005
- publicatie eventueel advies: 2006

Geraadpleegde deskundigen

- mr. R.H. van de Beeten, Eerste-Kamerlid CDA, Den Haag
- dr. E. Blaauw, Erasmus MC, Rotterdam
- mw. drs. S.G. de Boer, Friesland
- dr. S. Bogaerts, WODC, Den Haag
- mw. T. van den Bogaard, Bureau Stadsmariniers Centrum en CS, Rotterdam
- mw. drs. L. Broekaar, Stichting Pandora, Amsterdam
- drs. F.H. Clabbers, Ministerie VWS, Den Haag
- drs. H. M. Don, CWZV Limburg/Brabant, Leger des Heils, Maastricht/Heerlen
- mw. M. Douven, Domus Heerlen, Leger des Heils, Heerlen
- H. Gras, zorginstelling Altrecht, Utrecht*
- F. Groen, Reclassering Leger des Heils, Rotterdam
- dr. H.P.M. van Haaster, onderzoeksbureau IGPB, Amsterdam
- mw. mr. D.A.T. van der Heem, Openbaar Ministerie, Rotterdam
- dr. mr. M. Hildebrand, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Utrecht
- drs. F. van Hoof, Trimbos-instituut, Utrecht
- mw. drs. M.W. Knuttel, Stichting Pandora, Amsterdam
- mw. dr. C.H. de Kogel, WODC, Den Haag
- dr. H. Kroon, Trimbos-instituut, Utrecht
- mw. drs. J. Kuyvenhoven, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie, Den Haag*
- prof. dr. P.H. van der Laan, Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, Leiden; Universiteit van Amsterdam*
- R. Loch, Leger des Heils, Rotterdam
- F. van Loenen, Stadsgevangenis, Rotterdam
- mw. N. v.d. Meent, Stadsgevangenis, Rotterdam
- drs. Chr.W. van der Meer, Verslavingsreclassering Parnassia, Den Haag*
- mw. dr. J. Meyer, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Utrecht
- mw. drs. M. Mol, Stadsgevangenis, Rotterdam
- mw. mr. L.J. Molenaar, Ministerie VWS, Den Haag

- prof. dr. H. Nijman, Radboud Universiteit Nijmegen en De Kijvelanden, Poortugaal*
- dr. P. Osinga, Ministerie van Justitie, Den Haag
- mw. drs. M.M. Padmos, Ministerie van Justitie, Den Haag
- L. Pieters, Leger des Heils, Rotterdam
- mw. C.C. Ruitenbergh, Verslavingsreclassering Delta Bouman GGZ, Rotterdam
- mw. prof. dr. C. de Ruiter, Trimbos-instituut, Utrecht; Universiteit Maastricht
- mw. prof. dr. J. de Savornin Lohman, emeritus hoogleraar Universiteit van Amsterdam
- mw. M Smit, Delta Bouman GGZ, Rotterdam
- mw. R. Smulders, Basisberaad Rotterdam*
- J.H. Stegeman, Reclassering Nederland, Utrecht
- Majoor drs. G. Stoffers, Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg Maatschappelijk Centrum, Rotterdam
- mw. drs. M. Teeuwen, WRR, Den Haag
- drs. H.J. Veerbeek, Polikliniek De Waag, Den Haag
- M. Verhaegh, Sociaal Pension Leger des Heils, Maastricht
- Luitenant kolonel mw. drs. C.A. Voorham, Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg, Almere
- M. Vos, Stadsgevangenis, Rotterdam

Werkbezoeken:

- Polikliniek De Waag, Den Haag (2/8/05)
- Stadsgevangenis Rotterdam (4/8/05)
- Internaat Leger des Heils Rotterdam (4/8/05)
- Sociaal Pension Maastricht, Leger des Heils (9/8/05)
- Domus Heerlen, Leger des Heils (9/8/05)
- Dag- nachtopvang Heerlen, Leger des Heils (9/8/05)

Expertmeeting

- op 11/8/05 bij de RMO, aanwezig zes mensen, gemarkeerd met een *

Overzicht van uitgebrachte publicaties

Adviezen

Derde raadsperiode 2005-2008

- 36 Lokalisering van maatschappelijke ondersteuning. Voorwaarden van maatschappelijke ondersteuning. (2005)

