

**3 | 08**

**Justitiële verkenningen**

# **Dwang en drang in de hulpverlening**

**verschijnt 8 maal per jaar • jaargang 34 • mei**

### **Colofon**

Justitiële verkenningen is een gezamenlijke uitgave van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Justitie en Boom Juridische uitgevers. Het tijdschrift verschijnt acht keer per jaar.

### **Redactieraad**

drs. A.C. Berghuis  
mr. dr. M. Malsch  
prof. dr. mr. L.M. Moerings  
prof. dr. mr. E. Niemeijer  
dr. C.J. de Poot  
mr. drs. M. Schuilenburg  
mr. drs. P.J.J. van Voorst

### **Redactie**

drs. M.P.C. Scheepmaker

### **Redactiesecretariaat**

N. Buijsrogge  
tel. 070-370 65 54  
E-mail: infojv@minjus.nl

### **Redactieadres**

Ministerie van Justitie, WODC  
Redactie Justitiële verkenningen  
Postbus 20301  
2500 EH Den Haag  
fax 070-370 79 48  
tel. 070-370 71 47

### **WODC-documentatie**

Voor inlichtingen: Infodesk WODC,  
tel. 070-370 65 53 (09.00 -13.00 uur)  
E-mail:wodc-informatiedesk@minjus.nl  
internetadres: www.wodc.nl

### **Abonnementen**

Justitiële verkenningen wordt gratis verspreid onder personen en instellingen die beleidsmatig werkzaam zijn ten behoeve van het ministerie van Justitie. Wie in aanmerking denkt te komen voor een gratis abonnement, kan zich schriftelijk of per e-mail wenden tot bovenstaand redactieadres. Andere belangstellenden kunnen zich richten tot Boom Juridische uitgevers. De abonnementsprijs bedraagt € 136 (excl. btw, incl. verzendkosten) voor een plusabonnement en € 86 (incl. btw en verzendkosten) voor een folioabonnement. Een plusabonnement

biedt u naast de gedrukte nummers tevens het online-archief vanaf 2002 én een e-mailattending. Het plusabonnement kunt u afsluiten via [www.bju-tijdschriften.nl](http://www.bju-tijdschriften.nl). Of neem contact op met Boom distributiecentrum via 0522-23 75 55 of [bdc@bdc.boom.nl](mailto:bdc@bdc.boom.nl). Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan. Valt de aanvang van een abonnement niet samen met het kalenderjaar, dan wordt over het resterende gedeelte van het jaar een evenredig deel van de abonnementsprijs in rekening gebracht. Het abonnement kan alleen schriftelijk tot uiterlijk 1 december van het lopende kalenderjaar worden opgezegd. Bij niet-tijdige opzegging wordt het abonnement automatisch voor een jaar verlengd. Gratis abonnementen kunnen desgevraagd te allen tijde beëindigd worden.

### **Administratie**

De abonnementenadministratie wordt verzorgd door Boom Juridische uitgevers, Postbus 85576, 2508 CG Den Haag, tel. 070-3307033, fax 070-3307030, e-mail [info@bju.nl](mailto:info@bju.nl), internet: [www.bju.nl](http://www.bju.nl).

### **Ontwerp**

Tappan, Den Haag

### **Omslagfoto**

© Wim Oskamp/Hollandse Hoogte

ISSN: 0167-5850

Opname van een artikel in dit tijdschrift betekent niet dat de inhoud ervan het standpunt van de Minister van Justitie weergeeft.

# Inhoud

|  |            |
|--|------------|
| <b>Voorwoord</b>   | <b>5</b>   |
| <i>M. van Ooyen-Houben, D. Roeg, C.H. de Kogel en M. Koeter</i><br><b>Zorg onder dwang en drang; een verkenning van mogelijkheden en grenzen</b> | <b>11</b>  |
| <i>A. Menger</i><br><b>Professioneel werken in gedwongen kader</b>   | <b>42</b>  |
| <i>R. Poort en A. Andreas</i><br><b>Paradoxen of dilemma's? Over dwang in het werk van Reclassering Nederland</b>                                | <b>57</b>  |
| <i>G.A.M. Widdershoven en T.A. Abma</i><br><b>Hulp en dwang vanuit zorgethisch perspectief</b>   | <b>68</b>  |
| <i>A. van der Horst</i><br><b>Juridische aspecten van dwangbehandeling</b>   | <b>79</b>  |
| <b>Summaries</b>   | <b>93</b>  |
| <b>Internetsites</b>   | <b>96</b>  |
| <b>Jaarnaal</b>  | <b>98</b>  |
| <b>De WODC-rapporten</b>   | <b>104</b> |



## Voorwoord

Kun je iemand helpen die niet om hulp vraagt? Dit is in de kern de vraag waarvoor elke professional of hulpverlener in een gedwongen kader zich gesteld ziet, én de rode draad door dit themamummer van *Justitiële verkenningen* over dwang en drang in de hulpverlening. Justitiële gedragsinterventies kennen altijd een element van drang of dwang. De gewenste gedragsverandering komt niet uit de cliënt zelf voort, maar is als doel van de interventie buiten hem om geformuleerd. Het doel van de interventie is (daardoor) heel vaak niet gelijk aan het doel van de persoon die de interventie ondergaat. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld medische interventies, waarbij de doelen van behandelaar en patiënt meestal overlappen. Opgemerkt zij overigens dat ook in drang- en dwangtrajecten cliënten het nut en de noodzaak van een interventie kunnen (gaan) inzien. Het bewerkstelligen van verandering bij personen die hier niet om vragen, is niet uniek voor de justitiesector. Ook in de psychiatrie, in de verslavingszorg en in de schuldhulpverlening kan dit aan de orde zijn. Op verschillende terreinen van wat voorheen de vrijwillige hulpverlening heette, zien we bovendien een beweging ontstaan waarbij hulpverleners niet meer wachten op een hulpvraag van een cliënt, maar deze zelf formuleren. We zien dit bijvoorbeeld bij overlastgevende zorgmijders, maar ook bij het interveniëren in gezinnen waar sprake is van verwaarlozing of misbruik van kinderen. Deze en andere vormen van ‘bemoeizorg’ kunnen een vrijwillig karakter hebben, maar bij uitblijven van resultaten ook uitmonden in drang- of dwangtrajecten. Elementen van drang of dwang zijn derhalve in toenemende mate aan de orde in hulpverleningscontacten, waardoor de hiervoor gestelde vraag – kun je iemand helpen die niet om hulp vraagt? – een hernieuwde actualiteit kent.

Deze ontwikkeling in de hulpverlening weerspiegelt een bredere trend in de samenleving naar minder vrijblijvendheid, naar het (her)creëren van mechanismen van sociale controle via overheidsingrijpen. Bij drang en dwang in de hulpverlening is het niet de hulpvrager of de professional die het vertrekpunt van het contact vormt, maar ‘de samenleving’ of ‘de ander’, die steeds minder bereid is het afwijkende gedrag, de overlast of het misbruik voor lief te nemen. Niet onbelangrijk daarbij is de invloed van schokkende incidenten – en de uitgebreide media-aandacht daarvoor, zoals kin-

dermishandeling en -moord binnen het gezin en ontsnapte of vrijgelaten tbs'ers die slachtoffers maken. De samenleving is niet alleen bereid minder te tolereren, maar is zelf ook steeds minder in staat om via informele mechanismen van sociale controle de genoemde fenomenen in de hand te houden. Ziehier de spagaat die is ontstaan voor de hulpverlener in onze tijd, opererend tussen de belangen van de samenleving aan de ene kant en de concrete behoeften en vragen van zijn cliënt aan de andere kant.

Dit is overigens geen nieuw verschijnsel. Aan bijvoorbeeld de groei van het maatschappelijk werk na de Tweede Wereldoorlog lagen, zo vinden we nu, vooral paternalisme en bevoogding ten grondslag. De jaren zestig en zeventig lieten hierin een ommekeer zien. Achtereenvolgens gingen hulpvragers en hulpverleners elkaar en zichzelf emanciperen; de hulpverlening werd steeds meer vraag- in plaats van aanbodgericht. De slinger zwaait nu terug, waarbij het paternalisme van de jaren vijftig van de vorige eeuw plaatsmaakt voor drang en dwang in onze tijd. Los van de afgenomen tolerantie voor afwijkend, schadelijk en crimineel gedrag is zowel binnen als buiten de hulpverlening door de jaren heen het inzicht gegroeid dat 'emancipatie' voor een bepaalde groep mensen/cliënten wellicht te hoog is gegrepen en dat zij gewoonweg niet zonder hulp, begeleiding, toezicht kunnen. Vanuit dat oogpunt zou je kunnen zeggen dat de maatschappij hen in de jaren zestig en zeventig aan hun lot heeft overgelaten.

De filosofie achter dwang en drang heeft wel wat weg van het paternalisme uit de jaren vijftig: wij, de samenleving, weten wat goed is voor de gedepriiveerde medemens. Toch is er ook een belangrijk verschil, omdat de vrijwillige, en soms ook dringende goedbedoeldheid van toen heeft plaatsgemaakt voor juridisch verankerde onvrijwilligheid nu: de juridische mogelijkheden om tegen de wil van individuen in te grijpen in hun bestaan zijn ten opzichte van veertig jaar geleden drastisch uitgebreid. Disciplineren is een kernwoord geworden, niet alleen voor de 'hulpvrager', maar ook voor de hulpverlener.

Disciplineren van de hulpverlener zien we enerzijds terug in de problematiek waarmee deze geacht wordt bezig te zijn en anderzijds in de wijze waarop deze zijn hulpverlening aanbiedt. In de voorbije twintig jaar is het aantal hulpverleners en sociale professionals dat in een drang- of dwangkader werkt, spectaculair toegenomen. Dit komt vooral door de groei van de justitiesector, waarin steeds

grotere aantallen groepswerkers, (penitentiair) inrichtingswerkers, sociotherapeuten, trajectbegeleiders, enzovoort werkzaam zijn. Echter, ook in de zorgsector (de jeugdzorg, de psychiatrie, de verslavingszorg en onderdelen van de gehandicaptenzorg) is een sterke toename waar te nemen van professionals die in een drang- of dwangkader werken. Tegelijkertijd zien we dat de vrijwillige en meer traditionele vormen van hulpverlening en welzijnswerk in de afgelopen twee decennia aan betekenis hebben ingeboet.

Ook ten aanzien van de wijze waarop hulpverleners hun hulp aanbieden, kunnen we een disciplinerings-trend waarnemen. De hulpverlener die zelf het beste weet wat goed is voor zijn cliënt en daar zijn handelen op afstemt, maakt steeds meer plaats voor de hulpverlener die geprotocoliseerd werkt, waarbij diagnostiek en behandeling plaatsvinden volgens vooraf bepaalde criteria, die vaak weer gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van behandeling. Financiering van de hulpverlening wordt in toenemende mate gekoppeld aan kwaliteitscriteria waarin de bewezen werkzaamheid van de interventie een belangrijke rol speelt.

Hulpverleners en sociale professionals die in een drang- of dwangkader werken, kampen vaak met lastige conflicten die de effectiviteit van hun handelen beïnvloeden. In de eerste plaats is daar uiteraard het dwangconflict. De cliënt heeft doorgaans zelf geen hulpvraag geformuleerd en zal zich in voorkomende gevallen passief of actief verzetten tegen alles wat de professional aandraagt. Hulpverlening tegen wil en dank levert weerstand, frustratie en agressie op, en allerhande copingstrategieën, niet alleen bij de cliënt, maar ook bij de professional. Recente rapportages van de Inspectie Jeugdzorg tonen ons hoezeer jongeren en groepswerkers in justitiële jeugdinstellingen gevangen zijn in dit conflict (Inspectie Jeugdzorg, 2008; Van der Laan e.a., 2007).

De trend naar *evidence based* werken heeft voor deze groep professionals ook een tweede conflict naar de oppervlakte gebracht, dat we hier aanduiden als een professionaliteitsconflict. Overal in de justitiesector, maar ook daarbuiten, treffen we hulpverleners aan die van mening zijn dat de introductie van *evidence based* werken niet bijdraagt aan de kwaliteit van hun werk. Door onderzoekers en beleidsmakers wordt deze houding vaak getypeerd als een gebrek aan professionaliteit dat zal verdwijnen naarmate een sector meer gewend raakt aan een geprotocolleerde manier van werken. Deze

analyse zou wel eens eenzijdig kunnen blijken. Met name in de What Works-benadering, die nu populair is bij justitie, zien we een sterke focus op de inhoud van interventieprogramma's en op de vraag in hoeverre deze programma's kunnen bijdragen aan het verminderen of beheersbaar maken van criminogene factoren bij justitiabelen. Vreemd genoeg gaat deze benadering voor een belangrijk deel voorbij aan het hiervoor geschetste dwangconflict, en alles wat daaruit voortvloeit. Het is dít conflict waarmee professionals dagelijks worden geconfronteerd en dat ze op enigerlei wijze tot een oplossing moeten brengen. Het verzet van veel professionals tegen de huidige invulling van *evidence based* werken moet waarschijnlijk vooral in dit licht worden gezien: de aangereikte interventies adresseren vooral hun cliënten en niet of nauwelijks de moeilijke vraagstukken waarvoor professionals in een dwangkader zich dagelijks geplaast zien. Effectieve interventies vragen om effectieve professionals. Aangezien het laatste niet automatisch uit het eerste voortvloeit, is een herbezinning op de rol van de professional gewenst (Van der Laan, 2004). Immers, zonder effectieve professionals geen effectieve interventies.

Met dit themanummer beogen wij een bijdrage te leveren aan die herbezinning en inzicht te bieden in de theorie en praktijk van zorg en hulp in een dwangkader. In het eerste artikel van Van Ooyen-Houben, Roeg, De Kogel en Koeter worden de begrippen dwang en drang nader toegelicht. Bestaande literatuur over gedragsmechanismen en de effectiviteit van dwang en drang worden besproken. Voorts biedt het stuk een overzicht van de civiel- en strafrechtelijke bepalingen die vormen van dwang mogelijk maken in de context van maatschappelijke veiligheid en zorg. De auteurs signaleren een trend naar het vaker toepassen van gedwongen opnames, (quasi-) dwangbehandeling en intensieve zorg voor mensen met psychische en sociale problemen.

Vervolgens gaat Menger in op de methodieken die zijn ontwikkeld om de hulpverlening in een gedwongen kader effectiever te maken. Ze vat de belangrijkste wetenschappelijke bevindingen samen en geeft aan wat de kenmerken zijn van een succesvolle hulpinterventie. Haar betoog rust op vijf pijlers: een vlotte samenwerking en goede afstemming binnen de justitiële keten is onontbeerlijk; de aanleiding voor het justitiële ingrijpen is de maatstaf voor het contact tussen hulpverlener en cliënt; verzet van de cliënt tegen de hulpverlener en de behandeling moet als een normale reactie wor-

den beschouwd; men mag niet verwachten dat cliënten gemotiveerd zijn, gebrek aan motivatie is vaak deel van het probleem; ten slotte mag alle aandacht voor What Works niet leiden tot verwaarlozing van de vraag Who Works. Een zeker mate van autonomie voor de hulpverlener in zijn werkwijze is onontbeerlijk om flexibel te kunnen inspelen op de behoeften van cliënten.

Voor Reclassering Nederland heeft de opmars van dwang en drang, maar ook van What Works grote gevolgen gehad. Poort en Andreas beschrijven in hun bijdrage de veranderingsprocessen die de organisatie heeft ondergaan door de overgang van vrijwillige hulp naar hulp in een gedwongen kader. Zij besteden tevens aandacht aan de wijze waarop medewerkers deze cultuuromslag hebben beleefd en hoe zij zich de nieuwe werkmethoden hebben eigen gemaakt.

De hiervoor geschetste trend naar minder vrijblijvendheid in de hulpverlening en meer 'resultaat' plaatst hulpverleners steeds vaker voor beroepsethische dilemma's. Zo worden bijvoorbeeld hulpverleners die werken met jonge psychiatrische patiënten of zwakbegaafden, soms geconfronteerd met crimineel gedrag van cliënten. Vaak twijfelt een hulpverlener dan of hij de politie moet waarschuwen.

Respect voor de autonomie van de cliënt wordt nogal eens gebruikt als een reden om niets te doen. Widdershoven en Abma betogen in hun artikel dat het afzien van interventie niet altijd recht doet aan die autonomie. Vaak zijn deze cliënten meer gebaat bij een actieve houding van hulpverleners, die hen zouden moeten stimuleren niet om te gaan met 'verkeerde vrienden'. Juist interventie en overreding kunnen de autonomie van de cliënt bevorderen. De auteurs willen daarmee niet beweren dat elke interventie moreel aanvaardbaar is. Interventies moeten effectief zijn en niet ingrijpender dan nodig. Ook is het zinvol naderhand de interventie te evalueren met de cliënt.

Aan de hand van enkele recent verschenen adviesrapporten bespreekt Van der Horst ten slotte de wettelijke voorzieningen voor (medische) dwangbehandeling en therapie voor gedetineerden in Nederland. Op dit moment is dwangbehandeling slechts mogelijk in een situatie waarin acuut gevaar dreigt voor de gedetineerde en/of zijn directe omgeving. De auteur bespreekt de plannen voor nieuwe wetgeving die de mogelijkheden voor dwangbehandeling uitbreidt, zowel binnen als buiten de justitiële context. Belangrijk element daarin is een uitbreiding van het genoemde gevaarscriterium, in de zin dat daarbij ook wordt gekeken naar de toekomst van

de gedetineerde. Met het oog op perspectieven op vrijlating en een normaal leven buiten de inrichting zou dwangbehandeling in het belang kunnen zijn van de gedetineerde. Er moet echter worden gewaakt voor een al te gemakkelijke inzet van dwangbehandeling. Om een al te gemakkelijke toepassing van dwangbehandeling te voorkomen dient de toepassing van dwangbehandeling onderworpen te worden aan zorgvuldige criteria en procedures. Een nieuwe zorg- en behandelwet voor zowel het terrein van VWS als van Justitie kan hierin voorzien en een einde maken aan het ongewenst naast elkaar bestaan van verschillende regelingen ten aanzien van dwangbehandeling.

G.B. Rovers\*

M.P.C. Scheepmaker

## Literatuur

### **Inspectie Jeugdzorg**

*Veilige behandeling in gesloten jeugdzorg: Streven naar waarborgen*

Utrecht, IJZ, 2008

### **Laan, G. van der**

*De professional als expert in practice-based evidence; Wat maakt sociale interventies effectief?*

Sociale Interventie, nr. 4, 2003, p. 5-16

### **Laan, P. van der, G. Maaskant e.a.**

*Veiligheid en continuïteit van zorg in justitiële jeugdinrichtingen; een inventariserend literatuuronderzoek*

Utrecht, IJZ, 2007

\* Gastredacteur dr. Ben Rovers is als lector Jeugd en Veiligheid verbonden aan het Expertisecentrum Veiligheid van Avans Hogescholen in Den Bosch. Drs. Marit Scheepmaker is hoofdredacteur van Justitiële verkenningen.

# Zorg onder dwang en drang

## Een verkenning van mogelijkheden en grenzen

*M. van Ooyen-Houben, D. Roeg, C.H. de Kogel en M. Koeter\**

‘Meer bemoeizorg, desnoods onder dwang’ kopt een toespraak van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit mei 2004 (‘Meer bemoeizorg’, 2004). Hulpverleners moeten in gevallen waarin mensen die niet zelf om hulp vragen, maar die wél nodig hebben, eerder ingrijpen. Wanneer dat niet helpt, wil het kabinet ‘dat er dwang toegepast wordt om te voorkomen dat mensen maatschappelijk teloorgaan’. In dezelfde periode zijn op diverse plaatsen in het land interventieteams in het leven geroepen, die gevraagd, maar ook ongevraagd, in actie komen: ze brengen huisbezoeken, controleren op ongewenst gedrag van burgers, en grijpen in waar dat nodig is. In 2006 waren in Nederland méér psychiatrische patiënten gedwongen opgenomen dan ooit, zoveel dat Mulder (2007) het heeft over een ‘epidemie van dwangopnamen’. De mogelijkheden om mensen onder dwang en drang te kunnen opnemen en behandelen, worden verruimd (Evaluatie, 2004; Dementerenden, 2005). Er is veel discussie over begeleidingsplicht en verplichte opvoedingsondersteuning voor gezinnen waarvan de kinderen ernstige overlast veroorzaken (Herstructurering, 2007). We lezen: ‘Als ouders en/of jeugdige niet vrijwillig willen deelnemen aan opvoedingsondersteuning of (jeugd)zorg en de situatie er wel om vraagt, wordt drang toegepast’ (Vaststelling, 2007). Op strafrech-

\* Dr. Marianne van Ooyen-Houben is werkzaam als projectbegeleider bij het WODC, als Associate Lector Verslavingszorg aan de Hogeschool Inholland en als docent Criminologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dr. Diana Roeg is postdoctoraal onderzoeker bij Tranzo, Wetenschappelijk Centrum voor Transformatie in Zorg en Welzijn, van de Universiteit van Tilburg. Dr. C.H. de Kogel is werkzaam als onderzoeker bij het WODC. Dr. Maarten Koeter is senior onderzoeker bij het Amsterdam Institute for Addiction Research van het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Met dank aan dr. Menke Bol, senior beleidsmedewerker van het ministerie van Justitie (DJJ) en Wytske van der Wagen, projectassistente bij het WODC/Extern Wetenschappelijke Betrekkingen.

telijk terrein wordt de toepassing van drang, die hier al een relatief lange geschiedenis heeft, momenteel uitgebreid (Justitieel, 2007). We ontwaren in dit alles duidelijk een beweging in de richting van meer dwang, drang en bemoeizorg, waarbij hulpverleners niet meer wachten op een hulpvraag van een cliënt, maar ongevraagd hulp aanbieden. Tot voor kort was het taboe om je te bemoeien met andermans leven, ook al was duidelijk dat een persoon kampte met een medisch, psychisch of sociaal probleem. Zolang bepaalde grenzen (direct gevaar, ernstig gevaar) niet werden overschreden, gold het principe dat iedereen zelf over zijn eigen manier van leven mag beslissen, en dit gold ook voor de beslissing om met een probleem bij de professionele zorg aan te kloppen. Het zelfbeschikkingsrecht stond hoog in ons vaandel.

Maar hoe ga je dan om met mensen die verloederen en verkommen of overlast veroorzaken? Moeten die mensen geen hulp krijgen, ook al vragen ze er niet om? Moeten we ons niet met hen bemoeien, hen desnoods dwingen?

Het coalitieakkoord van de huidige regering laat hierop een onomwonden 'ja' horen (Coalitieakkoord, 2007). Om met minister Rouvoet te spreken: '(...) Er worden grenzen gesteld aan individuele vrijheden waar die schadelijk zijn voor jezelf of voor anderen. (...) Paars ligt achter ons. We zijn de vrijblijvendheid voorbij' (Peepkorn en Sitalsing, 2008). Elementen van drang en dwang zijn derhalve in toenemende mate aan de orde in de zorg.

Bij zorg onder dwang of drang komt de cliënt niet zelf met een wens tot gedragsverandering. Het doel van de interventie is lang niet altijd gelijk aan het doel van de persoon die in de interventie binnenkomt. Interventies in een justitieel kader hebben hier vaak mee te maken. Het bewerkstelligen van verandering bij personen die hier niet om vragen, is echter niet uniek voor de justitiesector. Ook in de psychiatrie en in de jeugdzorg is dit aan de orde: bij dwangopnames en dwangbehandeling in psychiatrische inrichtingen, bij bemoeizorg voor zorgwekkende zorgmijders of bij ondertoezichtstelling voor gezinnen met opvoedingsproblemen.

Dit brengt ons bij de volgende vragen:

- Welke mechanismen spelen bij zorg onder dwang en drang?  
*Kun je iemand helpen die zelf niet om hulp vraagt?*
- Welke vormen van dwang en drang zijn er? Wanneer *mag* je iemand formeel hulp of behandeling opdringen?

Het doel van dit artikel is om kenmerken van dwang en drang te schetsen, en te exploreren welke processen erachter kunnen schuilgaan, zonder de pretentie van volledigheid. De term ‘zorg’ wordt gebruikt als overkoepelende brede term voor professionele hulp(verlening), behandeling, begeleiding, steun en gedragsinterventies. De zorg kan verschillende doelen hebben, variërend van gedragsverandering tot stabilisering.

### **Mechanismen bij zorg onder dwang en drang**

In principe vindt zorg op vrijwillige basis plaats. Het principe van het recht op zelfbeschikking is in basiswetten verankerd (art. 5 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens<sup>1</sup>; art. 10, 11 en 15 Grondwet<sup>2</sup>). Dit principe geldt ook voor een persoon die hulp of behandeling nodig heeft. Deze zoekt deze zorg zelf of ondergaat ze vrijwillig, omdat hij zijn leefsituatie wil verbeteren of wil voorkomen dat zijn situatie verder verslechtert. De klassieke dokter-patiëntrelatie is gebaseerd op dit idee, en het wordt ondersteund door wetgeving, zoals in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Hierin is bijvoorbeeld het principe van *informed consent* vastgelegd: ‘De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt’ en ‘voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist’ (art. 50 lid 1 en 448 lid 1 WGBO). De arts of de hulpverlener moet de patiënt dus duidelijk informeren over de diagnose, de vooruitzichten en de mogelijke behandelingen, zodat die zelf kan bepalen wat hij wil. Zonder zijn toestemming mag geen zorg plaatsvinden. Toch is zorg niet altijd vrijwillig. Er zijn cliënten die onder externe druk aan een zorgtraject beginnen. Zij komen in aanraking met de zorg op grond van een rechterlijke uitspraak of een andere op de

1 ‘Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen’ (... behalve in een aantal met name genoemde situaties) en ‘overeenkomstig een wettelijk voorgeschreven procedure’.

2 ‘Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer.’

wet gebaseerde beslissing, of onder druk van anderen uit het sociale netwerk.

In deze gevallen treden allerlei psychologische processen op bij de cliënt en bij de zorgverlener. Beiden vertonen reacties op de onvrijwilligheid van de zorg. Ouders en minderjarigen bijvoorbeeld, die te maken krijgen met een ondertoezichtstelling, 'ontwikkelen zoals gevangenen hun tegenstrategie' (Van Nijnatten, 1997). Soulet en Oeuvray (2006) beschrijven gevoelens van angst, onzekerheid, twijfels en frustraties, maar ook actieve pogingen om invloed uit te oefenen bij cliënten in drangvoorzieningen. Menger en Krechtig (2004) signaleren weerspanning bij cliënten, die tot uiting kan komen in boosheid, vertoon van machteloosheid, onverschilligheid en andere gedragingen. Deze reacties blijven opduiken, ook later. Zij vatten de reacties van cliënten samen onder de term *reactance*. Sommigen zien de afwezigheid van externe druk als een *conditio sine qua non* voor een effectieve zorg. Algemeen is men van mening dat gedragsverandering uiteindelijk gedragen moet worden door de persoon, om te beklijven. Kan onder externe druk dan wel een effectieve zorg worden gerealiseerd?

Volgens de *Self-Determination Theory* kan dit niet zonder meer (Deci en Ryan, 2000). Deze theorie gaat in op de gevolgen die inperking van de individuele autonomie kan hebben voor de motivatie tot een bepaald gedrag. De motivatie van een persoon kan voortkomen uit zowel interne als externe bronnen (zie ook Marlowe, 1996; 2002). De bronnen worden altijd gekleurd door de *subjectieve* ervaring. De mate waarin sprake is van externe druk, vormt een continuüm. Aan het ene einde van het motivatiespectrum gaat het om gedrag dat volledig door externe krachten wordt gecontroleerd (zoals een dwangopname) en volledig als externe druk wordt ervaren. Aan het andere einde staat het gedrag dat in de beleving van de betreffende persoon helemaal uit hemzelf voortkomt en daarmee volledig intern of autonoom bepaald is. Tussenin zijn diverse gradaties van interne en externe motivatie mogelijk, zoals 'extrinsieke motivatie', waarbij duidelijk sprake is van externe controle, zoals bij dwang en drang, 'introjectie', 'identificatie' en 'integratie', waarbij de persoon zich in toenemende mate vanuit zijn eigen waarden committeert met het betreffende gedrag en het doel daarvan. Intrinsiek gemotiveerde gedragingen zijn volgens de *Self-Determination Theory* activiteiten die mensen spontaan en van nature uitvoeren wanneer ze zich vrij voelen om hun natuurlijke interesses te volgen. In het laatste geval

is er sprake van volledige autonomie en is het gedrag volledig *self-determined* (Deci en Ryan, 2000).

In geval van behandeling voor gedragsproblemen zou een zogenoemde *external perceived locus of causality*, dat wil zeggen het gevoel volledig door externen als justitie of familie onder druk gezet te worden, met een lagere kans op behandelretentie en succes gepaard gaan. Het stimuleren van een *internal perceived locus of causality*, de ervaring zelf keuzes te kunnen maken en invloed te hebben op de uitkomst, zou juist met een verbetering van de behandelretentie en -succes gepaard gaan (Ryan, Plant e.a., 1995).

Het valt dan ook te verwachten dat externe druk (van justitie of anderszins) averechts werkt, doordat deze de ontwikkeling van een *internal perceived locus of causality* ondermijnt.

Dit wordt ondersteund door een meta-analyse van 128 gecontroleerde studies naar het effect van externe beloningen op de interne motivatie (Deci e.a., 1999). Dreigementen, deadlines en het aanbieden van een externe beloning leiden tot een *external perceived locus of causality* en daarmee tot ondermijning van de 'interne motivatie'. Drang, bijvoorbeeld in de vorm van een dreigende sanctie van justitie, kan echter ook samenvallen met een latent aanwezige interne motivatie en dan door de betreffende persoon geduid worden als teken dat er een grens bereikt is en dat er een verandering moet komen (Stevens e.a., 2006).

Uit een studie onder klinische alcoholpatiënten bleek dat juist de combinatie van interne en externe motivatie aan het begin van de zorg gunstig samenhangt met behandelretentie (Ryan e.a., 1995).

Een interne, meer autonome motivatie voor zorg zou (mede) nodig zijn voor het behalen van een blijvend behandelresultaat. Interne motivatie is niet statisch, maar kan groeien, bijvoorbeeld door een confronterende behandelstijl te vermijden en juist de persoonlijke autonomie van een cliënt te respecteren en te stimuleren.

De theorie – inclusief de empirische evidentie – maakt duidelijk dat het van belang is om bij zorg onder externe druk de interne motivatie van de cliënt zo veel mogelijk te stimuleren. Zo geldt bijvoorbeeld ook voor bemoeizorg dat deze 'mensen moet verleiden tot zorg' (Van de Lindt, 2006). Alléén externe motivatie kan moeilijk tot beklijvende gedragsverandering leiden.

*Zelfbeschikking*

De mate waarin mensen uit zijn op zelfbeschikking, of daartoe in staat zijn, kan verschillen (Menger en Krechtig, 2004). Soms kan worden volstaan met het beheersbaar maken van iemands gedrag en het binnen de perken houden van de risico's. Dit kan het geval zijn als bijvoorbeeld de persoon in kwestie over beperkte capaciteiten beschikt. Maar ook dan blijft interne motivatie van belang: de persoon moet er zo veel mogelijk toe worden gebracht zorg te accepteren om de situatie stabiel te houden. Al te pessimistisch hoeven we op dit punt evenwel niet te zijn. Het is bijvoorbeeld gebleken dat veel psychiatrische cliënten en 'zorgwekkende zorgmijders' die in eerste instantie alle zorg afwijzen, met bemoeizorg wel degelijk te motiveren zijn tot zorg (Bemoeizorg-onderzoek, 2002).

