

Katinka Lünemann, Verwey-Jonker Instituut

## **Zorg en straf; Dokteren ter disciplineren**

*Over maatschappelijke veiligheid en geestelijke volksgezondheid*

Lezing gehouden op donderdag 29 januari 2009 tijdens het Festival Forensische Zorg.

### **INTRO**

Festival is iets feestelijks, ik heb me nog nooit zo vereerd gevoeld; ik treed op als artiest, een artiest van de wetenschap. Het geeft een ander gevoel om deel uit te maken van een festival, dan van een symposium. En het gebouw, een oude fabriek, doet me denken aan het dansimperium van Conny Janssen in Rotterdam. Nu zal de praktijk moeten uitmaken of het veranderen van de naam ook de inhoud en de mentality verandert!

Om nog even in de sfeer van de kunst te blijven, wie kent het boek *Het pauperparadijs? Het Pauperparadijs*, geschreven door Suzanna Jansen, beschrijft vijf generaties van haar familie. De generatie van Tobia Braxhoofden is voor ons interessant want hij vertrok als gehandicapte soldaat met zijn gezin vrijwillig uit Amsterdam naar Veenhuizen, om de armoede te ontvluchten. Veenhuizen kennen jullie nu vast wel als plaats van de gevangenis. Er staat nu een museum die een periode van 200 jaar omvat onder de noemer van Dwangkolonie tot gevangenis dorp. In 1823 werden de eerste gebouwen van het dorp door de Maatschappij van Weldadigheid, met Johannes van den Bosch als belangrijkste initiatiefnemer, uit de grond gestampt, midden in een uitgestrekt, verlaten veengebied in Noord-Drenthe. De Maatschappij bouwde in totaal drie gestichten voor arme gezinnen, waartoe Tobias en zijn gezin behoorde, wezen en landlopers. In Veenhuizen probeerden de gezinnen, al dan niet vrijwillig, een nieuw bestaan als boer op te bouwen. Het heropvoedingsexperiment van Johannes van den Bosch werd ook wel *Hollands Siberië* genoemd. Dit boek is interessant omdat het zo mooi aan de hand van vijf generaties een tijdsbeeld geeft. De periode Veenhuizen wordt gekenmerkt door grote armoede, mislukte idealen (terug naar de natuur vanuit het idee van de zuiverende werking, zelfvoorziening, werk, verbeter de omstandigheden dan komt de rest vanzelf), een

duidelijk onderscheid tussen goed en slecht (goede armen, d.w.z. buiten eigen schuld tot de armoede geraakt en slechte armen, te weten vagebond, zwervers). Dit onderscheid zie je terug in kleine nette huizen (met bezem, dweil en boender, een wastobbe en twee handdoeken) en de grote zalen voor de vagebonden. Er is veel meer over te zeggen, over de zorg en ook de dwang, de uitsluiting, maar dat doe ik nu niet. Maar dit soort boeken zijn volgens mij pareltjes omdat de historie op die manier beelden wordt vertolkt, zonder dat het direct een romans is. De kunst is om verhalen te zien in een zee van feiten, en deze zo verbeeldend te beschrijven. (denk ook aan Geert Mak en Frank Westerman).

Dit ter introductie op het thema zorg en straf, twee werelden met elk hun eigen geschiedenis, maar ook overeenkomsten tussen de twee werelden en onder invloed van dezelfde maatschappelijke ontwikkelingen.

Het komende half uur zal ik ingaan op vier onderwerpen:

- twee werelden
- maatschappelijke ontwikkelen
- logica van de selectie en logica van het dokteren
- dokteren ter disciplineren

Na afsluiting van dit betoog wil ik graag met jullie verder praten over de concretisering van dokteren ter disciplineren en mensen die daar geen zin in hebben kunnen dan natuurlijk hun eigen plan trekken op dit wervelende festival!

## **TWEE WERELDEN**

De wereld van Straf en Zorg

**Straf** - leed toevoegen als vergelding van het misdrijf, naast andere doelen als algemene en specifieke preventie (resocialisatie), genoegdoening en incapacitatie is de nieuwste. Uitgaan van vrije wil. 'Je hebt het gedaan, dus je hebt het ook gewild en daarom mogen wij je veroordelen.'