Tweede raadsperiode 2001-2004

- 35 Eenheid, verscheidenheid en binding. Over concentratie en integratie van minderheden in Nederland. (2005)
- 34 Ouderen tellen mee. Advies aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer. (2004)
- 33 Mogen ouderen ook meedoen. (2004)
- 32 Toegang tot recht. (2004)
- 31 Sociale veiligheid organiseren. Naar herkenbaarheid in de publieke ruimte. (2004)
- 30 Verschil in de verzorgingsstaat. Over schaarste in de publieke sector. (2004)
- 29 Humane genetica en samenleving. Bouwstenen voor een ander debat. (2004)
- 28 Europa als sociale ruimte. Open coördinatie van sociaal beleid in de Europese Unie. (2004)
- 27 Hart voor Europa. De rol van de Nederlandse overheid. (2003)
- 26 Medialogica. Over het krachtenveld tussen burgers, media en politiek. (2003)
- 25 De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care. (2002)
- 24 Bevrijdende kaders. Sturen op verantwoordelijkheid. (2002)
- 23 Geen woorden maar daden. Bijdrage aan het normen- en waarden-debat. (2002)
- 22 Werken aan balans. Een remedie tegen burn-out. (2002)

- 21 Educatief centrum voor ouder en kind. Advies over voor- en vroeg-schoolse opvang. (2002)
- 20 Levensloop als perspectief. Kanttekeningen bij de Verkenning Levensloop. Beleidsopties voor leren, werken, zorgen en wonen. (2002)
- 19 Van uitzondering naar regel. Maatwerk in het grotestedenbeleid. (2001)
- 18 Aansprekend opvoeden. Balanceren tussen steun en toezicht. (2001)
- 17 Instituties in lijn met het moderne individu. De sociale agenda 2002-2006. (2001)
- 16 Kwetsbaar in kwadraat. Krachtige steun aan kwetsbare mensen. (2001)

Eerste raadsperiode 1997-2000

- 15 Ver weg en dichtbij. Over hoe ICT de samenleving kan verbeteren. (2000)
- 14 Van discriminatie naar diversiteit. Kanttekeningen bij de Meerjarennota Emancipatiebeleid 'Van vrouwenstrijd naar vanzelfsprekendheid'. (2000)
- 13 Wonen in de 21^e eeuw. (2000)
- 12 Alert op vrijwilligers. (2000)
- 11 Ongekende aanknopingspunten. Strategieën voor de aanpassing van de sociale infrastructuur. (2000)
- 10 Aansprekend burgerschap. De relatie tussen organisatie van het publieke domein en de verantwoordelijkheid van burgers. (2000)
- 9 Nationale identiteit in Nederland. (1999)
- 8 Arbeid en zorg. Reactie op de kabinetsnota 'Op weg naar een nieuw evenwicht tussen arbeid en zorg'. (1999)
- 7 Integratie in perspectief. Advies over integratie van bijzondere groepen en van personen uit etnische groeperingen in het bijzonder. (1998)
- 6 Verantwoordelijkheid en perspectief. Geweld in relatie tot waarden en normen. (1998)
- 5 Uitsluitend vrijwillig!? Maatschappelijk actief in het vrijwilligerswerk. (1997)
- 4 Kwaliteit in de buurt. (1997)
- 3 Werkloos toezien. Activering van langdurig werklozen. (1997)
- 2 Stedelijke vernieuwing. (1997)
- 1 Vereenzaming in de samenleving. (1997)

Werkdocumenten

- 10 Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen. (2005)
- 9 Gezin anno nu. M. Distelbrink, N. Lucassen en E. Hooghiemstra. (2005)
- 8 Tussen vangnet en trampoline. Over de inzet van publieke middelen voor participatie en zekerheid. H. Adriaansens, K. van Beek en R. Janssens. (2005)
- 7 Preventiebeleid. Een verkennende achtergrondstudie. R. Torenvlied en A. Akkerman. (2005)
- 6 Over insluiting en vermijding. Twee essays over segregatie en integratie. J. Uitermark en J.W. Duyvendak; P. Scheffer. (2004)
- 5 "Nee, ik voel me nooit onveilig". Determinanten van sociale veiligheidsgevoelens. H. Elffers en W. de Jong. (2004)
- 4 Ouderen en maatschappelijke inzet. K. Breedveld, M. de Klerk en J. de Hart. (2004)
- 3 Financiële prikkels voor werknemers bij uittreding. I. Groot en A. Heyma. (2004)
- 2 Sociale veiligheid vergroten door gelegenheidsbeperking: wat werkt en wat niet? K. Wittebrood en M. van Beem. (2004)
- 1 Inburgering. Educatieve opdracht voor nieuwkomer, overheid en samenleving. (2003)

Publicaties van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling zijn te downloaden via www.adviesorgaan-rmo.nl

Adviezen zijn ook te bestellen bij:

Sdu Klantenservice

Tel. 070 378 98 80

Fax 070 378 97 83