Er bestaan interventies waarvan is aangetoond dat ze motivatiebevorderend werken. Menger en Krechtig (2004) beschrijven hoe professionals met de cliënt een zekere mate van gezamenlijkheid in doelen en probleemoplossingen kunnen bereiken. Zij hebben het over *motivational congruence*.<sup>3</sup> Soulet en Oeuvray (2006) vonden dat condities met voldoende structuur in combinatie met praktische en relationele hulp binnen en buiten de instelling *commitment* van cliënten stimuleren.

Tabel 1 laat de fasen in een ideaal zorgproces onder externe druk – hypothetisch en globaal – zien. Het gaat om complexe processen, waarbij gedwongen en opgedrongen zorg zorgvuldig aansluiting moet zoeken bij de noden van de cliënt. Als dit lukt, dan kan verondersteld worden dat iemand die zelf niet om hulp vraagt, toch effectief geholpen kan worden.

Er bestaat evidentie voor de stelling dat dwang en drang positief kunnen werken. Gedwongen opnames kunnen echter ook negatieve gevolgen hebben. Ter illustratie geven we enkele voorbeelden bij verschillende doelgroepen – een meta-analyse of volledigheid wordt hier niet nagestreefd.

3 Zie het artikel van Menger elders in dit nummer.

**Tabel 1: Ideaal proces bij zorg onder externe druk**

| Context   | Mechanismen  | Beoogde uitkomsten  |
|---|--|---|
| <i>Fase 1:</i>  |  |   |
| Persoon heeft probleem waar anderen zorg voor nodig achten. Er is formele externe druk (bij gevaar, risico op criminele recidive, overlast, verloedering en verkommering, ontwikkeling kind wordt ernstig bedreigd) of informele externe druk | Persoon wordt door externe druk over de drempel van zorg gepusht. Externe motivatie overheerst   | →Instroom in zorgtraject  |
| <i>Fase 2:</i>  |  |   |
| Persoon participeert in zorgtraject   | Externe druk houdt aan: als persoon uitvalt of zich niet aan de voorwaarden houdt, heeft dit negatief gevolg. Deze druk houdt de persoon in de zorg. <i>Reactance</i> treedt op. Door <i>motivational congruence</i> , goede werkrelatie, leren verantwoordelijkheid te dragen en ervaren van verbetering groeit interne motivatie. Er treedt een switch op van externe druk naar meer interne motivatie | →Retentie in zorgtraject, verbetering komt op gang, stabilisatie wordt bereikt  |
| <i>Fase 3:</i>  |  |   |
| Persoon bereikt resultaat en functioneert in maatschappij   | Persoon is intern gemotiveerd geraakt, wil verbetering vasthouden, of accepteert zorg en ondersteuning op vrijwillige basis  | → Minder problemen<br>→ minder overlast voor omgeving. Stabiel op lange termijn |

Voor langdurig verslaafde, hoog criminele cliënten kan de externe wettelijke drang een stimulus zijn om een zorgtraject te starten, het helpt hen over de drempel: 'Ik zeg vaak tegen mezelf: "Ik doe het vandaag, niet morgen", maar voor je het weet is die dag een week, die week wordt een maand, en dan word je gearresteerd en dan krijg je de kans om er iets aan te doen, en dan pak je die kans' (Stevens e.a., 2006, p. 203). Als ze eenmaal zijn ingestroomd, gaan ze

in het algemeen vooruit. Hun lichamelijke en psychische conditie verbetert, ze gebruiken na afloop minder drugs en plegen minder delicten. Deze verbeteringen doen zich vooral voor als ze in het zorgtraject blijven en het afmaken (Van Ooyen-Houben, 2004; 2008). Voor dit laatste – het zorgtraject afmaken – is de interne motivatie van groot belang. Diverse studies laten zien dat verslaafden die onder justitiële drang een zorgtraject starten, qua verbeteringen niet onderdoen voor hun collega-cliënten die vrijwillig instromen (Farabee e.a., 1998; Lurigio, 2000; Prendergast e.a., 2002; Uchtenhagen e.a., 2006).

Ook de langdurig verslaafden die onder dwang waren opgenomen in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden, gingen vooruit in lichamelijke en psychische conditie, gebruikten na afloop minder drugs en pleegden minder delicten (Koeter en Bakker, 2007).

Dwang en drang pakken bij deze doelgroep gemiddeld gesproken goed uit. Zorg onder wettelijke dwang of drang is ook significant beter dan reguliere detentie, zowel voor de persoonlijke situatie van de cliënt als voor de reductie van de door de cliënt veroorzaakte criminele overlast. Het succes van de zorg onder dwang en drang neemt wel af in de loop van de tijd.

Bemoeizorg is een andere vorm van ongevraagde zorg, waarnaar vele buitenlandse effectstudies zijn gedaan. De resultaten waren vrijwel altijd positief en toonden aan dat bemoeizorg voordelen heeft boven *care as usual*. Er waren minder opnames in psychiatrische ziekenhuizen, cliënten bleven beter in de zorg en waren ook tevredener (Bedell e.a., 2000). De bemoeizorg in Nederland verschilt op een aantal punten van die in de Verenigde Staten. Er zijn echter nog maar weinig Nederlandse effectstudies gedaan. Eén Nederlandse studie betreft het promotieonderzoek van Henskens (2004) naar bemoeizorg voor crackverslaafden. De resultaten waren positief op de volgende punten: cliënten waren erg tevreden en er waren aanwijzingen dat de lichamelijke gezondheid, de algemene leefsituatie en de psychiatrische problematiek van de deelnemers verbeterden.

### *Negatieve gevolgen van dwang*

Dat dwang ook negatieve gevolgen kan hebben, komt naar voren uit onderzoek naar cliënten die een dwangopname ondergingen in een psychiatrische instelling (onder de Wet Bopz). De gedwongen

opnames blijken door de helft van de cliënten als traumatiserend te worden ervaren (Van der Gaag, 2002). Dit kan leiden tot een afkeer van de ggz (Swartz e.a., 2003).

Wanneer we kijken naar tbs-gestelden, die onder dwang zijn opgenomen, dan moet opgemerkt worden dat de effectiviteit van de tbs-maatregel erg lastig is vast te stellen, onder meer omdat adequate vergelijkingsgroepen ontbreken. Wel is onderzocht in hoeverre tbs-gestelden na beëindiging van de maatregel recidiveren en in hoeverre hierin over de tijd veranderingen zijn opgetreden. Om een aantal redenen kunnen deze cijfers echter niet worden gezien als een indicatie van de effectiviteit van de tbs-maatregel.<sup>4</sup> Over het geheel genomen wijkt de recidive van tbs-gestelden niet veel af van die van andere daders. De algemene recidive van tbs-gestelden (dat wil zeggen: is de persoon na beëindiging van de maatregel opnieuw vervolgd voor het plegen van een misdrijf?) is na tien jaar lager dan in de totale daderpopulatie. Er zijn er echter iets meer die binnen tien jaar opnieuw zijn vervolgd voor een middelzwaar of zwaar delict (Wartna e.a., 2005; Wartna e.a., 2006). Van de ex-tbs-gestelden die tussen 1999 en 2003 uitstroomden, kwam 19% binnen twee jaar opnieuw in aanraking met justitie na het plegen van een misdrijf waarvoor een gevangenisstraf van vier jaar of meer kan worden opgelegd. De recidivecijfers zijn verbeterd in de loop van de tijd. De uitstroom uit tbs-klinieken is echter tevens laag. Het aantal tbs-gestelden met een *long stay*-indicatie neemt toe en de *long stay*-capaciteit is de laatste paar jaar gestegen tot 240 plaatsen.

### Vormen en wettelijke mogelijkheden van dwang en drang

Onvrijwillige zorg is er in verschillende vormen. Rooney (1992) onderscheidt twee typen. De eerste soort is de formele onvrijwilligheid. De formeel onvrijwillige cliënt heeft het contact met de zorg opgelegd gekregen. Het gaat om *mandated clients*; zij komen in

4 De belangrijkste zijn: (1) Er is over de tijd een verandering opgetreden in de kenmerken van de tbs-populatie. Een belangrijke verandering is dat het aantal personen dat uitsluitend op grond van vermogensdelicten de maatregel kreeg opgelegd, sterk gedaald is. Dit was ook de groep met de hoogste recidivekans. (2) Er is een toename van de oplossingspercentages, hetgeen tot een hogere pakkans leidt. (3) Controlegroepen ontbreken.

aanraking met de zorgverlening op grond van een rechterlijke uitspraak of een andere op de wet gebaseerde beslissing. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen dwang en drang. De tweede vorm van onvrijwilligheid is de situatie waarin iemand niet uit zichzelf, maar onder druk van anderen zorg zoekt: *non voluntary clients*. Er is hier geen sprake van formele dwang of drang, maar men kan ook niet meer spreken van volledige vrijwilligheid.

### *Formele onvrijwilligheid*

#### *Dwang*

Er is sprake van formele dwang als iemand tégen zijn wil of zonder zijn toestemming zorg krijgt. Het kan gaan om intramurale of ambulante zorg. De zorg komt tot stand onder externe druk. De meest intense vormen van druk betreffen dwangplaatsing in een kliniek en dwangbehandeling. Deze kunnen zowel op basis van het civiel recht als op basis van het strafrecht worden opgelegd (tabel 2). Dwangbehandeling kan kortdurend zijn, ter bezwering van een crisis, deze wordt wel de geneeskundige dwangingreep genoemd.<sup>5</sup> Dwangbehandeling kan ook langer durend zijn. De behandeling wordt dan volgens het behandelplan voortgezet, ook tegen de wil van de cliënt, als er sprake is van gevaar.<sup>6</sup>

Tabel 2 laat de mogelijkheden zien voor volwassenen. Voor jeugdigen bestaan de maatregel tot plaatsing in een inrichting voor jeugdigen, de gedragsmaatregel en de maatregel waarmee verplichte hulp en steun van de jeugdreclassering opgelegd wordt. Dit zijn maatregelen binnen het jeugdstrafrecht. Op de doelgroep van jeugdigen gaan wij in dit artikel verder niet in. De maatregel van ondertoezichtstelling wordt wel genoemd, omdat deze mede gericht is op de ouders en op de wijze waarop zij hun opvoeding gestalte geven.

5 Zie bijvoorbeeld art. 26 Beginselenwet voor tbs-gestelden, art. 32 Penitentiaire beginselenwet en art. 39 Wet Bopz. Ook onder de WGBO kan in bepaalde gevallen tegen de wil van de cliënt worden ingegrepen.

6 Art. 38 lid 5 Wet Bopz. Deze langer durende vorm wordt momenteel ook overwogen voor jeugdigen, tbs-gestelden en gedetineerden, in de betreffende wetgevingen (RSJ, 2008).

**Tabel 2: Wettelijke mogelijkheden tot opname of zorg onder dwang**

| <b>Wettelijke mogelijkheid</b>  | <b>Regelt:</b>   |
|---|--|
| <i>Civielrechtelijk:</i>  |  |
| • Wet Bopz*   | Dwangopname en -behandeling in psychiatrisch ziekenhuis                    |
| • Maatregel Ondertoezichtstelling                                     | Verplicht volgen aanwijzingen gezinsvoogd                                  |
| <i>Strafrechtelijk:</i>   |  |
| • Maatregel Terbeschikkingstelling met of zonder bevel tot verpleging | Dwangopname in daartoe aangewezen inrichting                               |
| • Maatregel art. 37 WvSr  | Dwangopname zonder verdere rechtsvervolgning in psychiatrisch ziekenhuis** |

\* Onder de Wet Bopz kan men een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS) krijgen. Een RM kan bestaan uit een voorlopige machtiging, machtiging tot voortgezet verblijf, voorwaardelijke machtiging en observatiemachtiging. IBS is een inbewaringstelling of voorzetting daarvan. RM wordt afgegeven door rechter, IBS door burgemeester. IBS is speedprocedure en vindt plaats als RM niet afgewacht kan worden.

\*\* Interne rechtspositie conform Wet Bopz.

### *Civielrechtelijke dwang: Wet Bopz*

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz, 1992) maakt het mogelijk om iemand die gestoord is in zijn geestvermogens, in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven. Dit kan alleen als de stoornis *gevaar* doet veroorzaken en als dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Het kan gaan om gevaar voor de persoon zelf of voor zijn omgeving. Onder gevaar kan worden verstaan: suïcidaliteit, zelfverminking, een gevaarlijke staat van zelfverwaarlozing, gevaar voor het maatschappelijk of sociaal bestaan van de patiënt, gevaar voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van anderen en het creëren van chronisch explosieve situaties in de sociale omgeving, waardoor verdergaand geweld onafwendbaar lijkt. De betrokken persoon geeft bovendien geen blijk van de nodige bereidheid om zich te laten behandelen.

Rond de Wet Bopz zijn op dit moment veel ontwikkelingen gaande. Er wordt gewerkt aan een nieuwe regeling en aan verruiming van de mogelijkheden om dwang toe te passen (Evaluatie 7-8, 2007). Onder andere wordt een nieuwe mogelijkheid voor opname en behandeling onder dwang uitgewerkt waarbij geen sprake hoeft te zijn van gevaar:

de zelfbinding.<sup>7</sup> Met dit instrument kan iemand zelf van tevoren aangeven wat hij vindt dat er moet gebeuren wanneer het weer minder goed gaat. Er is sprake van zelfbinding wanneer een patiënt verklaart te willen worden opgenomen en behandeld op het moment dat de in de verklaring opgenomen situatie zich voordoet, ook al verzet hij zich tegen die behandeling op dat moment. Die situatie hoeft niet te zijn dat de patiënt een gevaar oplevert, iets wat bij alle andere Bopz-maatregelen wel een vereiste is. Deze ontwikkeling is al ver gevorderd en wordt binnen afzienbare tijd in de wet opgenomen. Ook worden tegenwoordig de minder uitgesproken gevaren zoals zelfverwaarlozing, maatschappelijke teloorgang en dergelijke, meer geaccepteerd en gebruikt als grond voor een dwangopname (zie onder andere Evaluatie, 2004).

Dwangopname onder de Wet Bopz betekent niet automatisch dwangbehandeling. De wet bevat bepalingen die dwangbehandeling<sup>8</sup> ná opname reguleren. Dwangbehandeling is echter een heel ander chapter dan dwangopname. Dwangbehandeling binnen de instelling is alleen mogelijk als de patiënt binnen de instelling een gevaar vormt. Dit kan ertoe leiden dat mensen gedwongen worden opgenomen, maar niet adequaat kunnen worden behandeld omdat ze deze behandeling weigeren. Om deze lacune op te lossen wordt op dit moment gewerkt aan een aanpassing van de wet die de mogelijkheden tot het toepassen van dwangbehandeling binnen de inrichting uitbreidt. De mogelijkheden zijn al verruimd per 1 januari 2004. Sindsdien hoeft er geen sprake meer te zijn van 'ernstig gevaar' om tot dwangbehandeling in het kader van de Wet Bopz over te kunnen gaan; 'gevaar' volstaat (Evaluatie, 2004). Dwangbehandeling buiten de instelling is in het kader van de Wet Bopz formeel nog niet mogelijk. Voor verstandelijk gehandicapten en dementerenden wordt wel de mogelijkheid van extramurale dwangzorg geschapen (Dementerenden, 2005).

7 Zie [www.minvws.nl/images/bopzklapper02072007\\_tcm19-149506.pdf](http://www.minvws.nl/images/bopzklapper02072007_tcm19-149506.pdf).

8 Er wordt in de wet een onderscheid gemaakt tussen dwangbehandeling en 'middelen en maatregelen' (MenM). Onder dwangbehandeling wordt het uitvoeren van een (deel van het) behandelplan zonder toestemming verstaan, bij MenM gaat het om in principe eenmalig ingrijpen zonder behandel doelstelling. Hierbij moet worden gedacht aan afzondering, separatie, fixatie, toediening van vocht en/of voeding en medicatie. Dwangbehandeling kent geen wettelijke maximumduur (maar moet worden gestaakt als het ernstige gevaar is geweken). De toepassing van MenM is maximaal zeven dagen. In beide gevallen betreft het behandeling tegen de wil van de cliënt.

Dwang mag alleen worden overwogen in situaties waarin minder ingrijpende middelen niet werken. Ook moet er een afweging worden gemaakt tussen de ernst van de stoornis en de fysieke en mentale inbreuk die de behandeling met zich meebrengt.

#### *Civielrechtelijke dwang: OTS*

Gezinnen waarin 'een minderjarige zodanig opgroeit, dat zijn zedelijke of geestelijke belangen of zijn gezondheid ernstig wordt bedreigd, en andere middelen ter afwendig van deze bedreiging hebben gefaald of, naar is te voorzien, zullen falen', kunnen te maken krijgen met een ondertoezichtstelling (OTS), waarmee de kinderrechtter het kind onder toezicht stelt van een gezinsvoogdij-instelling. De ouders moeten zich dan houden aan de aanwijzingen van de gezinsvoogd. Het gaat om gedwongen ambulante hulpverlening. De OTS is een gezagsbeperkende maatregel. Het ouderlijk gezag blijft bij de ouders, wat betekent dat formeel voor alles toestemming van hen vereist is (dit betreft bijvoorbeeld de schoolkeuze, maar ook de medische behandeling). Bij een OTS is echter wel sprake van intensieve begeleiding bij de opvoeding en verzorging. De OTS is een tijdelijke maatregel. In 50% van de gevallen gaat OTS gepaard met uithuisplaatsing. Het doel van een uithuisplaatsing onder een OTS is terugplaatsing op termijn. Als de ouders zich niet aan de aanwijzingen houden en de situatie niet verbetert, kan uiteindelijk een ontzetting uit de ouderlijke macht volgen. De OTS is een 'hoogbejaarde' maatregel van meer dan 85 jaar (Van Nijnatten, 1997). De maatregel volgt vaak na jarenlange institutionele bemoeienis met gezinnen, en de problematiek in de gezinnen is 'veelkoppig' en hardnekkig (Van Nijnatten, 1997).

#### *Strafrechtelijke dwang: tbs*

De strafrechtelijke maatregel terbeschikkingstelling (tbs) is in de eerste plaats een beveiligingsmaatregel en niet een behandelmaatregel. De tbs-maatregel kan worden opgelegd als de persoon in kwestie een ernstig misdrijf heeft gepleegd (dat wil zeggen: een misdrijf met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer), ten aanzien van het misdrijf niet of verminderd toerekeningsvatbaar wordt geacht vanwege een psychische stoornis, en er sprake is van recidiverisico waardoor het gevaar voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen onaanvaardbaar hoog wordt geacht. De tbs-maatregel kent een aantal varianten:

tbs met en zonder dwangverpleging (art. 37 Sr) en tbs met voorwaarden (art. 38 Sr; op deze vorm wordt later ingegaan, zie onder 'Drang'). Tbs met dwangverpleging dient primair het beschermen van de maatschappij tegen ernstig recidivegevaar en wordt vrijwel uitsluitend opgelegd in gevallen van ernstige (seksuele) geweldsmisdrijven. De tbs-gestelde wordt gedwongen opgenomen in een van de daartoe aangewezen inrichtingen. Dwangverpleging bestaat uit handelingen die noodzakelijk zijn om gevaar in de instelling voor anderen of de persoon zelf af te wenden. Behoudens de geneeskundige dwanggreep ter afwending van ernstig gevaar kan verdere behandeling niet worden verplicht. Tbs-gemaatregelden kunnen zich dus onttrekken aan behandeling, mits er geen sprake is van direct gevaar. Zonder behandeling lopen zij echter wel een grote kans op verlenging van de maatregel, uitgaande van de doelstelling van de tbs: bescherming van de maatschappij.

Er ligt op dit moment een wetsvoorstel waarin uitbreiding van de mogelijkheden voor dwangbehandeling in justitiële inrichtingen wordt geregeld. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij de Wet Bopz (RSJ,2008).<sup>9</sup>

#### *Strafrechtelijke dwang: SOV*

Niet in de tabel, maar ook van belang in het kader van dwang, is de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV), die van april 2001 tot oktober 2004 geldig was. Hieronder konden drugsverslaafden met een hoge criminele recidive voor maximaal twee jaar worden geplaatst in een speciale SOV-inrichting. Er moest sprake zijn van substantiële recidivering, die tot uitdrukking kwam in de eis van een minimaal aantal onvoorwaardelijke veroordelingen tot detentie en de verwachting dat dit zou blijven. De maatregel richtte zich dus op zogenoemde draaideurcriminelen ofwel zeer actieve veelplegers. SOV'ers hadden een grote hoeveelheid criminele antecedenten en een langdurige geschiedenis van harddrugsgebruik met veel bijkomende problemen (Koeter en Bakker, 2007). Verslaafden in de SOV hoefden niet aan het behandelprogramma deel te nemen. Ze werden daar wel toe gestimuleerd, maar als ze niet wilden, gebeurde het niet. Ze verbleven dan in de zogenoemde 'unit 4' in detentiebasisregime met normale sport- en recreatieve activiteiten, maar

9 Zie het artikel van Van der Horst elders in dit nummer.

zonder behandeling. Er was in de SOV altijd een (minderheids)groep in unit 4. Omdat ze niet in het behandelprogramma participeerden, hadden ze minder vrijheden; de halfopen en open fasen van het SOV-programma gingen aan hen voorbij.

De SOV-maatregel bestaat niet meer; in oktober 2004 is de SOV opgegaan in de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Deze maatregel is bedoeld voor zeer actieve veelplegers. Zij worden geplaatst in een penitentiaire inrichting en kunnen, eenmaal daar, aan gedragsinterventies deelnemen indien zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Omdat de ISD niet per se het doel heeft van het bieden van een behandeling – de ISD mikt ook expliciet op een incapacitatie-effect – is de maatregel niet vermeld in tabel 2.

Bij de hiervoor besproken wetten en maatregelen is sprake van dwang: de persoon in kwestie heeft *geen* keus en zijn toestemming is *niet* vereist. Anderen beslissen voor hem. Externe druk vormt de drijvende kracht achter de opname of de zorg. De opname vindt niet alleen plaats voor zijn eigen persoonlijke welbevinden, maar kan ook plaatsvinden met het oog op voorkómen van (verdere) schade aan andere personen en aan de samenleving.

Bij gedwongen opname in het kader van de Wet Bopz en de tbs moet in principe sprake zijn van gevaar. Bij de SOV werd dit versoepeld. Hoewel formeel nog sprake moest zijn van gevaar voor personen of goederen,<sup>10</sup> blijkt uit de Kamerdebatten en toelichtingen dat de SOV zich met name richt op het beperken van *criminele overlast*. De SOV was vanwege dit aspect bij sommigen omstreden (Stevens e.a., 2005; Koeter en Bakker, 2007).

We kunnen stellen dat er beperkte mogelijkheden zijn om *zorg* onder dwang toe te passen. De mogelijkheden tot *dwangopname of -plaatsing* zijn wat breder, maar voor alle formele dwang geldt dat het nodig aan de hand moet zijn, wil de mogelijkheid aangesproken kunnen worden. Men mag mensen niet zomaar gedwongen opnemen of behandelen. Dit werd bijvoorbeeld onlangs duidelijk in een uitspraak van de rechtbank in Assen. Die oordeelde dat uitbehandelde drugsverslaafden met psychische problemen niet binnen gehouden mogen worden in een gesloten ggz-kliniek. Volgens de

10 Artikel 38m: ‘[...] de veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel eist.’

rechter is dit in strijd met Europese verdragsregels en de Grondwet.<sup>11</sup> Dwang is steeds een *ultimum remedium*, dat alleen mag worden toegepast als minder ingrijpende middelen niet werken. Er wordt ingegrepen voor de persoon zelf, maar vaak óók voor de omgeving. Dwang kent overigens gradaties. Er is pure dwang in de vorm van een opname of een separatie van een persoon die dit niet wil, maar er zijn ook minder intense vormen van ambulante gedwongen zorg, zoals de ondertoezichtstelling, waarbij wel op de achtergrond de ontzetting uit de ouderlijke macht dreigend aanwezig is.

### *Drang*

Formele drang wordt wel gezien als een *hybride* tussen vrijwillige en gedwongen opname en zorg (Stevens e.a., 2005). Stevens gebruikt de Engelse term *quasi-compulsory* of *quasi-coercive*. Bij drang speelt dezelfde tweevoudige doelstelling als bij dwang: het verbeteren van de situatie van de persoon en het daardoor verminderen van de problemen die hij veroorzaakt voor zijn omgeving en voor de samenleving. De last die de omgeving heeft, kan dus meetellen bij de beslissing om drang toe te passen.

Bij drang heeft de persoon in kwestie een keuze. Het is evenwel een *constrained choice*: de keuzevrijheid wordt ingeperkt door consequenties te verbinden aan de aard van de keuze. In het algemeen geldt: als men kiest voor deelname aan een zorgtraject en zich houdt aan de voorwaarden die gesteld zijn, dan volgt een 'beloning'. Die bestaat eruit dat een zwaardere juridische maatregel of verdere vervolging of tenuitvoerlegging van een sanctie wordt opgeschort, en bij succes wordt omgezet in een opheffing/sepot. Kiest men er evenwel voor niet in zorg te gaan of zich niet aan de voorwaarden van justitie te houden (men overtreedt de regels, vervalt steeds weer in het oude gedrag, vertrekt voortijdig uit de zorg), dan volgt een negatieve sanctie. Die bestaat eruit dat een maatregel alsnog wordt opgelegd of dat een straf alsnog ten uitvoer wordt gebracht. Deze dreiging fungeert als een 'stok achter de deur'. De drang bestaat eruit dat een negatief gevolg vermeden kan worden als de persoon zorg accepteert en ook daadwerkelijk iets aan zijn situatie verandert. Tegelijk speelt ook vaak een positieve prikkel: men kan vervolging of

11 N.a.v. deze uitspraak berichtte het *Nederlands Dagblad* (18 maart 2008): 'Junk mag vrij rondlopen in Beilen'.

detentie ontlopen en werken aan een betere toekomst (Van Ooyen-Houben, 2004; 2008).

De keus voor zorg of straf is uiteindelijk aan de persoon zelf. Hoewel de stok achter de deur dreigend aanwezig is, blijft de keus aan hem en wordt hij niet gedwongen tot deelname aan een interventie.

Hij heeft een alternatief, hij kán de zorg weigeren.

De drangaanpak maakt minder inbreuk op de individuele zelfbeschikking dan de dwangaanpak. Drang past dan ook beter bij de concepten waarop het zorgaanbod in Nederland is gebaseerd. Het laat de autonomie van de persoon intact. Het is daarom veel minder controversieel dan dwang.

Het hybride karakter van drang impliceert echter ook een zekere ambiguïteit (Soulet en Oeuvray, 2006; Menger en Krechtig, 2004).

De interventie wordt niet op volledig vrijwillige grondslag gegeven, er moet aan voorwaarden voldaan worden, justitie kijkt mee.

De professional en de cliënt zullen op een of andere manier in het reine moeten komen met een zorgrelatie die niet is gestart vanuit de gebruikelijke zorgconcepten.

### *Wetgeving*

De wetgeving biedt civielrechtelijke en strafrechtelijke mogelijkheden tot het toepassen van drang. De Wet Bopz biedt sinds 2004 de civielrechtelijke mogelijkheid om een persoon ambulante onder drang te behandelen. Hiertoe dient de voorwaardelijke machtiging (art. 14a Wet Bopz; *Stb.* 2003, 467). Een persoon moet zich houden aan de noodzakelijke behandeling, dit is de voorwaarde voor niet-opname. Doet hij dit niet, dan dreigt gedwongen opname.

Het strafrecht biedt verschillende mogelijkheden tot het toepassen van drang (tabel 3). Aan delinquenten kan op diverse momenten in de strafrechtelijke keten de mogelijkheid worden geboden te participeren in een zorgtraject als alternatief voor vervolging of detentie. Voorbeelden zijn: schorsing van de voorlopige hechtenis onder de bijzondere voorwaarde van deelname aan een zorgtraject, of de voorwaardelijke sanctie, waarbij de voorwaarde wordt gesteld van deelname aan een zorgtraject. Het zorgtraject wordt meestal in reguliere voorzieningen buiten detentie gevolgd. Dit geldt ook voor detentievervangende behandeling ex artikel 43 PBW.

**Tabel 3: Mogelijkheden tot zorg onder drang in het strafrecht**

| <b>Fase in strafrechtelijk proces</b>  | <b>Opties in het strafrecht</b>   |
|--|---|
| Politiefase/Openbaar Ministerie        | Voorwaardelijk sepot OM (art. 167 Sv)<br>Verder alleen vrijwillige instroom in zorgtraject mogelijk*  |
| Voorlopige hechtenis                   | Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv)   |
| Ter gerechtszitting/beslissing rechter | Uitstel van vonniswijzing (art. 281 en 346 Sv)<br>(Gedeeltelijk) voorwaardelijke straf, op voorwaarde van een ter zitting voorgesteld zorgtraject (art. 14a en 14c Sr)<br>Tbs met voorwaarden (art. 38 Sr)  |
| Gedurende detentie**                   | Behandeling, zo nodig buiten de penitentiaire inrichting in voorziening die voor doel bedoeld is (art. 43 PBW)<br>Gedraginterventie onder maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (art. 38p Sr)<br>Deelname aan penitentiair programma (art 4 PBW)*** |
| Na detentie                            | Voorwaardelijke invrijheidstelling (nog niet in werking getreden)<br>Voorwaardelijke beëindiging dwangverpleging bij tbs (art. 38j Sr)  |
| Na afloop straf en voorwaarden         | Geen strafrechtelijke opties. Vrijwillige instroom en civielrechtelijke dwang/drang mogelijk  |

\* In deze fase wordt bij (licht) crimineel gedrag door JIB's (Justitie in de Buurt) en Veiligheidshuizen wel een aanbod gedaan tot hulpverlening.

\*\* Gedurende detentie kan de gedetineerde op vrijwillige basis deelnemen aan gedragsinterventies binnen de penitentiaire instelling. Verslaafden kunnen op vrijwillige basis worden geplaatst in een Verslaafden Begeleidingsafdeling (VBA).

\*\*\* Bij een penitentiair programma kunnen gedetineerden aan het eind van hun detentieperiode onder supervisie gebruikmaken van faciliteiten of sociale activiteiten extern.

Tbs met voorwaarden is mogelijk als het recidivegevaar zodanig wordt ingeschat dat kan worden volstaan met een minder ingrijpend middel dan dwangverpleging, namelijk toezicht, eventuele (ambulante) behandeling en hulp en steun aan betrokkene. De rechter kan de tbs met voorwaarden alleen opleggen als de betrokkene zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden (Stikker, 2005). Het niet-naleven van de voorwaarden kan leiden tot omzet-

ting van de voorwaardelijke maatregel in tbs met dwangverpleging. Bij de tbs met dwangverpleging kan de rechter, wanneer dit verantwoord geacht wordt, op een bepaald moment de dwangverpleging ook voorwaardelijk beëindigen.