De wereld van Zorg

**Zorg** - op vrijwillige basis hulp bieden gericht op verbetering levenskwaliteit. Mens wordt in waarde gelaten ongeacht het gedrag. Het gaat om herstel, verbetering, ondersteuning, begeleiding. De oorzaak van gedrag wordt gezocht buiten de vrije wil om. Het ligt aan het lichaam of de omgeving, het gezin, de samenleving.

De begrippen 'straf' en 'zorg' verwijzen naar verschillende werelden, naar totaal verschillende vocabulaires en naar totaal verschillende houdingen van omstanders. Met andere woorden: de ontdekking van 'de crimineel' en van 'de psychiatrische patiënt' einde 19<sup>e</sup> eeuw toen de psychiatrie zich verzelfstandigde, introduceerde tegelijkertijd een moeizame relatie. Niet alleen tijdens detentie, maar ook als het gaat om de periode na detentie, is de aansluiting tussen detentie en zorg een zorg.

## **MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN**

In een aantal losse schetsen ga ik in op belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen. Historische kennis acht ik van belang omdat het de eigen periode relativeert. Je ziet vaak golfbewegingen, waarbij op abstract niveau eenzelfde tendens is, maar toch met net een andere kleuring.

In *de negentiende* - de industrialisatie komt op gang - zien we dat afschrikking als strafdoel op de voorgrond staat: hoge straffen ter afschrikking van kleine diefstallen. De straf kreeg een taak bij de bescherming van de samenleving tegen criminaliteit. Er is een duidelijk onderscheid in goed en kwaad en er wordt uitgegaan van een deterministisch mensbeeld. Het biologisch antropologische model, waarbij uiterlijke kenmerken werden beschouwd als indicatoren voor misdadige persoonlijkheid, was van (grote) invloed. Het experiment en het fysiologische onderzoek kwamen in de psychologie in zwang en in de psychiatrie lag de nadruk op organische stoornissen in de hersenen. Inrichtingen hadden een totalitair karakter, mensen verbleven daar 'van wieg tot graf' en er was geen of nauwelijks verbinding met de samenleving (*Zorg van velen* 2004, p. 82-83). Maar in dit mensbeeld komen scheuren, er komt oog voor de sociaaleconomische omstandigheden die eveneens aan misdaad en psychische en psychiatrische stoornissen ten grondslag kunnen. Het experiment van Veenhuizen past daarin. Aan het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw krijgt het beseft de overhand dat criminaliteit

meerdere wortels kent. Er komt aandacht voor de variatie in gevaarlijke psychisch gestoorde misdadigers; zij zijn niet allemaal geheel krankzinnig. In 1928 wordt de terbeschikkingstelling ingevoerd voor mensen met een psychiatrische stoornis die een gevaar voor de samenleving zijn.

*Na de Tweede wereldoorlog* is er meer oog voor het leed van gedetineerden. Mede door de ervaringen van verzetsmensen met het gevangenisleven begon men anders tegen gevangenisstraf aan te kijken. Resocialisatie werd het nieuwe paradigma van de nieuwe Beginselenwet en de nieuwe Gevangenismaatregel uit de jaren vijftig, dat wil zeggen dat de veroordeelde moest worden voorbereid op de terugkeer in de maatschappij. Het strafkarakter van de gevangenisstraf bleef echter voorop staan. Er was hoop op verbetering door de straf. Franke heeft in *De macht van het lijden* (1996) dit proces van de dempende werking van het beschavingsproces dat heeft geleid tot 'de emancipatie der gevangenen' mooi beschreven: heel geleidelijk en moeizaam veroverde het sentiment van het mededogen stukjes terrein op het punitieve sentiment. De mensenrechten staan meer centraal: rechten als burger, als verdachte, als gedetineerde en als (psychiatrische) patiënt. Het strafproces werd nadrukkelijk als een rechtsstrijd benoemd en de procedurele opvatting van rechtvaardigheid voerde de boventoon (*due process*). Het denken in goed en kwaad werd losgelaten en de mens achter de misdaad komt meer centraal. Een andere ontwikkeling is de differentiatie in vrijheidsbenemende en vrijheidsbeperkende straffen, wat nog steeds verder uitdijt. Het recht krijgt ook een meer instrumentele functie: niet alleen coderen, maar ook ter ondersteuning van maatschappelijke ontwikkelingen.