### *Reclasseringstoezicht*

Drangtrajecten vinden bijna altijd plaats onder het toezien van de reclassering.<sup>12</sup> Het reclasseringstoezicht is een voorwaarde voor beëindiging van de detentie of de dwangverpleging. De reclasseringswerker motiveert en stimuleert de cliënt en steunt hem bij de naleving van de voorwaarden. Hij stelt grenzen en structureert. Ook controleert hij of de voorwaarden worden nageleefd, en rapporteert hierover aan de justitiële instanties. Hij heeft ambulante contact met de cliënt. De reclasseringswerker zorgt ervoor dat risico's op recidive zo goed mogelijk worden beheerst (Ter Voert, 2005).

Bij de vormgeving van het toezicht worden momenteel de teugels meer aangehaald. Denk aan: verplichte contactfrequentie tussen reclasseringswerker en cliënt, scherpere alertheid en controle en acties op overtreding van voorwaarden (waarschuwing, tenuitvoerlegging sanctie vanwege niet-naleving van voorwaarden).

Reclasseringstoezicht scharen wij onder de formele drang. De persoon kan namelijk, strikt genomen, kiezen tussen alternatieven: reclasseringstoezicht of (verdere) tenuitvoerlegging van de sanctie.

Ook wat betreft de naleving van voorwaarden kan een persoon die onder toezicht staat, eigen keuzes maken. Hij kan bijvoorbeeld wegblijven uit een zorgtraject, een locatieverbod overtreden, of drugs gebruiken, daarbij de voorwaarden overtredend. Dat kan hem komen te staan op een sanctie, hij kan zelfs (weer) gedetineerd worden. Maar hij heeft op dit punt een keuzemogelijkheid.

Drang wordt al lang toegepast en staat momenteel volop in de politieke belangstelling (Dwang en Drang, 1988; Commissie Vrijheidsbeperking, 2003; Jacobs e.a., 2006; Vaststelling, 2006; Justitieel, 2007). Met name wil men de mogelijkheid van voorwaardelijke sancties verbreden en verbeteren. Om met de minister van Justitie te spreken (in zijn brief aan de Tweede Kamer in mei 2006): 'Om (...) de effectiviteit van het sanctiestelsel te verbeteren moet de officier van justitie en de rechter een breed scala aan sanctie-

<sup>12</sup> Zie ook het artikel van Poort en Andreas elders in dit nummer.

modaliteiten ter beschikking staan. Daartoe behoren ook voorwaardelijke sancties, waarvoor de rechter kan kiezen als hij meent dat een vrijheidsstraf uit een oogpunt van bescherming van de samenleving of wegens de ernst van het delict niet persé is aangewezen.' Op dit moment lopen projecten waarin de toepassing van voorwaardelijke sancties wordt geïntensiveerd en verbeterd. Zo wordt in het project 'Redesign Toezicht' gewerkt aan verbetering van de kwaliteit en de effectiviteit van het reclasseringstoezicht (Reclasseringsbeleid, 2007).

De wettelijke mogelijkheden tot drang zijn verruimd. De totale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging bij tbs kan sinds 1 januari 2008 tot maximaal negen jaar worden verlengd (*Stb.* 2007, 465). Tot dan toe was dit maximaal drie jaar. Dit betekent dat in beginsel gedurende aanzienlijk langere tijd toezicht en (ambulante) zorg onder drang mogelijk is. Nog dit jaar zal voor de tbs met voorwaarden een vergelijkbaar wetsvoorstel worden ingediend (Reclasseringsbeleid, 2007, 2008). Verder is een wetsvoorstel aangenomen tot wijziging van de vervroegde invrijheidstelling bij gevangenisstraf in een voorwaardelijke invrijheidstelling (*Stb.* 2007, 500). Al deze ontwikkelingen in de wetgeving dragen bij aan de verruiming van de mogelijkheden tot drangtoepassing.

### *Informele onvrijwilligheid*

Drang vindt niet uitsluitend plaats in formele juridische kaders. Ook in de 'gewone' zorgverlening kan onder bepaalde omstandigheden minder vrijwillige zorg plaatsvinden. De rechter komt er evenwel niet bij te pas.

Onder normale omstandigheden start een zorgtraject, zoals eerder genoemd, op verzoek van iemand zelf. Een stapje verder gaat de begeleider of arts die actief een zorgaanbod doet. Een *actief aanbod* houdt in dat mensen die wel min of meer in beeld zijn bij de hulpverlening, maar zeer beperkt zorg gebruiken, gewezen worden op de overige mogelijkheden tot zorg. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer mensen die bij de maatschappelijke opvang komen, door een begeleider of een aanwezige arts geattendeerd worden op de aanwezige huisartssprekuren of consultmogelijkheden met psycholoog, psychiater of verslavingsarts (Van der Poel e.a., 2005).

### *Bemoeizorg*

Bemoeizorg gaat nog iets verder. Hier blijft het niet bij een eenmalig actief aanbod, maar wordt aanhoudend contact gezocht in een poging de cliënt te motiveren tot verdere zorg. Bemoeizorg biedt intensieve zorg in de eigen leefomgeving van mensen met zeer ernstige en complexe problematiek. Vaak is er dan sprake van psychiatrische en/of verslavingsproblematiek in combinatie met problemen op andere levensgebieden, zoals met financiën, huisvesting, justitie, dagbesteding en zelfverzorging. Bemoeizorg is ontstaan doordat er veel onbereikte problematiek werd gesignaleerd. Ook zag men veel zogenoemde 'draaideurcliënten' en hoge uitvalpercentages (met name in de verslavingszorg) (Wolf e.a., 2002). Bemoeizorg kan zich richten op volwassen individuen, maar ook op probleemgezinnen waarbij het welzijn van kinderen in gevaar is (Roeg, 2007; Kroesbergen e.a., 2004). Bemoeizorg start vaak op aanwijzing van derden. Het betreft dan bijvoorbeeld een familielid dat zich ernstig zorgen maakt, een woningbouwvereniging die te maken heeft met een huurder met langdurende betaalachterstand en een vermoeden heeft dat er 'meer' aan de hand is, of een wijkagent die signalen heeft van aanhoudende overlast. Bemoeizorg kan ook starten na actief *casefinden*. Hierbij worden potentiële cliënten opgespoord door een veldwerker op zogenoemde 'vindplaatsen'. Bemoeizorg is duidelijk anders dan vrijwillige zorg en kenmerkt zich door aanhoudendheid en assertiviteit. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van vormen van externe druk, zoals een motivationele aanpak, 'ruilen' of informele drang. Een voorbeeld is een dreigende uithuiszetting door huurachterstand, waarbij de bemoeizorger met de woningbouw de afspraak maakt dat als de cliënt de zorg accepteert van het bemoeizorgteam, de uithuiszetting wordt opgeschort. Bij bemoeizorg echter is er geen sprake van gedwongen zorg. Als de cliënt op alle mogelijke manieren alle vormen van zorgaanbod resoluut blijft weigeren, heeft bemoeizorg geen juridische middelen om de cliënt te dwingen. Dat betekent dat bemoeizorg, hoe paradoxaal het ook klinkt, uiterst vraaggericht dient te zijn en aan moet sluiten op de behoeften van de cliënt.

Het zorgaanbod bij bemoeizorg is breed en multidisciplinair en kan variëren van zeer laagdrempelige, praktische begeleiding tot het voorschrijven van psychomedicatie (Deci, 1995; Henselmans, 1993; Kroon, 1996; Lachance en Santos, 1995; Test en Stein, 2000).

In Nederland wordt bemoeizorg daarom ook haast altijd in een samenwerkingsverband georganiseerd (Roeg, in press).

### *Diffuse grenzen*

Het onderscheid tussen vrijwillige zorg, dwang en drang is al met al minder strikt dan op het eerste gezicht het geval lijkt. Het voorbeeld van de bemoeizorg laat zien dat ook professionals in vrijwillige zorg drang kunnen uitoefenen. Ook bij cliënten die zich vrijwillig melden bij de zorg, is vaak sprake van externe druk.

Wettelijke maatregelen zijn slechts één van de vele mogelijke drangbronnen die op iemand met problemen inwerken. Marlowe, Kirbey e.a. (1996; 2001) ontwikkelden een gedragstheoretisch drangmodel dat de beslissing van een persoon om in zorg te gaan of te blijven, inzichtelijk maakt. De invloed van wettelijke druk op deze beslissing is in hun model slechts beperkt. Marlowe, Kirbey e.a. delen de motieven in een multidimensioneel schema in (tabel 4). De eerste dimensie geeft aan of er bij een bepaald motief sprake is van positieve of negatieve bekrachtiging: gaat iemand in zorg met het oog op een positief gevolg (bijvoorbeeld om nieuwe kansen, relaties, banen te creëren) of om een negatief gevolg (detentie, verergering van problemen) te vermijden? De tweede dimensie geeft aan of bij een bepaald motief een derde partij betrokken is die invloed uitoefent op het gedrag van de persoon: is het motief sociaal gemedieerd?

**Tabel 4: Gedragstheoretisch drangmodel van Marlowe, Kirbey e.a. (1996; 2001)**

|               | <b>Sociaal gemedieerd</b> |                 |
|---------------|---------------------------|-----------------|
| Bekrachtiging | Ja                        | Nee             |
| Negatief      | Drang                     | Aversie         |
| Positief      | Beloning/lof/erkenning    | Zelfverbetering |

Er is nog een derde dimensie: het psychosociale domein van waaruit de bekrachtiging afkomstig is: psychiatrisch, medisch, financieel, sociaal, familie, justitie en overig. Als iemand bijvoorbeeld aangeeft in zorg te gaan om te voorkomen dat zijn vrouw hem verlaat, dan is sprake van een motief dat gericht is op negatieve bekrachtiging (dimensie 1), die sociaal gemedieerd is (dimensie 2) en afkomstig is uit het levensdomein 'familie' (dimensie 3). Als iemand aangeeft in

zorg te gaan om detentie te ontlopen, dan is er sprake van negatieve bekrachtiging die sociaal gemedieerd is (namelijk door justitiële instanties) en afkomstig is uit het domein justitie. Belangrijk is dat het hierbij gaat om zelfgerapporteerde redenen om in zorg te gaan en dus om de *subjectief* ervaren interne én externe bronnen van drang.

Marlowe e.a. maken duidelijk dat verschillende mogelijke bronnen van drang bestaan bij zowel vrijwillige cliënten als bij niet-vrijwillige cliënten. Die bronnen kunnen tegelijk binnen dezelfde persoon aanwezig zijn en in de subjectieve ervaring meer of minder zwaar wegen.

Dit is gestaafd in recent onderzoek onder cliënten die onder justitiële drang verslavingszorg ondergingen. Inderdaad ervaren zij vaak meerdere redenen voor zorg, die naast elkaar en tegelijkertijd een rol spelen (Soulet en Oeuvray, 2006). Zo bleek uit interviews met Engelse drangcliënten dat een positieve reden kan bestaan: 'giving abstinence a try', naast een negatieve: 'I'm planning to stay in therapy six months, no longer, then my sentence will be over and if I have not made a relapse, the Judge is not going to put me back into prison' (Soulet en Oeuvray, 2006).

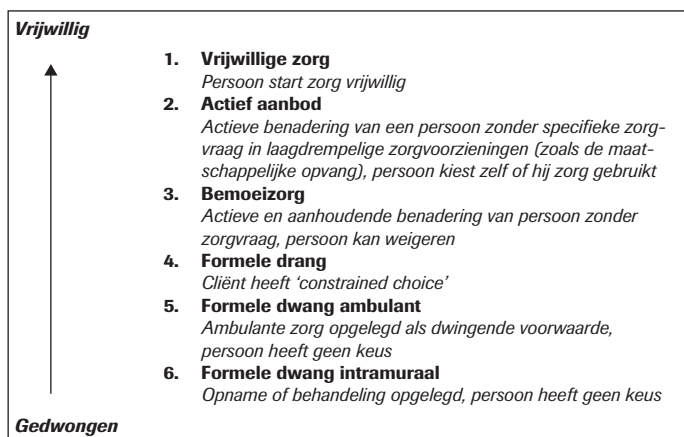
Ook wordt duidelijk dat instroom in zorgtrajecten die vrijwillig plaatsvindt, helemaal niet zo vrijwillig hoeft te zijn: ook bij vrijwillige cliënten kan externe druk een belangrijke rol spelen. Stevens e.a. (2006) rapporteren dat maar liefst 65% van de vrijwillige cliënten in een verslavingszorgvoorziening een vorm van externe druk voelden om in zorg te gaan, terwijl 22% van de drangcliënten te kennen gaf géén externe druk te ervaren. Dit illustreert dat de feitelijke formele drang niet altijd weerspiegeld wordt in de subjectieve ervaring, en dat er vele vormen van externe druk zijn.

Uit diverse onderzoeken blijkt ook dat het niveau van de feitelijke justitiële drang slechts beperkt samenhangt met de door de cliënt ervaren drang. Personen die onder dwang waren opgenomen in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV), ervoeren bij instroom in de behandelsetting wat meer externe druk dan personen in de Forensische Verslavingskliniek (FVK) die onder drang opgenomen waren, maar de verschillen zijn niet groot (Koeter en Bakker, 2007). Opmerkelijk is dat de meerderheid van de dwangcliënten in de SOV en van de drangcliënten in de FVK aangeeft dat de instroom (overwegend) in overeenstemming was met de eigen wens. Een jaar na uitstroom gaven 58% van de SOV'ers, 37% van de FVK'ers en 28% van

de drangcliënten in Triple-Ex (een verslavingszorgvoorziening voor cliënten onder drang) aan dat ze, terugblikkend, aanzienlijk tot veel justitiële drang hadden ervaren bij de instroom. Maar tegelijkertijd gaven ze aan dat ook familie of vrienden drang hadden uitgeoefend en dat ze ook zélf in zorg wilden. Er was zelfs een groep (een derde tot bijna de helft) die nauwelijks tot geen externe drang had ervaren! We zien dus dat bij dwang, drang en vrijwillige zorg steeds verschillende vormen van externe en interne druk een rol kunnen spelen. Steeds is de *subjectieve* ervaring daarvan van belang voor de beslissing van een persoon om naar een zorgtraject te gaan en daar te blijven.

De grenzen tussen dwang, drang, niet-vrijwillige en vrijwillige zorg zijn, kortom, diffuus. We hebben in de praktijk te maken met een continuüm van vrijwilligheid, met aan het ene uiterste de formele dwang, waarbij de externe druk bepalend is (intramurale dwang is nog dwingender dan ambulante), en aan het andere uiterste zorg die geheel op eigen initiatief gezocht wordt, door iemand die zelf een verbetering wil (figuur 1).

**Figuur 1: Een continuüm van vrijwilligheid\***



\* Deze figuur is gebaseerd op Roeg e.a. (2004) en Lohuis e.a. (2001).

Hierbij moet ook onderscheid worden gemaakt tussen ervaren en feitelijke externe druk. Iemand die op het continuüm van feitelijke druk volledig gedwongen in zorg gaat, kan op het continuüm van ervaren druk nog gedeeltelijk vrijwillig in zorg zijn gegaan, zoals we hiervoor zagen.

## Conclusie

Deelname aan een zorgtraject komt in Nederland bij voorkeur vrijwillig tot stand. Maar in bepaalde gevallen mag formeel dwang of drang op cliënten worden toegepast. Om tot opname of zorg onder dwang over te mogen gaan, moet het nodige aan de hand zijn. Het gaat om zaken met zware of complexe problemen, die op een andere manier niet aangepakt kunnen worden. Dwang is een *ultimum remedium*. Bij dwang is aan de persoon in kwestie elke keuze ontnomen.

Bij drang blijft de keuzevrijheid voor het individu in zekere mate intact: er is sprake van *constrained choice*, maar er blijft een keuze. De wet biedt verschillende mogelijkheden voor drang, vooral in het geval van delinquenten die zorg nodig hebben om hun situatie te verbeteren en de criminele recidive terug te dringen. Drang past beter bij het in Nederland gangbare principe van zelfbeschikking van cliënten en patiënten.

Bij dwang en drang speelt vaak ook de last mee die anderen hebben van het gedrag van een persoon, of het gevaar dat anderen lopen. Er wordt steeds een afweging gemaakt tussen het belang van de persoon in kwestie en het belang van zijn omgeving of de maatschappij. Ook in vrijwillige zorg wordt externe druk toegepast. Bemoeizorg is een voorbeeld van zorg met sterke externe druk.

Tussen dwang, drang, bemoeizorg en vrijwillige zorg zitten geen heldere grenzen, er is eerder sprake van een continuüm. Daarnaast stemt de subjectieve beleving niet altijd overeen met de feitelijke dwang- of drangsituatie. De kwestie van dwang, drang en vrijwilligheid ligt genuanceerd.

Externe druk lijkt goed te kunnen werken in het begin van een zorgtraject: mensen kunnen over een drempel heen worden geholpen waar ze uit zichzelf niet overheen komen. Maar om tot een stabiele verbetering te komen is alléén externe druk niet genoeg. Interne motivatie, hoe gering ook, is altijd óók belangrijk. Dat geldt voor elke zorg die (mede) onder externe druk tot stand komt, zowel voor dwang als voor drang en vormen van niet-vrijwillige en vrijwillige zorg. Professionals kunnen personen 'verleiden tot zorg', al is het maar tot het accepteren van zorg die nodig is om de situatie te stabiliseren en risico's te beheersen. Dwang en drang zijn niet per definitie slecht: cliënten kunnen baat hebben van zorg onder dwang, drang en sterke externe druk; dit is aangetoond voor lang-

durig verslaafden met hoge criminele recidive en voor cliënten van bemoeizorg.

De laatste jaren is er een beweging in gang gezet naar verruiming van de mogelijkheden voor dwang en er wordt momenteel flink ingezet op uitbreiding van de toepassing van drang. Ook in bijvoorbeeld het bestuursrecht is een toename van dwang- en drangvarianten waarneembaar, denk bijvoorbeeld aan het gebiedsverbod en de meldingsplicht, door de burgemeester op te leggen, waarbij bij niet-naleving het Openbaar Ministerie in beeld komt.

Bij drang, en vooral bij dwang, worden de nodige zorgvuldigheidseisen gesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van de deskundigheid van zorgverleners, verantwoording en toetsing. Het blijft van belang om goed te monitoren wat de risico's zijn en welke problemen zich voordoen, zeker als in de toekomst verdergaande ingrepen in de individuele zelfbeschikking worden geïntroduceerd.

## Literatuur

### **Bedell, J.R., N.L. Cohen e.a.**

*Case management: the current best practices and the next generation of innovation*

Community mental health journal, 36e jrg., nr. 2, 2000, p. 179-194

*Bemoeizorg-onderzoek toont nadelen dwangopnames aan: 'Zorgmijders zijn met tact vrijwillig te behandelen'*

Zorg en welzijn magazine, 16 oktober 2002

*Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie*

Den Haag, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2007

### **Commissie Vrijheidsbeperking**

*Vrijheidsbeperking door voorwaarden; de voorwaardelijke*

*veroordeling en samenhang met de taakstraf, de voorlopige hechtenis en de voorwaardelijke invrijheidstelling*

Den Haag, Sdu uitgevers, 2003

### **Deci, P.A.**

*Dissemination of assertive community treatment programs*

Psychiatric services, 6e jrg., nr. 7, 1995, p. 676-678

### **Deci, E.L., R. Koestner, R.M. Ryan**

*A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation*

Psychol Bull, 125e jrg., nr. 6, 1999, p. 627-668.

### **Deci E.L., R.M. Ryan**

*The 'What' and 'Why' of goal pursuits: human needs and Self-Determination of Behavior*

Psychological Inquiry, 11e jrg.,  
nr. 4, 2000, p. 227-268

*Dementerenden en de Wet Bopz. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken II  
2004/05, 28 950, nr. 5

*Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden*

Den Haag, Tweede Kamer,  
vergaderjaar 1987-1988, 20 415,  
1988

*Evaluatie Wet Bopz. Dementerenden en de Wet Bopz. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken II  
2003/04, 25 763 en 28 950, nr. 47  
*Evaluatie Wet Bopz. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken  
2006/07, 25 763, nr. 7

*Evaluatie Wet Bopz. Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken  
2007/08, 25 763, nr. 8

**Farabee, D., M. Prendergast e.a.**  
*The effectiveness of coerced*

*treatment for drug-abusing offenders*

Federal probation, 49e jrg., 1998,  
p. 51-56

**Gaag, M. van der**  
*Schizofrenie en posttraumatische stress-stoornis*

Directieve therapie, 22e jrg.,  
2002, nr.1, p. 15-27

**Henselmans, H.W.J.**  
*Bemoezorg: Ongevraagde zorg voor psychotische patiënten*  
Utrecht, Delft, 1993

**Henskens, R.**  
*Grab and hold: randomized controlled trial of the effectiveness of an outreach treatment program for chronic, high-risk crack abusers*

Rotterdam, Municipal Health Service Rotterdam, 2004

*Herstructurering en uitvoering Stedelijke vernieuwing. Naar een veiliger samenleving. Motie van het lid Depla*

Den Haag, Kamerstukken II  
2006/07, 30 136 en 28 684, nr. 16

**Jacobs, J.J.M., A.M. van Kalmt-hout e.a.**

*Toepassing van bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke vrijheidsstraf en schorsing van de voorlopige hechtenis bij volwassenen*

Tilburg, IVA Beleidsonderzoek en Advies, 2006

*Justitieel Verslavingsbeleid. Brief van de minister en staatssecretaris van Justitie en van de minister van Volksgezondheid, Welzijn*

*en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken II 2006/07, 31 110, nr. 1

**Koeter, M., M. Bakker**

*Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden*

Den Haag, Boom Juridische uitgevers, 2007

**Kroesbergen, H.T., H.E.**

**Franken-van der Toorn e.a.**

*Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*

Tijdschrift jeugdgezondheidszorg, 36e jrg., nr. 1, 2004, p. 2-6

**Kroon, H.**

*Groeiende zorg: ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*

Utrecht, NcGv, 1996

**Lachance, K.R., A.B. Santos**

*Modifying the PACT model – preserving critical elements*

Psychiatric services, 46e jrg., nr. 6, 1995, p. 601-604

**Lindt, S. van de**

*Zorg voor beter – langdurige GGZ. Inventarisatie 'goede voorbeelden' bemoeizorg*

Utrecht, Trimbos-instituut, 2006

**Lohuis, G., R. Schilperoort e.a.**

*Van bemoei- naar groeizorg: methodieken voor de OGGz*

Groningen, Wolters-Noordhoff, 2000

**Lurigio, A.J.**

*Drug treatment: availability and effectiveness. Studies of the*

*general and criminal justice population*

Criminal Justice and Behavior, 27e jrg., 2000, p. 495-528

**Marlowe D.B., K.C. Kirby e.a.**

*Assessment of coercive and non-coercive pressures to enter drug abuse treatment*

Drug and Alcohol Dependence, 42e jrg., 1996, pp. 77-84

**Marlowe, D.B., K.C. Kirby e.a.**

*Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers*

Psychology of Addictive Behaviors, 15e jrg., nr. 2, 2002, p. 97-108

*Meer bemoeizorg, desnoods onder dwang*

Den Haag, Ministerie van VWS, Directie Voorlichting en

Communicatie, 2004. Speech van de staatssecretaris van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Clémence Ross-van

Dorp, op het slotcongres over outreachende hulpverlening

**Menger, A., L. Krechtig**

*Het delict als maatstaf. Methodiek voor werken in gedwongen kader*

Utrecht, Stichting Reclassering Nederland, 2004

**Mulder, C.L.**

*Psychiatrie voor mensen die er niet om vragen*

Rotterdam, Erasmus Medisch Centrum, 2007 (oratie)

**Nijnatten, C. van (red.)**

*Bij nader toezien, 75 jaar onder-toezichtstelling*

Den Haag, Ministerie van  
Justitie, 1997

**Ooyen-Houben, M. van**

*Drang bij criminele harddrug-gebruikers, een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland*

Tijdschrift voor Criminologie, 46e jrg., nr. 3, 2004, p. 233-248

**Ooyen-Houben, M. van**

*Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: promising theory, problems in practice*

In: A. Stevens (red.), *Crossing frontiers, international developments in the treatment of drug dependence*

Brighton, Pavilion Publishing, 2008

**Peeperkorn, M., S. Sitalsing**

*De onzichtbare hand. Interview met André Rouvoet, minister van Jeugd en Gezin*

De Volkskrant, 8 maart 2008

**Poel, A. van der, L. Krol e.a.**

*Huisartsenpraktijk 'de Straatdokter': sociaal medische zorg aan dak- en thuislozen. Verslag van een onderzoek naar het functioneren van de Straatdokter in Rotterdam*

Rotterdam, IVO, 2005

**Prendergast M.L., D. Farabee e.a.**

*Involuntary treatment within a prison setting: impact on psychosocial change during treatment*

Criminal justice and behavior, jrg. 29, 2002, p. 5-26

**Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming**

*Dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen*

Den Haag, RSJ, 2008 (advies)

*Reclasseringsbeleid. Brief van de staatssecretaris van Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken II 2006/07, 29 270, nr. 14

*Reclasseringsbeleid. Brief van de staatssecretaris van Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken II 2007/08, 29 270, nr. 20

**Roeg, D.P.K.**

*Measurement of program characteristics of intensive community-based care for persons with complex addiction problems*

Tilburg, Universiteit van Tilburg, 2007 (dissertatie)

**Roeg, D.P.K., L.A.M. van de Goor e.a.**

*When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style*  
Drugs and alcohol today, 4e jrg., nr. 2, 2004, p. 26-32

**Roeg, D.P.K., L.A.M. van de Goor e.a.**

*Characterizing intensive community-based care: use, reliability and factor structure of a generic measure*

Mental health and substance use: Dual diagnosis (in press)

**Rooney, R.H.**

*Strategies for work with  
unvoluntary clients*

Columbia University Press, 1992

**Ryan, R.M., R.W. Plant e.a.**

*Initial motivations for alcohol  
treatment: relations with patient  
characteristics, treatment  
involvement, and dropout*

Addictive Behaviors, 20e jrg.,  
nr. 3, 1995, p. 279-297

**Soulet, M-H., K. Oeuvray**

*Constructing, producing and  
analysing the qualitative evi-  
dence. QCT-Europe final report*

Freiburg, Université de  
Fribourg, 2006

**Staatsblad 2003, 467**

*Besluit van 4 november 2003,  
houdende vaststelling van het  
tijdstip van inwerkingtreding  
van de wet van 13 juli 2002 tot  
wijziging van de Wet bijzondere  
opnemingen in psychiatrische  
ziekenhuizen (voorwaardelijke  
machtiging en observatiemach-  
tiging) (Stb. 431) en het besluit  
van 17 juli 2003, houdende  
wijziging van het Besluit patiën-  
tenvertrouwenspersoon Bopz en  
het Besluit administratieve bepa-  
lingen Bopz (Stb. 322)*

Den Haag, Sdu uitgevers, 2003

**Staatsblad 2007, 465**

*Wet van 22 november 2007, hou-  
dende verlenging van de totale  
duur van de voorwaardelijke  
beëindiging van de verpleging  
van overheidswege*

Den Haag, Sdu uitgevers, 2007

**Staatsblad 2007, 500**

*Wet van 6 december 2007 tot  
wijziging van het Wetboek van  
Strafrecht en enige andere wetten  
in verband met de wijziging van  
de vervroegde invrijheidstelling in  
een voorwaardelijke Invrijheid-  
stelling*

Den Haag, Sdu uitgevers, 2007

**Stevens, A., T. McSweeney e.a.**

*On coercion*

International journal of drug  
policy, 16e jrg., nr. 4, 2005,  
p. 207-209

**Stevens, A., D. Berto e.a.**

*The relationship between legal  
status, perceived pressure and  
motivation in treatment for drug  
dependence: results from a Euro-  
pean study of quasi-compulsory  
treatment*

Eur Addict Res, 12e jrg., 2006,  
p. 197-209

**Stikker, T.E.**

*Handboek wetgeving forensische  
psychiatrie*

Den Haag, Sdu uitgevers, 2005

**Swartz, M.S., J.W. Swanson e.a.**

*Does fear of coercion keep people  
away from mental health treat-  
ment? Evidence from a survey of  
persons with schizofrenia and  
mental health professionals*

Behaviour Sc Law, 21e jrg., 2003,  
p. 459-472

**Test, M.A., L.I. Stein**

*Practical guidelines for the  
community treatment of  
markedly impaired patients*  
Community mental health

journal, 36e jrg., nr. 1, 2000,  
p. 47-60

**Uchtenhagen, A., Schaaf, S. e.a.**

*QCT Europe. Quasi-compulsory and compulsory treatment of drug-dependent offenders in Europe. Final report on quantitative evaluation*

Zürich, Research Institute for public Health and Addiction, Zürich University, 2006

*Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2006.*

*Brief van de minister van Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*

Den Haag, Kamerstukken II 2005/06, 30 300 VI, nr. 164

*Vaststelling van de begrotingsstaat van de begroting van Jeugd en Gezin (XVII) voor het jaar 2008. Memorie van toelichting*

Den Haag, Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVII, nr. 2

**Voert, J.J.M. ter**

*Reclasseringstoezicht anno 2004, van hulp en steun naar louter controle?*

In: *Ontmoetingen*

Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, nr. 11, 2005, p. 27-38

**Wartna, B.S.J., S. el Harbachi e.a.**

*Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*

Den Haag, WODC, 2005, O&B  
230

**Wartna, B.S.J., S. el Harbachi e.a.**

*Strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*

Den Haag, WODC recidive-studies, Fact Sheet 2006

**Wolf, J., C. Mensink e.a.**

*Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*

Utrecht, GGZ Nederland, Resultaten Scoren, 2002

# Professioneel werken in gedwongen kader

*A. Menger\**

Rond de eeuwwisseling was deze titel voor veel lezers onbegrijpelijk geweest. Voor buitenstaanders is het nog steeds enigszins cryptisch. Maar vele professionals herkennen in deze term inmiddels de grondslagen van hun dagelijkse praktijk. Zo snel kan het gaan met de herkenning en erkenning van een specifieke beroepsgroep die er al ruim een eeuw wás, maar zichzelf niet als zodanig definieerde. Deze beroepsgroep wordt nu steeds duidelijker beschouwd als deel uitmakend van een samenhangend domein, ondanks dat ze werkt in een groot aantal verschillende organisaties en uiteenlopende contexten. Zij is bijvoorbeeld reclasseringswerker, gezinsvoogd of groepsleider in een justitiële jeugdinstelling of tbs-kliniek. Zij werkt bij Jeugdzorg, de verslavingsreclassering, de gevangenis of een gesloten behandelinstelling. Zij werkt met delinquenten die een gevaar vormen voor de samenleving, met kinderen die het risico lopen te worden mishandeld of verwaarloosd, of met psychiatrische patiënten die een gevaar vormen voor zichzelf. Maar allen werken zij in het spanningsveld van veiligheid en zorg, van gevaar en hulp. In hun werk is altijd sprake van verband tussen sociale interventies en justitieel ingrijpen. Zij werken allen met cliënten die verplicht zijn met hen in contact te staan en hun bemoeienis te aanvaarden. En allen werken zij aan de dubbele opdracht van controleren en begeleiden. Zij vertegenwoordigen de normen van de samenleving én verdiepen zich in de behoeften en noden van de betrokkenen. Zij houden toezicht én maken contact.

Dit werk is van groot maatschappelijk belang. Het is daarom verbazend dat er, in Nederland, tot enkele jaren geleden zo weinig aandacht was voor de gemeenschappelijke kenmerken van deze specifieke professionaliteit en voor de systematische onderbouwing van haar methodisch handelen. Zelfs de opleidingen van deze

\* Drs. Anneke Menger is als lector 'Werken in een justitieel kader' verbonden aan de Faculteit Maatschappij en Recht van de Hogeschool Utrecht.

professionals, veelal het hoger beroepsonderwijs, besteedden er tot voor kort weinig aandacht aan. De laatste jaren komt hierin in hoog tempo een kentering. Incidenten maken duidelijk hoe risicovol en onzeker het veld is waarbinnen dit werk wordt uitgevoerd. De professionals en hun organisaties zijn zich van deze verantwoordelijkheid bewust. Daarbij gaat de media-aandacht bij geweldsincidenten vaak vooral naar de – al dan niet vermeende – nalatigheid van betrokken hulpverleners. Wat we daar ook van vinden, die aandacht kan ook worden geïnterpreteerd als een erkenning van het belang van deze professionals. In dit artikel presenteer ik enkele thema's die samenhangen met de professionaliteit van het werken in gedwongen kader. Het artikel is opgebouwd aan de hand van vijf stellingen:

1. Het gedwongen kader vraagt om heldere ketensamenwerking.
2. De aanleiding tot justitieel ingrijpen is de maatstaf voor het handelen.
3. Verzet van cliënten tegen het opgelegde contact is normaal en hoort erbij.
4. Motivatie is geen kenmerk van een cliënt, maar een resultaat van interactie.
5. Niet interventies, maar mensen veranderen mensen.

### **De noodzaak van heldere ketensamenwerking**

Het contact tussen hulpverlener en cliënt in een context van dwang en drang heeft een wettelijke grondslag en krijgt vorm in een bepaald juridisch kader. De juridische functie van dit kader is helder: toezien op het naleven van de bijzondere voorwaarden die de cliënt zijn opgelegd; het kader legitimeert, met andere woorden, de controle die wordt uitgeoefend door de gezinsvoogd, de reclassering of andere professionals.

Daarnaast heeft 'het kader van dwang en drang' betekenis in het licht van het langetermijndoel: het verminderen of beëindigen van het risico op herhaling en het vergroten van de veiligheid van de samenleving en van de betrokkenen zelf. Het kader verplicht de cliënt tot contact met een toezienende organisatie en kan daardoor een externe prikkel vormen om zich aan afspraken te houden, omdat zij het alternatief (zoals detentie, uithuisplaatsing kinderen) erger vinden.

Er is bij de totstandkoming en effectieve continuering van het gedwongen kader sprake van een grote wederzijdse afhankelijkheid tussen de hulpverlening en justitie. Menger en Krechtig (2004): 'Een methodiek "werken in gedwongen kader", hoe grondig en gedetailleerd ook, kan alleen effectief zijn als "het werken" werkelijk begrensd is door dit "gedwongen kader". Elke methodische invulling verliest zijn overtuigingskracht als de kaderstellende werking van de context ontbreekt. Helderheid hierover is het fundament van de methodiek.'

In theorie juicht iedereen dit standpunt toe en acht men het vanzelfsprekend. De praktijk blijkt iets weerbarstiger. De wekelijkse column van *NRC Handelsblad* over strafrechtzaken was op zaterdag 15 maart 2008 gewijd aan de zaak van een jongeman die een leerstraf agressieregulatie moest ondergaan. Halverwege haakte de jongen af bij de training, en omdat dit al eerder was gebeurd, stuurde de reclassering hem terug naar justitie. Het verhaal vertelt hoe de interactie tussen de spijtbetuigende jongeman en de rechter verliep en de zaak eindigde met de uitspraak van de rechter dat de rest van de leerstraf werd kwijtgescholden.

De moraal hiervan betreft niet deze uitspraak als zodanig; de rechterlijke macht is onafhankelijk en moet dit vooral blijven. Daarmee is de kous echter niet af, hoewel dit argument de discussies vaak lamlegt, zowel bij jeugdzorg als bij de reclassering. Dit voorbeeld legt de vinger op een kwetsbaarheid van de hele sector, die bij het methodisch handelen voor een deel anticipeert op 'dekking' van zijn besluiten door justitie. Gebeurt het frequent en zonder overleg met jeugdzorg of reclassering dat justitie besluiten tot terugmelding naast zich neerlegt (contrair handelt), dan zijn de cliënten de eersten die dit weten, onmiddellijk gevolgd door de professionals die ook in hun eigen ogen aan geloofwaardigheid inboeten.

En er is nog een ander gevolg, en dat is de 'gevoelsimpressie' die de column achterlaat op de lezers. Die impressie is dat de rechter oordeelt op grond van milde en menselijke motieven en argumenten, vanuit het gezichtspunt dat de jongeman zijn leven weer op orde moet krijgen, en van de inschatting dat het bijwonen van nog twee trainingsbijeenkomsten daar weinig aan toe- of afdoet. De reclassering komt naar voren als streng, als een organisatie die zich vooral richt op het consequent uitvoeren van regels en controleren van afspraken, ook al heeft zij hierbij als motief dat het vermogen afspraken na te komen bijdraagt aan het voorkomen van recidive.

Beide afwegingen en gezichtspunten zijn belangrijk en dragen bij aan een evenwichtig oordeel.

Maar de lezer blijft met de vraag zitten of de juiste afwegingen wel door de juiste mensen zijn gemaakt, of er geen sprake is van rolverwisseling, en als dat zo is, waar dat dan vandaan komt. Een dergelijke vraag tekende ik onlangs ook op uit de mond van een officier van justitie, die zich dit afvroeg naar aanleiding van een andere casus met vergelijkbare kenmerken. Uit de impressionistische schets in *NRC Handelsblad* vallen geen gegevens af te leiden voor een goede beoordeling van deze zaak. Hoe precies en helder was de reclassering over de reden van het terugzenden, was er een advies aan verbonden dat houvast bood voor de rechter? Is er overleg geweest, voorafgaand of na de zitting? Maar de kwestie van het gedwongen kader is, zoals hier blijkt, gecompliceerder dan het heldere statement in de basismethodiek suggereert. Dit dilemma zal zich natuurlijk nooit helemaal oplossen. Het is eigen aan de dynamiek van samenwerking tussen partners die verschillend zijn gepositioneerd, en het volgt uit het spanningsveld in de afweging van juridische, maatschappelijke en individuele belangen. De noodzaak (c.q. het vermogen) zich te verhouden tot deels onoplosbare spanningsvelden kenmerkt het werken in gedwongen kader. Maar er blijft veel over wat wél beïnvloedbaar is. Bijvoorbeeld regelmatig wederzijds overleg, op organisatieniveau, over de aard van de samenwerking en over wat de partners van elkaar nodig hebben om effectief te werken. Een hoge kwaliteit van de rapportages, concrete adviezen en heldere verantwoording van besluiten aan justitie. Persoonlijke contacten tussen professionals en justitie en aanwezigheid bij rechtszaken. En tot slot versterking van de professionaliteit en van het professionele zelfvertrouwen van de professionals die werken in gedwongen kader.

### **De aanleiding tot de justitiële ingreep als maatstaf**

Voor het reclasseringswerk is het delict de aanleiding tot de reclasseringsbemoediging en dit delict, het voorkomen van herhaling daarvan, is en blijft de rode draad van het methodisch handelen (Menger en Krechtig, 2004). 'Het delict' kan worden verbreed tot andere aanleidingen tot justitieel ingrijpen en tot opgelegd contact. Bij civielrechtelijke kaders, zoals gezinsvoogdij en voogdij, gaat het om

bedreigde ontwikkeling van kinderen. Het gegeven dat dit, en niets anders, de maatstaf voor het handelen vormt, mag een open deur lijken, maar voor sociale professionals is dit niet vanzelfsprekend. Want, anders dan in de meeste sociale praktijken, zet dit uitgangspunt niet de noden en vragen van cliënten voorop, maar de normen van de samenleving. De doelen van de bemoeienis zijn ontleend aan deze normen en de werker stelt zijn interventies in dat perspectief. Hij kan deze doelen alleen maar bereiken als hij in staat is een relatie op te bouwen met zijn cliënt, als hij aansluiting kan vinden bij diens levensproblemen, behoeften en betekenissen.

Eerder was, bij de reclassering, de zinsnede 'het delict centraal' gangbaar. Deze formulering kan echter leiden tot de gedachte dat het delict tijdens de begeleidingscontacten voortdurend en vrijwel het enige onderwerp is. Dat beeld is niet juist en deze werkwijze kan zelfs averechts werken. Het gaat erom dat de werker alles wat hij doet, kan verantwoorden met het oog op een effectieve beïnvloeding van specifieke risicofactoren voor delinquent gedrag. De doelen van deze interventies zijn altijd gericht op wat de cliënt in de toekomst *wel* kan doen. Blijft de reclasseringswerker voortdurend heel expliciet bezig met het delictgedrag, dan raakt de cliënt gefixeerd op het probleem. De cognitief-gedragsmatige benadering (onder andere Beck, 1999; Dryden en DiGiuseppe, 1994), die ten grondslag ligt aan veel gedragsinterventies in de sector, maakt duidelijk dat iemand gemakkelijker verandert als de aandacht uitgaat naar gewenst gedrag dan wanneer er vooral wordt gefocust op ongewenst gedrag. Niet recidiveren is een negatief geformuleerd doel. Positieve doelen zijn: ik ga voetballen, ik ga naar school. Probleemgerichte en op het verleden gerichte communicatie werkt niet volgens de cognitief-gedragsmatige benadering. Toekomst- en oplossingsgerichte communicatie wel. Het delict staat dus niet zozeer centraal als gespreksonderwerp, veeleer is het delict *de* maatstaf voor het handelen. Deze redenering geldt ook voor andere kaders, zoals de civielrechtelijke kaders die gelden bij (gezins)voogdij. Het is de maatstaf bij de diagnose en het opstellen van het plan van aanpak. De werker zoekt gericht naar omstandigheden, beperkingen en beschermende factoren die verband houden met het risico op recidive. Andere problemen doen er wel toe, cliënten kunnen ook worden doorverwezen, maar deze staan niet centraal bij het toezicht en de begeleiding. Ook bij het bepalen van de benodigde controle is het delict, of een andere aanleiding

tot justitieel ingrijpen, de maatstaf. Hoeveel schade brengt iemand zichzelf, zijn gezin of de samenleving toe als het ongewenste gedrag zich herhaalt? Als de kans op schade groot is, worden intensievere vormen van controle ingezet. Los van wat de cliënt daar zelf van vindt. Ook in de manier waarop werkers informatie verzamelen over de cliënt, wordt de werking van het gedwongen kader en 'het delict' als maatstaf duidelijk. Het blijft niet bij zelfrapportage van cliënten, er is altijd aanvullende informatie nodig van de sociale omgeving en van professionals van andere instellingen, zowel bij de start als bij de periodieke evaluaties.

### **Verzet is normaal en hoort erbij**

Tot diep in de jaren negentig oriënteerden gezinsvoogden en (jeugd)reclasseringswerkers zich, noodzakelijkerwijs, vooral op theorie en methodiek die was geënt op vrijwillige situaties, waarbij iemand zichzelf met een eigen 'hulpvraag', gemotiveerd en wel, meldt bij een hulpverlener. Rooney (1992) en Trotter (1999) kwamen met een gesystematiseerde *evidence-based* methodiek, die in Nederland invloedrijk werd, hoewel de boeken hier nooit vertaald zijn. In Nederland verschenen pas vanaf de eeuwwisseling enkele methodiekboeken voor het werken in gedwongen kader (Jagt, 2001; Menger en Krechtig, 2004).

Inmiddels heeft de toename van onderzoek en methodiekontwikkeling geleid tot meer inzicht in de bijzondere dynamiek die ontstaat tijdens de opbouw van een werkrelatie met cliënten in gedwongen kader. Rooney (1992) onderscheidt diverse vormen van dwang en diverse varianten van (on)vrijwilligheid. Voor de onderhavige doelgroep reserveert hij de term '*mandated clients*', door Jagt (2001) vertaald als 'toegewezen cliënten'. Het feit dat iemand is toegewezen, betekent dat er in objectieve zin sprake is van een bepaalde mate van vrijheidsverlies. Dit gegeven is per definitie van invloed op de reacties van de cliënt, maar de kracht en de aard van deze reacties verschillen. Bij deze verschillen spelen diverse factoren een rol. Bijvoorbeeld de subjectieve beleving van het feitelijke vrijheidsverlies, die per persoon sterk kan verschillen. Daarnaast is er de mate van lotscontrole: de mate waarin de professional (c.q. de organisatie waar deze voor staat) in staat is in formele zin handelingen te beperken of af te dwingen. Iemand terugsturen naar justitie na herhaald

niet-nakomen van afspraken. Uithuisplaatsing van kinderen na de constatering dat er geen verbetering optreedt in het gezin. Naarmate de gevolgen hiervan ernstiger, zekerder en onmiddellijker zijn, is de lotscontrole sterker.

Clïënten reageren op dit (tijdelijke) verlies van vrijheid met diverse vormen van verzet. Het vermogen deze reacties te herkennen en te bewerken is een belangrijk kenmerk van professionaliteit. Deze reacties zijn universeel, in die zin dat ze onafhankelijk zijn van maatschappelijke positie, opleiding, sekse of cultuur. Rooney noemt dit *reactance*. Menger en Krechtig (2006) laten de term onvertaald. Het gedrag waarmee *reactance* gepaard gaat, is niet meteen te onderscheiden van gebrek aan motivatie tot verandering. Maar het onderscheid is wel van belang. Werkers die dit gedrag aanzien voor een dieper liggende vorm van weerstand, kunnen er 'te zwaar' op reageren met als gevolg dat de relatie (tijdelijk) vastloopt of afbreekt. *Reactance* is een natuurlijke reactie van iemand die zijn vrijheid bedreigd ziet. De kracht van *reactance* is groter naarmate de persoon verwachtte dat hij onbelemmerd over zijn vrijheid kon beschikken, en als de bedreigde vrijheid belangrijk voor hem is.

Voorts spelen persoonsgebonden factoren een rol. Mensen met een hoge mate van zelfcontrole en zelfrespect reageren in het algemeen sterker. *Reactance* activeert gedrag als: ongeacht de gevolgen direct proberen de verloren vrijheid te heroveren, sabotage en agressie tegen de bron van dreiging. Specifieke gedragingen die hierbij horen, zijn bijvoorbeeld: boosheid, uitgebreid vertoon van machteloosheid, schijnbare overgave, onverschilligheid, steeds proberen de regie in het contact te hernemen, bedreigen, ontkennen, bagateliseren en dergelijke.

Een veelvoorkomende uiting van *reactance* is 'strategische zelf-presentatie'. Dat wil zeggen dat mensen zich uit een voor hen bedreigende situatie proberen te redden door zich mooier, sterker, armer, zieliger of dreigender voor te doen dan zij zich feitelijk voelen. Een overlevingsstrategie met als doel de ander te beïnvloeden en de dreiging het hoofd te bieden. In bedreigende situaties proberen mensen zich geliefd te maken door te vleien, angst op te roepen door te intimideren, confrontaties te ontlopen door gesprekken diffuus te houden en strategisch gebruik te maken van de machtsrelatie door er zich schijnbaar aan over te leveren en te smeken. Zowel Rooney (1992) als Trotter (1999) onderzocht reacties van professionals op *reactance* en vond er enkele die de kans op effect

vergroten. Het meest cruciaal daarbij is dat de professional dergelijke reacties niet meteen afwijst of bestrijdt, maar ze als normaal beschouwt. Het gedrag moet aan de situatie en niet aan de persoon worden toegeschreven en niet worden gelabeld als gebrek aan motivatie of pathologisch gedrag. *Reactance* wordt versterkt als mensen ervan worden weerhouden uiting te geven aan dit gedrag. Het is effectiever om belangstelling te tonen zonder het gedrag aan te moedigen, en vervolgens over te gaan tot het stellen van zeer concrete vragen over een specifiek punt dat de cliënt naar voren brengt. Voorts is het van belang een contract te maken met de cliënt waarin is gespecificeerd hoe de handelingsvrijheid op termijn weer is te vergroten. Hij verheldert de eisen die de situatie stelt, en laat zich niet verleiden hierover te onderhandelen. En hij benadrukt steeds de keuzemogelijkheden die er wél zijn, ook al zijn ze nog zo beperkt, en hij benut deze ook. Waar de cliënt kan kiezen uit verschillende handelingsalternatieven (bijvoorbeeld over de manier waarop een bepaald vaststaand doel kan worden bereikt), is het goed die ook zo veel mogelijk bij de cliënt te laten. Hiermee tracht de werker in gedwongen kader, binnen de gegeven beperkingen en zonder de doelen van het opgelegde contact uit het oog te verliezen, zo goed mogelijk aan te sluiten bij de doelen van de cliënt zelf. Met andere woorden: hij streeft naar *motivational congruence*. Bij *motivational congruence* is er sprake van een voldoende werkbare overeenkomst tussen de doelen van de werker en van de cliënt. *Voldoende werkbaar*, dat wil zeggen dat de professional, zeker in eerste instantie, niet naar meer overeenstemming streeft dan nodig is voor een werkbare en doelgerichte relatie. Het werkt averechts om meer betrokkenheid te vragen (of te verlangen) dan iemand op dat moment in staat is te geven. Dit vermogen, in een context van controle en risicobeheersing, nét genoeg te vragen als nodig is om de volgende stap te zetten, is één van de kenmerken van professioneel werken in gedwongen kader.

### **Motivatie als resultaat van interactie**

Werkers in gedwongen kader krijgen dus vaak te maken met cliënten die zich, om te beginnen, verzetten tegen het contact. Daarnaast zijn zij niet allemaal vanzelfsprekend gemotiveerd om mee te werken aan de begeleidingsdoelen. Waar bij vrijwillige hulpverlening

motivatie vaak als een voorwaarde wordt beschouwd voor behandeling, is voor werkers in gedwongen kader ‘motiveren’ een belangrijk en voortdurend aanwezig doel van het contact. Dat vraagt dus om een nadere en professionele beschouwing van motiverende interventies en attitudes.

Menger en Krechtig (2004) formuleren een op deze sector toegespitste definitie van motiveren, waarbij er rekening mee is gehouden dat de doelen van de cliënt niet zonder meer sturend zijn. Deze definitie is toegespitst op de reclassering, maar kan model staan voor het motiveringsproces in de hele sector. ‘Een cliënt kan gemotiveerd raken om te bewegen in de richting van het reclasseringsdoel, in de mate waarin de reclassering de doelen van de cliënt herkent, erkent, zijn eigen interventies daarop afstemt en ze in het perspectief plaatst van de doelen van de reclassering.’ (Menger en Krechtig, 2004)

Hoe te handelen, op basis van deze definitie? Hiervoor gaat de sector vooral te rade bij Prochaska en DiClemente (1984) en bij Miller en Rollnick (2005), die een dynamisch motiveringsmodel ontwikkelden waarvan de effectiviteit ook in kaders van dwang en drang is onderzocht en aangetoond. De modellen zijn rijk, genuanceerd en gedetailleerd. Ik noem hier enkele basisprincipes van de denk- en werkwijze, om te illustreren dat ‘het motiveren’ een cruciale methodische activiteit is in het gedwongen kader.

De motiveringsstrategieën geven ten eerste aan dat de professionals zich moeten richten op het vergroten van de basisvoorwaarden voor motivatie, zoals: voldoende bewustzijn van het (aanvankelijk vaak alleen door anderen ervaren) probleem, voldoende bezorgd over het probleem, voldoende vertrouwen dat de situatie veranderbaar is, voldoende vertrouwen in het eigen vermogen om de situatie te beïnvloeden, voldoende gevoel van eigenwaarde (zichzelf letterlijk ‘de moeite van het veranderen waard’ leren vinden) en voldoende vertrouwen in de werker om *nu* aan de verandering te willen werken. Ten tweede vatten zij motiveren op als een cyclisch proces waarbij terugval op elk moment in de cyclus mogelijk is. Soms is het nodig dat iemand de hele cyclus meerdere malen doorloopt, voordat het nieuwe gedrag is gestabiliseerd. Veel werkers zullen dit herkennen: juist als het erop lijkt dat het beter gaat, als er echt contact is, als iemand echt iets laat zien, is de kans groot dat het de volgende keer helemaal mis is.

De modellen gaan er, ten derde, van uit dat cognitieve dissonantie nodig is om gedragsverandering op gang te krijgen. Als bij iemand

kennis, gevoelens en gedrag niet met elkaar in overeenstemming zijn, treedt deze cognitieve dissonantie op. Mensen vinden dit in het algemeen onaangenaam. Daarom proberen mensen meestal één van die elementen zo te veranderen dat de kennis, de gevoelens en het gedrag weer met elkaar overeenstemmen. Iemand wil weer tevreden worden over zijn gedrag. Hij past daarom óf zijn gevoelens aan, óf zijn gedachten, óf zijn gedrag.

Meestal proberen mensen eerst hun gevoelens en gedachten te veranderen. Pas als dat niet meer werkt, als men met de rug tegen de muur staat, kijken mensen naar hun gedrag. Voordat iemand overweegt zijn gedrag (bijvoorbeeld winkeldiefstal) te veranderen, bagatelliseert hij de risico's en de gevolgen (hij past zijn gedachten aan), zegt hij dat hij beter winkels kan bestellen dan mensen (hij past zijn normen aan), zegt hij dat jongens die dat niet doen mietjes zijn, of dat hij wel moet met al zijn schulden (hij past zijn gevoelens aan). Pas als het onmogelijk is dit vol te houden, komt verandering van gedrag in beeld.

Om dit te bereiken is soms een ingreep nodig (iemand wordt opgepakt), maar dat leidt nog niet automatisch tot een stap in de richting van verandering. Vaak is juist te zien dat mensen de eerste dagen na arrestatie nog sterker terugvallen op oude gedachten en gevoelens die het gedrag in stand houden. De motiverende interventies geven dan de doorslag of iemand bereid is een stap te zetten. Hoe sterker de cognitieve dissonantie is, dus hoe groter de spanning tussen het feitelijke gedrag en de gevoelens en gedachten, des te sterker is de reactie. Dus hoe meer iemand zich realiseert dat het 'eigenlijk' niet kan wat hij doet, des te sterker zal hij aanvankelijk zijn gedachten en gevoelens aanpassen: de schuld bij anderen leggen, bagatelliseren, rationaliseren en ontkennen.

Daarmee ontstaat het paradoxale beeld dat sterk weerstandsgedrag juist kan wijzen op een groeiende motivatie. Daarom is het vergroten van de ambivalentie een centraal doel van de motiveringsstrategie: de professional helpt cliënten hun eigen ambivalenties ten aanzien van gedragsverandering te onderzoeken en op te lossen. Zowel aan het wel veranderen als aan het niet veranderen zijn immers voor- en nadelen verbonden. Dit is een bron van ambivalentie: wel of niet meedoen aan de diagnostiek, wel of niet meewerken aan de rapportage, wel of niet meedenken over het plan van aanpak, wel of niet meewerken aan het toezicht, wel of niet recidiveren? Deze ambivalenties worden 'op scherp' gezet. Vooral de overtuigingsstra-

tegie moet hierbij worden vermeden. Hoe meer de werker zelf aan de plussen trekt, des te meer jaagt hij zijn cliënt in de richting van de minnen. Weerstand heeft immers een doel en dient een belang. Ook moraliseren ('je mag niet ambivalent zijn') heeft eerder een averechts effect. Winst- en verliesrekeningen werken beter. Ten vierde, en tot slot, gaan de modellen ervan uit dat een belangrijke blokkade om gemotiveerd te raken, wordt gevormd door iemands overtuiging dat hij niet in staat is de verandering te volbrengen. De bevindingen van Prochaska en DiClemente hierover lijken op het idee van *discovering agency* van Laub en Sampson (2003), die vonden dat veel delinquenten zichzelf niet (voldoende) beschouwen als actor in hun eigen leven. Zij hebben dat bewustzijn niet aangeleerd en anticiperen met hun gedrag op de verwachting dat zij geen invloed hebben: 'het gaat toch zo, ze doen maar'. Over dit gedrag wordt snel gezegd: 'hij ziet zijn eigen aandeel niet; anderen hebben het volgens hem altijd gedaan'. Moraliserende opmerkingen over het feit dat je toch eigenlijk zelf de verantwoordelijkheid moet nemen, werken hier niet. Motiverende interventies moeten hier gericht zijn op het versterken van het vertrouwen van de cliënt dat hij succesvol aan verandering kan werken. Het gevoel van eigenwaarde kan met behulp van gesprekstechnieken worden vergroot. Daarnaast kan een sterk handelingsgerichte benadering aanslaan. Het bespreken van deze technieken voert hier te ver.

### **Niet 'what works', maar 'who works'?**

Onderzoek naar effectiviteit van interventies bij bepaalde problemen van bepaalde cliënten is belangrijk. Sociale interventies kunnen echter pas werkelijk effectief worden in handen van een effectieve professional. Deze conclusie kunnen we verbinden aan onderzoek naar kenmerken van effectieve professionals. Dergelijk onderzoek is nog weinig gedaan in de specifieke context van dwang en drang, maar wel in het veld van de psychotherapie. De aanname hierbij is dat de sectoren vergelijkbaar genoeg zijn om van te leren, en dat deze bevindingen moeten leiden tot gericht onderzoek naar effectieve professionals in gedwongen kader.

Wampold (2007) vond dat effectiviteit (in termen van feitelijke gedragsverandering en cliënttevredenheid) sterker wordt verklaard uit verschillen tussen professionals dan uit verschillen tussen

specifieke interventies. Een van deze kenmerken van effectieve professionals is overigens dat zij gebruikmaken van interventies waarvan de (grotere kans op) effectiviteit is aangetoond, zij laten zich, met andere woorden, welbewust iets gelegen liggen aan de wetenschap. Bovendien wordt duidelijk dat het de cliënt zelf is die de belangrijkste bijdrage levert aan effectiviteit: zijn of haar motivatie, doelgerichtheid, hoop en verwachting maken uiteindelijk het feitelijke verschil.

Miller e.a. (2007) ontdekten dat een effectieve professional zich onderscheidt van zijn minder effectieve collega's in het feit dat hij voortdurend en systematisch zijn eigen feedback organiseert. Hij trekt dus zijn eigen handelen regelmatig welbewust en openlijk in twijfel. Effectiviteit is hier opgevat als het daadwerkelijk verminderen van klachten als fobieën, dwanghandelingen of depressies. Miller e.a. (2007) generaliseren deze bevinding over de effectieve therapeut naar professionals in de zorg in het algemeen. De effectieve therapeut is steeds op zoek naar wat hij teweegbrengt, en laat zich niet afschrikken door de mogelijkheid dat die feedback confronterend kan zijn. Hij zoekt feedback over de werkrelatie met de cliënt, gaat steeds opnieuw na of de cliënt nog steeds hetzelfde nastreeft als de therapeut, en of de therapeutische alliantie door therapeut en cliënt nog op dezelfde manier beleefd wordt. Ook gaat hij systematisch na hoe lang sessies duren en waarom de ene zoveel langer duurt dan de andere. Veel van de effectieve therapeuten bleken (buiten werktijd!) schriftjes of Excel-sheets bij te houden met cijfers en andere gegevens over hun functioneren. De effectieve professional creëert systemen van persoonlijke bijsturing die hem of haar, pijnlijk of niet, voortdurend bij de les houden.

Duncan en Miller (2000) onderzochten de werkzame bestanddelen van psychotherapeutische genezing en kwamen tot de volgende verdeling van factoren: aan cliëntspecifieke factoren kon 40% worden toegewezen, aan model en technieken is 15% van het succes toe te schrijven, hoop en verwachting verklaren 15% en relationele factoren 30%.

Wat leren we hiervan voor het werken in gedwongen kader? Ten eerste dat het onderzoek naar interventies die werken in bepaalde situaties voor bepaalde doelgroepen, van belang blijft. Het hanteren van deze interventies blijkt immers een wezenlijk onderdeel van effectieve professionaliteit te zijn. Hier moet het echter niet bij blijven. Momenteel lijkt het er soms op dat het werken volgens What

Works beperkt blijft tot het gebruiken van zogenoemde 'bewezen effectieve interventies'. Beleid, management en politiek propageren dit krachtig. Dit fenomeen heeft niet alleen met wetenschappelijke bewijsvoering en met effectiviteit te maken, maar ook met de maatschappelijke kritiek op het functioneren van de jeugdzorg, reclassering en tbs, en met de discussie over de discretionaire ruimte van de professional in een geprotocolleerd stelsel.

Dit alles is aangezwengeld door incidenten, (inspectie)rapporten en media-aandacht. Van Mourik (2007) beschrijft de gevolgen van dit maatschappelijke debat voor werkers in de jeugdbescherming, naar aanleiding van de zaak Savanna. In 90% van de gevallen maken cliënten er opmerkingen over, werkers van collega-instellingen beginnen er in 60% van de gevallen over, familie en vrienden in 75% van de gevallen. Slechts in 7% van al deze gevallen zijn de opmerkingen positief. Dit heeft voor 40% van de gezinsvoogden een negatieve invloed op hun werkplezier, en bij 26% is dat veel negatieve invloed. De WRR (2004) bepleit in zijn rapport *Bewijzen van goede dienstverlening* het koesteren van de autonomie van de professional en meer handelingsruimte en minder bureaucratie en regels. Dit pleidooi verdient enige toelichting en nuancering.

De opvatting dat What Works niet meer betekent dan het, volgens strak voorschrift, werken met 'bewezen interventies', kan een sterke aantasting vormen van de kwaliteit van het professioneel werken. Want met een te rigide standaardisering van 'wat werkt' wordt het krachtigste kwaliteitsinstrument, namelijk feedback verzamelen en daarop je gedrag aanpassen, geblokkeerd. Ook delinquenten, risicjongeren en probleemgezinnen moeten onder toezicht staan van een professional, *iemand* dus die een persoonlijke en inhoudelijke werkrelatie aangaat, die niet onderhandelt over het kader, maar die tegelijk binnen dat kader hoop en verwachting weet te activeren. Die de verbinding weet te maken van individuele kenmerken van de cliënt en/of ieder gezinslid, en die dáárbij eerder effectief gebleken interventies inzet.

De vraag *Whó Works* is minstens even interessant als de vraag *What Works*. Deze professionals, die wel in staat moeten zijn systematisch te werken volgens methoden waarvan is aangetoond dat ze effectief zijn, hebben meer nodig dan protocollen. Wat zij nodig hebben, is echter geen 'loze' en niet nader omschreven 'persoonlijke ruimte'. Een pleidooi voor meer discretionaire ruimte is, zeker voor werkers in gedwongen kader, geen pleidooi voor vrijheid, blijheid,

voor hernieuwd amateurisme. Professioneel werken betekent altijd gedisciplineerd werken, leren van feedback, in de directe interactie met de cliënten en in oriëntatie op de wetenschap. Werkers in gedwongen kader moeten zich per definitie verhouden tot regels van de justitieketen en van ons rechtssysteem, en daarmee van hun eigen organisatie. De organisatie hoort de ruimte en het klimaat te bieden voor het organiseren van feedback, en professionals behoren dit systematisch en zichtbaar te doen. Op die manier kunnen zij verantwoordelijk zijn, verantwoording afleggen. Op die manier hebben zij professioneel weerwoord bij maatschappelijke kritiek. En op die manier nemen de organisatie en de professionals gezamenlijk de regie bij de voortdurende verhoging van de kwaliteit van het methodisch handelen.