In de psychiatrische zorg vindt na de tweede wereldoorlog een omslag plaats die wordt getypeerd als: van klinische naar transmurale zorg. Er komen zorgvormen met een minder totalitair karakter en de afstand tussen inrichting en samenleving wordt verkleind door (half) open settings. De opkomst van de psychofarmaca geeft hiertoe ook een impuls. Van een klassieke gestichtpsychiatrie is de geestelijke gezondheidszorg uitgegroeid tot een gedifferentieerd stelsel van extra-, semi- en intramurale zorgvoorzieningen. De bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen veranderde ook van samenstelling doordat meer mensen daar op vrijwillige basis verkeerden. Enerzijds groeit het inzicht dat psychische stoornissen een biologische

basis hebben en medicijnen behulpzaam zijn om de negatieve aspecten van de stoornis tegen te gaan, anderzijds wordt erkend dat de samenleving van grote invloed is op de wijze waarop met de stoornis wordt omgegaan (*Zorg van velen* 2004, p. 27; Slobogin, *Minding Justice*, 2006).

De *jaren zestig en zeventig* zijn de jaren van flower power, van idealisme, van een op de mens gerichte benadering. Binnen het gevangeniswezen komen meer mogelijkheden tot contact. Vertrouwen en vrijwilligheid staan meer op de voorgrond en botte dwang komt meer op de achtergrond. Gebruik van harde middelen, zoals fysiek geweld en isolatie op de strafcel, was verwerpelijk geworden. Maatschappelijk werkers, welzijnswerkers en psychologen werden de gevangenen binnengehaald. Ditzelfde zie je in de tbs-inrichtingen (toen nog tbr); psychiaters, psychologen, juristen, maatschappelijk werkers, reclasseringsmedewerkers komen de tbs-inrichtingen binnen. Het werk gebeurt vanuit een multidisciplinaire aanpak. Er is hoop op verbetering door behandeling en verpleging en er is een op de mens gerichte benadering. Er komen halfopen settings om de overgang naar de terugkeer in de maatschappij geleidelijker te laten verlopen. Men zou kunnen stellen dat zelfs in de gevangenen en tbs-inrichtingen een ontwikkeling plaatsvindt van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding, zoals De Swaan in *Zorg en de staat* (1989) dit voor andere sectoren heeft benoemd.

We zien deze ontwikkeling ook ten aanzien van mensen met een psychische stoornis; de sociale psychiatrie richt zich op het behoud van integratie van de psychiatrische cliënt in de samenleving, de ambulante zorg komt centraal te staan. Er komt psychische hulp voor iedereen die gemotiveerd is voor behandeling en in staat is tot zelfreflectie en de opname van de sociaal psychiatrische dienst in de Riagg symboliseert dit. (*Zorg van velen* 2004, p. 82-83).

Een belangrijke verandering wordt zichtbaar vanaf *de jaren tachtig*. Dan treedt de verzakelijking in. Garland laat in zijn boek *The culture of control* zien wat voor enorme omslag er in dertig jaar tijd heeft plaatsgevonden vooral in Amerika, maar deze ontwikkelingen gelden ook voor Nederland (of Europa).

Er vindt een verval van het resocialisatie-ideaal plaats, zowel vanuit progressieve kritiek op de ongebreidelde macht van therapeuten en behandelaars, als

vanuit een conservatieve aanval op de verontschuldigende houding die in deze therapiebesluiting besloten zou liggen. Er vindt een herintreding plaats van punitieve sancties. Straf kreeg als straf herwaardering, dat wil zeggen leedtoevoeging, en het delict, de daad komt meer op de voorgrond, waar aan de hand van richtlijnen op wordt gerequireerd. Er is geen geloof meer in positieve invloeden van detentie of resocialisatie; het gaat erom de schade zoveel mogelijk te beperken. De beleidsnota *Werkzame detentie* uit 1994 symboliseert deze omslag; het ademde een sfeer van teleurstelling en realiteitszin. De gevangenis wordt herontdekt, maar vanuit een ander perspectief, namelijk incapacitatie; een vorm van onschadelijkmaking en bevrediging van het punitieve sentiment. Dit leidt tot een enorme groei van het gevangeniswezen: in 1970 4.037, naar nu rond de 15.000. Overigens is er sinds 2006 een aanzienlijk lagere bezettingsgraad, nl rond de 85 procent.