## **Conclusie**

Werken in gedwongen kader vraagt om een specifieke professionaliteit. Het verschilt op essentiële punten van sociale interventies in een vrijwillige context. Professionaliteit omvat onder meer het benutten van de context van dwang, een heldere samenwerking met justitie, gedragingen herkennen die horen bij verzet tegen autonomieverlies, en systematisch motiveren tot gedragsverandering. Ook het gebruikmaken van wetenschappelijke kennis over effectiviteit hoort daarbij. Deze professionaliteit is tot dusver onvoldoende onderkend. In de afgelopen jaren ondervond de sector meer belangstelling van onderzoekers en kennisinstituten. Ook de hogescholen die deze werkers opleiden, nemen hun verantwoordelijkheid op dit punt steeds serieuzer en ontwikkelen onderwijs waarin studenten goed op dit werk worden voorbereid. Werkers in gedwongen kader zullen altijd tot op zekere hoogte werken met regels en protocollen: de positionering in de justitieketen vraagt daarom. Tegelijk kunnen zij zich niet hiertoe beperken. Want een te rigide organisatie van het werk volgens (veronderstelde) 'bewezen methoden' blokkeert het eveneens 'bewezen' meest effectieve kwaliteitsinstrument, namelijk het systematisch organiseren door de professional van feedback op zijn handelen.

## Literatuur

**Beck, J.S.**

*Basisboek cognitieve therapie*

Baarn, Intro, 1999

**Dryden, W. en R. DiGiuseppe**

*Rationeel emotionele therapie stap voor stap*

Lisse, Swets en Zeitlinger, 1994

**Duncan, B. en S. Miller**

*The heroic client*

San Francisco, Jossey-Bass, 2000

**Hermanns, J.**

*Onderzoek en de kwaliteit van jeugdhulpverlening*

In: J. Hermanns, I. Sleeboom (red.), *Onderzoek als bouwsteen voor de jeugdhulpverlening*  
Utrecht, Uitgeverij SWP, 1994

**Jagt, L.**

*Moet dat nou? Hulpverlening aan onvrijwillige cliënten*

Houten/Diegem, Bohn, Stafleu, van Loghum, 2001

**Laub, J. & R. Sampson**

*Shared beginnings, divergent lives: delinquent boys to age seventy*

Cambridge, MA, Harvard University Press, 2003

**Menger, A. & L. Krechtig**

*Het delict als maatstaf. Methodiek voor werken in gedwongen kader*  
Amsterdam, SWP, 2004, 2006

**Miller, S., M. Hubble e.a.**

*Supershrinks. What's the secret of their success?*

Psychotherapy networker, november/december, 2007

([www.psychotherapynetworker.org](http://www.psychotherapynetworker.org))

**Miller, W.R. en S. Rollnick**

*Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering*

Gorinchem, Ekklesia, 2005

**Mourik, F. van**

*Family guardians under fire*

Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 2007

**Prochaska, J. en C. DiClemente**

*The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy*

Homewood IL, Dow Jones-Irwin, 1984

**Rooney, R.H.**

*Strategies for work with involuntary clients*

New York, Columbia University Press, 1992

**Trotter, Ch.**

*Working with involuntary clients. A guide to practice*

St. Leonards, NSW, Allen & Unwin, 1999

**Wampold, B.**

*Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment*

American psychologist, jrg. 62, nr. 8, 2007, p. 857-873

**Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid**

*Bewijzen van goede dienstverlening*

Den Haag/Amsterdam, WRR/Amsterdam University Press, 2004

# Paradoxen of dilemma's?

## Over dwang in het werk van Reclassering Nederland

*R. Poort en A. Andreas\**

Het is misschien vreemd om een artikel over dwang in het werk van de reclassering te beginnen met een citaat uit een rechtmatigheids-onderzoek van de Rekenkamer, maar wij doen het toch. Want ons inziens begint de geschiedenis van wat de reclassering 'werken in gedwongen kader' noemt – zoals zoveel geschiedenissen – bij een centenkwestie. In haar rechtmatigheidsonderzoek over het jaar 1993 (Rekenkamer, 1994, p. 73) constateerde de Rekenkamer 'dat de betrouwbaarheid van de productiegegevens, die de hoogte van de definitieve subsidie grotendeels bepalen, niet wordt vastgesteld. De productiegegevens worden door de reclasseringsinstellingen (als belanghebbende) zelf aangeleverd en er wordt geen enkele controle op uitgeoefend.' Deze constatering was het begin van een langdurige ontwikkeling, die uiteindelijk resulteerde in het systeem van outputsturing dat de reclassering nu kent. En hoe raar dat ook moge lijken, dit leidde ook tot het 'werken in gedwongen kader'.

Dit artikel gaat over dwang in het werk van de reclassering. We beschrijven welke ervaringen zij tot nu toe heeft opgedaan met gedwongen hulpverlening. Maar voor wij dat doen, gaan wij kort in op de recente geschiedenis van de reclassering, in het bijzonder op de ontwikkeling van de subsidierelatie die zij heeft met de minister van Justitie. We zullen aan de hand daarvan de ontwikkeling van vrijwillige naar gedwongen hulpverlening schetsen. Daarna geven wij een beknopt overzicht van internationale literatuur over het gebruik van dwang door de reclassering, om vervolgens uitleg te geven van de manier waarop de reclassering zich in de laatste jaren het 'werken in gedwongen kader' heeft proberen eigen te maken. Uit een bloemlezing van verslagen van *workshops* die de implementatie van 'werken in gedwongen kader' moesten vergemakkelijken, zal blijken dat gedwongen hulpverlening op zijn minst ingewikkeld is

\* Drs. René Poort en Ada Andreas zijn beiden als beleidsmedewerker werkzaam bij Reclassering Nederland.

en vaak moeizaam. Maar niet onmogelijk. En bij de reclassering in de meeste gevallen noodzakelijk.

### **Enkele feiten uit de recente geschiedenis**

De opmerking van de Rekenkamer (formeel gesproken was het een bezwaar) in het genoemde onderzoek kwam telkens in de daaropvolgende onderzoeken terug, van lieverlee zelfs als de beleefde verslagen van een verschil van mening tussen de Rekenkamer en de minister van Justitie. Uiteindelijk wordt in 2001, haast tien jaar na de eerste schermutselingen, die onenigheid opgelost: 'De minister heeft de maatregelen die hij heeft toegezegd in 2001 genomen en geïmplementeerd. De SRN is, in overeenstemming met de toezegging van de minister aan de Tweede Kamer, met ingang van 2002 een op output gestuurde organisatie' (Rekenkamer, 2001, p. 32).

#### *Outputsturing*

Outputsturing is kort samengevat een systeem waarmee van tevoren vastgesteld kan worden welke activiteiten de reclassering in het volgende jaar uit zal voeren. Achteraf kan rekenschap worden afgelegd van wat er in dat jaar aan werk is verricht.

Maar wat heeft dat met 'werken in gedwongen kader' te maken? Dat de reclassering haar werkzaamheden plant en verantwoordt, heeft toch geen gevolgen voor de methodische fundering van haar werk? Toch wel. Maar hoe? Daarvoor moeten we iets meer over outputsturing vertellen.

Outputsturing (OPS) is gebaseerd op enkele simpele veronderstellingen. De eerste behelst dat al het werk van de reclassering te vatten is in een bepaald aantal welomschreven producten. En essentieel daarvoor is dan weer dat een reclasseringsactiviteit zodanig (als een product) beschreven kan worden dat deze ook geteld kan worden (om de productie vast te stellen). Vervolgens is de veronderstelling dat de reclassering met het ministerie van Justitie afspraken kan maken over de hoeveelheid producten die de reclassering per jaar levert. De hoeveelheid producten is dan de output en het geheel van

de afspraken over de omvang van de output vormt de sturing. Met dit alles krijgt de minister van Justitie, precies zoals de Rekenkamer bedoelde, een steviger greep op de reclassering. Na verloop van tijd werd deze invloed verder versterkt doordat aan de reclassering als voorwaarde werd gesteld dat zij alleen een product mag leveren als zij daarvoor een opdracht heeft gekregen van een opdrachtgever. Die opdrachtgevers zijn de Dienst Justitiële Inrichtingen, het Openbaar Ministerie en de Zittende Magistratuur (Poort, 2005). Dit verplichte opdrachtgeverschap had tot gevolg dat vrijwillige hulpverlening door de reclassering werd opgeheven. Want na de instelling hiervan was iedereen die bij de reclassering terecht kwam, daar vanwege een justitiële opdracht. Verplicht dus.

### *What Works en Terugdringen Recidive*

Gelijktijdig met bovenstaande ontwikkeling is het werk van de reclassering ook door andere ontwikkelingen van karakter veranderd. De belangrijkste daarvan is de steeds grotere nadruk op wetenschappelijke onderbouwing van het reclasseringswerk. Deze vooral Angelsaksische ontwikkeling kwam rond de eeuwwisseling onder de naam *What Works* overgewaaid naar Nederland en leidde hier tot het door het ministerie van Justitie geïnitieerde beleidsprogramma *Terugdringen Recidive*, dat in oktober 2002 van start ging. *Terugdringen Recidive* vormt inmiddels de belangrijkste leidraad voor het werk van de reclassering. Waar het om gaat, is eenvoudig. De reclassering streeft ernaar alleen die middelen in te zetten en alleen die activiteiten uit te voeren waarvan is vastgesteld dat zij werken. Dat lijkt nogal wieses, maar is ingrijpender dan zo op het eerste gezicht schijnt. Het voert te ver om daar en detail op in te gaan. Wat voor dit artikel interessant is, is dat het ook gevolgen had voor de benadering van delinquentie en delinquenten. Twee centrale begrippen in de nieuwe zienswijze zijn gedrag en risico. Interventies die effectief zijn, moeten gericht zijn op iemands gedrag en risico's. En de reclassering ging zich ten gevolge van *Terugdringen Recidive* dan ook meer en meer toeleggen op gedragsverandering en risicomangement. Kort samengevat is de theorie van de reclassering dat om recidive te voorkomen, iemands gedrag veranderd moet worden. En als dat niet definitief of volledig kan, de risico's binnen de perken gehouden moeten worden. Deze visie

bracht enkele essentiële veranderingen met zich mee. We noemen enkele voorbeelden.

Het werk van de reclassering ging van oudsher vooral over problemen (in de omstandigheden) van justitiabelen, waarvoor zij oplossingen zocht in hun directe belang. Tegenwoordig gaat het echter veel meer om beïnvloeding van gedrag van een dader en veranderingen in zijn omstandigheden ('vía' de dader), met het doel recidive te voorkomen. Anders gezegd: het welzijn en de hulpvraag van de dader of verdachte krijgen nu minder nadruk, terwijl de vermindering van recidive (door verandering van zijn delictgedrag) meer op de voorgrond komt. Dat betekent dat het perspectief voor het handelen van de reclassering veel meer de toekomst van een dader is, en minder zijn verleden. De reclassering baseert haar werk niet meer vooral op verklaringen voor het negatieve oude gedrag van daders, maar op de voorwaarden voor hun positieve nieuwe gedrag. En op de voorwaarden voor een verantwoorde re-integratie in de samenleving, zonder risico's voor de samenleving, of anders met beheersbare risico's.

Deze twee ontwikkelingen, outputsturing en Terugdringen Recidive, hadden samen tot gevolg dat in de afgelopen tien jaar het werk van de reclassering ingrijpend is veranderd. De oorspronkelijk rond een vrijwillige cliënt gecentreerde hulpverlening is stukje bij beetje vervangen door een op de veilige maatschappij gerichte verplichte aanpak van gedrag en risico's.

### *Gedwongen kader en dwang*

Voor de reclassering was duidelijk dat vooral de ontwikkeling van vrijwilligheid naar verplichting en dwang de grootste omslag teweegbracht. Hoewel de wetenschappelijke revisie van haar werk natuurlijk niet zonder slag of stoot gebeurde, was dat makkelijker aan de man te brengen dan het feit dat al het werk voortaan in een gedwongen kader moest worden uitgevoerd. De intrede en ontvangst ervan verliep in drie stadia.

Eerst werd een stok achter de deur toch vooral als een methodische belemmering beschouwd, omdat dwang in de ogen van vele reclasseringswerkers niet te verenigen was met hulpverlening. Daarna volgde een fase van berusting. De stok achter de deur was een noodzakelijk kwaad geworden; hulpverlening werd onder dwang uitgevoerd, en reclasseringswerkers ontwikkelden technieken om

met dwang om te gaan. Ten slotte brak een periode aan waarin de reclassering zich steeds meer ging profileren als een organisatie die nu juist gespecialiseerd was in gedwongen hulpverlening. In deze periode is zij nog steeds. Momenteel huldigt de reclassering het standpunt dat een stok achter de deur een essentiële voorwaarde is voor effectief werken met daders en verdachten. En zij heeft dan ook, What Works en Terugdringen Recidive indachtig, een wetenschappelijk onderbouwde methode laten ontwikkelen om haar medewerkers te ondersteunen bij dit 'werken in gedwongen kaders'. Deze methode is uitgebreid beschreven in *Het delict als maatstaf* (Menger en Krechtig, 2004). Op een andere plaats in dit nummer van *Justitiële verkenningen* gaat Anneke Menger in op de betekenis van deze methodiek voor het handelen van een professional. In de volgende paragrafen gaan wij uitgebreider in op wat dit betekende voor Reclassering Nederland.

## Werken in gedwongen kader

### *Aanleiding*

In het Nederlandse taalgebied bestond lange tijd geen uitgebreide methode voor het werken in gedwongen kader. De meeste (alweer vaak Angelsaksische) literatuur ging ofwel over deelaspecten, zoals bijvoorbeeld 'de onvrijwillige cliënt' (Trotter, 1999), of de effecten van regelgeving (Hedderman en Hearnden, 2000a, 2000b, 2001); ofwel over reclasseringsinterventies waarbij een gedwongen kader een rol speelde, zoals toezicht (zie bijvoorbeeld Poort en Bosker, 2005; Paparozzi en Gendreau, 2005;)

Het is pas sinds het seizoen 2007-2008 dat op vier Nederlandse hogescholen een *minor* 'Werken in gedwongen kader' aangeboden wordt. In de komende jaren zullen er dus steeds meer mensen beslagen ten ijs komen als zij bij de reclassering gaan werken. Maar voor de huidige medewerkers is dat anders. In het kielzog van de hiervoor beschreven omwentelingen bleek het voor de reclassering noodzakelijk om die te ondersteunen bij de veranderingen. Reclasseringswerkers waren (en zijn) immers vooral professionals die zijn opgeleid in een agogische werksoort, en zij gingen in de gewijzigde omstandigheden vaak zelf op zoek naar nieuwe manieren van werken die gebaseerd waren op methoden en technieken

voor het werk in vrijwillige kaders. Al vrij snel, in de periode na de eerste grote veranderingen (de invoering van outputsturing en opdrachtgeverschap), bleek dat velen daar niet uitkwamen. Dat is niet verwonderlijk.

En het was ook niet verbazingwekkend dat er principiële discussies oplaaiden. Discussies waarin talloze methodische kwesties werden opgeworpen: over de verhouding tussen reclasseringswerker en dader/verdachte, over de wijze waarop een dader of verdachte aangesproken moest worden,<sup>1</sup> wat gedaan moest worden als iemand niet gemotiveerd was, welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden reclasseringswerkers hebben of zouden moeten hebben, hoe een adequaat evenwicht tussen controle en begeleiding gevonden kon worden, enzovoort.

Om een oplossing te bieden voor deze en vele andere methodische verwarring heeft de reclassering zelf een methode voor werken in een gedwongen kader laten ontwikkelen. Het resultaat was een verbinding tussen wat bekend is uit de internationale wetenschappelijke literatuur en de *best practices* van reclasseringswerkers.

### *Fundamenten van werken in gedwongen kader*

De methode van werken in een gedwongen kader (Menger en Krechtig, 2004) is een algemene methode voor het reclasseringswerk. Ze is niet gericht op speciale doelgroepen en bevat geen beschrijving van specifieke programma's. Ze gaat over het werk van de reclasseringswerker, en over de algemene principes die gelden voor het proces dat een reclasseringswerker volgt bij de contacten met hen die verplicht zijn zich te houden aan zijn aanwijzingen.

Werken in gedwongen kader bestaat uit een verzameling met elkaar samenhangende praktische handelingsstrategieën en interventies. Het delict en het voorkómen van delicten zijn daarbij de legitimering voor de bemoeienis van de reclassering. En vanzelfsprekende thema's waarvoor de methode handvatten biedt, zijn bijvoorbeeld de gevolgen van de onvrijwillige transactie voor het verdere handelen, ontkenkende cliënten, motivatie en normeren als bestanddeel van methodisch handelen.

1 Reclassering Nederland besloot om niet langer over 'cliënten' te spreken, maar over 'daders' of 'verdachten'. Cliënten komen immers uit vrije wil en kunnen tot op zekere hoogte eisen stellen. De mensen die bij de reclassering terechtkomen, kunnen dat niet (meer).

### *Invoering*

Een nieuwe methode invoeren in een professionele organisatie is niet makkelijk, zeker niet als deze essentiële veranderingen met zich meebrengt. Ofschoon de publicatie van *Het delict als maatstaf* door iedereen positief werd onthaald, waren de discussies nog lang niet uitgewoed. De reclassering besloot daarom een serie werkcolleges te organiseren waarin gestructureerd bepaalde onderwerpen uit het boek werden uitgediept. Sommige onderwerpen waren verplicht, andere konden door de medewerkers zelf worden voorgesteld. De nieuwe methode werd in de colleges aan de hand van casuïstiek van *good and bad practices* concreet gemaakt.

Van deze werkcolleges zijn korte verslagen gemaakt, die op het intranet van de reclassering zijn gepubliceerd. Iedere medewerker kon zo inzicht krijgen in bevindingen en ervaringen van collega's met de methodische thema's. In de volgende paragraaf geven wij een samenvatting van de meest in het oog springende bevindingen uit deze verslagen.

### **Bevindingen, twee jaar na dato**

Wat na twee jaar praten over en proberen met 'werken in gedwongen kader' zeker geconcludeerd kan worden, is dat er geen reclasseringswerker is die niet gehoord heeft van *Het delict als maatstaf*. Dit boek wordt door velen als de bijbel van het reclasseringswerk beschouwd en de erin beschreven methode als een soort verlossing van het 'productiedenken'. Dat door het boek en de methode er nu weer onversneden aandacht voor de inhoud van het reclasseringswerk was, zag haast iedereen als een ongekennde luxe. Maar dat die inhoud wezenlijke veranderingen behelsde, leek van minder belang, zelfs te verwaarlozen.

Want hoewel de theorie en methode feitelijk een ommezwaai in het denken van de 'oude' reclassering waren, werden zij door veel reclasseringswerkers zo niet gezien. Uit de verslagen van de workshops blijkt dat een groot deel van hen het nieuwe gedachtegoed niet beschouwde als een kentering van het werk, maar als een bevestiging van wat ze altijd al 'intuïtief' hadden gedaan.

Daarnaast werd de methode ook wel gezien als een erkenning van de worsteling die medewerkers hadden doorgemaakt in de tijd dat

de outputsturing en Terugdringen Recidive werden ingevoerd. En als zodanig fungeerde de methode ook als een soort bewustwording en emancipatie van de reclasseringswerker.

De invoering van de methode wierp een discussie op over professionaliteit in het algemeen en discretionaire bevoegdheid van professionals in het bijzonder. Door de intrede van het gedwongen kader was het immers niet alleen de dader of verdachte die zich aan regels moest houden, maar ook de professional. Hij moet te allen tijde verantwoording kunnen afleggen over zijn handelen. Daar is regelgeving voor nodig, maar niet te veel. Er moet altijd ruimte blijven voor de professional en professionaliteit (Poort en Van Genip, 2007).

Professionaliteit blijkt dan echter een diffuus begrip. Uit de inhoud van de verslagen blijkt dat velen de nieuwe theorieën, methoden en technieken helemaal niet als een onderdeel van hun professionaliteit beschouwen, maar zelfs als een nieuwe belemmering, waarbij soms tussen de regels door de opvatting gloort dat een theorie nooit iets kan zeggen over de specifieke situaties in de eigen individuele praktijk.

### **De 'cliënten'**

Uit het voorgaande blijkt dat de opkomst van het gedwongen kader bij de reclassering vooral een interne aangelegenheid was. Het was een methodische kwestie die hoofdzakelijk aan de orde kwam in een vertoog tussen reclasseringswerkers en de organisatie, en voor een groot deel zelfs in individuele overpeinzingen van professionele dilemma's.

Wat de dader of verdachte hiervan vond, weten wij niet. Maar stel nu dat een voormalig cliënt na een brave periode van een jaar of tien onverhoopt weer met de reclassering te maken krijgt, wat valt hem dan op?

Allereerst waarschijnlijk dat de rollen bijna zijn omgedraaid. In plaats van dat hij hulp vraagt aan en krijgt van de reclasseringswerker, moet hij een overeenkomst tekenen waarin staat aan welke bijzondere voorwaarden hij zich moet houden, dat hij zich aan de aanwijzingen van de reclasseringswerker moet houden, en welke doelen en resultaten behaald moeten worden. Dat wordt hem niet allemaal als een *fait accompli* opgedrongen, en het zijn ook geen

irreële verplichtingen, maar het zal hem duidelijk zijn dat hij vooral iets moet doen. De reclasseringswerker zal hem daarbij begeleiden, maar zal ook, veel meer dan de dader van vroeger gewend was, controleren.

Een tweede ontdekking zal zijn dat de doelen en resultaten waar hij samen met de reclassering aan gaat werken, niet per se de doelen en resultaten zijn die hij zelf voor ogen had. De reclassering heeft immers haar werk en haar manier van werken (de methode van werken in gedwongen kader) gericht op het verkleinen van de recidivekans en het gevaarsrisico. Dat betekent dat problemen alleen worden aangepakt als zij van invloed zijn op die aspecten. Als bijvoorbeeld de dader problemen heeft met zijn vrouw en daar depressief van is, zonder dat die neerslachtigheid verband met het gepleegde delict houdt, zal hoogstens worden bemiddeld naar psychosociale hulpverlening. En als zijn problemen op een scheiding uitlopen, helpt de reclassering hem niet meteen andere huisvesting te zoeken.

Hij zal erachter komen dat hij veel meer zelf moet doen. En niet alleen veel meer praktische zaken dan voorheen zijn zijn eigen verantwoordelijkheid, nee, ook zijn handel en wandel moet hij verantwoorden. Hij wordt aangesproken op zijn gedrag en wordt geacht dat te veranderen. Daar ondersteunt en motiveert de reclassering hem bij, maar niet vrijblijvend. Als hij een training moet volgen om bepaalde gedrags- en cognitieve vaardigheden te leren, dan is hij niet alleen verplicht om te komen, maar zal hij ook moeten laten zien dat zijn inzet voldoende is.

Kortom, het gedwongen kader is niet alleen een methodische verandering die een draai geeft aan de professie en het werk van reclasseringswerkers, maar het is ook een omwenteling in het denken over de cliënt, die in een periode van tien jaar een dader of verdachte is geworden. Uit de vorige paragrafen is wel duidelijk geworden dat veel reclasseringswerkers zich dat aantrekken.

### **Tot slot: dilemma's of paradoxen?**

Werken in een gedwongen kader levert veel dilemma's op voor professionals die vooral geleerd hebben om hulp te verlenen. En die ook hulp willen verlenen. De reclassering heeft met de methode van werken in gedwongen kader geprobeerd om deze dilemma's boven

water te krijgen en hanteerbaar te maken. Afgaande op wat er met de methode is gebeurd tijdens de implementatie, dringt de vraag zich op of dat is gelukt. Zeker niet helemaal. Veel dilemma's bleken voor reclasseringswerkers paradoxen te zijn.

Bijvoorbeeld de motiveringsstrategieën die met de nieuwe werkwijze werden geïntroduceerd. Daarbij is de dader/verdachte het vertrekpunt voor de aanpak van de reclasseringswerker. Voor velen stond dat haaks op de nieuwe visie van Reclassering Nederland op dwang en drang. Dat de dader/verdachte zelf het vertrekpunt voor motivering was in een situatie waar hij niet onderuit kon, vonden (en vinden) veel reclasseringswerkers eerder een paradox (en dus iets wat niet kan) dan een dilemma (wat wel kan, maar ingewikkeld is). De gedachte was dat implementatie van de methode een proces van evaluatie en doorontwikkeling op gang zou brengen, omdat methodiek een dynamisch fenomeen is dat door voortschrijdend inzicht vanuit praktijk en wetenschap voortdurend in ontwikkeling is. Die gedachte bleek ook niet helemaal juist. Het werken in een gedwongen kader betekende een cultuurverandering met veel ingrijpender consequenties dan in eerste instantie was voorzien.

En achteraf gezien werd aan de organisatie een zeer complexe vraag gesteld en misschien een veel te moeilijke opdracht gegeven.

Anno 2008 is duidelijk dat dit proces van omwenteling, het loslaten van het 'oude' en de mogelijkheden ontdekken van het 'nieuwe', weliswaar gestart is, maar dat het nog veel tijd kost om de ontwikkelingen uit te laten kristalliseren en deze de kans te geven een plek te krijgen in de hoofden en de harten van de professionals van de reclassering.

## Literatuur

**Hedderman, C., I. Hearnden**

*Improving enforcement – the second acop audit*

London, ACOP, 2000(a)

**Hedderman, C., I. Hearnden**

*The missing link: effective enforcement and effective supervision*

Probation Journal, jrg. 47,

2000(b), p. 126-128

**Hedderman, C., I. Hearnden**

*Setting new standards for enforcement: the third ACOP audit*

London, ACOP, 2001

**Menger A. en L. Krechtig**

*Het delict als maatstaf*

Amsterdam, SWP, 2004

**Paparozzi, M., P. Gendreau**

*An intensive supervision program that worked: service delivery, professional orientation, and organizational supportiveness*

The Prison Journal, vol. 85, nr. 4, 2005, p. 445-466

**Poort, R.**

*Reïntegratie door de reclassering, de verzakelijking voorbij*

Proces, jrg. 84, 2005, p. 218-225

**Poort, R., S. van Gennip**

*Over verantwoordelijkheid. Professionaliteit en regelgeving*

Lezing gehouden op het congres *Spitsroeden*, 13 december 2007

**Poort, R., J. Bosker**

*Modernisering van het reclasseringstoezicht. Een nieuw systeem*

Proces, jrg. 84, 2005, p. 175-182

**Rekenkamer**

*Rapport bij de financiële verantwoording 2001 van het ministerie van Justitie*

Den Haag, Kamerstukken

2001/02, 28 380, nr. 11, p. 32

**Rekenkamer**

*Rechtmatigheidonderzoek 1993*

Den Haag, Kamerstukken

1993/94, 23 825, nr. 1-2, p. 79

**Trotter, Ch.**

*Working with involuntary clients. A guide to practice*

London, Sage Publications, 1999

# Hulp en dwang vanuit zorgethisch perspectief

*G.A.M. Widdershoven en T.A. Abma\**

Er lijkt momenteel sprake van een tendens om hulpverleners (bijvoorbeeld van reclassering, GGD, Jeugdzorg) medeverantwoordelijk te maken voor veiligheidskwesties. Zij kunnen in situaties belanden waarin zij geacht worden met het oog op de veiligheid van de cliënt zelf of van zijn omgeving bijvoorbeeld de politie te waarschuwen of anderszins justitiële autoriteiten in te schakelen. Wat doe je als hulpverlener als je merkt dat je cliënt in het criminele circuit terecht dreigt te komen, of huisgenoten mishandelt dan wel ernstig verwaarloost? Hulpverleners zijn vaak geneigd om in dergelijke gevallen terughoudend te zijn. Zij gaan ervan uit dat ze de autonomie van de cliënt moeten respecteren en diens privacy niet moeten schenden. De achterliggende gedachte is dat hulp en dwang op gespannen voet met elkaar staan. Toch is het de vraag of men de autonomie van de cliënt optimaal recht doet door de betrokkene zijn gang te laten gaan, zich niet met hem of haar te bemoeien. In hoeverre kan men spreken van autonomie als iemand zich laat meeslepen in het criminele circuit? Moet men vanuit hulpverlenersperspectief niet proberen iemand hier op andere gedachten te brengen? Zou men hier niet drang of zelfs dwang moeten overwegen?

In deze bijdrage pleiten wij voor een zorgethische opvatting van autonomie. Daarin wordt autonomie niet gelijkgesteld aan zelfbeschikking zonder inmenging van anderen, maar aan het vormgeven van het eigen leven op basis van relaties met anderen. Vanuit een dergelijk perspectief kan ingrijpen van derden nodig zijn, juist met het oog op een versterking van de autonomie. Dat wil overigens niet

\* Prof. dr. Guy Widdershoven is directeur van de School for Public Health and Primary Care: Caphri, en hoogleraar Ethiek van de Gezondheidszorg aan de vakgroep Health, Ethics and Society, Universiteit Maastricht (G.Widdershoven@zw.unimaas.nl). Dr. Tineke Abma is als universitair hoofdonderzoeker en programmaleider Autonomie en participatie in chronische zorg verbonden aan de vakgroep Health, Ethics and Society en de School for Public Health and Primary Care: Caphri, Universiteit Maastricht (T.Abma@zw.unimaas.nl).

zeggen dat elke vorm van ingrijpen gerechtvaardigd is. De vraag is niet of er wel of niet ingegrepen mag worden, maar hoe ingrijpen zo vormgegeven kan worden dat de betrokkene zich erdoor gesteund en geholpen weet. Wij lichten het zorgethische perspectief op autonomie en dwang toe aan de hand van een casus over een hulporganisatie voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking.

### **Casus MEE**

MEE is een eerstelijns hulporganisatie voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. Een deel van de cliëntèle bestaat uit licht verstandelijk gehandicapte jongvolwassenen (tot 30 jaar) die zelfstandig wonen (en die soms een zogenoemde 'dubbele' problematiek hebben, dat wil zeggen dat ze naast hun verstandelijke beperking ook een persoonlijkheids- of gedragsstoornis hebben). Deze groep is erg beïnvloedbaar en blijkt vaak betrokken bij allerlei illegale activiteiten, zoals het houden van hennepkwekerijen, het illegaal te naam stellen van auto's, het dealen van drugs en dergelijke. Vooral de groep met een dubbele problematiek omvat veel 'justitieklienten'. Hierbij kan het gaan om betrokkenheid bij de meest uiteenlopende (vaak ook zware, gewelddadige) misdrijven. Een deel van deze populatie is onderwerp van het zogenoemde casusoverleg in de lokale veiligheidshuizen, waar gemeentelijke, justitiële, zorg- en welzijnsinstellingen vertegenwoordigd zijn en overleggen hoe om te gaan met de betreffende jongeren (jongvolwassenen). Van de deelnemende instanties wordt verwacht dat ze relevante kennis over deze groep ter beschikking stellen aan het casusoverleg (dat wil zeggen aan justitie, als het bijvoorbeeld om strafbare feiten gaat).

De consultants van MEE worden met enige regelmaat geconfronteerd met zaken die duiden op (vermoedelijke) betrokkenheid van hun cliënten bij illegale activiteiten. Ze zien bijvoorbeeld een vuurwapen in de kamer liggen, ruiken de wietplantage op zolder, zien gestolen spullen staan, enzovoort. Soms ook praten de cliënten over hun illegale activiteiten met de consultants of er zijn andersoortige aanwijzingen dat er iets niet klopt (er is bijvoorbeeld heel veel geld in huis of er staan plotseling heel dure spullen, terwijl de cliënt zelf niet over financiële middelen beschikt).

De politie verlangt van de MEE-consulenten dat ze melding maken van dit soort zaken dan wel aangifte doen (als dit aan de orde is). Dit doen de consulenten zelden of nooit. Hierbij spelen verschillende overwegingen een rol. Men vindt het bijvoorbeeld niet de taak van een hulpverlener om iemand aan te geven (men komt tenslotte om hulp te verlenen), en het protocol maatschappelijk werk waaraan zij zich houden, spreekt zich ook uit tegen een dergelijke handelwijze. Daarin staat het belang en vooral ook de privacy van de cliënt voorop (en niet het maatschappelijk belang dat gediend wordt door aangifte te doen). De consulenten hebben ook hun eigen opvattingen over wat de cliënten doen: ze vinden het niet altijd even erg. De ene consulent is hier strikter in dan de andere (bijvoorbeeld over de aanwezigheid van wietplantages verschillen de meningen). Sommigen vinden ook dat het hun niet (altijd) aangaat. Deze consulenten zijn van mening dat bijvoorbeeld de aanwezigheid van mogelijk gestolen waar in het huis van een cliënt geen deel uitmaakt van het professionele contact dat zij met de cliënt hebben. Ze zijn immers geen opsporingsfunctionarissen en het is niet hun taak na te gaan of er iets niet pluis is. Met andere woorden, alleen als de cliënt zelf melding maakt van betrokkenheid bij illegale activiteiten, ligt er mogelijk een taak voor de consulent. Echter, ook in dat geval voelen de meeste consulenten zich niet geroepen met zo'n verhaal richting justitie te gaan. Soms spreken ze er de cliënt zelf op aan, een andere keer overleggen ze met collega's over het voorval, en weer een andere keer laten ze het voorval voor wat het is vanuit de overtuiging dat ze met de geconstateerde feiten niets hoeven of niets kunnen. Soms zijn consulenten ook bang en houden uit angst hun mond over het gesignaleerde.

Het gevolg is doorgaans dat er weinig gebeurt met de signalen die deze consulenten opvangen aangaande de betrokkenheid van hun cliënten bij illegale activiteiten.

## **Twee benaderingen van autonomie**

In de ethiek wordt autonomie vaak geïdentificeerd met zelfbeschikking. Iemand is autonoom wanneer hij of zij zelf kan bepalen wat er gebeurt. In navolging van John Stuart Mill (1859) is autonomie als zelfbeschikking vooral op te vatten als de vrijheid van het individu om niet gehinderd door anderen zijn of haar eigen leven vorm te

geven. Diens befaamde vrijheidsprincipe houdt in dat het individu soeverein is wat betreft de invulling van zijn eigen leven, voor zover hij met zijn handelen anderen niet schaadt. Gezaghebbende auteurs op het terrein van de gezondheidsethiek benadrukken dat respect voor autonomie betekent dat de hulpverlener zich moet onthouden van inmenging in de besluitvorming van de patiënt of cliënt (Beauchamp en Childress, 1994). Wanneer de cliënt wordt aangetrokken door crimineel gedrag, dient men hierin niet in te grijpen, tenzij de veiligheid (van de cliënt of van derden) in het geding is.

In deze opvatting van autonomie ligt het accent op non-interventie. Het individu dient over zijn leven te beschikken zonder inmenging van buitenaf. Men spreekt wel van negatieve vrijheid. De negatieve vrijheidsconceptie kan worden onderscheiden van het positieve vrijheidsbegrip (Berlin, 1969). Daarbij gaat het om de vergroting van de handelings- en keuzevrijheid van mensen. Positieve vrijheid focust op het vermogen van een persoon om bron van zijn eigen beslissingen te zijn en om zijn leven te leiden in overeenstemming met zijn eigen redenen, doelen en plannen. In een positieve vrijheidsopvatting gaat het niet alleen om de vraag of mensen zelf kunnen kiezen, maar wordt tevens de aard van de gemaakte keuzen in de beschouwing betrokken. Vanuit het perspectief van autonomie als positieve vrijheid hoeft men niet elke keuze te respecteren. Een keuze die past in het levensplan van de betrokkene, is van meer belang dan een keuze die voortkomt uit een meer willekeurige neiging (Dworkin, 1988). Wanneer iemand zich laat meeslepen in het criminele circuit getuigt dit niet van autonomie, omdat de keuze geen uitdrukking is van wat de persoon werkelijk van belang vindt in zijn of haar leven (tenzij de persoon er nadrukkelijk en weloverwogen voor zou kiezen om het verkeerde pad op te gaan).

Zorgethici hanteren een opvatting van autonomie als positieve vrijheid (Verkerk, 2003). Zij benadrukken dat autonomie niet hetzelfde is als onafhankelijkheid. Autonomie kan alleen worden ontwikkeld in relaties met anderen, dus in situaties van afhankelijkheid. Daarom spreken zorgethici van relationele autonomie (MacKenzie en Stoljar, 2000; Verkerk, 2001a). Mensen hebben steun nodig om te leren zien wat in hun leven van belang is en om hun leven in overeenstemming daarmee in te richten. Het is niet altijd eenvoudig om vrienden te kiezen. Soms moet je worden gewaarschuwd om niet te snel in te gaan op verleidelijke situaties. Wanneer men mensen in kwetsbare omstandigheden zelf laat kiezen met wie ze in zee gaan, is dat geen

teken van respect voor autonomie, maar van verwaarlozing. Door hen te helpen zich te wapenen tegen verkeerde vrienden helpt men hun autonomie te versterken. Hulp en steun zullen hiertoe niet beperkt blijven. De criminele activiteiten gaven de cliënt een rol en verschaften hem mogelijk zelfs een zekere status. Het vinden van een alternatieve invulling van het leven is daarom van belang om gewoonten te doorbreken en herhaling te voorkomen. Hulpverleners zouden de cliënt vanuit een positieve visie op vrijheid moeten helpen om te ontdekken dat er betere manieren zijn om te participeren in de samenleving en een betekenisvol leven te leiden. Dat impliceert een actieve zoektocht met de cliënt naar een daginvulling die aansluit bij diens wensen en mogelijkheden. Naast het ontwikkelen van een dagprogramma, zullen hulpverleners met de cliënt spreken over het opbouwen van een ander sociaal netwerk. Tot slot past hierbij het maken van heldere en haalbare afspraken, op basis van gezamenlijk overleg (bijvoorbeeld niet meer met bepaalde personen omgaan, niet meer in bepaalde gelegenheden komen). Het inschakelen van het gezonde netwerk van de cliënt kan hierbij ook behulpzaam zijn. Familieleden en bekenden kunnen de cliënt herinneren aan de afspraken. Ook hulpverleners zullen met enige regelmaat met de cliënt nagaan of afspraken zijn nagekomen, en zo niet, waarom niet, en proberen op basis daarvan situaties aan te passen. Zo werken hulpverleners aan de empowerment van hun cliënten.

Individueel zijn nooit volledig gevormd, maar maken altijd deel uit van een dynamisch proces van ontwikkeling, in interactie met de omgeving, aldus Agich (1993). Alleen voor een persoon zonder identiteit betekent vrijheid absolute onafhankelijkheid. Afhankelijkheid hoeft iemands vrijheid niet aan te tasten, zolang die persoon zich kan ontwikkelen en ontplooien. Dat geldt ook voor de wederzijdse beïnvloeding van zorgverleners en zorgvragers. Volgens Agich is het belangrijker om zorgvragers te helpen om te leven met hun kwetsbaarheid, dan hun keuzevrijheid aan te bieden (Agich, 1993). Dat betekent dat het belangrijker is om mensen te wapenen tegen de verleidingen van het criminele circuit dan ze hun gang te laten gaan.

### **Drang en dwang**

Vanuit zorgethisch perspectief is respect voor autonomie meer dan het afzien van ingrijpen in de beslissingen van de cliënt (Verkerk,

2001b). Soms is het geboden het gedrag van de cliënt te beïnvloeden, juist met het oog op het versterken van de autonomie. Men kan drang uitoefenen om de cliënt op andere gedachten te brengen, of zelfs dwang toepassen om negatieve gevolgen te voorkomen. Van drang is sprake wanneer de cliënt nog enige keuzevrijheid rest (bijvoorbeeld: 'als je niet stopt met het kweken van wiet, moet ik het melden aan de politie'). Bij dwang is er geen keuze meer voor de cliënt (bijvoorbeeld: 'ik schakel nu de politie in').

Zorg is een proces van onderhandelen en afstemmen van perspectieven. Moody (1992) hanteert in dit verband, polemisch, de term '*negotiated consent*'. Het gaat volgens hem in de zorg niet om het aanbieden van informatie en het wachten op toestemming, maar om het bereiken van een gezamenlijk gezichtspunt via een proces van onderhandelen. Hulpverleners kunnen niet volstaan met het meedelen van risico's en vervolgens afwachten wat de cliënt doet. Vanuit betrokkenheid bij de cliënt dienen zij te proberen te bevorderen dat de cliënt op een verantwoorde wijze met de risico's omgaat. Dat betekent dat zij met de cliënt in onderhandeling treden, door actief opties aan te bieden en ter discussie te stellen.

In het onderhandelingsproces kunnen hulpverleners volgens Moody op meerdere wijzen interveniëren. Moody onderscheidt vier vormen van interventie. De eerste is *belangenbehartiging*. Hierbij stelt de hulpverlener zich op als advocaat van de cliënt en probeert diens belangen te verdedigen. Daarvoor moeten de belangen worden geïnterpreteerd. Zo nodig moet de zorgsituatie worden aangepast, bijvoorbeeld wanneer een cliënt niet geholpen wil worden door de ene hulpverlener, maar wel door de andere. De tweede is *stimulering*. Hierbij gaat het erom te bewerkstelligen dat de cliënt op een andere manier naar zichzelf gaat kijken. De derde interventie is *overreding*. Hierbij probeert de hulpverlener de cliënt te bewegen mee te werken door redenen aan te geven. Deze dienen aan te sluiten op de wereld van de cliënt. De vierde interventie is *beslissen voor de ander*. In deze situatie heeft de cliënt geen actieve inbreng meer. Toch is ook hier volgens Moody sprake van communicatie en onderhandelen, bijvoorbeeld met de familie of tussen de hulpverleners onderling. Wat kan de benadering van Moody betekenen voor de hulpverleners van MEE? Allereerst dat zij niet elk gedrag van cliënten hoeven te accepteren. Zij kunnen proberen cliënten te bewegen tot meer verantwoord gedrag. Dat kan onder meer door situaties aan te passen (bijvoorbeeld door iemand een dagactiviteit te geven, iemand uit

een bepaalde context te halen) of via de strategie van stimulering. Een cliënt wordt dan aangesproken op gezond en positief gedrag, en gemotiveerd om zichzelf te zien als iemand die ondanks beperkingen volwassen is en rekening houdt met de belangen en eigendommen van anderen (in plaats van een dief te zijn, misbruik te maken van anderen). Eens flink op de cliënt inpraten en aangeven dat dit echt niet kan en mogelijk leidt tot ingrijpende sancties zoals boetes of gevangenisstraf (overreden), in combinatie met het aanbieden van alternatieven is een volgende stap. Mochten deze vormen van beïnvloeding niet werken, dan kunnen hulpverleners andere instanties inschakelen, zoals politie of justitie. De vraag is wel of cliënten hierdoor effectief worden aangezet tot gedragsverandering. Vaak leidt het inschakelen van justitie juist tot verzet bij de cliënt. Dan kan het raadzaam zijn om andere wegen te proberen (zoals inschakelen van maatschappelijk werk of mensen uit het gezonde sociale netwerk). De neiging om niet te snel naar de politie te gaan is goed te verdedigen, aangezien een te forse interventie juist negatieve reacties bij de cliënt kan oproepen en de vertrouwensbasis die essentieel is voor de werkrelatie, kan schaden. Maar soms resteert geen ander middel, omdat de cliënt goedbedoelde adviezen systematisch negeert. Bij bepaalde cliënten kan duidelijkheid en kordaatheid helpen om de negatieve spiraal te doorbreken.

### **Zorgvuldigheid**

Vanuit zorgethisch perspectief kan ingrijpen geboden zijn, juist met het oog op de autonomie van de cliënt. Dat wil niet zeggen dat elke vorm van ingrijpen zonder meer te rechtvaardigen is. In de eerste plaats moet de vraag worden gesteld of de interventie wel tot resultaat leidt. Draagt de interventie ertoe bij dat de cliënt zijn gedrag aanpast, dat criminele activiteiten stoppen, en dat de cliënt een invulling vindt meer overeenkomstig zijn potenties en groeimogelijkheden? Een interventie die niet doeltreffend is, is per definitie problematisch. Vervolgens moet de vraag worden gesteld of de interventie gepast is, in het bijzonder of zij niet zwaarder is dan nodig. Een klein, incidenteel vergrijp bijvoorbeeld vraagt om een heldere maar kleine correctie en afspraken om herhaling te voorkomen. In geval van structurele betrokkenheid bij criminele activiteiten kan de hulpverlener overwegen beperkingen op te leggen (bepaalde

verworvenheden afnemen) en andere instanties in te schakelen. Voor het antwoord op deze vragen is het van belang aandacht te schenken aan de reactie van de cliënt. Observatie en communicatie (vooral luisteren) zijn daarin onontbeerlijk.

Een zorgethische houding betekent dat hulpverleners bereid zijn verantwoordelijkheden op zich te nemen, maar ook dat zij zich openstellen voor de reacties van de ontvanger, en zo nodig de eigen inzichten omtrent goede hulpverlening bijstellen. Openheid impliceert dat men zich niet afsluit voor negatieve reacties van anderen. Dat wil niet zeggen dat men elke afwijzing als terecht beschouwt. Om de eigen opvatting daadwerkelijk te kunnen herbezien, moet men eerst en vooral vertrouwen hebben in de eigen inzichten. Adequate hulpverlening veronderstelt de vaardigheid om het juiste midden te vinden tussen vasthoudendheid en inschikkelijkheid. Wie te zeer aan zijn eigen opvattingen vasthoudt, loopt het gevaar niet te luisteren naar de afwijzende reacties van anderen. Wie echter met elke suggestie meegaat, dreigt de waarde van eigen overtuigingen uit het oog te verliezen. Het vermogen om op een bepaald moment het juiste midden te bepalen is volgens Aristoteles kenmerkend voor wijze mensen (Widdershoven, 2000). De vorm van wijsheid die hier in het geding is, is primair praktisch. Het gaat er niet om dat men via redeneren kan aangeven wat de middenweg is, maar dat men dit in het eigen handelen laat zien, gesitueerd in tijd, plaats en omstandigheden.

Praktische wijsheid impliceert dat men in staat is het eigen handelen zo vorm te geven dat extremen worden vermeden. In de hulpverlening betekent dit onder andere dat hulpverleners weten wanneer drang geboden is, maar ook wanneer zij met drang terughoudend moeten zijn. Alleen op basis van praktische wijsheid kan men een verantwoorde invulling geven aan de verschillende interventies die Moody op dit punt voorstelt. Steeds is het immers de vraag of een bepaalde interventie te veel druk betekent of juist te weinig. Het gaat daarbij niet alleen om de strategische afweging of de interventie zal lukken of niet. Het gaat vooral om de vraag of de interventie gepast is in het kader van het zoeken naar een antwoord op de vraag wat goede hulpverlening is, en het streven naar het vinden van een gezamenlijk antwoord op die vraag.

Een onderdeel van de zorgvuldigheid is dat hulpverleners achteraf incidenten nabespreken met de cliënt en andere betrokkenen. Dan kan de hulpverlener nog eens rustig toelichten waarom besloten

is tot een interventie, en kan worden nagegaan hoe de cliënt het ingrijpen heeft ervaren en of deze de redenen voor ingrijpen heeft begrepen. Het is vaak niet gebruikelijk, maar betrokkenen waar-deren het enorm om achteraf nog eens op de interventies terug te komen. Het helpt de cliënt wanneer deze hoort dat de hulpverlener geen andere uitweg meer zag, en het ook vervelend vond. Deze uitingen creëren meer begrip (Widdershoven en Berghmans, 2005). De evaluatie is echter niet alleen bedoeld om perspectieven op de situatie uit te wisselen, en ervaringen en gevoelens te uiten (vaak onmacht bij hulpverleners, boosheid en verontwaardiging bij cliënten), maar vooral ook om ervan te leren. Hoe kwam het dat er moest worden ingegrepen? Had het ingrijpen kunnen worden voorkomen door eerder bepaalde gedragingen te signaleren? Wat betekent dit voor de toekomst? Op grond van de bevindingen uit de evaluatie is het vaak goed mogelijk om crisissignaleringsplannen op te stellen met de cliënt. Zo gaan communicatie, evaluatie en preventie hand in hand (Abma e.a., 2005).

## **Conclusie**

Het beginsel van respect voor autonomie kan op verschillende manieren worden ingevuld. Vanuit een perspectief van negatieve vrijheid dient men mensen de ruimte te geven en niet in hun beslissingen te treden. De inhoud van de keuzen die iemand maakt is niet relevant. Daarbij worden personen gezien als individuen die idealiter onafhankelijk van elkaar hun eigen leven leiden. Vanuit een zorgethische benadering wordt een perspectief van positieve vrijheid gepropageerd. Mensen zijn vrij wanneer ze zich in hun leven kunnen ontplooiën en de situatie waarin ze zich bevinden, kunnen hanteren. Dit vereist een intersubjectieve context van zorg en steun. Eigen regie voeren betekent dan niet dat de cliënt kan doen wat hij wil, ongehinderd door interventies van buiten, maar dat de cliënt gesteund door aandacht en betrokkenheid van anderen een eigen leven weet op te bouwen en leert omgaan met de beperkingen die aan het bestaan inherent zijn.

Vanuit een zorgethische benadering van autonomie kan het zinvol zijn als hulpverleners elkaar informeren over problematisch gedrag van een cliënt. Ook het inschakelen van politie en justitie kan hierbij aan de orde komen. Dergelijke vormen van ingrijpen dienen wel

aan een aantal eisen te voldoen. Een eerste voorwaarde is dat alle partijen zich richten op het vergroten van de autonomie van de betrokkene. Het gaat erom hem meer greep te geven op de situatie. Een tweede voorwaarde is dat de minst ingrijpende interventie wordt benut. Drang is te prefereren boven dwang. Ten slotte dient men met alle partijen het ingrijpen te evalueren.

## Literatuur

**Abma, T.A., G.A.M. Widdershoven e.a. (red.)**

*Dwang en drang in de psychiatrie, de kwaliteit van vrijheidsbeperkende maatregelen*

Utrecht, Lemma, 2005

**Agich, G.J.**

*Autonomy and long-term care*

Oxford, Oxford University Press, 1993

**Beauchamp, T.L., J.F. Childress**

*Principles of biomedical ethics*

Oxford, Oxford University Press, 1994

**Berlin, I.**

*Four essays on liberty*

Oxford, Oxford University Press, 1969

**Dworkin, G.**

*The theory and practice of autonomy*

New York, Cambridge University Press, 1988

**MacKenzie, C., N. Stoljar (red.)**

*Relational autonomy*

Oxford, Oxford University Press, 2000

**Mill, J.S.**

*On liberty*

Harmondsworth, Penguin, 1859

**Moody, H.R.**

*Ethics in an aging society*

Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1992

**Verkerk, M.A.**

*The care perspective and autonomy*

Medicine, health care and philosophy, 4e jrg., nr. 3, 2001a, p. 289-294

**Verkerk, M.A.**

*Over drang als goed zorgen: een zorgethische benadering*

Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek, 11e jrg., nr. 4, 2001b, p. 101-106

**Verkerk, M.A.**

*Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden*

In: H.A.M. Manschot, H. van Dartel (red.), *In gesprek over goede zorg*

Amsterdam/Meppel, Uitgeverij Boom, 2003, p. 177-190

**Widdershoven, G.**

*Ethiek in de kliniek*

Amsterdam/Meppel, Uitgeverij Boom, 2000

**Widdershoven, G., R. Berghmans**

*Dwang en drang vanuit een  
ethisch perspectief*

In: T.A. Abma, G.A.M.

Widdershoven e.a. (red.),

*Dwang en drang in de  
psychiatrie, de kwaliteit van  
vrijheidsbeperkende maatregelen*

Utrecht, Lemma, 2005, p. 44-54

# Juridische aspecten van dwangbehandeling

A. van der Horst\*

*'Dwang is het tegenovergestelde van overeenstemming en overeenstemming krijg je door overleg. En bij dwang hebben ze geen tijd meer voor het overleg. Ik denk dat overleg echt de sleutel is. En overleg waarbij de cliënt ook inspraak heeft, en een beetje regie kan krijgen over zijn leven. Dus participatie en empowerment.'*<sup>1</sup>

Dwangbehandeling is een vorm van het tegen iemands wil aantasten van de lichamelijke integriteit en ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer. Vanwege de ingrijpendheid van deze inbreuk gelden er, naast ethische en andere beginselen, diverse wettelijke vereisten. In dit artikel geef ik een overzicht van de bestaande wettelijke mogelijkheden voor dwangbehandeling zoals die in justitieel kader kunnen worden toegepast, en schets ik enkele belangrijke (juridische) ontwikkelingen.

Voor wat betreft de bestaande wettelijke mogelijkheden voor dwangbehandeling gaat het om de interne rechtspositie<sup>2</sup> van de justitiabelen in de justitiële inrichtingen, te weten de tbs-inrichtingen, de penitentiaire inrichtingen en de justitiële jeugdinstellingen. Tevens reken ik hiertoe de interne rechtspositie van justitiabelen die op grond van een strafrechtelijke titel in de ggz verblijven. Centraal staat de vraag in welke gevallen dwangbehandeling mag worden toegepast.

Dwangbehandeling dient in de eerste plaats geen schending op te leveren met het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

\* Mr. Aart van der Horst werkt als senior adviseur bij de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Daarvoor werkte hij in verschillende functies binnen de (forensische) psychiatrie.

- 1 Aldus een cliënt, ervaringsdeskundige op het gebied van dwangbehandeling, geciteerd in het rapport van de 3e evaluatie Wet Bopz.
- 2 De interne rechtspositie betreft de regels die betrekking hebben op het verblijf en de behandeling in de inrichting; dit ter onderscheiding van de regels voor opname, ontslag en verlof, die ik tot de externe rechtspositie reken; dit laatste komt hier niet aan de orde.

(EVRM).<sup>3</sup> Volgens ons nationale recht is een dergelijk handelen alleen toegestaan in bij de wet geregelde gevallen. In artikel 11 van de Grondwet is vastgelegd dat ieder recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO),<sup>4</sup> de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), de beginselenwetten voor de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen (Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt), de Penitentiaire beginselenwet (PBW) en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj) kennen hiervoor de nodige bepalingen.

Zoals hiervoor gesteld, gaat dit artikel over dwangbehandeling binnen het justitiële kader. In de justitiële inrichtingen gelden de daarvoor geschreven beginselenwetten en is de Wet Bopz niet van toepassing. Niettemin zal ik ook ingaan op de Wet Bopz. Dit vanwege een wetsvoorstel om de criteria voor dwangbehandeling uit die wet te integreren in de beginselenwetten. Bovendien zijn de bepalingen uit de Wet Bopz ook van toepassing op de dwangbehandeling van personen die onvrijwillig, met een strafrechtelijke titel in een ggz-inrichting zijn opgenomen.

Na de behandeling van de bestaande regelingen zal ik ingaan op enkele ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot de zorg

3 Art. 3 EVRM bepaalt dat niemand mag worden onderworpen aan marteling of onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing. Dit verbod is absoluut. Voorts bepaalt art. 8 EVRM dat ieders privé- en gezinsleven dient te worden gerespecteerd. Dit recht mag worden beperkt voor zover in overeenstemming met de wet en noodzakelijk in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, voor de preventie van wanordelijkheden of misdaad, voor de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of de rechten en vrijheden van anderen.

Het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) beschouwt een behandeling niet onmenselijk of vernederend als deze therapeutisch noodzakelijk is, dat wil zeggen als die wordt toegepast 'on the basis of the recognisable rules of medical science'. Beslissend daarbij zijn de 'established principles of medicine'. Uit de jurisprudentie zijn geen gevallen bekend van dwangbehandeling, uitgevoerd volgens de Nederlandse wetgeving, die schending met het EVRM opleverden.

4 De Wet Bopz en de beginselenwetten zijn vormen van bijzondere wetgeving. De bepalingen in dit soort wetgeving prevaleren ten opzichte van bepalingen in algemene wetgeving (zoals de WGBO), voor zover zij daarvan afwijken. De bepalingen over dwanggrepen op het gebied van de zorg in de Wet Bopz en de beginselenwetten hebben dan ook voorrang ten opzichte van de WGBO. Daarom laat ik de WGBO hier verder buiten beschouwing. Overigens is de WGBO wel relevant voor de relatie arts-patiënt in deze inrichtingen.

aan justitiabelen met een psychische stoornis (waaronder ik hier ook verslaafden reken). Twee ontwikkelingen vallen op: de roep om aansluiting tussen justitie en de ggz en de verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling. Meest actueel is het plan van het kabinet om nog in deze regeerperiode een integrale zorg- en behandelwet te realiseren, die de Wet Bopz en verwante regelgeving moet vervangen. Ik schets daarvan ter afsluiting de mogelijke, voor dwangbehandeling relevante, contouren.

## **De stand van zaken**

### *De beginselenwetten*

Kern van de wet is dat bij gevaar in de inrichting voor de gezondheid of veiligheid van betrokkene of anderen, de directeur, op advies van de arts, kan besluiten dat betrokkene een geneeskundige handeling moet gedogen. Die handeling moet volstrekt noodzakelijk zijn om het gevaar tegen te gaan.

In de Forensische Observatie en Behandelingsafdeling (FOBA) van het gevangeniswezen, dit is een afdeling van penitentiaire inrichting Het Veer in Amsterdam, en in het Penitentiair Ziekenhuis te Scheveningen wordt geregeld een vorm van medische dwang toegepast. De FOBA is de crisisinterventieafdeling voor gedetineerden met een psychiatrische stoornis. Wanneer gedetineerden in de penitentiaire inrichting als gevolg van hun stoornis decompenseren, kunnen zij in de FOBA worden opgenomen, om daar zo nodig een geneeskundige dwanggreep te kunnen ondergaan.

Uitvoering van die maatregel vereist omringende verpleegkundige zorg, aldus ook de memorie van toelichting bij de PBW. Zo moet de gedetineerde veelvuldig worden gecontroleerd door een verpleegkundige of een arts, en dat is een zorgniveau dat de reguliere penitentiaire inrichtingen niet kunnen bieden. De FOBA heeft, anders dan de reguliere penitentiaire afdelingen, een hierop aangepaste bezetting van psychiaters en (psychiatrisch) verpleegkundigen. Ook in het Penitentiair Ziekenhuis wordt van tijd tot tijd de ingreep toegepast. Vaak gaat het hierbij om gedetineerden die in honger- en dorststaking zijn. Wanneer op enig moment de weigering van voedsel en drinken tot een levensbedreigende situatie leidt, kan er op grond van de beginselenwetten worden ingegrepen.

*Wat houdt deze ingreep in?*

De beginselenwetten (Bvt, PBW en Bjj) kennen thans nog geen basis voor dwangbehandeling, alleen de mogelijkheid van een gedwongen kortdurende geneeskundige ingreep.<sup>5</sup> De wet bepaalt in dezen dat de justitiabele een *geneeskundige handeling zal moeten gedogen* in bij de wet bepaalde gevallen.

Er dient daarbij sprake te zijn van een situatie van *gevaar voor de gezondheid of veiligheid* van betrokkene of anderen, waarbij het *volstrekt noodzakelijk* is om in te grijpen. Daaronder verstaat de wetgever blijkens de toelichting levensgevaar, gevaar voor ernstige zelfverminking of blijvende invaliditeit. Gevaar voor anderen vormt een tweede grond voor de geneeskundige dwangingreep. De directeur beslist over deze ingreep, dit op advies van de arts. In geval van een psychiatrische stoornis is dat een psychiater.

*Nadere regels*

Omtrent de toepassing van een geneeskundige dwanghandeling zijn op AMvB-niveau regels opgesteld. Zo zijn er procedurele voorschriften aangaande overleg, registratie en melding. In geval van een psychische stoornis moet de ingreep behalve aan de minister van Justitie en de commissie van toezicht, ook aan de regionale inspectie voor de gezondheidszorg worden gemeld.

Gedurende de periode die volgt op de ingreep, behoort de gedetineerde geregeld door een arts of verpleegkundige te worden bezocht. Er dient een plan te worden opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de gedetineerde, dat nieuwe dwangingrepen niet nodig zijn. Indien de dwangingreep langer gaat duren dan twee weken, moet er een commissie in het leven worden geroepen die over de noodzaak tot voortzetting advies uitbrengt aan de directeur. Van die commissie dienen een arts, een psychiater en een psycholoog deel uit te maken.

*Ontwikkelingen in de beginselenwetten en de praktijk*

Vóór 1 juli 2005 was de ingreep toegestaan indien deze '*noodzakelijk*' was om '*ernstig gevaar*' tegen te gaan. Nu dient de ingreep '*volstrekt noodzakelijk*' te zijn bij '*gevaar*'. De wetgever besloot destijds tot deze wetswijziging om de regeling meer in overeenstemming te brengen

5 Art. 32 PBW, art. 26 Bvt en art. 37 Bjj.

met de Wet Bopz. Het gevaarscriterium voor deze ingreep is hiermee verruimd.

Uit de jurisprudentie van de dwanggreep volgens de beginselenwetten blijkt dat deze zijn grenzen heeft. Volgens de rechter is een beslissing tot dwangmedicatie niet conform de bedoeling van de wet als er geen sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar.<sup>6</sup> Dat maakt duidelijk dat dwangbehandeling in de justitiële inrichtingen om gevaar op *langere* termijn te voorkomen, wettelijk (nog) niet mogelijk is. Ook het toedienen van dwangmedicatie, enkel omdat dit in het kader van de behandeling wenselijk wordt geacht, strookt volgens de rechter niet met de wet.<sup>7</sup>

Vanuit de praktijk geven inrichtingen aan dat er gevallen zijn waarin de noodzaak voor dwangbehandeling aanwezig is, terwijl de wet dit niet toelaat. Zo wordt in de FOBA jaarlijks in ongeveer honderd gevallen (een derde van het aantal opnamen) een geneeskundige dwanggreep volgens artikel 32 PBW toegepast. Het betreft hier vrijwel uitsluitend psychotici. Voor een vergelijkbaar aantal gedetineerden acht men tevens een vorm van verdere dwangbehandeling aangewezen. Hier gaat het om gedetineerden die niet direct gevaar veroorzaken, terwijl hun stoornis een progressief proces vertoont en zij behandeling weigeren. Op langere termijn veroorzaakt dit ziekteproces een grote kans op cerebrale schade, ernstige zelfverwaarlozing, maatschappelijke teloorgang en recidive. In de sector tbs verwacht men dat zich jaarlijks per inrichting tussen de vijf en tien keer een indicatie voor dwangbehandeling voordoet, en in de jeugdsector gaat het jaarlijks naar schatting om vijf tot tien gevallen in totaal.<sup>8</sup>

#### *De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)*

Kern van de Bopz-regeling is dat dwangbehandeling is toegestaan bij de gedwongen opgenomen patiënt als diens stoornis een bepaald gevaar veroorzaakt. Gevaar is inmiddels een ruim begrip, ook 'maatschappelijke teloorgang' valt hier bijvoorbeeld onder.