We zien ook een terugkeer van het slachtoffer en de bescherming van het publiek; de burger wordt gezien als potentieel slachtoffer en dit rechtvaardigt een veiligheidspolitiek. Was vroeger het adagium dat de burger beschermd moest worden tegen willekeur door de overheid, nu moet de burger beschermd worden tegen rechtsinbreuken door andere burgers. Hiermee is de bescherming van de burgers het dominante thema van het criminaliteitsbeleid geworden. Deze doelstelling staat op gespannen voet met een ander publiek belang, de bescherming van de burger tegen de macht en de mogelijke willekeur van de staat (en een hiermee verwante discussie over privacybescherming tegen inbreuken door de overheid).

We zien een sterk instrumentalisme. Zowel wat betreft de organisatie: de invoering van een op productie gericht strafrechtapparaat, vaststellen van operationele doelstellingen en prestatie-indicatoren en in planning en controlecycli, teneinde de efficiëntie en effectiviteit van het strafrechtelijk systeem te bevorderen en dit hierop 'af te rekenen'. Je kunt dit samenvatten als *managerialisme*. Het ging ten koste van de professionele, discretionaire ruimte. We zien een verschuiving van de criminologie van de deprivatie naar een criminologie van de controle. Het welzijnsdenken wordt afgelost door disciplineringsdenken en dit ging gepaard met een navenante verschuiving van een positief naar een negatief mensbeeld. Criminaliteit wordt gezien als rationele keuze of als een routineactiviteit die door de gelegenheid wordt

bepaald. De verzakelijking en *managerialisme* is ook in de psychiatrie te herkennen. De zorg zet in op kwaliteitszorg, die uiteen wordt gerafeld in producten en diensten en resultaten die moeten worden gehaald. Er komt meer aandacht voor de effecten van behandelen. Behandelingen moeten evidence-based zijn. De tbs-inrichtingen richten zich op het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten en de validering ervan. Je ziet een verschuiving naar sneller strafrechtelijk ingrijpen in plaats van een meer op hulpverlening gerichte aanpak.

Tot slot is nog een belangrijke ontwikkeling de groeierende infrastructuur van criminaliteitspreventie en lokale veiligheid. Naast de ontwikkeling van meer punitief straffen zien we ook in navolging van het risico denken, aandacht voor preventieve maatregelen. Privaat-publieke samenwerking, veiligheidsnetwerken spelen tegenwoordig een belangrijk rol. Op dit niveau komen zorg en straf bij elkaar, denk aan de veiligheidshuizen, of de Arrondissementale Platforms Jeugd. Ook burgers krijgen, mede vanuit het governance denken, een rol in veiligheid en opsporing van criminaliteit (SMS-alert). Landelijk blijkt de aandacht voor preventie uit het ontstaan in 2004 van het CCV (Centrum voor Criminaliteitspreventie Veiligheid) en het nieuwe justitiebeleid onder de noemer *Veiligheid begint bij voorkomen* .

De vraag is of de tendensen die Garland beschrijft ook voor het domein zorg opgaan. Duidelijk is dat het instrumentalisme en *managerialisme* voor beide domeinen opgaat. Ook zou je kunnen zeggen dat de nadruk op de eigen wil zowel bij straf als bij zorg van belang is. In het domein zorg komt meer nadruk op de autonomie van de cliënt die zelf moet aangeven wat hij of zij aan hulp wil (hulpvraag formuleren). De belangstelling voor maatschappelijke determinanten van psychiatrische en psychosociale problemen nam af ten gunste van de aandacht voor psychische stoornissen als ziekten die met medicijnen zijn te genezen. De functie van de GGZ verschoof van verzorging en bescherming naar herstel en genezing na een hulpvraag. Deze tendens sloot aan bij de maatschappelijke tendens om geloof in de individuele autonomie meer op de voorgrond te plaatsen. Een negatieve effect is echter dat het aantal psychiatrische cliënten onder de dak- en thuislozen toeneemt en de overlast die psychiatrische cliënten veroorzaken in de wijk lijkt te stijgen (*Zorg van velen* 2004, p. 27-32, 84-85; Duyvendak 2006, p. 77-90).