6 RSJ 07/1335/TA en 07/1346/TA, 29 november 2007.

7 RSJ 07/0597/STA, 20 maart 2007.

8 *Dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen*. Advies RSJ 4 februari 2008.

**Voorbeeld**

Jack is op bevel van de rechter voor de duur van een jaar geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr). Hij heeft onder invloed van een psychotische waan iemand met een mes gestoken. Hij wordt opgenomen in een gesloten forensisch psychiatrische kliniek (FPK).<sup>9</sup> Tijdens zijn verblijf verergeren zijn wanen als gevolg van zijn psychotische stoornis, men hoort hem geregeld hallucineren. In zijn behandelplan is opgenomen dat Jack antipsychotische medicatie moet gebruiken. Na een paar maanden weigert Jack deze medicatie. De verpleegkundigen en de psychiater slagen er niet in om hem op andere gedachten te brengen. Weer later uit hij dreigende taal tegenover medepatiënten en verpleegkundigen. Het is duidelijk dat die dreiging verband houdt met zijn stoornis. Op grond van artikel 38 lid 5 Wet Bopz wordt hem uiteindelijk onder dwang medicatie toegediend.

De Wet Bopz staat alleen dwangbehandeling toe bij patiënten die met dwang opgenomen zijn. Die opname berust op het oordeel van de rechter dat betrokkene lijdt aan een psychiatrische stoornis die gevaar veroorzaakt, en dat zonder de opname dit gevaar niet kan worden tegengegaan. De rechter heeft daarbij een onafhankelijke psychiater geraadpleegd.

Artikel 38 Wet Bopz stelt het recht op behandeling van de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt voorop; er moet eerst een behandelplan worden opgesteld. Voorts bepaalt artikel 38 lid 5 Wet Bopz dat wanneer behandelaar en patiënt het oneens zijn over (een deel van) het behandelplan, dit alleen mag worden toegepast *voor zover dat volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de cliënt of anderen af te wenden*. Het behandelplan mag ook tegen de wil van de patiënt worden toegepast als deze zich verzet, maar zijn wettelijk vertegenwoordiger met de behandeling instemt. Gedwongen behandeling is dus slechts toelaatbaar indien de betrokkene als gevolg van zijn

9 De FPK is een afdeling voor forensische psychiatrie van een ggz-instelling met een Bopz-aanwijzing. In een FPK geldt voor cliënten hetzij de rechtspositie van de Wet Bopz, hetzij van de WGBO, afhankelijk van hun juridische titel. Verlof en ontslag is afhankelijk van de toestemming van de minister van Justitie voor met name tbs-gestelden. Voor 'artikel 37'ers' geldt voor wat betreft de behandeling de Wet Bopz.

geestesstoornis gevaar oplevert voor zichzelf of voor anderen. Let wel: het betreft hier gevaar *binnen* het ziekenhuis.

Wanneer is er sprake van gevaar zoals de wet dat bedoelt? Artikel 1 lid 1 onder f Wet Bopz noemt limitatief: gevaar voor betrokkene zelf, gevaar voor anderen en voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Gevaar in de zin der wet voor betrokkene zelf is er bij de dreiging zichzelf van het leven te beroven, maatschappelijk te gronde te gaan, zichzelf te verwaarlozen, of wanneer hij met zijn hinderlijk gedrag de agressie van anderen oproept. Tot gevaar voor anderen rekent de wet: gevaar voor het leven of lichamelijk letsel, voor de psychische gezondheid, of voor verwaarlozing van personen die aan de zorg van betrokkene zijn toevertrouwd.

#### *Ontwikkelingen in de Wet Bopz*

Over het gevaarscriterium is sinds het in werking treden van de wet in 1994 een bloeiende jurisprudentie ontstaan, waar echter moeilijk eenduidige lijnen uit te trekken zijn. Wel tekent zich daarin de tendens af om, ondanks dat de wet dit niet beoogt, ook het gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangbehandeling te aanvaarden.<sup>10</sup>

Recent is het gevaarscriterium in deze richting verder verruimd. Op grond van het hiervoor genoemde wetsvoorstel wordt dwangbehandeling binnenkort ook mogelijk als 'zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen'. Daarmee vormt ook mogelijk gevaar buiten het ziekenhuis een grond voor dwangbehandeling.

<sup>10</sup> Rapport van de commissie 3e Evaluatie Wet Bopz, *Voortschrijdende inzichten*, Ministerie van VWS, 1 mei 2007, deel 3, hoofdstuk 4.

**Voorbeeld**

Aan Mark is de maatregel tbs met bevel tot verpleging opgelegd, nadat hij onder invloed van zijn psychiatrische stoornis iemand had vermoord. Na drie jaar in een tbs-inrichting met onder meer medicatie te zijn behandeld, wordt hij voor de laatste fase van zijn tbs in een ggz-inrichting geplaatst. Na een halfjaar weigert Mark zijn medicatie, omdat hij van mening is dat hij geen behandeling meer nodig heeft. Het lukt de psychiater en de verpleegkundigen niet om Mark te bewegen zijn medicijnen weer te accepteren. Dat duurt een paar maanden, waarbij opvalt dat Mark niet direct gevaarlijk gedrag vertoont. Wel zien zijn begeleiders dat hij langzaam verslechtert, zijn besef van de realiteit wordt minder en het personeel kan steeds vaker geen contact met hem krijgen. De psychiater en psycholoog van Marks afdeling hebben, mede op grond van Marks ziektegeschiedenis, reden om aan te nemen dat Marks situatie verder zal verslechteren zolang hij geen medicijnen neemt, en dat hij dan ook weer gevaarlijk kan worden. Daarmee is er ook geen zicht op beëindiging van het gedwongen verblijf in de inrichting. Hoewel Mark dus (nog) geen direct gevaarlijk gedrag vertoont, zijn er wel genoeg redenen om hem onder dwang antipsychotische medicatie toe te dienen.

**De aansluiting tussen straf en zorg**

Verschillende organisaties en commissies pleitten de afgelopen jaren voor een betere aansluiting tussen de ggz en justitie voor de zorg aan de justitiabelen met een psychische stoornis. De regering heeft hiertoe inmiddels ook maatregelen genomen. Aansluiting op de ggz heeft voor justitie ook gevolgen voor de toepassing van dwangbehandeling. De tendens van verruiming van de dwangbehandelingsmogelijkheden binnen de Wet Bopz werkt ook door in het justitiële veld. Onlangs verscheen een wetsvoorstel voor toepassing van dwangbehandeling in de justitiële inrichtingen. De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) adviseert eerst enkele voorwaarden te regelen alvorens tot invoering van dwangbehandeling over te gaan.

In de discussie over de psychische zorg aan justitiabelen klinkt de afgelopen jaren steeds duidelijker het geluid door dat justitie en ggz meer op elkaar moeten aansluiten.

In 2004 wordt in de Eerste Kamer de motie-Van de Beeten<sup>11</sup> aangenomen. Aanleiding is de constatering dat de detentie van verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten een steeds groter probleem vormt in het gevangeniswezen. De motie stelt vast dat een penitentiair regime voor het merendeel van deze gedetineerden ongeschikt is. Ook schort het aan samenwerking en afstemming tussen zorginstellingen, hulpverlening, justitie, werkvoorziening en gemeenten. De regering wordt verzocht 'te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen'. In de uitvoering van deze motie speelt voorts de commissie-Houtman een belangrijke rol.<sup>12</sup> Deze stelt onder meer voor om de financiering van de forensische zorg aan te passen. Het gevolg hiervan is dat de AWBZ-gelden voor deze zorg inmiddels zijn overgeheveld naar Justitie. De parlementaire onderzoekscommissie TBS (commissie-Visser) komt in april 2006 met overeenkomstige aanbevelingen.<sup>13</sup> De commissie concludeert onder meer dat er in de tbs patiënten belanden die een voorgeschiedenis hebben in de ggz en daar afdoende behandeld hadden moeten worden. Aanbevolen wordt om maatregelen te nemen teneinde de aansluiting ggz en justitie te verbeteren. De Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) publiceert in januari 2007 een rapport over de omgang met delictplegers met een psychische stoornis.<sup>14</sup> De RMO constateert dat deze mensen 'deel uit maken van twee werelden. Die van justitie en die van de zorg, die zich in de praktijk moeizaam tot elkaar verhouden. "Justitie" reageert vooral op de daad en heeft minder aandacht voor interventies om recidive te voorkomen. "De zorg" reageert vooral op de hulpvraag van een patiënt en heeft minder oog voor de noodzaak om aan mensen soms ook grenzen te stellen.' De RMO beveelt aan om niet langer het straf- of zorgsysteem elk vanuit zijn eigen logica de interventies te laten bepalen. 'Stel eerst de vraag welk doel centraal zou moeten staan – vergelding, recidive-

11 Motie-Van de Beeten (CDA) c.s. inzake de samenhang in het regeringsbeleid voor 2005 tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen (Kamerstukken I 2005/06, 28 979, nr. E).

12 Advies interdepartementale werkgroep 'Besturing en financiering van zorg in justitieel kader' aangeboden aan de Tweede Kamer op 25 augustus 2005.

13 Rapport van de Tijdelijke commissie onderzoek TBS. *TBS, vandaag over gisteren en morgen*. Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nr. 4-5.

14 *Straf en Zorg, een paar apart*. Advies RMO 9 januari 2007.

vermindering, afschrikking, enzovoort – en welke middelen daarbij effectief zijn. Werk aan een betere aansluiting tussen straf en zorg. De zorg kan meer activeren en duidelijker grenzen stellen. De straf, op zijn beurt, kan zich preciezer richten op een passende combinatie van begrenzing, behandeling, zorg en vergelding.’

Ook het rapport van de derde evaluatie van de Wet Bopz *Voortschrijdende inzichten* uit 2007 gaat in op de noodzakelijke aansluiting tussen het veld van justitie en de ggz. Het onderschrijft eerdere adviezen om de mogelijkheden voor dwangmedicatie binnen justitie uit te breiden, in navolging van de nieuwe wijziging van de Wet Bopz.<sup>15</sup> De evaluatiecommissie wijst wel op belangrijke verschillen tussen de rechtspositie van de Bopz-patiënt en de justitiabele. Vanwege die verschillen kan de Bopz-dwangbehandeling niet zonder meer worden ingepast in het systeem van de beginselenwetten. Eerst moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Zo ontbreken in de beginselenwetten regelgeving over een behandelingsplan als basis voor (dwang)behandeling en andere waarborgen.

### **Het nieuwe Bopz-gevaarscriterium in de justitiële context**

Het ministerie van Justitie komt eind 2007 met een conceptwetsvoorstel gericht op introductie van dwangbehandeling in de beginselenwetten.<sup>16</sup> Hiertoe worden de criteria uit de Wet Bopz voor dwangbehandeling overgenomen in de beginselenwetten. De nieuwe regeling komt in de beginselenwetten te staan naast de hiervoor beschreven bestaande maatregel. In de memorie van toelichting wordt ter motivering van het wetsvoorstel verwezen naar de bovengenoemde adviezen.

Wat opvalt, is dat het wetsvoorstel dezelfde terminologie hanteert als voor de bestaande maatregel: ‘de directeur kan de (gedeteneerde/jeugdige/verpleegde) (...) verplichten een geneeskundige handeling te gedogen’. Dat suggereert dat het om een in essentie zelfde soort maatregel gaat, terwijl de wijziging onmiskenbaar bedoeld is om dwangbehandeling in te voeren. De Bopz-bepalingen

<sup>15</sup> De Eerste Kamer heeft op 12 februari 2008 met deze wetswijziging ingestemd (EK 30 492).

<sup>16</sup> Conceptvoorstel van Wet tot wijziging van de beginselenwetten in verband met de verruiming van de mogelijkheid een geneeskundige handeling onder dwang te verrichten.

inzake dwangbehandeling hebben model gestaan voor de nieuwe regeling. Belangrijkste verschil is dat dwangbehandeling onderdeel uitmaakt van een behandelingsplan dat voor een langere periode geldt, terwijl het huidige 'gedogen van een geneeskundige handeling' bedoeld is als eenmalige ingreep in acute gevallen.

Het wetsvoorstel kiest de Wet Bopz, met het recent uitgebreide gevaarscriterium,<sup>17</sup> als model. Dit nieuwe gevaarscriterium wordt in het wetsvoorstel tot dwangbehandeling in de justitiële inrichtingen verdisconteerd. Daarmee wordt het mogelijk dwangbehandeling bij justitiabelen toe te passen als kan worden aangenomen dat zonder behandeling het gevaar zich buiten de inrichting manifesteert.

*Vergelijking huidige en de nieuwe maatregel in de beginselenwetten en de Bopz:*

| Huidige maatregel  | Nieuwe maatregel   | Wet Bopz  |
|--|--|---|
| 'Gedogen geneeskundige handeling'                                  | 'Gedogen geneeskundige handeling'                          | 'Toepassing behandelingsplan tegen de wil van de patiënt'                     |
| Gevaar voor de gezondheid of veiligheid van betrokkene of anderen: | Gevaar volgens de Wet Bopz →                               | Gevaar voor betrokkene:   |
| * levensgevaar   |  | * suïcidaliteit   |
| * gevaar voor ernstige zelfverminking                              |  | * maatschappelijk te gronde gaan  |
| * blijvende invaliditeit (memorie van toelichting)                 |  | * zelfverwaarlozing   |
|  |  | * met hinderlijk gedrag de agressie van anderen oproepen                      |
|  |  | Gevaar voor anderen:  |
|  |  | * levensgevaar  |
|  |  | * lichamenlijk letsel   |
|  |  | * gevaar voor hun psychische gezondheid                                       |
|  |  | * verwaarlozing van personen die aan de zorg van betrokkene zijn toevertrouwd |
|  |  | Gevaar voor de algemene veiligheid van personen en goederen                   |
| Acuut gevaar (memorie van toelichting)                             | Gevaar kan niet binnen redelijke termijn worden weggenomen | Gevaar kan niet binnen redelijke termijn worden weggenomen                    |

17 Deze uitbreiding wordt door het hiervoor genoemde wetsvoorstel 30 492 geïntroduceerd.

|  |   |  |
|--|---|--|
| Geen verband met psychiatrische stoornis vereist | Veroorzaakt door stoornis van de geestvermogens               | Voortvloeiend uit de stoornis  |
| Volstrekt noodzakelijk om gevaar af te wenden    | Aannemelijk dat zonder maatregel gevaar niet wordt weggenomen | Volstrekt noodzakelijk om gevaar af te wenden  |
| Geen vereiste van een behandelingsplan           | Behandeling moet zijn voorzien in een behandelingsplan        | Behandelingsplan vereist   |
| Directeur beslist op advies arts                 | Directeur beslist op advies psychiater                        | Geneesheer-directeur verantwoordelijk voor behandelingsplan; niet expliciet geregeld wie beslist, maar uit het verband van de wet valt op te maken dat dit de behandelaar is |

Conclusie: ten opzichte van de Wet Bopz is de mogelijkheid tot dwangtoepassing onder de *huidige* beginselenwetten enerzijds ruimer: er ligt geen behandelingsplan (met de daaraan verbonden waarborgen) ten grondslag aan de ingreep, causaal verband tussen stoornis en gevaar is niet vereist, en ook somatische zorg kan onder dwang worden toegepast.

In een ander opzicht is de huidige dwanggreep in de beginselenwetten beperkter omdat deze ziet op een acute gevaarssituatie binnen de inrichting. Het nieuwe Bopz-gevaarscriterium 'aannemelijk dat zonder de maatregel het gevaar niet kan worden weggenomen' ziet ook op gevaar buiten de inrichting. Met het wetsvoorstel tot dwangbehandeling schuiven de beginselenwetten op in de richting van de Wet Bopz.

Een belangrijk verschil is voorts dat onder beginselenwetten de directeur beslist, terwijl onder de Wet Bopz kan worden aangenomen dat dit de behandelaar (psychiater) is.

De RSJ heeft in een advies<sup>18</sup> de invoering van een regeling voor dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen, overeenkomstig de Wet Bopz, onderschreven. Dwangbehandeling acht de RSJ alleen verantwoord in inrichtingen die aan de Bopz-voorwaarden (deskundig personeel, diagnostiek, behan-

18 'Dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen'. Advies 4 februari 2008. Zie voor de volledige tekst van het advies: [www.RSJ.nl](http://www.RSJ.nl). Schrijver dezes was secretaris van deze adviescommissie.

delplannen en dergelijke) voldoen en daartoe specifiek worden aangewezen. Justitiële jeugdinrichtingen voldoen naar het oordeel van de RSJ niet aan die eisen.<sup>19</sup> Voorts meent de RSJ dat langdurige dwangbehandeling niet past in een justitieel kader, overplaatsing naar een ggz-instelling is dan geboden.

### Voorbeeld

De nieuwe regeling zou tot de volgende situatie kunnen leiden. Gedetineerde Karel leed, toen hij een jaar geleden in de gevangenis belandde, al aan een vorm van depressie die mede het gevolg is van een jarenlange alcoholverslaving. Zijn verblijf in de gevangenis heeft hem wel van de drank afgehouden, maar zijn geestelijke gezondheid is verslechterd. Twee maanden voor zijn invrijheidstelling begint hij suïcidale trekken te vertonen, naar aanleiding waarvan de psychiater hem onderzoekt. Deze stelt vast dat Karels depressie is verergerd. Zonder een trouw gebruik van antidepressiva denkt de psychiater dat Karels depressie zo zal verslechteren dat de kans bestaat dat hij een poging zal doen om zich van het leven te beroven. Maar Karel weigert medicijnen, hij wil, zo kort voor zijn terugkeer in de samenleving, zichzelf niet zien als een patiënt. Karel denkt met een borrel op zijn tijd zich er wel doorheen te slaan. Daar denken de psychiater en het psycho-medisch overleg in de inrichting anders over. Zij stellen een behandelingsplan op waarin een antidepressivum wordt voorgeschreven. Omdat Karel blijft weigeren, besluit de directeur, op advies van de psychiater, Karel onder dwang een depot (langdurig werkend) antidepressivum toe te laten dienen.

Verder is de RSJ van mening dat het vaststellen van een psychiatrische stoornis die gevaar veroorzaakt en een dwangbehandeling rechtvaardigt – evenals onder de Wet Bopz – gebaseerd behoort te zijn op een rechterlijk oordeel.

19 De RSJ verwijst daarbij naar de rapporten van de Algemene Rekenkamer *Detentie, behandeling en nazorg criminele jongeren*, oktober 2007, en van de Inspecties Onderwijs, Sanctietoepassing, Gezondheidszorg en Jeugdzorg, *Veiligheid in justitiële jeugdinrichtingen, opdracht met risico's*, september 2007, waarin een zorgwekkend beeld van de situatie in deze inrichtingen wordt geschetst.

Het rapport van de derde evaluatie van de Wet Bopz *Voortschrijdende inzichten* (deel 4, p. 95) wijst op het hoge percentage psychische stoornissen in de justitiële jeugdinrichtingen, terwijl daar psychiatrische zorg volgens de huidige standaards ontbreekt.

## Tot slot

Op grond van verschillende in de afgelopen jaren verschenen evaluatie- en adviesrapporten is geconcludeerd dat de Wet Bopz niet toekomstbestendig is en zou moeten worden vervangen. Er zou een nieuwe zorg- en behandelwet moeten komen die tevens een einde maakt aan het ongewenst naast elkaar bestaan van diverse regelingen op het gebied van dwangbehandeling voor de verschillende sectoren. Daarmee zou ook een onder psychiaters al langer levend verlangen naar een integrale opname- en behandelwet worden gehonoreerd.<sup>20</sup> De regering streeft ernaar nog in de huidige kabinetsperiode een nieuwe 'zorgwet' voor het VWS- en Justitierrein tot stand te brengen.<sup>21</sup>

Aan het begin van dit artikel gaf ik de patiënt het eerste woord en ik wil daar graag mee afsluiten. Tijd hebben voor de patiënt vormt een essentieel onderdeel van goede zorg. En tijd is in de zorg, met name in de justitiële inrichtingen, een schaars goed. Want tijd is geld. De tijd die gestoken wordt in het overdenken van beleid en bedenken van nieuw beleid, steekt in mijn ogen daar wel eens grotesk bij af. Zie de 'tsunami' van nota's en rapporten over dit onderwerp, waarvan ik slechts een beperkte selectie heb gebruikt. Goede zorg kan in een belangrijk aantal gevallen voorkomen dat dwang moet worden toegepast.

20 O.a. *Op weg naar een behandelwet?* Van Opstal en Lammers in Tijdschrift voor psychiatrie 48e jrg., nr. 8, 2006.

21 Brief van de ministers van VWS en Justitie aan de voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer van 19 december 2007, nr. CZ/CGGZ-2821333.

## Summaries

*Justitiële verkenningen* (Judicial explorations) is published eight times a year by the Research and Documentation Centre of the Dutch Ministry of Justice in cooperation with Boom Juridische uitgevers. Each issue focuses on a central theme related to judicial policy. The section Summaries contains abstracts of the internationally most relevant articles of each issue. The central theme of this issue (nr. 3, 2008) is *Enforced care*.

### **Enforced care: an exploration of possibilities and limitations**

*M. van Ooyen-Houben, D. Roeg, C.H. de Kogel and M. Koeter*

In the last few years a trend is seen towards promoting an increase in the use of mandatory hospitalization, coercive and quasi-coercive treatment and intensive community-based care for people with mental health and social problems. This trend is seen in public policy and within the mental health care, care for drug addicts, forensic psychiatric, and prison systems.

In this article the authors discuss what is known about behavioral mechanisms and effectiveness of enforced care. In addition, they provide an overview of the civil and penal legislation that enables pressure and coercion in the context of public protection and mental health care. They also explore the concepts of formal (legally defined) involuntary care and informal (not legally defined) involuntary care, which is sought under pressure of others.

### **Professional care in a coercive context**

*A. Menger*

This article focuses on the conditions, knowledge and methodology necessary for providing professional care in a coercive context. The argument rests on five pillars. First, smooth cooperation and tuning in is needed between various partners in the judicial chain, for instance between the judiciary and the probation service. Second, the reason for judicial action, for instance an act of crime, is the starting point for the contact between the care provider and his client. This helps defining the scope of the interaction and the problems to be addressed. Third, it is crucial to realise that resistance (or 'reactance') of the client against the relief or probation worker, the therapy or treatment et cetera is normal. Fourth, one can

not expect a client to be motivated from the start. On the contrary, a lack of motivation is often part of the client's problem. Finally all the attention for What Works? should not lead to underestimating the importance of the question Who Works? The author stresses that successful care workers are those who constantly assess their own performances and react with flexibility to the client's needs. It is therefore crucial to leave some autonomy to care workers to choose their own working methods.

### **Paradoxes or dilemmas? On coercion in the work of the Dutch Probation Service**

*R. Poort and A. Andreas*

This article deals with coercion and quasi-coercion in the work of the Dutch Probation Service. The authors first give a short description of the Probation Service's history and the relations with the ministry of Justice. Then they analyse the development from a structure of voluntary assistance to a context in which former convicts or prisoners on parole are obliged to meet with their probation officer regularly. Realising this change asked for adaptations within the organisation of the Probation Service and made learning new skills for the probation officers necessary. In this article these processes of change are described from within.

### **Care and coercion from a professional ethical perspective**

*G.A.M. Widdershoven and T.A. Abma*

Care providers who work with vulnerable people (such as young psychiatric patients or people with an intellectual disability) are sometimes confronted with criminal behavior of their clients. They may doubt whether they should inform the police about this. Respect for autonomy is often regarded as a reason for not intervening in such situations. The authors argue that refraining from interventions does not always do justice to the client's autonomy. Often, clients need help and support to find ways to live a meaningful life. This requires an active attitude of caregivers, stimulating the client not to go out with 'wrong friends'. Interference and persuasion may actually foster the client's autonomy. This does not mean that any kind of intervention is morally justified. Interventions should be effective, and actually help the client to become more autonomous. They should not be more intrusive than necessary. Finally, they should be evaluated

with the client, in order to learn how to accommodate care to the individual person.

### **Legal aspects of enforced treatment**

*A. van der Horst*

The author discusses the legal possibilities for forced medical and therapeutic treatment of inmates in Dutch penitentiary institutions. At this moment such a treatment is only possible in a situation of acute danger for the inmate or his direct environment. Under discussion is now a bill proposing to broaden this danger criterion. Forced treatment might be in the interest of an inmate when this enlarges his prospects for release out of the institution and for a 'normal' life. However, the application of this principle asks for new and carefully designed criteria and procedures. The author summarizes several recent expert and advisory reports on this topic.

Onderstaande internetsites hebben betrekking op het thema van dit nummer van *Justitiële verkenningen*. De selectie werd gemaakt door de redactie van Jv. De informatie is ook te raadplegen op de website van het WODC, [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl) via de buttons 'publicaties' en 'Justitiële verkenningen'. In de pdf-file 'Internetsites' kan worden doorgelinkt naar de websites.

#### **[www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)**

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) is ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het CEG signaleert nieuwe ontwikkelingen in de wetenschap en vanuit de samenleving, en het brengt jaarlijkse rapporten uit die als basis dienen voor de ethische agenda die de minister ieder jaar naar de Tweede Kamer stuurt. Daarnaast informeert het CEG professionals, beleidsmakers en belangstellenden over ethische kwesties. De website stelt informatie beschikbaar over wetgeving en organisaties en instituten op het gebied van ethiek en gezondheid. Ook is er een agenda van congressen en andere publieke bijeenkomsten te vinden.

#### **[www.cedar.nu](http://www.cedar.nu)**

De Continue Educatie en Accreditatie Route is opgericht ter bevordering van verspreiding en toepassing van verpleegkundige kennis in ggz-instellingen. Deze website is bedoeld voor het uitwisselen, verspreiden en vergroten van (praktijk)kennis en vaardigheden voor verpleegkundigen. Op deze site zijn verschillende thema's waarover van gedachten gewisseld en gediscussieerd kan worden. Ook worden hier congressen en symposia aangekondigd. Thema's die hier onder andere aan de orde komen, zijn sociale en forensische psychiatrie en verslaving, maar ook richtlijnen en protocollen die bestaan voor de omgang met patiënten.

#### **[www.igz.nl](http://www.igz.nl)**

Op deze pagina zijn alle instellingen te vinden die op dit moment onder verscherpt toezicht staan van de Inspectie. Ook is hier informatie te vinden over diverse thema's en rapporten naar aanleiding van inspectiebezoeken en de nieuwste ontwikkelingen. Jaarlijks rapporteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg over actuele

ontwikkelingen met betrekking tot een gekozen thema in de gezondheidszorg in de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ).

### **www.zorgwelzijn.nl**

De site voor zorg en welzijn biedt informatie over verschillende vakgebieden in de zorg, actuele ontwikkelingen en onderzoeken/publicaties.

### **www.werkenmetrisicojongeren.nl**

De website van het congres *Geen land mee te bezeilen* gaat over het werken met risicojongeren. Achtergrondinformatie over het congres zelf en links naar verwante websites.

### **www.rsj.nl**

De website van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) geeft informatie over het penitentiair recht, het jeugd- en familierecht en de gedragswetenschappen. Publicaties op deze website zijn rechtstreeks te downloaden.

Het rapport *Dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen. Advies RSJ 4 februari 2008* onder de volgende link: [www.rsj.nl/Images/9125\\_Bw\\_RSJ\\_Dwangbehandeling%20nc\\_tcm60-101866.pdf](http://www.rsj.nl/Images/9125_Bw_RSJ_Dwangbehandeling%20nc_tcm60-101866.pdf).

### **www.reclassering.nl**

Op de startpagina van de website van Reclassering Nederland is onder het kopje 'dwang' een ruime keuze aan publicaties en doorverwijzingen te vinden.

### **www.minvws.nl/dossiers/bopz/default.asp**

Juridische site over de Wet BOPZ van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met informatie over procedures, Kamerstukken en Bopz-instellingen. Verder zijn hier ook congressen en nieuwsberichten te vinden en openbare Tweede Kamerstukken.

### **www.adviesorgaan-rmo.nl**

Op de website van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) staat het rapport *Strafen Zorg, een paar apart. Advies RMO 9 januari 2007*: [www.adviesorgaan-rmo.nl/?s=9&gw=rmo](http://www.adviesorgaan-rmo.nl/?s=9&gw=rmo).

# Journal

## **WODC-website : [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)**

Op de WODC-site is de volgende informatie te vinden:

1. Zoeken op onderwerp via de homepage:
  - trefwoord ABC (zoeken op standaardtrefwoorden);
  - onderwerpsgebieden.
2. Publicaties:
  - jaaroverzichten van alle rapporten (inclusief uitbesteed) en *Justitiële verkenningen*;
  - uitgebreide samenvattingen en volledige teksten (in PDF) beschikbaar bij vrijwel alle publicaties;
  - aanpak criminaliteit (elektronische publicatie van het WODC en het Openbaar Ministerie over interventie- en preventiestrategieën inzake diverse criminaliteitsproblemen);
  - internetbronnengids
3. Onderzoek:
  - overzichten van startend, lopend en afgerond onderzoek (inclusief uitbesteed onderzoek);
  - onderzoeksprogramma;
  - cijfers en prognoses (inclusief de elektronische publicatie van *Criminaliteit en rechts-handhaving* met tabellen);

- procedure uitbesteed onderzoek.
- 4. Organisatie:
  - hier zijn onder andere te vinden: organisatiestructuur, medewerkerslijst, vacatures, jaarbericht, commissies en werkgroepen;
  - informatiedesk (onder andere: bibliotheek, veel gestelde vragen en opmerkelijk op tv).

Voor vragen over producten en diensten van het WODC kunt u terecht bij de WODC-informatiedesk (zie: rubriek 'Vragen/Ik heb een vraag' op de homepage).  
 Hans van Netburg (redacteur WODC-site)  
 tel.: 070-3 70 69 19  
 fax: 070-3 70 79 48  
 e-mail: [c.j.van.netburg@minjus.nl](mailto:c.j.van.netburg@minjus.nl)

## **WODC-thesaurus 'Het criminaliteitsvraagstuk'**

Op de website [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl) is de WODC-thesaurus te vinden, een gestructureerde standaardtrefwoordenlijst inzake het criminaliteitsvraagstuk. Deze bestrijkt de volgende terreinen: criminologie, criminaliteitspreventie, delicten/criminaliteitsvormen,

justitiële organisatie, politie, slachtoffers, strafrechtspleging, strafstelsel, gevangeniswezen, reclassering en vreemdelingen. Als extra hulpmiddel is ook een nieuwe uitgave van de geografische thesaurus beschikbaar. De beide thesauri zijn te vinden op de WODC-website ([www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)) via de knop 'publicaties' en de subknop 'Cahiers', kies vervolgens het jaar 2003. De gedrukte versie is niet meer beschikbaar.

**Themanummers *Justitiële verkenningen***

Voor de bepaling van de oplage is het nodig tijdig op de hoogte te zijn van mogelijke extra belangstelling voor een bepaald themanummer. Om die reden geven wij, onder voorbehoud, de thema's die de redactie op dit moment in voorbereiding heeft. Voor nadere informatie over inhoud en oplage kan contact worden opgenomen met de redactie. Dat geldt tevens voor personen die een bijdrage willen leveren aan een van de aangekondigde nummers.

- Jv 4**, juni/juli: Illegale wapenhandel
- Jv 5**, augustus: Sociale netwerken

**Congressen**

- 29 mei 2008*  
Huiselijk geweld: families onder druk
- 4-5 juni 2008*  
Dag van de Jeugdzorg
- 11 juni 2008*  
Geen land mee te bezeilen?
- 12-13 juni*  
Veiligheid in de wijk
- 19-20 juni 2008*  
NVK Congres: The global and local in crime and crime control
- 2-5 juli 2008*  
It was twenty years ago and it's getting better all the time; 18th Conference of the European Association of Psychology and Law Maastricht
- 20-25 juli 2008*  
Crime and criminology: research and action; XV World Congress of the International Society for Criminology

Hierna volgen beschrijvingen van deze congressen.

**Huiselijk geweld: families onder druk**

Huiselijk geweld is de meest voorkomende geweldsvorm in onze samenleving, binnen alle geledingen en culturen in Nederland. Tijdens deze dag wordt in samenwerking met het ministerie van Justitie, de Universiteit van Amsterdam (IMES) en de Vrije Universiteit van Amsterdam ingegaan op

de nieuwste inzichten in de aanpak van huiselijk geweld. Aan de orde komt onder meer de vraag wat kenmerken zijn van huiselijk geweld bij allochtone bevolkingsgroepen en welke aanknopingspunten dit biedt voor de praktijk en voor een effectieve, gerichte en preventieve aanpak. Sprekers zijn onder anderen Trees Pels, Themascoördinator multiculturele vraagstukken (Verwey-Jonker Instituut), Ibrahim Yerden, cultureel antropoloog (Universiteit van Amsterdam), Mariëtte Cristophe, Landelijk projectleider huiselijk geweld (Politie Nederland) en Tweede Kamerleden van verschillende fracties.

*Datum:* 29 mei 2008

*Plaats:* De Meervaart in Amsterdam

*Informatie en aanmelding:*

Congresontwikkelaar: Bart Voorhuis, 070-4 41 57 36 Projectassistente: Quinten Quak, 070-4 41 57 44

### **Dag van de Jeugdzorg**

Nederland scoort een onvoldoende op het naleven van de kinderrechten. Uit een recent onderzoek van Unicef en Defence for Children blijkt namelijk dat steeds meer kinderen het slachtoffer zijn van geweld, steeds meer kinderen onnodig van hun ouders gescheiden zijn, en dat het aantal kinderen dat

langer dan negen weken op een wachtlijst staat, is toegenomen in 2007. De naleving van de rechten van kinderen in Nederland moet beter. Maar hoe? Tijdens de vierde editie van de Dag van de Jeugdzorg wordt gesproken over de knelpunten binnen de jeugdzorg, effectieve werkwijzen en samenwerkingsverbanden, en actiepunten. Sprekers zijn onder meer: P.A. Lankhorst, adviseur Jeugdbeleid (Jeugdzorg), prof. dr. A.J.P. Schrijvers, hoogleraar structuur en functioneren van de gezondheidszorg (UMC Julius Centrum) en mr. C. Çörüz, Tweede Kamerlid CDA. Daarnaast zal op 5 juni de verdiepingsdag plaatsvinden, die gewijd is aan de pleegzorg. Onderwerpen die aan bod komen, zijn visies op de pleegzorg, de rol van de zorginstelling en de rol van de pleegouder. Sprekers op die dag zijn onder anderen H. van 't Hek, voorzitter werkgroep Kinderrechten Groningen en hoofdredacteur *Perspectief*, mevr. A.M. Weterings, pedagoog en onderzoeker aan de Universiteit van Leiden, en prof. J. Hermanns, hoogleraar Opvoedkunde (Universiteit van Amsterdam).

*Datum:* 4 en 5 juni 2008

*Plaats:* De Jaarbeurs Utrecht

*Informatie en aanmelding:*

[www.sbo.nl/E60252.htm](http://www.sbo.nl/E60252.htm)

### Geen land mee te bezeilen?

Op 11 juni 2008 organiseert het Expertisecentrum Veiligheid van Avans Hogeschool in Den Bosch een congres onder de naam: *Geen land mee te bezeilen?* Dit 'streetwise' congres over effectief werken met risicojongeren is bedoeld voor een breed scala aan professionals die betrokken zijn bij veiligheidsvraagstukken met betrekking tot het werken met risicojongeren. Het doel van het congres is het verzamelen en verspreiden van kennis over het werken met risicojongeren naar een zo groot mogelijke groep waarvoor deze kennis relevant is. Tijdens het congres staan de volgende thema's centraal: effectieve interventies met betrekking tot het werken met risicojongeren (*evidence based*), veiligheid van professionals en ethische vraagstukken met betrekking tot werken in een gedwongen kader. Voor dit congres is een gevarieerd programma samengesteld met workshops, een informatiemarkt, een filmzaal, 'streetwise' presentaties, een wetenschapscafé en keynote speakers Hans du Prie en Ben Rovers.

*Datum:* 11 juni 2008

*Locatie:* Expertisecentrum Veiligheid, Den Bosch.

*Informatie en aanmelding:* [www.werkenmetrisicojongeren.nl](http://www.werkenmetrisicojongeren.nl) en [www.avans.nl/smartsite](http://www.avans.nl/smartsite).

[shtml?id=32706&ms=32676&em=32706](http://www.werkenmetrisicojongeren.nl/shtml?id=32706&ms=32676&em=32706)

### Veiligheid in de wijk

De wijk is de plek waar onveilige gevoelens de kop op kunnen steken, waar jongeren overlast kunnen veroorzaken en crimineel gedrag zichtbaar wordt. Op 12 juni wordt onder andere ingegaan op de allerbeste projecten van Nederland om de wijkveiligheid te verbeteren. Tijdens de verdiepingsdag op 13 juni gaan deelnemers onder begeleiding van wijkexperts zelf aan de slag met een praktijkcase. Er zal volop aandacht zijn voor wijk- en buurtmanagers, samenwerken, burgerparticipatie, jongerenoverlast, het wetsvoorstel *Maatregelen bestrijding voetbalvandalisme en ernstige overlast* en het *Actieplan overlast en verloedering*. Sprekers zijn onder anderen: Ans Klein Geltink, projectcoördinator van het winnende project 'Van binnen naar buiten' (Bureau Inburgering Gemeente Utrecht) en Ludo Keizer, medeoprichter en voorzitter van Young Vision. De verdiepingsdag op 13 juni wordt geleid door Lilian Thieman en Michel de Vroege (CCV), P. Tromer (gemeente Delft) en P.L. van Leeuwen (chef handhaving politie Delft).

*Datum:* 12 en 13 juni 2008

*Locatie:* De Jaarbeurs Utrecht

*Informatie en aanmelding:*  
[www.sbo.nl/E60524.htm](http://www.sbo.nl/E60524.htm)

**NVK Congres: The global and local in crime and crime control**

De gebruikelijke NVK-marktdag wordt dit jaar over twee dagen verdeeld en omlijst door een tweedaags congres met buitenlandse sprekers met als thema *The global and local in crime and crime control*. Processen van globalisering roepen de vraag op hoe adequaat het gebruikelijke theoretische kader van de criminologie nog is, en hoe bruikbaar gangbare begrippen als criminaliteit, rechtshandhaving en criminaliteitsbeleid zijn nu bedreigingen van de veiligheid, de volksgezondheid en het milieu steeds meer een transnationaal karakter krijgen. Op het terrein van criminaliteitsbestrijding zien we steeds meer internationale samenwerking. Het lijkt dan ook noodzakelijk om criminologische theorieën en onderzoeksmethoden te ontwikkelen die meer afgestemd zijn op de complexe relaties tussen *the global and local in crime and crime control*. Buitenlandse sprekers zullen ingaan op de vraag hoe wij op een verantwoorde manier verschijnselen kunnen benaderen die om een transnationale en mondiale in plaats van een internationale comparatieve benadering vra-

gen. Papers voor de marktdag kunnen vrij worden aangemeld. Voor het congresgedeelte zullen de papers worden gereviewd.

*Datum:* 19-20 juni 2008

*Plaats:* Kamerlingh Onnesgebouw van de Rechtenfaculteit van de Universiteit Leiden

*Informatie en aanmelding:*  
[www.criminologie.nl](http://www.criminologie.nl)

**It was twenty years ago and it's getting better all the time; 18th Conference of the European Association of Psychology and Law Maastricht**

In 1988 Hans Crombag, Dick Hessing and Peter van Koppen organized the First European Conference on Psychology and Law. Over the years, the number of delegates went up and the quality of the presentations steadily improved. In 2008 the conference returns to Maastricht. Referring to the last EAPL conference in Liverpool in 2006 the theme 'it was twenty years ago and it's getting better all the time' will serve as a motto, in the spirit of the famous Merseyside band The Beatles. Confirmed keynote speakers: professor Pär Anders Granhag (Gothenburg University, Sweden): Deception detection; professor Friedrich Lösel (Cambridge University, United Kingdom): Pathways to delinquency; professor Eli-

zabeth F. Loftus (University of California Irvine, USA): Memory distortion; professor Pekka Santtila (Åbo Akademi University, Finland): Behavioral crime linking; professor Willem Albert Wagenaar (Leiden University, Netherlands): Psychology applied to civil cases.

*Datum:* 2-5 juli 2008

*Plaats:* Bouillonstraat 1-3, Minderbroedersberg, Maastricht

*Informatie en aanmelding:* [www.unimaas.nl/congresbureau/eapl2008/index.html](http://www.unimaas.nl/congresbureau/eapl2008/index.html)

**Crime and criminology: research and action; XV World Congress of the International Society for Criminology**

The leading questions at this congress are: What is the future of academic criminology given the new challenges the discipline is facing in fast changing socio-economic and political contexts? How will and has criminology find its most creative and useful expressions in research and action? What is the value of answers to crime already made available in the areas selected for the congress discussions? How successful are preventive social action and crime control?

*A. Transnational crime*

Taking stock of and evaluating dominant trends in crime will be put in an economic and

socio-cultural context of globalization with special attention for the social phenomena related with migratory movements of populations.

*B. Urban crime*

The development of big cities in different regions of the world challenges the imagination of criminologists to renewed reflections and answers to crime related with these phenomena.

*C. Victims and restorative justice*

Crime brought to life a new interest for victims and the way their problems and needs should be met and answered in the context of institutions for assistance and justice.

*Datum:* 20-25 juli 2008

*Plaats:* Barcelona

*Informatie en aanmelding:* [www.worldcongresscriminology.com](http://www.worldcongresscriminology.com)

## De WODC-rapporten

Om zo veel mogelijk belanghebbenden te informeren over de onderzoeksresultaten van het WODC zijn alle WODC-rapporten vanaf 1999 in digitale vorm kosteloos beschikbaar op de website van het WODC ([www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)). Een complete lijst van WODC-rapporten-series en uitgebreide samenvattingen van alle sinds 1997 verschenen rapporten zijn daar ook te vinden.

In gedrukte vorm wordt een beperkte oplage van de rapporten in de reeksen Onderzoek en beleid, Cahiers, Memorandum en Factsheets gratis verspreid. Er is een vaste verzendlijst van onder meer universitaire en gerechtsbibliotheken, alsmede politieke partijen en media. Functionarissen en instellingen binnen het ministerie van Justitie kunnen op aanvraag afzonderlijke rapporten zonder kosten toegestuurd krijgen. Overige belangstellenden kunnen de rapporten in de reeks Onderzoek en beleid (O&B) tegen betaling bestellen bij Boom distributiecentrum te Meppel, tel.: 0522-237555, fax: 0522-253864, e-mail: [bdc@bdc.boom.nl](mailto:bdc@bdc.boom.nl). Hierna volgen de titelbeschrijvingen van de O&B-rapporten en de rapporten in de series Cahiers, Memorandum en Factsheets sinds 2006.

### Onderzoek en beleid (O&B)

**Klein Haarhuis, C.M.,**

**E. Niemeijer**

*Wet en werkelijkheid; bevindingen uit evaluaties van wetten*

2008, O&B 267

**Guiaux, M., A.H. Uiters,**

**H. Wubs, E.M.Th. Beenackers**

*Uitgenodigde vluchtelingen.*

*Beleid en de maatschappelijke positie in nationaal en internationaal perspectief*

2008, O&B 266

**Laclé, Z.D., M.J. ter Voert**

*Trendrapportage notariaat 2006; toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de dienstverlening*

2008, O&B 265

**Hulst, R.C. van der, R.J.M. Neve**

*High-tech crime, soorten criminaliteit en hun daders*

2008, O&B 264

**Kogel, C.H. de, M.H. Nagtegaal**

*Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten; effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*

2008, O&B 263

**Boom, A. ten, K.F. Kuijpers,  
m.m.v. M. Moene**

*Behoeften van slachtoffers van delicten; een systematische literatuurstudie naar behoeften zoals door slachtoffers zelf geuit*  
2008, O&B 262

**Voert, M.J. ter, S.L. Peters**

*Trendrapportage advocatuur 2006; toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de dienstverlening*  
2008, O&B 261

**Bogaerts, S., L.M. van der Knaap, M.J.J. Kunst, S. Schweizer**

*Onderlinge agressie en geweld, posttraumatische stress en arbeidsverzuim in penitentiaire inrichtingen*  
2008, O&B 260

**Koeter, M.W.J., M. Bakker**  
*Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*  
2008, O&B 259

**Spapens, A.C.M., H.G. van de Bunt, L. Rastovac, m.m.v. C. Miralles Sueiro**

*De wereld achter de wietteelt*  
2008, O&B 258

**Dijk, J. van, J. van Kesteren, P. Smit**

*Criminal victimisation in international perspective; key findings from the 2004-2005 ICVS and EU ICS*  
2007, O&B 257

**Tollenaar, N., R.F. Meijer, G.L.A.M. Huijbrechts, M. Blom, S. el Harbachi**

*Monitor veelplegers; jeugdige en zeer actieve veelplegers in kaart gebracht*  
2007, O&B 256

**Heide, W. van der, A.Th.J. Eggen (eindred.)**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2006; ontwikkelingen en samenhangen*  
2007, O&B 255

**Eshuis, R.J.J.**

*Het recht in betere tijden; over de werking van interventies ter versnelling van civiele procedures*  
2007, O&B 254

**Struiksmā, N., J. de Ridder, H.B. Winter**

*De effectiviteit van bestuurlijke en strafrechtelijke handhaving van milieuwetgeving*  
2007, O&B 253

**Bunt, H.G. van de, E.R. Kleemans**

*Georganiseerde criminaliteit in Nederland; derde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit*  
2007, O&B 252

**Mheen, D. van de, P. Gruter (red.)**

*Helingspraktijken onder de loep; impressies van helingcircuits in Nederland*  
2007, O&B 251

**Jennissen, R.P.W., J. Oudhof (red.)**

*Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen; een theoretische verdieping en een thematische verbreding van de Integratiekaart 2006*

2007, O&B 250

**Daalder, A.L.**

*Prostitutie in Nederland na opheffing van het bordeelverbod*

2007, O&B 249

**Stokkom, B.A.M. van,**

**H.J.B. Sackers, J-P. Wils**

*Godslastering, discriminerende uitingen wegens godsdienst en haatuitingen; een inventariserende studie*

2007, O&B 248

**Poot, C.J. de, E.W. Kruisbergen**

*Kringen rond de dader; groot-schalig DNA-onderzoek als instrument in de opsporing*

2006, O&B 246

**Laan, A.M. van der, M. Blom, m.m.v. C. Verwers, A.A.M. Essers**

*Jeugdgedelinquentie: risico's en bescherming; bevindingen uit de WODC Monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005*

2006, O&B 245

**Ferwerda, H.B., I.M.G.G. van Leiden, N.A.M. Arts, A.R. Hauber**

*Halt: Het Alternatief? De effecten van Halt beschreven*

2006, O&B 244

**Sikkel, D., P.G.M. van der Heijden, G. van Gils**

*Methoden voor het schatten van de omvang van verborgen populaties, in het bijzonder illegale vreemdelingen*

2006, O&B 243

**Faure, M.M.G., C.A.R. Moerland**

*Griffierechten; een vergelijkende beschrijving van griffierechten en vergelijkbare stelsels in een aantal landen van de Europese Unie*

2006, O&B 242

**Aebi, M.F., K. Aromaa,**

**B. Aubusson de Cavarlay,**

**G. Barclay, B. Gruszczynska,**

**H. von Hofer, V. Hysi,**

**J.-M. Jehle, M. Killias, P. Smit,**

**C. Tavares**

*European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics – 2006 (third edition)*

2006, O&B 241

**Kogel, C.H. de, M.H. Nagtegaal,**

**Rapportage België E. Neven,**

**G. Vervaeke**

*Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis; wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*

2006, O&B 240

**Knaap, L.M. van der,**

**L.T.J. Nijssen, S. Bogaerts**

*Geweld verslagen? Een studie naar de preventie van geweld in het publieke en semi-publieke domein*

2006, O&B 239

**Bruin, D.E., C.J.M. Meijerman, F.R.J. Leenders, R.V. Braam**  
*Verslingerd aan meer dan een spel; een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*  
 2006, O&B 238

#### WODC-Cahiers

**Bogaerts, S., V. den Hartogh, L.M. van der Knaap**  
*Onderlinge agressie en geweld van personeelsleden in een penitentiaire inrichting*  
 Den Haag, WODC, 2008, Cahier 2008-1

**Willemsen, F.**  
*Huiselijk geweld en herkomstland; een verkennend onderzoek naar de incidentie van huiselijk geweld en allochtone daders en slachtoffers*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-17

**Leenarts, L.E.W., L.M. van der Knaap**  
*Motivatie te meten? Een inventarisatie van instrumenten om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-16

**Smit, P.R. (WODC), P. Nieuwbeerta (NSCR)**  
*Moord en doodslag in Nederland 1998 en 2002-2004*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-15

**Moolenaar, D.E.G., E.C. Leertouwer, F.P. van Tulder, B. Diephuis**  
*Capaciteitsbehoefte justitiële ketens 2012 – Beleidsneutrale ramingen*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-14

**Kleemans, E.R., C.J. de Poot, m.m.v. S.N. Kalidien, R.F. Kouwenberg, M. van Nassou**  
*Criminele carrières in de georganiseerde misdaad*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-13

**Croes, M.T.**  
*Naar een 'bruikbare rechtsorde'; bijdragen uit de sociale wetenschap*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-12

**Leertouwer, E.C., F.P. van Tulder, B.J. Diephuis, M. Folkeringa, M. van Gammeren-Zoetewij (i.s.m. de Raad voor de rechtspraak)**

*PrognoseModel Justitiële ketens 2006: onderdelen Civiel en Bestuur – Beschrijving van het verbetertraject 2005/2006*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-11

**Maas, G.C., E. Niemeijer**  
*Gebruikers van gesubsidieerde rechtsbijstand; kenmerken, problemen en inkomenspositie*  
 Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-10

**Laan, A.M. van der, L. Vervoorn, N. van Nimwegen, F.L. Leeuw (red.)**

*Justitie en demografie: over ontgroening, vergrijzing en verkleuring – Veranderingen in bevolkingssamenstelling en de gevolgen voor Justitie*

Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-9

**Erp, J.G. van, E. Niemeijer, M.J. ter Voert, R.F. Meijer (red.)**  
*Geschilprocedures en rechtspraak in cijfers 2005*

Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-8

**Knaap, L.M. van der, G. Weijters, S. Bogaerts**  
*Criminogene problemen onder daders die in aanmerking komen voor gedragsinterventies*

Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-7

**Reitsma, J., M. Tumewu, M. ter Voert**  
*Mediation monitor 2007; tussenrapportage*

Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-6

**Knaap, L.M. van der, L.E.W. Leenarts, L.T.J. Nijssen**  
*Psychometrische kwaliteiten van de Recidive Inschattingsschalen (RISC); interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie en congruente validiteit*  
Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-5

**Jennissen, R.P.W., M. Blom (i.s.m. het Centraal Bureau voor de Statistiek)**

*Allochtone en autochtone verdachten van verschillende delicttypen nader bekeken*

Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-4

**Kulu Glasgow, I., F.L. Leeuw, E. Uiters, R.V. Bijl**  
*Integratiebeleid rijksoverheid onderzocht; een synthese van resultaten uit evaluatie- en monitoringonderzoek 2003-2006*

Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-3

**Neve, R.J.M., M.M.J. van Ooyen-Houben, J. Snippe, B. Bieleman**  
*Samenspannen tegen XTC; eind-evaluatie van de XTC-nota*

Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-2

**Kromhout, M.H.C. (red.), A.S. van Rijn, E.M.Th. Beenakkers, I. Kulu-Glasgow**

*Eergerelateerd geweld in Groot-Brittannië, Duitsland en Turkije; een overzicht van informatie inzake aard, omvang en aanpak*  
Den Haag, WODC, 2007, Cahier 2007-1

**Erp, J.G. van m.m.v. A. Hendriks (eindred.)**

*Kwantitatieve ontwikkelingen rechtspraak 2000-2005; informatie ten behoeve van de Evaluatiecommissie Modernisering Rechterlijke Macht*

Den Haag, WODC/CBS, 2006,  
Cahier 2006-10

**WODC/CBS**

*Integratiekaart 2006*

Den Haag, WODC/CBS, 2006,  
Cahier 2006-8

**Moolenaar, D.E.G.**

*Capaciteitsbehoefte justitiële ketens 2011; toelichting op de beleidsneutrale ramingen voor de veiligheidsketen*

Den Haag, WODC, 2006, Cahier  
2006-7

**Neve, R., L. Vervoorn, F. Leeuw, S. Bogaerts**

*First inventory of policy on counterterrorism; Germany, France, Italy, Spain, the United Kingdom and the United States – ‘research in progress’*

Den Haag, WODC, 2006, Cahier  
2006-3a

**Neve, R., L. Vervoorn, F. Leeuw, S. Bogaerts**

*Eerste inventarisatie van contraterrorismebeleid; Duitsland, Frankrijk, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten – ‘research in progress’*

Den Haag, WODC, 2006, Cahier  
2006-3

**Gestel, B. van, L.M. van der**

**Knaap, A. Hendriks, m.m.v.**

**C.H. de Kogel, M.H. Nagtegaal,**

**S. Bogaerts**

*Toezicht buiten de muren; een systematische review van extramuraal toezicht op TBS-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland*

Den Haag, WODC, 2006, Cahier  
2006-2

**Verwers, C., L.M. van der Knaap, L. Vervoorn**

*Internationale kinderontvoering; onderzoek naar de uitvoering van het Haags Kinderontvoeringsverdrag vanuit Nederlands perspectief*

Den Haag, WODC, 2006, Cahier  
2006-1

**Memoranda**

**Leertouwer, E.C.,**

**M.A. Verhoeven**

*Toepasbaarheid van de PMJ-ramingsmethodiek op de Nederlandse Antillen*

Den Haag, WODC,  
Memorandum 2006-5

**Laan, A.M. van der, M. Blom**

*WODC-Monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit – Meting 2005; documentatie boek; steekproefverantwoording, veldwerk, enquête en vergelijking met eerdere metingen*

Den Haag, WODC,  
Memorandum 2006-4

**Moolenaar, D.E.G., R. Choenni**

*TBS-gestelden 1996-2010; de feiten en de ramingen*

Den Haag, WODC,  
Memorandum 2006-3

**Wartna, B.S.J., L.T.J. Nijssen**

*National studies on recidivism; an inventory of large-scale recidivism research in 33 European countries*

Den Haag, WODC,  
Memorandum 2006-2

**Moolenaar, D.**

*Expenditure on crime in the Netherlands*

Den Haag, WODC,  
Memorandum 2006-1

**Fact sheets**

**Tollenaar, N., G.L.A.M.**

**Huijbregts, R.F. Meijer, J. van Dijk**

*Monitor Veelplegers; samenvatting van de resultaten*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2008-1

**Beijersbergen, K.A.,**

**B.S.J. Wartna**

*Recidive na discriminatie; een onderzoek naar de strafrechtelijke recidive onder daders van discriminatiedelicten*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-9

**Weijters, G., B.S.J. Wartna**

*Voorspelling van het recidivegevaar van elektronisch gedetineerden*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-8

**Beijersbergen, K.A.,**

**B.S.J. Wartna**

*Recidivemeting Glen Mills; de uitstroomresultaten van de Glen Mills School in termen van strafrechtelijke recidive*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-7

**Maas, G.C.**

*Costs and financing of legal assistance; key figures 2000-2006*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-6a

**Maas, G.C.**

*Kosten en financiering van rechtsbijstand; kerncijfers 2000-2006*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-6

**Maas, G.C.**

*Gebruikers van gesubsidieerde rechtsbijstand; inzichten in kenmerken, problemen en inkomenspositie*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-4

**Blom, M., A.M. van der Laan**

*Monitor Jeugd terecht 2007*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-3

**Kulu-Glasgow, I., F.L. Leeuw, R.V. Bijl**

*Integration policies for ethnic minorities; a synthesis of 16 recent evaluation studies in the Netherlands*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2007-2a

**Kulu-Glasgow, I., F.L. Leeuw,  
R.V. Bijl**

*Integratiebeleid etnische minderheden; een synthese van 16 recente evaluatieonderzoeken*  
Den Haag, WODC, Fact sheet 2007-2

**Laan, A. van der, M. Blom,  
S. Bogaerts**

*Zelfgerapporteerde jeugdcriminaliteit: risico's en bescherming*  
Den Haag, WODC, Fact sheet 2007-1

**Neve, R., S. Bogaerts**

*Onderzoek anti-terrorisme beleid*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-29

**WODC/CBS**

*The Integration Monitor 2006*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-27a

**WODC/CBS**

*Integratiekaart 2006*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-27

**Kogel, K. de**

*Terbeschikkingstelling (TBS) en forensisch psychiatrische zorg*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-26

**Kruissink, M.**

*Electronic detention*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-25a

**Kruissink, M.**

*Elektronische detentie*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-25

**Kleemans, E.R., C.M. Klein  
Haarhuis, F.L. Leeuw,  
M.M.J. van Ooyen-Houben**

*Lessons from (evaluation) research into law enforcement*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-24a

**Kleemans, E.R., C.M. Klein  
Haarhuis, F.L. Leeuw,  
M.M.J. van Ooyen-Houben**

*Lessen uit (evaluatie)onderzoek naar rechtshandhaving*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-24

**Knaap, L. van der, S. Bogaerts**

*Violence defied research synthesis*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-23a

**Knaap, L. van der, S. Bogaerts**

*Research synthese Geweld verslagen*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-23

**Smit, P.**

*The European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics 2006, third edition*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-22a

**Smit, P.**

*Het European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics 2006, derde editie*  
Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-22

**Ooyen-Houben, M.M.J.,  
R.F. Meijer**

*National Drug Monitor; drug-  
related crime 1999-2004*

Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-20a

**Ooyen-Houben, M.M.J.,  
R.F. Meijer**

*Nationale Drug Monitor;  
drugswetcriminaliteit 1999-2004*

Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-20

**Boom, A. ten**

*Recent victim research*

Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-19a

**Boom, A. ten**

*Recent slachtofferonderzoek*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-19

**Kleemans, E., H. van de Bunt**

*Organised Crime Monitor*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-18a

**Kleemans, E.**

*Monitor Georganiseerde Crimi-  
naliteit*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-18

**TNS Nipo, adapted by F. Willem-  
sen (WODC)**

*Business Crime Monitor 2004-  
2005 (MCB)*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-16a

**TNS-Nipo, bewerkt door F. Wil-  
lemsen (WODC)**

*Monitor Criminaliteit Bedrijfs-  
leven 2004-2005 (MCB)*

Den Haag, WODC/CBS,  
Fact sheet 2006-16

**Tollenaar, N., S. el Harbachi,  
R.F. Meijer, G.L.A.M. Huij-  
bregts, M. Blom**

*Monitor veelplegers; samenvat-  
ting van de resultaten*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-12

**Wartna, B.S.J., L.T.J. Nijssen**

*National studies on recidivism;  
an inventory of large-scale*

*recidivism research in 33  
European countries*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-11

**Wartna, B.S.J., N. Tollenaar**

*Voorwaardelijk voor onvoor-  
waardelijk; substitutie van*

*onvoorwaardelijke vrijheids-  
straffen bij gering recidivegevaar;*

*een raming van de te besparen  
gevangenis capaciteit*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-10

**Wartna, B.S.J., S. Kalidien,  
A.A.M. Essers**

*Replicatie recidivemeting JJI*

*Den Engh; de uitkomsten van de  
SocioGroepsStrategie in termen*

*van strafrechtelijke recidive*

Den Haag, WODC/CBS, Fact  
sheet 2006-9

**Wartna, B.S.J., S. el Harbachi,  
A.A.M. Essers**

*Strafrechtelijke recidive van*

*ex-terbeschikkinggestelden; welk  
percentage wordt na beëindiging*

*van de maatregel opnieuw ver-  
volgd voor een ernstig delict?*

Den Haag, WODC, Fact sheet  
2006-8

**Wartna, B.S.J., S.N. Kalidien, N. Tollenaar, A.A.M. Essers**  
*Strafrechtelijke recidive van jongeren uit justitiële jeugd-inrichtingen; uitstroomperiode 1997-2003*

Den Haag, WODC, Fact sheet 2006-7

**Wartna, B.S.J., S.N. Kalidien, N. Tollenaar, A.A.M. Essers**  
*Strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden; uitstroomperiode 1996-2003*

Den Haag, WODC, Fact sheet 2006-6

**Wartna, B.S.J., N. Tollenaar**  
*Recidive 1997-2003; ontwikkelingen in het niveau van de strafrechtelijke recidive van jeugdige en volwassen daders*

Den Haag, WODC, Fact sheet 2006-5

**Reeks Derde evaluatie van de Algemene wet bestuursrecht 2006**

**Schueler, B.J., J.K. Drewes, F.T. Groenewegen, W.G.A. Hazewindus, A.P. Klap, V.M.Y. 't Lam, B.K. Olivier, E.M. Vogelzang-Stoute**

*Definitieve geschilbeslechting door de bestuursrechter*  
 2007

**Barkhuysen, T., L.J.A. Damen, K.J. de Graaf, A.T. Marseille, W. den Ouden, Y.E. Schuurmans, A. Tollenaar**  
*Feitenvaststelling in beroep*  
 2007

**Winter, H.B., A. Middelkamp, M. Herweijer**  
*Klagen bij bestuursorganen; evaluatieonderzoek naar de klachtbehandeling door bestuursorganen*  
 2007

**Laemers, M.T.A.B., L.E. de Groot-van Leeuwen, R. Fredriks**  
*Awb-procedures vanuit het gezichtspunt van de burger; stand van zaken in theorie en eerder onderzoek*  
 2007

**Widdershoven, R.J.G.M., M.J.M. Verhoeven, S. Prechal, A.P.W. Duijkersloot, J.W. van de Gronden, B. Hessel, R. Ortlep**  
*De Europese agenda van de Awb*  
 2007

**Commissie Evaluatie Awb III, Ilsink, J.W. (voorz.)**  
*Toepassing en effecten van de Algemene wet bestuursrecht 2002-2006*  
 2007