De domeinen zorg en straf zijn tegenwoordig minder scherp van elkaar te onderscheiden dan vroeger. Er lijkt in het begin van deze eeuw een paradigmaverschuiving plaats te vinden doordat het taboe op behandelen tijdens detentie losgelaten wordt (*Zorgen voor behandeling* 2003). Het resocialisatiebeginsel komt weer meer op de voorgrond te staan maar niet zozeer uit oogpunt van humaniteit jegens gedetineerden, zoals in de vorige eeuw, maar ter voorkoming van recidive. Binnen de penitentiaire inrichtingen worden op beperkte schaal behandelprogramma's uitgevoerd voor bepaalde groepen. De ISD-maatregel is een voorbeeld waar het puntitieve - opsluiten voor twee jaar - en de zorg - gemotiveerde veroordeelden krijgen een programma aangeboden gericht op integratie in de samenleving - samengaan. Dit gaat overigens niet zonder problemen.

Concluderend: In de afgelopen decennia heeft de relatie tussen hulpverlening en strafrecht een ander karakter aangenomen. De criminaliteit is gestegen, hoewel dit ook aan de verflutting van het strafrecht ligt. De achterliggende psychische problematiek is toegenomen, hoewel we tegenwoordig eerder lijken te spreken van een psychische stoornis. En de maatschappelijke druk op het strafrechtelijk systeem is verhoogd. In relatie daarmee is de *mentality* (opvattingen, houdingen en gedragingen) rond misdaad, straf en hulp veranderd. Het strafrecht vervult bovendien een belangrijke normatieve rol in een samenleving die in hoge mate moreel ambivalent is; een samenleving met een sterk gefragmenteerde moraliteit, zoals Boutellier dit zo mooi beschrijft in zijn *Veiligheidsutopie* (2002).

## **DOKTEREN AAN DISCIPLINE**

Dokteren aan discipline hebben we ontleend aan het inspirerende boek van Annemarie Mol die voor de problematiek van diabetici aangeeft hoe belangrijk dokteren is. We leven in een tijdperk waarin de vermarkting hoogtij viert, en ook zorginstellingen denken in termen van producten , diensten, resultaten en beheersbaarheid. De **logica van de selectie** staat meer op de voorgrond dan de logica van het dokteren. Dat wil zeggen dat risico's worden getaxeerd en aan de hand van wetenschappelijk vastgestelde criteria wordt een (medische) behandelaanbod



gedaan. Alle problemen worden in categorieën onderverdeeld, en als iemand niet tot een categorie behoort, valt hij of zij buiten de boot. Dat zien we bijvoorbeeld bij de gedetineerden met een of andere persoonlijkheidsstoornis of psychiatrische achtergrond, of zwakbegaafden.

Tegenover de logica van de selectie staat de **logica van het dokteren**. Hier staat de individu in relatie tot zijn of haar omgeving centraal. De verbetering van iemands levenskwaliteit staat voorop. Uitgangspunt is relationele autonomie; de mens kan alleen tot zelfbepaling en het dragen van verantwoordelijkheid komen in een relationele inbedding. Het proces en de interactie staan centraal en het doel wordt in relatieve termen gedefinieerd. Annemarie Mol beschrijft op een overtuigende manier dat het in de geneeskunde vaak niet gaat om volledige genezing maar om het leren omgaan met beperkingen en problemen en dit is een proces van vallen en opstaan.

Het lijkt misschien alsof de ene logica beter is dan de andere, maar dat wil ik niet beweren. Wat wel belangrijk is om beide logica's ruimte te geven. Dat kan ook de verbinding geven tussen de twee werelden van straf en zorg. In beide werelden is sprake van de logica van selectie en de logica van dokteren.

Wat betekent nu dokteren aan discipline? In de wereld van de zorg en hulpverlening is het belangrijk tanden te laten zien, terwijl in de wereld van de straf de resocialisatie (aandacht voor de persoon in relatie tot zijn omgeving) weer meer aandacht krijgt. Dus niet de resocialisatie van de jaren zeventig waar geen aandacht was voor resultaat en waar mensen niet werden aangesproken op het leed dat ze hadden veroorzaakt (want dat lag aan hun omgeving of biologische klok). En ook de verwachting dat mensen kunnen worden genezen moeten we loslaten; het gaat om dokteren aan discipline, om een proces waar een bepaald doel wel voor ogen staat, maar waarbij het een zoektocht is om dat te bereiken. Als een resultaat niet wordt bereikt, betekent dat niet dat daarmee het proces overbodig en zinloos was.

Ik bepleit dan ook voorzichtigheid ten aanzien van de *What Works* benadering. Natuurlijk is het van groot belang om inzicht te hebben in de resultaten van interventies, maar de vraag is altijd hoe je vaststelt wat de resultaten zijn. Als je alleen meet hoe de (psychiatrische) delinquent de interventie in gaat en daar weer

uit komt, is er geen inzicht in wat er tijdens de interventieperiode gebeurt. Rovers heeft op overtuigende wijze in zijn lectorale rede in 2008 (*Bundel Geloven in veiligheid*) laten zien dat de *What Works* benadering is gestoeld op kennis uit het verleden - stapelen van grote hoeveelheden resultaten gegrond op bestaand onderzoek - waardoor bestaande kennis wordt verabsoluteerd en er weinig ruimte is voor innovatie. Wat mist in deze benadering, is de invloed van de professional op de uitvoering van de interventie (is er weerstand of enthousiasme, omstandigheden waaronder de methode wordt toegepast, discretionaire ruimte) en de relatie tussen de professional en cliënt(en). Hij bepleit dan ook een benadering waarbij interventies worden beschouwd als sociale, dynamische werkelijkheden waarin individuen betekenis verlenen aan wat er gebeurt, wat weer van invloed is op het gedrag en bereikte resultaat. Dit brengt me op een ander punt; een effectieve interventie is relatief effectief maar niet in alle omstandigheden. Het blijft van belang om aan de hand van de algemene *What Works* principes als programma-integriteit, responsiviteit en professionaliteit te concretiseren naar de praktijk. Dokteren aan discipline sluit hierop aan.

## **HET DICHTEN VAN DE KLOOF**

Om zorg en straf dichterbij elkaar te brengen, meer in het bijzonder om de aansluiting van de zorgcircuits in de (grote) steden en de repressief gerichte instituties van politie en justitie beter op elkaar aan te sluiten, is het belangrijk de ideologische kloof te dichten. De zorg staat op het standpunt van de cliënt terwijl de straf vertrekt uit het samenlevingsbelang. Maar ook van de wereld van de zorg mag verwacht worden dat zij bereid is te opereren vanuit een samenlevingsbelang. In geval van criminaliteit met een psychiatrische indicatie gaat het dan om de confrontatie van het standpunt van de dader met het standpunt van de samenleving. Belangrijk is dus dat binnen de zorg aandacht is voor disciplineren en binnen de wereld van het strafrecht voor het proces. Allerlei vormen van herstelrecht die in het strafrechtelijke systeem een plaats krijgen zijn hier een voorbeeld van. Daar gaat het niet alleen om afwijzing van onaangenaam gedrag, maar tegelijkertijd om het inscherpen van nieuwe normen als verantwoordelijkheid, wederkerigheid, en ook empathie. In de afwijzing moet het niet gaan om uitsluiten (jij bent fout) maar om

het insluiten (hoe maken we je vaardiger om op een aangename manier samen te leven). Daarbij gaat het niet om de genezing van de patiënt, maar om de beheersing van problematisch gedrag. Dat is in het belang van zowel de betrokkene als de samenleving.

© Verwey-Jonker Instituut, 2009.